



ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคืออาการวิตกกังวล
ในผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว

โดย

นางสุกัญญา สุทธิศิลป์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

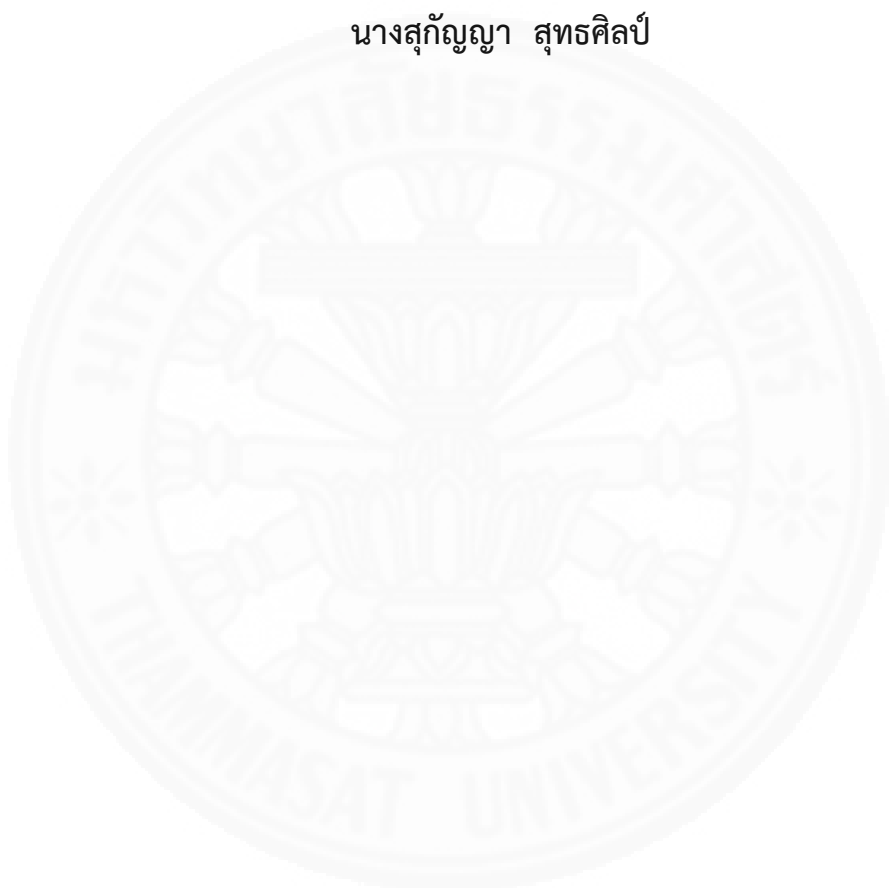
ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคืออาการวิตกกังวล
ในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งลงไปทั่ว

โดย

นางสุกัญญา สุทธิศิลป์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



THE EFFECT OF A PROBLEM-SOLVING THERAPY PROGRAM
ON ANXIETY SYMPTOMS OF PATIENTS WITH
GENERALIZED ANXIETY DISORDER

BY

MRS.SUKANYA SOOTTHASIL

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS

FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

FACULTY OF NURSING

THAMMASAT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสุกัญญา สุทธศิลป์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



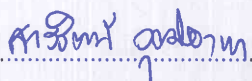
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา ตากวิริยานันท์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



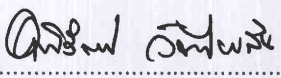
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมนต์ สุนทรไชยา)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติรัตน์ วัฒนไพลิน)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
ชื่อผู้เขียน	นางสุกัญญา สุทธิศิลป์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งลงใจไปทั่ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งลงใจไปทั่ว ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จำนวน 6 ครั้งๆละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดอาการวิตกกังวล ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญห (M= 27.04, SD= 5.52) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญห (M= 41.96, SD= 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.83, p < .001$)

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญห หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ($\bar{D}_1 = 14.92$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 3.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.09, p < .001$)

โดยสรุป พยาบาลประจำการและบุคลากรทางสุขภาพสามารถประยุกต์โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหในการบำบัดด้านจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนั้น การลดความวิตกกังวล และการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ : อาการวิตกกังวล โรควิตกกังวลไปทั่ว การบำบัดด้วยการแก้ปัญห

Thesis Title	THE EFFECT OF A PROBLEM-SOLVING THERAPY PROGRAM ON ANXIETY SYMPTOMS OF PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER
Author	Mrs.Sukanya Sootthasil
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/	Psychiatric Nursing and Mental Health
University	Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.
Co Advisor	Sararud Vuthiarpa, Ph.D.
Academic Year	2016

Abstract

This study was a quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design. The purpose of the study was to compare anxiety symptoms of patients with generalized anxiety disorders before and after receiving the problem-solving therapy program; and to compare the anxiety symptom between the patients that received the problem-solving therapy program and those that received the regular nursing intervention. Samples of fifty patients with generalized anxiety disorder, aged 18 years and older, were recruited from the community hospital and randomly assigned into the experimental and the control group, with 25 in each group. The experimental group received seven sessions weekly of the problem-solving therapy program, 60-90 minutes each session, for seven weeks. The control group received the regular nursing intervention. Data collection was carried out using personal questionnaires and the self-rating anxiety scale (SAS). The reliability of the self-rating anxiety scale (SAS) was .78. Data were analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The findings were as follows:

1. The mean score for the anxiety symptoms of patients with generalized anxiety disorder after participating in the problem-solving therapy program

($M = 27.04$, $SD = 5.52$) was statistically significantly lower than that before ($M = 41.96$, $SD = 3.50$) participating in the problem-solving therapy program ($t = 13.83$, $p < .001$)

2. The mean difference between the pre ($\bar{D}_2 = -3.60$) and post ($\bar{D}_1 = -14.92$) mean scores for the patients with generalized anxiety disorder that participated in the problem-solving therapy program and those that received the regular nursing intervention was statistically significant ($t = 8.09$, $p < .001$)

In conclusion, registered nurses and health professional providers applied the problem-solving therapy program to reduce anxiety symptoms as an alternative treatment for other psychiatric patients. In addition, anxiety reduction and effective problem-solving led to healthy living in everyday life.

Keywords: anxiety symptoms, generalized anxiety disorder, problem-solving therapy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาเอาใจใส่อย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้ความรู้ แนวคิด คำชี้แนะ ตลอดจนเสียสละ และทุ่มเทเวลาอันมีค่า ให้แก่ศิษย์ และดูแลให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา อาจารย์รัชนี ศรีตะวัน และ นายแพทย์จิรายุ เรืองยศ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ ให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษาทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ คุณธรรม จริยธรรมที่ดีอันเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ดีต่อไป

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน และผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ขอขอบคุณ คุณวันวิสา สวนดอกไม้ ผู้ช่วยผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณทักษพร กิตติพงษ์ และเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษาทุกท่าน และพี่น้องร่วมคณะ ที่ได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัว ที่ได้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ อบรมสั่งสอนให้มีความมุ่งมั่น และส่งเสริมด้านการศึกษาของผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณนายสัตวแพทย์เมธี สุทธิศิลป์ รวมทั้งบุตรีดา ผู้ที่คอยสนับสนุนให้ผู้วิจัยเดินทางมาศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสนับสนุนทุนในการศึกษาและทุนสนับสนุนการวิจัย และสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นางสุกัญญา สุทธิศิลป์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2559

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(12)
สารบัญภาพ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 ตัวแปรที่ศึกษา	7
1.5 ขอบเขตการวิจัย	7
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
1.8 สมมติฐานการวิจัย	14
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	14
1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย	14

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
2.1 โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder)	16
2.1.1 ความหมายและการจำแนกโรควิตกกังวล	16
2.1.2 อุบัติการณ์และความชุกของโรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลไปทั่ว	17
2.1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว	18
2.1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลไปทั่ว	20
2.1.5 การรักษาโรควิตกกังวลไปทั่ว	22
2.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว	24
2.2 อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว	26
2.2.1 ความหมายอาการวิตกกังวล	26
2.2.2 ลักษณะอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว	27
2.2.3 การประเมินอาการวิตกกังวล	27
2.3 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy : PST)	30
2.3.1 ความหมายการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา	30
2.3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	30
2.3.3 องค์ประกอบของการแก้ปัญหา	32
2.3.4 กระบวนการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	32
2.3.5 ลักษณะทั่วไปของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	34
2.3.6 รูปแบบของการทำจิตบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	38
2.3.6.1 การบำบัดรายบุคคล	38
2.3.6.2 การบำบัดแบบกลุ่ม	38
2.4 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา	39
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	51
3.1 รูปแบบการทดลอง	51
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
3.2.1 ประชากร	52
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	52
3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
3.2.2.2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
3.2.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	53
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
3.3.1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน	55
3.3.1.2 แบบวัดความวิตกกังวล	55
3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	55
3.3.2.1 โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	55
3.3.2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล	57
3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง	57
3.3.3.1 แบบวัดการแก้ปัญหา	57
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	58
3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	58
3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	60
3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง	60
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	61
3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย	61
3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง	62
3.5.3 ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง	67

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	68
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	72
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	73
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง	76
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	77
ส่วนที่ 4 การอภิปรายผลการวิจัย	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	86
5.1 สรุปผลการวิจัย	86
5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย	88
5.3 ข้อเสนอแนะ	88
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการพยาบาล	88
5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	88
รายการอ้างอิง	90

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	101
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	102
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
ภาคผนวก ค-1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	108
ภาคผนวก ค-2 เครื่องมือที่ใช้ในกำกับการทดลอง	110
ภาคผนวก ค-3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	111
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	118
ภาคผนวก จ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม แบ่งตามเพศและอายุ	120
ภาคผนวก ฉ แสดงข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและการปรับแก้ไขโปรแกรม	121
ภาคผนวก ช คะแนนการแก้ปัญหา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	122
ภาคผนวก ซ แสดงการเปรียบเทียบขนาดยาที่รับประทานของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม	123
ภาคผนวก ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	124
ประวัติผู้เขียน	125

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 เปรียบเทียบโปรแกรมเดิมและโปรแกรมที่พัฒนาใหม่	41
2.2 แสดงการพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	42
3.1 เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการแก้ปัญหา	58
4.1 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ยาที่รับประทาน	73
4.2 ตารางแสดง จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการศึกษา อาชีพ การเจ็บป่วย	75
4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง	76
4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหากับการพยาบาลตามปกติ	77
4.5 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	77

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13
2.1 ภาพแสดงการรับรู้และรูปแบบการแก้ปัญหา Five Factor Model	36
ตามแนวคิดของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002)	
3.1 รูปแบบการวิจัย	51
3.2 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	54
3.3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	70

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder [GAD]) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป และพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว จะมีอาการวิตกกังวลซึ่งส่งผลกระทบต่าง ๆ มากมาย แม้ว่าโรควิตกกังวลไปทั่ว จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเหมือนกับโรคทางกายบางโรค แต่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ป่วย และแนวโน้มของความรุนแรงมีมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ก็จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น จากผลการสำรวจของ National Institute of Mental Health (2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึง 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะโรควิตกกังวลไปทั่ว มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 6.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.1 ต่อประชากรทั้งหมด การเกิดโรคมักเริ่มต้นในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย พบน้อยที่เริ่มมีอาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป (Fortinash & Holiday-Worret, 2008) และจากการศึกษาความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในกลุ่มชาวเอเชียที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ชาวอินเดีย จีน ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.75 เป็นร้อยละ 11.8 (Gonzalez, Tanaf, Whitfield & Vega, 2010) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในปี พ.ศ.2551 ร้อยละ 1.85 ขณะที่ปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 (กรมสุขภาพจิต, 2556) และยังพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) รองลงมาคือ โรคจิต (Psychosis) และ โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (กรมสุขภาพจิต, 2554) และจากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) พบมากที่สุด มีจำนวนทั้งสิ้น 1,566 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) มากที่สุดจำนวน 989 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2559)

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างมาก ทั้งในประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก นับว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เป็นปัญหาสำคัญที่ควรเร่งให้การช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการวิตกกังวลกับเหตุการณ์

ต่าง ๆ ในชีวิต และอาการมักเกินกว่าเหตุในหลาย ๆ เรื่องพร้อมกัน (Excessive and pervasive worry) ร่วมกับอาการทางกายต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2556)

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มีลักษณะอาการทางคลินิก คือ ความวิตกกังวลจะมีมาก (Excessive) เป็นอยู่ตลอด (Persistent) และเป็นแทบกับทุกเรื่อง (Pervasive) มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย เหงื่อออก หายใจขัด ส่วนอาการทางระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามตัว กระสับกระส่าย และมี Cognitive hypervigilance เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย เป็นต้น (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2556) และการศึกษาของวาทีนิ สุขุม (2556) พบว่า อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว คือ ความรู้สึกในการตอบสนองที่ปกติต่อสถานการณ์ที่คุกคามที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรืออาจเกิดโดยไม่มีสาเหตุ หรือมีสาเหตุที่แท้จริง แต่สาเหตุนั้นมากกว่าสิ่งที่คาดหวังไว้

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบระดับบุคคลนั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2556) สอดคล้องกับ การศึกษาของเดอซูริลล่าและโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มักแสดงพฤติกรรม ได้แก่ หนีปัญหา บกพร่องในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ และขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี นำมาสู่ความขัดแย้ง เกิดการหย่าร้าง การทอดทิ้งบุตรและผู้สูงอายุ ส่วนผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ประเทศชาติ ได้แก่ การไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ บกพร่องหน้าที่ทางสังคม ปัญหาอาชญากรรม และยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศชาติตามมา (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2557) จากผลกระทบจากอาการวิตกกังวลที่ผ่านมา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2553) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยมักกลัวและคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปก่อนล่วงหน้า ตื่นตกใจง่ายกว่าปกติ จึงไม่มีสมาธิในการกระทำสิ่งใดด้วยความตั้งใจ จึงมักหลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่วนั้น เมลวินและวอล์คเกอร์ (Melvin & Walker, 2010) ได้กล่าวว่า บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าจากเหตุการณ์ โดยมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการดังนี้ คือ แรงกดดันทางอารมณ์ (Emotional distress) หมายถึง ความรู้สึกทุกข์ ที่เกิดขึ้นภายในและเกิดอารมณ์รุนแรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน สัญลักษณ์ (Symbols) หมายถึง การที่บุคคลให้ความหมายต่อเหตุการณ์โดยใช้ความคิด ประสบการณ์ ค่านิยมของตน ว่าถูก

คุกคาม เกิดความสูญเสีย จนเกิดอาการวิตกกังวลขึ้น การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) หมายถึง การประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ที่พบเป็นสิ่งที่คุกคาม รุนแรง จนทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ความไม่แน่นอน (Uncertainty) หมายถึง ความไม่ชัดเจนของเหตุการณ์ ซึ่งไม่อาจล่วงรู้ได้ ทำให้เกิดความเคลือบแคลง สงสัย ไม่มั่นใจ นอกจากนี้ผลการศึกษาของดูแกสและโรบิซชวด (Dugas & Robichaud, 2007) พบว่า อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับ 1) การรับรู้และการทำความเข้าใจต่อปัญหาในด้านลบ (Poor problem orientation) หมายถึง การรับรู้ปัญหา การให้เหตุผล การตอบสนองตามความเชื่อและอารมณ์ด้านลบ 2) มีความคิดหลีกเลี่ยง (Cognitive avoidance) หมายถึง การคิดหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ที่พบโดยการใช้จินตนาการว่าเป็นสิ่งคุกคามตนเอง จึงต้องการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ต้องการ 3) ขาดความอดทนต่อความคลุมเครือ (Intolerance of uncertainty) คือการได้รับข้อมูลที่คลุมเครือและตอบสนองต่อข้อมูลด้วยการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมในด้านลบ

ซึ่งปัจจัยดังกล่าว มีความเชื่อมโยงกันและแสดงให้เห็นถึง สาเหตุที่นำมาสู่อาการวิตกกังวล โดยลักษณะของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มักมีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบ คาดการณ์ล่วงหน้าในด้านลบ ส่งผลต่อความมั่นใจและกระบวนการรับรู้การแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Davey & Wells, 2006) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบนั้น ย่อมมีผลต่อการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมาด้วย เช่น แก้ปัญหาแบบเร่งรีบ ไม่ระมัดระวัง (Impulsive/careless) หรือแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง พึงพา (avoidance) ทำให้ปัญหายังคงอยู่ และไม่ได้รับการแก้ไข อาการวิตกกังวลจึงเพิ่มขึ้น (D'Zurilla, Nezu & Olivares, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มาใช้กับบุคคลที่บกพร่องในด้านการปรับตัวและการแก้ปัญหา ดังเช่น การศึกษาของสุณิสรา ศรีมออ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2012) ได้นำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดี ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วนั้น เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อปัญหา การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ดังการศึกษาของสปีลเบอเกอร์, มอสโคโซและบรันเนอร์ (Spielberger, Moscoso & Brunner, 2005) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มักประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งร้ายแรง ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งร้ายแรงนั้นอาจเกิดขึ้นจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือทางด้านสรีรวิทยาขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเมด, สมอกโซสกีและ บาคอลเลา (Maid, Smoxowski & Bacallao, 2008) ที่พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มักแก้ปัญหาโดยการใช้อารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อารมณ์หงุดหงิด บกพร่องการปรับตัว หลีกเลี่ยงปัญหา จากข้อมูล

ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดหวังว่า การนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดอารมณ์ด้านลบลงได้

ปัจจุบันการรักษาโรควิตกกังวลไปทั่ว รักษาได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบำบัดด้วยยา (pharmacotherapy) การบำบัดทางจิตสังคม (psychotherapy) หรือการทำพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) (นิตยา ตากิริยะนันท์, 2559) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) (Ladouceur, Talbot, Dugas, 1998) กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเอง (Self-help therapy) (Straten, Cuijpers & Smits, 2007) และ มีการใช้ปัจจัยที่กำหนดโดยผู้วิจัย (Intervention) แบบผสมผสานเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวล จากการศึกษาของโพรเวนเซอร์และคณะ (Provencher et al., 2004) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพ ของการบำบัดสองประเภทคือ การฝึกเทคนิคการแก้ปัญหา (Problem solving training) และการเปิดเผยความคิด (Cognitive exposure) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบทั้ง 12 ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 73.3 และการบำบัดทั้งสองประเภท มีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน เป็นต้น จากการศึกษาชิ้นนี้ยังพบว่า การบำบัดทางจิตสังคม นอกจากมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลได้ดี (Symptom reduction) ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีก และมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร และการที่ผู้ป่วยใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดการพึ่งยา และเกิดอาการถอนยาได้ (Fishel, 1998) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของริกเคิลและชวีสเซอร์ (Rickell and Schweizer, 2006) ที่กล่าวว่า การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้และจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว นั้น ไม่สามารถลดอาการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด และการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม เริ่มโดยให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการวิตกกังวลจากเหตุการณ์ต่างๆได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาต่อไป (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว นอกจากการรับประทานยาหรือการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ แล้ว ยังมีการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อปัญหา ด้านบวก และแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบว่า การพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการช่วยลดอาการวิตกกังวล ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหา

ซึ่งมีกลยุทธ์ ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า อารมณ์เครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา เป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ที่พบ ว่าเป็นการคุกคาม โดยที่ความเครียด กับอาการวิตกกังวล จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน ลาซารัสจึงมีแนวคิดสำคัญในเรื่องการลดความเครียด โดยการจัดการกับความเครียด และยังพบว่า อารมณ์เครียดนั้นมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา โดยลาซารัสให้คำจำกัดความของการเผชิญปัญหา ได้แก่ การประเมินของบุคคล (มุมมองที่มีต่อสถานการณ์ปัญหา) และด้านการจัดการอารมณ์ (การลดหรือการปรับเปลี่ยนอารมณ์) ดังนั้น การให้ความสำคัญกับอารมณ์ จะเป็นผลดีต่อการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของซูจิอุระ และโยชิโนริ (Sugiura & Yoshinori, 2015) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบของอารมณ์กับการแก้ปัญหา ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (N=129) เป็นระยะเวลา 3 เดือน ผลสรุปได้ว่า นักเรียนที่มีความวิตกกังวลสูง และมีอารมณ์ด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาคือ ถ้าอารมณ์ในด้านลบมีมาก การแก้ปัญหาจะอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เดอ ซูริลล่า และโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) ที่กล่าวไว้ว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหานั้นมีความสำคัญ และมีประสิทธิภาพในการป้องกันรักษาบุคคลที่บกพร่องในการปรับตัวและบุคคลที่มองว่าตนเองไร้ค่า โดยการแสดงพฤติกรรมออกมาในด้านลบ เช่น มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการทำหน้าที่ทางด้านสัมพันธ์ภาพบกพร่อง และจากการศึกษาของเนซุ (Nezu, 1986) ที่พบว่าบุคคลต้องสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และได้รับการส่งเสริมให้มีความคิดความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก จึงจะสามารถจัดการกับอาการวิตกกังวลของตนได้ นำมาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์และมีเหตุผล ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะสามารถเลือกที่จะจัดการกับปัญหาที่มีความสำคัญก่อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์กินสันและโมนิกา (Parkinson & Monika, 2011) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการวิตกกังวลและทักษะการแก้ปัญหาในเด็กนักเรียนมัธยมตอนต้น เป็นการบำบัดรายกลุ่ม คัดกรองโดยใช้ Penn State Worry Questionnaire for Children พบว่าเด็กนักเรียนที่ได้รับการบำบัดจนมีทักษะการแก้ปัญหาที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลง และการศึกษาของ โอลี ไมเคิล โดกิน ไดแอน มาธา เออเนสต์ และโรเบิร์ต (Olle, Michael, Dolgin, Diane, Martha, Ernest & Robert, 2013). ที่นำ problem-solving skills training มาบำบัด เพื่อช่วยลดอารมณ์ด้านลบ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ในมารดาของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลานาน 8 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลหลังการบำบัด 3 เดือน ผลพบว่า อารมณ์ด้านลบลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าการรับรู้ปัญหา ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวล และจากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับในประเทศไทย พบมีการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะติดสุรา ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ฯลฯ แต่ยังไม่พบมีการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มาใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยกลุ่มโรควิตกกังวลจำนวนมากที่เข้ารับบริการ จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลในระดับอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย (เวชระเบียนโรงพยาบาลศิริมาศ) ข้อมูลระหว่างปี 2556 - 2558 พบว่ามีจำนวน 312, 358 และ 396 คน คิดเป็นร้อยละ 30.12, 35.46 และ 37.33 ตามลำดับ และพบมากในเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาข้อมูล ในปีงบประมาณ 2559 จากข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD - 10) พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลได้แก่ โรคกลัว (Phobia disorder), โรคทางจิตเวชภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย (Post-traumatic Stress Disorder [PTSD]), โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive Disorder [OCD]), โรคแพนิค (Panic Disorder [PD]) มีจำนวนทั้งสิ้น 413 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) มากที่สุดจำนวน 335 ราย (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง, 2559)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยมักจะกังวลกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แก้ปัญหาในสถานการณ์ชีวิตประจำวันได้ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเข้ามามีใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เนื่องจากในหน่วยงานของผู้วิจัยยังไม่มีหรือนำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเข้ามามีในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ผู้วิจัยได้มองเห็นถึงความสำคัญ จึงเลือกที่จะนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเพื่อให้เกิดการรับรู้ใหม่ และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันไปในด้านบวก ลดการรับรู้ปัญหาด้านลบ มีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสถานการณ์ จนอาการวิตกกังวลลดลง สามารถคลี่คลายอุปสรรคที่เข้ามาและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมีอาการวิตกกังวลลดลง ภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาหรือไม่ อย่างไร

1.3.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

1.4 ตัวแปรที่ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) วัดก่อนและหลังการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2559 ถึงเดือนมิถุนายน 2559

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (F41.1) โดยได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ในระบบ International Statistical classificate of disease and relate health problem (ICD-10) เทียบเคียงกับเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบ Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM - 5)

1.6.2 โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา หมายถึง การจัดกิจกรรมการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดของ ปุณยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม ตามแนวคิดการแก้ปัญหาของ เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 1982) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักวิเคราะห์และกำหนดปัญหา ค้นหาวิธีที่จะเผชิญ หรือแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหา โดยมีแนวคิดหลัก 3 ประการคือ

1.6.2.1 การแก้ปัญหา (problem solving) คือการกำกับตนเอง พยายามค้นหาหรือปรับตัวต่อปัญหา รู้ตัว มีเหตุผล ใช้กระบวนการทางความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระทำอย่างมีเป้าหมาย รับรู้ต่อปัญหาด้านบวกมากขึ้น ลดอารมณ์ด้านลบ

1.6.2.2 ปัญหา (problem) คือสถานการณ์ที่คาดหวังไว้ ทำให้รู้ว่าตนเองต้องการศักยภาพ หรือวิธีการ แต่พบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อน คาดว่าจะเกิดความล้มเหลวในการแก้ปัญหา ไม่สามารถไปถึงเป้าหมาย

1.6.2.3 วิธีการแก้ปัญหา (solution) คือการเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิด และพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหจะทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ลดผลกระทบทางลบและสามารถเพิ่มผลกรรมทางบวกได้

ซึ่งแนวคิดหลักทั้งสามประการดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อปัญหาว่า มีความท้าทาย ตนเองมีศักยภาพในการแก้ปัญหา แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ตามความเป็นจริง ผู้วิจัยพัฒนาโดยผสมผสานแนวคิดหลัก 3 ประการ และกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอนของ เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 1982) ด้วยกัน ได้เป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา คือ การให้ผู้ป่วยย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเตือนตนเอง ฝึกการเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ เกิดจากแนวคิดที่มองว่า ปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ ถ้าผู้แก้ปัญหามีความคิดไม่เหมาะสม ควรผ่อนคลายความกังวลลง ในขั้นตอนที่ 1 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้การแก้ปัญหาและเข้าใจเรื่องโรค

สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำกฎกติกาการเข้ากลุ่ม กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ ลักษณะการแก้ปัญหา ความรู้เรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง

กิจกรรมที่ 2 แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกผ่อนคลายตนเอง

ผู้ป่วยทราบว่าโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอะไรขึ้นบ้าง ฝึกให้เสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา มีกิจกรรมผ่อนคลายตนเอง และสอดแทรกเรื่องการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา

เพื่อให้บุคคลรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา พิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง องค์ประกอบการแก้ปัญหามี 2 ลักษณะคือ เน้นแก้ที่ตัวปัญหาและเน้นการจัดการอารมณ์ทางลบที่มีต่อปัญหา โดยในขั้นตอนที่ 2 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2 การแก้ปัญหาและปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 3 และ 4 ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 รู้จักคิด ฝึกผ่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การรับรู้ปัญหา

เริ่มต้น ปลุกฝังทางความคิดในด้านบวกและสร้างสรรค์ การคิดตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมพร้อมสู่การรู้จักปัญหา ทำความเข้าใจปัญหาในเชิงสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 4 กำหนดเป้าหมายและการจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา

โดยมีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น สามารถจัดการและควบคุมอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

เป็นการฝึกหาทางออกให้ได้มากที่สุดภายใต้เกณฑ์คือ การแก้ปัญหาในแต่ละทางมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย คิดเพื่อค้นหาทางเลือกให้ได้มากที่สุด โดยในขั้นตอนที่ 3 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 3 วิธีแก้ปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 5 และ 6 ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 รู้จักและฝึกเตือนตนเอง นำพาสู่ความสำเร็จ

โดยฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง ว่าตนเองมีจุดแข็งหรือจุดอ่อนอย่างไร ฝึกเตือนตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง โดยยึดหลักธรรมข้อคิดเตือนใจ มีความพร้อมที่จะแก้ปัญหาดต่อไป

กิจกรรมที่ 6 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการพิจารณาทางเลือกการแก้ปัญหา ได้หลากหลายทาง ภายใต้เกณฑ์คือ การแก้ปัญหาแต่ละทางเลือก สัมพันธ์กับเป้าหมายของปัญหา ไม่น่าเป็นไปได้มาโดยวิธีใด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา เป็นการประเมินทางเลือกการแก้ปัญหาที่สร้างไว้ตามเกณฑ์ โดยช่วยให้ไปสู่เป้าหมายและเป็นทางเลือกที่ช่วยในการแก้ปัญหามากที่สุด รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากทางเลือกในการแก้ปัญหานั้น โดยในขั้นตอนที่ 4 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีแก้ปัญหามาสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 7 ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา ไตร่ตรองทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ต่อสังคม ผลในระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ตัดสินใจเลือกทางเลือกการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา เป็นการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ ตรวจสอบประสิทธิภาพของทางเลือกโดยอาศัยองค์ประกอบสำคัญ ขั้นตอนที่ 5 นำแนวคิดหลักสามประการ ผสมผสานเป็นกิจกรรมที่ 8 ดังนี้

กิจกรรมที่ 8 แก้ปัญหา ติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามทางที่เลือกไว้ ตรวจสอบ ประเมินผลโดยให้บอกขั้นตอน วิธีการ แสดงบทบาทสมมติ สร้างแรงจูงใจแก่ตนเอง นำวิธีแก้ปัญหาไปใช้ ถ้าไม่สำเร็จย้อนไปสำรวจปัญหาเพื่อหาวิธีที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ดำเนินกิจกรรม รวม 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที

1.6.3 อาการวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น ซึ่งเกิดจากการตอบสนองที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคามของบุคคล ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยวัดจากแบบประเมินความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971; Self-rating Anxiety Scale: SAS)

1.6.4 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชในคลินิก สุขภาพจิต ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ที่มารับบริการซึ่งประกอบไปด้วย การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ พุดคุยแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่อนคลายตนเอง และการรับประทานยา รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มักมีอาการวิตกกังวลกับเหตุการณ์ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยอาการวิตกกังวลนั้น มักมากเกินไปกว่าเหตุ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัญหา ขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม (D’Zurilla & Goldfried, 1971) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีสาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยมักประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งร้ายแรง ทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งร้ายแรงนั้นอาจเกิดขึ้นจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้ (Spielberger, Moscoso & Brunner, 2005) จากแนวคิดของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) ได้ทำการศึกษารูปแบบปัจจัยการแก้ปัญหา (Five Factors Model) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ มุมมองต่อปัญหาทางบวก มุมมองต่อปัญหาทางลบ รูปแบบการแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาทางบวกและทางลบ กล่าวคือ โดยทั่วไปบุคคลจะมีความคิดและมุมมองต่อปัญหา 2 แบบ คือ 1) มุมมองต่อปัญหาในทางบวก คือ มีมุมมองต่อปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทาย ปัญหานั้นแก้ไขได้ รับรู้ว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหานั้นได้ ปัญหาจึงได้รับการแก้ไข อารมณ์ด้านลบ เช่น อาการวิตกกังวล ก็จะลดลง 2) มุมมองต่อปัญหาในทางลบ คือ มีมุมมองต่อปัญหาที่พบว่าเลวร้าย/ยิ่งใหญ่ เกินความเป็นจริง คาดการณ์ล่วงหน้าและทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบ ส่งผลถึงวิธีการแก้ไขปัญหา 3 แบบ คือ 1) วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล นำไปสู่การปรับตัวอย่างเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางบวก 2) วิธีการแก้ไขปัญหแบบเร่งรีบ ไม่มีการคิดพิจารณา หรือ 3) วิธีการแก้ไขปัญหแบบหลีกเลี่ยง หากบุคคลใช้วิธีแก้ไขปัญห ด้วยสองวิธีหลัง ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข บุคคลจึงเกิดความเครียดขึ้นและปัญหายังคงอยู่ มุมมองการแก้ไขปัญหายังคงเป็นทางลบอยู่ มีโอกาสมากที่จะเกิดอารมณ์ด้านลบ คือ อาการวิตกกังวล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการแก้ปัญหาดังกล่าวมาประยุกต์ในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนจากมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นทางบวก และ ปรับเปลี่ยนจากวิธีการแก้ไขปัญหแบบเร่งรีบหรือหลีกเลี่ยง มาเป็นการแก้ไขปัญหแบบใช้เหตุผล สามารถทำได้และ สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลง สำหรับกิจกรรมการพยาบาลครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ การแก้ปัญหา ปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลัก 3 ประการก่อน เพื่อให้เกิดความตระหนักในสำคัญของการแก้ปัญหา โดยแนวคิดหลัก มีดังนี้

ประการแรก การแก้ปัญหา (problem solving) คือการกำกับตนเอง พยายามค้นหาหรือปรับตัวต่อปัญหา รู้ตัว มีเหตุผล ใช้กระบวนการทางความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระทำอย่างมีเป้าหมาย รับรู้ต่อปัญหาด้านบวกมากขึ้น ลดอารมณ์ด้านลบ อันถัดต่อมา ปัญหา (problem)

คือ สถานการณ์ที่คาดหวังไว้ ทำให้รู้ว่าตนต้องการศักยภาพ แต่พบว่ามีความยุ่งยาก คาดว่าจะเกิดความล้มเหลว ไม่สามารถไปถึงเป้าหมาย และปัญหาก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับความคิดและมุมมองที่มีต่อปัญหาของแต่ละบุคคลด้วย ในการแก้ปัญหา จึงให้บุคคลเข้าใจมุมมองต่อปัญหาทั้งทางบวกและทางลบ และประการสุดท้าย วิธีการแก้ปัญหา (solution) คือการเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม ในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง แก้ปัญหาแบบใช้เหตุผลซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ลดผลกระทบทางลบและสามารถเพิ่มผลกรรมทางบวกได้

ซึ่งแนวคิดหลักทั้งสามประการดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ต่อปัญหาที่เผชิญ ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ เป็นสิ่งท้าทาย และโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหานี้ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดหลัก 3 ประการ และกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ของเดอ ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 1982) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 และ 2 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหา มีความรู้เรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว ปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจถึงรูปแบบที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และมีกิจกรรมผ่อนคลายความวิตกกังวล

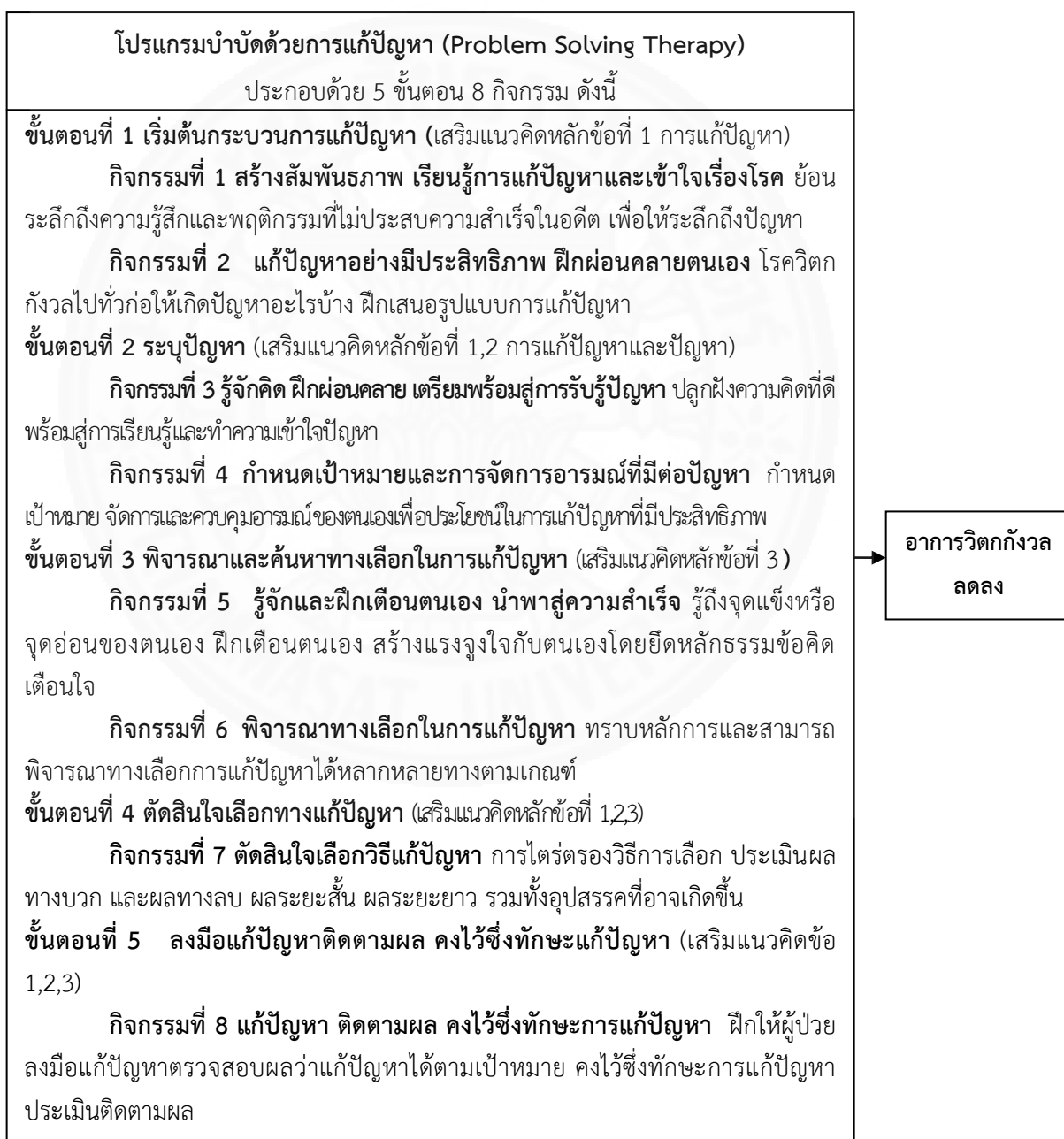
ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2 การแก้ปัญหาและปัญหามาผสมผสาน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 และ 4 ในกิจกรรมที่ 3 เริ่มต้นปลูกฝังทางความคิดในด้านบวก และสร้างสรรค์ เพื่อเตรียมพร้อมสู่การรู้จักปัญหา กิจกรรมที่ 4 ฝึกกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา ฝึกจัดการอารมณ์ของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 3 มาผสมผสาน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 และ 6 ในกิจกรรมที่ 5 ได้ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง ว่ามีความสามารถหรือข้อจำกัดอย่างไร ฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจให้ตนเองโดยยึดหลักธรรมชาติเตือนใจ และกิจกรรมที่ 6 ทราบหลักการและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลากหลายทาง

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 มาผสมผสาน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 7 การไตร่ตรองวิธีการเลือก ประเมินผลทางบวก และผลทางลบ ผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ต่อสังคม ผลในระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีแก้ปัญหามาผสมผสาน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 8 โดยฝึกให้ผู้ป่วยลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลว่าสามารถแก้ปัญหาไปได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

สรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีมุมมองต่อสถานการณ์ทางลบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด แต่เมื่อผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหามาเป็นทางบวกและปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาเป็นแบบใช้เหตุผล ใช้ความรู้ และมีความพยายามที่จะแก้ปัญหา สอดคล้องกับขั้นตอนที่ 1-5 ของเดอ ซูริลล่าและเนซู นำไปสู่การจัดการอารมณ์วิตกกังวลได้ นอกจากนั้นการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอน พบว่าอย่างน้อยมีระยะเวลา 6 สัปดาห์จึงจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของเดอ ซูริลล่าและเนซู มาปรับใช้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

1.8.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.9.1.1 สามารถนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มาใช้เพื่อเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.9.1.2 สามารถนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปฝึกอบรมแก่บุคลากรที่มีสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว และใช้ในการพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมการพยาบาลต่อไปได้

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย

1.9.2.1 สร้างเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

1.9.2.2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความวิชาการและ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder)

2.1.1 ความหมายและการจำแนกโรควิตกกังวล

2.1.2 อุบัติการณ์และความชุกของโรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.1.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.1.5 การรักษาโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.2 อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.2.1 ความหมายอาการวิตกกังวล

2.2.2 ลักษณะอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

2.2.3 การประเมินอาการวิตกกังวล

2.3 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy)

2.3.1 ความหมายการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

2.3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

2.3.3 องค์ประกอบของการแก้ปัญหา

2.3.4 กระบวนการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

2.3.5 ลักษณะทั่วไปของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

2.3.6 รูปแบบของการทำจิตบำบัดแบบแก้ปัญหา

2.3.6.1 การบำบัดรายบุคคล

2.3.6.2 การบำบัดรายกลุ่ม

2.4 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder)

2.1.1 ความหมายและการจำแนกโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยง (Avoidance) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2556) ได้แก่

2.1.1.1 โรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder [GAD]) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากเกินไปกว่าเหตุ (Excessive) เป็นอยู่ตลอดเวลา (Persistent) และกังวลแทบทุกเรื่อง (Pervasive) ร่วมกับอาการทางกายอื่นๆ จากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ มีอาการระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด และมีภาวะ Cognitive hypervigilance เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย

2.1.1.2 โรคแพนิก (Panic Disorder [PD]) และ Agoraphobia ผู้ที่เป็นแพนิก มีลักษณะสำคัญคือ มีอาการวิตกกังวลที่รุนแรง (Panic attack) เกิดซ้ำๆ โดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ลักษณะที่พบบ่อยคือ เอาใจเร่งรีบเร็ว หันที่หันใด รุนแรง เริ่มจากใจสั่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain or shocking sensation) มึนงง รู้สึกว่าเหมือนไม่ใช่ตัวเอง (Depersonalization) รู้สึกว่าสิ่งที่มีอยู่รอบตัวแปลกออกไป (Derealization) และตามด้วยความรู้สึกหวาดกลัว ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาการมักเป็นไม่กี่ปีกว่า ไม่เกินชั่วโมง แล้วก็ดีขึ้น ผู้ป่วยบางคนอาจมี Agoraphobia ร่วมด้วย คือ กลัวการอยู่ในสถานที่ซึ่งตนอาจเกิดอาการ Panic attack ขึ้นมาแล้ว ไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือหนีไปไหนไม่ได้

2.1.1.3 โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive Disorder [OCD]) มีลักษณะ 2 ประการคือ อาการย้ำคิด (Obsession) ผู้ป่วยมีความคิดหรือมีความรู้สึกที่เกิดขึ้นแบบซ้ำๆ และไร้เหตุผล จนทำให้เกิดความกังวลใจ ซึ่งผู้ป่วยก็รู้ว่าเป็นเรื่องไร้สาระและไม่เข้าใจว่าเกิดความคิดเช่นนั้นได้อย่างไร เช่น คิดซ้ำๆว่าได้ทำการลบหลูสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คิดซ้ำๆว่าลืมลืมล็อคประตู หรือปิดแก๊ส เป็นต้น และอาการย้ำทำ (Compulsion) เป็นการกระทำที่มีเป้าหมายชัดเจน โดยทำซ้ำๆ เพื่อป้องกันหรือลดความไม่สบายใจจากความย้ำคิด ข้างต้น และเป็นการกระทำไร้เหตุผล เช่น ตรวจสอบลูกบิดประตูซ้ำๆ เพื่อให้แน่ใจว่าปิดเรียบร้อยแล้ว ล้างมือบ่อยๆเพราะคิดว่ามือสกปรก เป็นต้น

2.1.1.4 โรคกลัว (Phobia disorder) อาการแสดงมีลักษณะถึงความกลัวในบางสิ่งบางอย่างมากเกินไปจนเกินปกติ กลัวอย่างไร้เหตุผลและไม่สัมพันธ์กับอันตรายที่ควรเกิด สิ่งที่ทำให้กลัวอาจเป็นวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆที่พบได้มาก มีดังนี้

(1) Social phobia หมายถึง เป็นความกลัวต่อการต้องไปอยู่ในสถานการณ์ที่อาจถูกจ้องมองจากผู้อื่น กลัวว่าตนจะทำสิ่งที่น่าอับอายขายหน้า

(2) Specific phobia หมายถึง ความกลัวต่อสัตว์ สิ่งของ สถานที่ หรือเหตุการณ์บางอย่างเฉพาะ

2.1.1.5 โรควิตกกังวลภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย (Post-traumatic Stress Disorder [PTSD]) ผู้ป่วยเกิดอาการภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง ที่เกิดกับตนเองหรือกับบุคคลใกล้ชิด จะเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น เช่น หวาดกลัวอย่างรุนแรง สิ้นหวัง คิดและฝันซ้ำๆ มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน สมาธิแย่ลง บางรายอาจมีประสาทหลอน อาการเป็นติดต่อยาวนานระยะเวลาหนึ่งและรุนแรง จนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอก้าวถึงโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) (F41.1) เท่านั้น เนื่องจากโรควิตกกังวลไปทั่ว เป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล ผู้ป่วยมักกังวลมากเกินไป และกังวลแทบทุกเรื่องอยู่ตลอดเวลา ร่วมกับมีอาการไม่สุขสบายทางกาย ครอบคลุมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ต่อไป

2.1.2 อุบัติการณ์และความชุกของโรควิตกกังวลไปทั่ว

ข้อมูลผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย พ.ศ. 2556 และพ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต 1,578,580 คน และ 1,687,500 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) 319,395 คน และ 354,695 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากถึงหนึ่งในห้าของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต, 2558) จำนวนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตต่อแสนประชากรปี พ.ศ.2556 พบว่ากลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นอันดับสอง เท่ากับ 493.0 อันดับหนึ่งคือโรคจิตเภท เท่ากับ 547.49 และอันดับสาม คือ โรคซึมเศร้า 345.08 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับผลสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติปี 2556 พบความชุก กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชของคนไทย โดยสำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า อาการในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นสาเหตุหนึ่งของปัจจัยหลักที่ทำให้คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยคิดเป็น 1.6 ล้านคน หรือประมาณ 3.1% ของประชากรทั้งหมดสำหรับประเทศไทย พบการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว มากในเพศหญิง ส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยมีอัตราความชุกต่อ 100 ประชากร ในช่วงอายุ 25-34 ปี พบร้อยละ 2.33 อายุ 35 - 44 ปี พบร้อยละ 2.52 และอายุ 45 - 54 ปี พบร้อยละ 3.95 (อัตราความชุกของโรคจิตเวชในประชากรไทย, 2551)

ส่วนอัตราความชุกชั่วชีวิตของอาการวิตกกังวลในประเทศต่างๆ คิดเป็นข้อมูลประมาณการส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างร้อยละ 7 - 9 ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรร้อยละ 20 ป่วยเป็นโรควิตกกังวลชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ Generalized Anxiety Disorder, Social phobia, Obsessive compulsive disorders (Fortinash, 2008) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวนถึง 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะโรควิตกกังวลไปทั่ว พบจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 6.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ

3.1 ต่อประชากรทั้งหมด (National Institute of Mental Health, 2014) การเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว มักเริ่มต้นในระยะวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้น้อยเริ่มมีอาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ในผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย (Fortinash, 2008) และจากการศึกษาความชุกของโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ในกลุ่มชาวเอเชียที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ชาวอินเดีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น จีน เกาหลี มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.75 เป็นร้อยละ 11.8 (Gonzalez et al., 2010) ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยมีอัตราความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในปีพ.ศ.2551 ร้อยละ 1.85 ขณะที่ปีพ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 (กรมสุขภาพจิต, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรควิตกกังวลและผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีแนวโน้มสูงขึ้นมาก ทั้งในประเทศไทย และประเทศต่างๆทั่วโลก

2.1.3 สาเหตุ และปัจจัยการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว

โรควิตกกังวลไปทั่วมีหลากหลายสาเหตุ อธิบายได้ดังนี้ (Stein, Hollander & Rothbaum, 2009)

2.1.3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทหลายตัว คือ สารสื่อประสาท GABA (Gamma - Aminobutyric acid), Serotonin, Norepinephrine, glutamate และ cholecystikinin systems ในปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่าครอบครัวและเครือญาติถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว ร้อยละ 30 - 40 (Hettama, Neale & Kendler, 2001)

2.1.3.2 ปัจจัยทางจิตใจ มีความเชื่อตรงกันว่า อาการวิตกกังวลที่ผิดปกติเกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็ก (Early experience) ดังนี้

(1) **ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund freud** ที่เชื่อว่าอาการวิตกกังวลมีผลมาจากความขัดแย้งระหว่าง id และ superego จิตไร้สำนึกที่ไม่ได้ถูกแก้ไข ทำให้มีสัญญาณความวิตกกังวลเตือน ego ว่ากำลังเกิดอันตราย (Psychologically meaningful dangers) ทำให้บุคคลตีงเครียด หวาดหวั่น ไม่มีความสุข

(2) **ทฤษฎี Cognitive-behavior** ซึ่งเชื่อว่าอาการวิตกกังวล คือ ความผิดปกติในด้านการรับรู้ และการแปลผลที่มีความบิดเบือนต่อสถานการณ์ต่างๆ มองโลกในแง่ร้าย การประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนต่ำเกินความเป็นจริง จึงเกิดความกลัวและอาการวิตกกังวล (Beck & Clark, 1988)

(3) **ทฤษฎีบุคลิกภาพ** มีความเชื่อว่าโรควิตกกังวลไปทั่ว นั้นไม่ใช่โรค แต่เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากบุคลิกภาพ ส่งผลทำให้การปรับตัวนั้น ผิดปกติ (Maladaptive personality traits) (Spielberger, Moscoso & Brunner, 2005)

(4) ทฤษฎีการประมวลข้อมูล (Information processing) โดยเชื่อว่าสมองของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีลักษณะตั้งใจรับ มีการประมวลข้อมูลรวมทั้งบันทึกข้อมูล เป็นความทรงจำแบบถูกคุกคามและความวิตกกังวล (Coles, Turk & Heimberg, 2007)

(5) ทฤษฎีอารมณ์ (Affect theory) บุคคลที่มีอารมณ์ด้านลบสูงมักมองโลกในแง่ร้าย มองตัวเอง และมองผู้อื่นในด้านลบ มักคิดถึงเรื่องที่มีความผิดพลาด ความล้มเหลว โดยมีอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย ด้านความกลัว (Fear component) และด้านความเศร้า (Sadness component) ถ้ามีด้านความเศร้าเด่น จะกลายเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าด้านความกลัวเด่น มีผลให้คิดแต่ความไม่แน่นอนของอนาคต และเป็นโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (Tellegen, 1985)

2.1.3.3 ปัจจัยด้านการคิดและการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาของเมลวินและวอล์คเกอร์ (Melvin & Walker, 2010) จำแนกปัจจัยที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ดังนี้

(1) แรงกดดันทางอารมณ์ (Emotional distress) หมายถึง ความรู้สึกทุกข์ที่เกิดขึ้นภายในและเกิดอารมณ์ที่รุนแรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

(2) สัญลักษณ์ (Symbols) คือ การที่บุคคลให้ความหมายต่อเหตุการณ์โดยใช้ความคิด ประสบการณ์ ค่านิยมของตน ว่าถูกคุกคาม มีความสูญเสียจนเกิดอาการวิตกกังวลขึ้น

(3) การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือการประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ที่พบเป็นสิ่งคุกคาม รุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น

(4) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ เหตุการณ์ที่มีความคลุมเครือ ซึ่งไม่อาจล่วงรู้ได้ จนเกิดความไม่แน่นอน รู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งมีผลก่อให้เกิดอาการวิตกกังวล

การศึกษาของดูแกส์ และโรบิชาวด (Dugas & Robichaud, 2007) ได้มีการศึกษาตัวแปร 4 ตัวแปร ที่ส่งผลให้เกิดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ดังนี้

(1) ขาดความอดทนต่อความคลุมเครือ (Intolerance of uncertainty) คือ การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและมีการตอบสนองต่อข้อมูลโดยการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในทางลบ

(2) ความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความกังวลใจ (Positive belief about worry) โดยมี IU เป็นตัวแปรสนับสนุนที่ก่อให้เกิดความเชื่อนี้ จะพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เชื่อว่าความกังวลใจสามารถป้องกันตนเองจากผลลัพธ์ที่ไม่ดีได้ (Ladouceur et al., 1997)

(3) การรับรู้และเข้าใจปัญหาในด้านลบ (Poor problem orientation) คือ การรับรู้ปัญหา การให้เหตุผล การตอบสนองตามความเชื่อและอารมณ์ในด้านลบ

(4) ความคิดหลีกเลี่ยง (Cognitive avoidance) มี 2 แบบคือ การคิดหลีกเลี่ยงต่อสิ่งคุกคามโดยการใช้จินตนาการและการหยุดยั้งความคิดที่ไม่เป็นสิ่งที่ต้องการ

จากตัวแปรตามที่จำแนก ดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยส่งเสริมในผู้ป่วย ต่อ มุมมองที่มีต่อสถานการณ์ปัญหา สอดคล้องตามแนวคิด Five factor model (D’Zurilla, 2002) ซึ่ง อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วจะมีมุมมองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านลบ (Negative Problem Orientation) และนำไปสู่รูปแบบการแก้ปัญหา (Problem-solving style) ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผล ต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้

สปีลเบอเกอร์และซิดแมน (Spielberger & Sydeman, 1994) กล่าวว่า ปัจจัยส่งผลต่ออาการวิตกกังวลคือ การที่บุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งคุกคาม ทำให้เกิด อันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจเกิดจากการคาดการณ์ของบุคคล หรืออาจมีจริงก็ได้ มีผลให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือทางด้านสรีรวิทยาขึ้น จากปัจจัยดังกล่าว ส่งผลต่ออาการวิตก กังวลของผู้ป่วยแต่ละคนมากหรือน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมุมมองต่อปัญหาของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวล ดังนี้

(1) เพศ เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่ออาการวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการ หลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตที่ต่างกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและ เพศหญิงแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์กังวลหงุดหงิดเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลงมาก (มานิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน (2556)

(2) ช่วงอายุที่พบ โรคจิตกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบได้ บ่อยในช่วงอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013)

จากข้อมูลข้างต้น จะพบได้ว่าสาเหตุ และปัจจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นถึง การคิด และการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว มักบกพร่องในด้านการ ปรับตัวและบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงมีมุมมองต่อปัญหาด้านลบ ส่งผลต่อการ แก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น หลีกเลี่ยงปัญหา ไม่มีวิธีเผชิญปัญหาหรือแก้ปัญหาที่เหมาะสม จน เกิดอาการวิตกกังวลตามมา สอดคล้องกับแนวคิดการแก้ปัญหาของเดอซูริลล่า (D’Zurilla & Nezu et al., 1982) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาไปในเชิงบวก มีเจต คติที่ดีต่อปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ อาการวิตกกังวลจึงลดลง

2.1.4 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจิตกังวลไปทั่ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตกังวลไปทั่ว นั้น มี 2 ระบบ คือ

2.1.4.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันนั้น ได้กำหนดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 ได้รวบรวมเกณฑ์การจัดกลุ่มโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชให้ เป็นมาตรฐานสากล ใช้เป็นคู่มือสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและอีก หลายๆประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตกังวลไปทั่ว ตาม DSM-5 มีดังนี้

A. ความวิตกกังวล (Anxiety) หรือความไม่สบายใจ (Worry) เป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Events) หรือกิจกรรม (Activities) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป วันที่เป็นนั้นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็นและเป็นกับหลายๆเหตุการณ์ เช่น การงานหรือการเรียน

B. บุคคลรู้สึกว่าการไม่สบายใจ (Worry) ของตนควบคุมได้ยาก

C. ความวิตกกังวลเกิดขึ้นร่วมกับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (วันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) ดังต่อไปนี้

1. การลุกกลิ้งกลน ความรู้สึกตึงเครียดหรืออาการตื้นตัน
2. ความรู้สึกอ่อนเพลียง่าย
3. สมาธิไม่ดีหรือใจลอย
4. กล้ามเนื้อตึง
5. อาการหงุดหงิด
6. การนอนหลับแปรปรวน เช่น นอนหลับยาก นอนหลับๆตื่นๆ ตื่น

นอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ เป็นต้น

D. ความวิตกกังวลใจหรืออาการแสดงทางกายทำให้เกิดความทุกข์และมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการงานอื่นๆบกพร่อง

E. อาการที่เกิดไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (ยา สารเสพติด) หรือภาวะเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

F. อาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น อาการกังวลจากโรค panic attack หรือเกิดจากความคิดหลงผิดในผู้ป่วย schizophrenia หรือ delusional disorder เป็นต้น

2.1.4.2 International Classification of Diseases (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก โดยเกณฑ์ของ ICD-10 (จิตรัตน์ ชื่นเอี่ยมและอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการหลัก มีอาการอยู่เกือบทุกวันอย่างน้อยหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน โดยลักษณะสำคัญของอาการมีดังนี้

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

(2) **Motor tension (Restless fidgeting, Tension headache, Trembling, Inability to relax)** กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ การสั่นของแขนขา ร่างกายไม่สามารถผ่อนคลายได้

(3) อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติมีมากเกินไป (Lightheadedness, Sweating) เช่น หัวใจเต้นแรงเร็ว เหงื่อออกมาก มือเท้าเย็น หายใจหอบ รู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม ปวดจุกเสียดท้อง ปากคอแห้ง โดยทั้งนี้อาการต่างๆที่มีร่วม ต้องไม่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยอื่น เช่น Depression เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการวินิจฉัยโรควิตกกังวลไปทั่ว ออกจากกลุ่มโรควิตกกังวลนั้น มีระบบการวินิจฉัยที่ยอมรับได้ 2 ระบบ คือ ระบบ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 เนื่องจากเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันแพร่หลายในประเทศไทย

2.1.5 การรักษาโรควิตกกังวลไปทั่ว

โรควิตกกังวลไปทั่ว เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ อาการเป็นเฉียบพลัน อาจมาด้วยอาการทางกาย มีสาเหตุจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป การรักษาคือแยกให้ได้ว่าอาการที่พบไม่ใช่อาการทางกายมาก่อน สำหรับการรักษาในปัจจุบันพบได้ 2 วิธี คือ

2.1.5.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) โดยยาที่ใช้รักษาโรควิตกกังวลไปทั่ว ประกอบด้วยยากลุ่มต่างๆ ได้แก่ ยากล่อมกังวล (Anxiolytics) ยากลุ่ม beta blocker ยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressants) เป็นต้น (จารุณี อินทฤทธิ์และคณะ, 2558) และยาต้องให้ทานนาน 6-12 เดือนต่อเนื่องหรือนานกว่านั้น หลังหยุดยา 60-80% มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2556)

(1) ยากลุ่ม Benzodiazepines ทำหน้าที่เพิ่มการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาท GABA เช่น Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativan) เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุด ปลอดภัยสูง คลายกังวลได้ดี ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่ Diazepam 5 -10 มก./วัน ให้ก่อนนอน ช่วยลดอาการวิตกกังวลในช่วงกลางวันได้ และช่วยให้นอนหลับดี ในการบริหารยา ควรประเมินอาการของผู้ป่วย ประเมินอาการที่เกิดหลังได้รับยาและพิจารณาปรับยาได้ตามอาการ โดยอยู่ระหว่าง 4 -20 มก./วัน หากผู้ป่วยยังมีอาการมากในช่วงบ่ายควรปรับขนาดยาให้เป็น 1 ส่วน ใน 3 ส่วน ต่อขนาดยาที่ใช้ในแต่ละวัน อาจเป็นช่วงเช้าหรือกลางวัน หลังทานยาอาจมีอาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม ฯลฯ แนะนำทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน (พัฒน์ เอกบุตกร, 2551)

(2) ยากลุ่ม Beta - Blockers เช่น Propranolol พบว่าไม่ได้มีฤทธิ์ในการลดความวิตกกังวล แต่ได้ผลดีเฉพาะต่ออาการใจสั่น และมือสั่น โดยปรับขนาดยาให้สามารถลดชีพจรได้ 5-10 ครั้ง/นาที ส่วนการออกฤทธิ์ค่อนข้างเร็วจะเห็นผลใน 1 สัปดาห์ ควรนำมาใช้เฉพาะรายที่มีอาการใจสั่นมากเท่านั้น และใช้ 1-2 สัปดาห์แรก ผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ และการเต้นของหัวใจช้าลง bradycardia (พัฒน์ เอกบุตกร, 2551)

(3) ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) การใช้ Sertraline หรือ Paroxetine ได้ผลดี ไม่ค่อยใช้ fluoxetine เพราะอาจทำให้มีอาการ Anxiety เพิ่มขึ้น (มานโซ หล่อตระกูล, 2556)

2.1.5.2 การรักษาทางจิต (Psychological treatment)

(1) จิตบำบัด (psychotherapy) จิตบำบัดชนิดหยั่งรู้ตนเอง (Insight psychotherapy) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งต่างๆ ที่มีผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น เช่น โรค phobia โรคย้ำคิดย้ำทำ และโรคทางจิตจากภยันตราย (PTSD) นอกจากนี้การทำจิตบำบัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจ ที่จะแก้ปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558)

(2) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มี 2 รูปแบบ คือ

1. เทคนิคการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) คือ วิธีการช่วยผู้ป่วยให้ค่อยๆ เผชิญต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การนั่งเครื่องบิน การอยู่บนที่สูง ฯลฯ

2. การเผชิญความกลัว (Implosion therapy) หรือ flooding คือการให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล/กลัวอย่างรุนแรงที่สุดทันที เช่น ผู้ป่วยกลัวความสูง ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยยืนบนยอดตึกสูงเพื่อฝึกการเผชิญสิ่งเร้า (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558)

3. การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) หลักการรักษาด้วยวิธีนี้ เน้นการรักษาผู้ป่วยที่มีความคิดผิดพลาด เช่น มีความคิดด้านลบ คิดไม่สมเหตุสมผล วิธีการรักษา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยทดแทนด้วยความคิด และวิธีคิดที่เหมาะสมต่อไป (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558)

4. การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้มีปัญหาวิตกกังวล ให้เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางแผนอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะการแก้ปัญหาอื่นๆ ได้ด้วยตนเอง (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2551)

(3) การบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) เป็นจิตบำบัดที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคล และทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา พัฒนามาจาก ทฤษฎีทางความคิด การบำบัดแบบเน้นเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม (Rational behavior therapy), พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) กำเนิดจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (Cognitive psychology) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคนิคการรักษาเป็นหลายรูปแบบ แต่ยึดหลักการเดิมคือ ความคิด (Cognition) เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2551)

(4) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST)

เป็นจิตบำบัดที่มีความสำคัญในการนำมาใช้ กับอาการเจ็บป่วย มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาบุคคลที่บกร่องเรื่องการปรับตัวและบุคคลที่คิดว่าตนเองไร้ค่า โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมาจากจิตใจด้านลบจนส่งผลทางสังคม เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่มีคุณค่า และการทำหน้าที่ทางด้านสัมพันธ์ภาพบกพร่อง (D’Zurilla & Goldfried, 1971)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการทำจิตบำบัดมีหลากหลายรูปแบบ และมีเทคนิคที่ใช้แตกต่างกันไป ดังเช่น การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งต่างๆ ที่มีผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ส่วนพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จะช่วยฝึกผู้ป่วยในการเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และการบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จะช่วยปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคล ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา แต่เนื่องจากได้มีการนำจิตบำบัดดังกล่าวข้างต้นมาศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วแล้ว สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ ในการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เนื่องจากการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความคิดตามความเป็นจริงและฝึกคิดเชิงสร้างสรรค์ ลดอารมณ์ทางลบ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้

2.1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ช่วยเหลือด้านจิตใจ และฝึกให้ผู้ป่วยแก้ปัญหานั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (วาทีณี สุขมาก, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลได้ดังนี้

2.1.6.1 การประเมินผู้ป่วย

- (1) ด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น หายใจไม่เต็มอิ่ม นอนไม่หลับ
- (2) ด้านอารมณ์ มีความกังวล ทุกข์ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต
- (3) ด้านความคิด ควรมีการประเมินด้านการคิดฆ่าตัวตาย

2.1.6.2 การช่วยเหลือด้านจิตใจ ได้แก่ การยอมรับและตระหนักว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง เผชิญกับอาการกังวลได้ และช่วยให้ผู้ป่วยคิดและทำกิจกรรมไปในเชิงสร้างสรรค์

2.1.6.3 การฝึกผ่อนคลาย เทคนิคผ่อนคลายประกอบด้วย การฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ช่วยนำอากาศบริสุทธิ์เข้าปอดและสมอง ฝึกสมาธิและฝึกการหยุดคิด

2.1.6.4 การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertive training)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่ควรแสดงออกในสังคมโดยไม่วิตกกังวล เพื่อกำจัดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีความรู้สึกกังวล (ขจัดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม)

2.1.6.5 การใช้รูปแบบการเผชิญปัญหา (Coping methods) ที่เหมาะสมทั้ง

ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตวิญญาณและอารมณ์ ด้านร่างกาย ได้แก่ การเผชิญกับปัญหาโดยตรง ด้านการรับรู้ ได้แก่ การใช้ความรู้สึกในการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ให้มากขึ้น ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความศรัทธา การสวดมนต์ หรือการประกอบพิธีทางศาสนา ด้านอารมณ์ ได้แก่ การสื่อสาร การใช้ความรู้สึกร่วมกับผู้อื่น และการใช้กลไกทางจิต (Defense mechanisms)

2.1.6.6 การให้ยาลดความวิตกกังวล จากการรักษาของแพทย์

สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

(1) การพยาบาลเพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวล

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล
2. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่สงบ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย
3. ให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกของตน ตระหนักว่าอะไรเกิดขึ้นกับตน
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ
5. ประเมินความคิดทำร้ายตนเอง ใส่ใจกับคำพูด การกระทำของผู้ป่วย
6. เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง

(2) การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยแก้ปัญหา

1. พูดคุยกับผู้ป่วย ถึงปัญหาและความขัดแย้งที่มีอยู่ เพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวในทางลบ
2. พูดคุยกับผู้ป่วยให้เพิ่มการตระหนักรู้ ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่สบายใจและอาการทางกายหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
3. ช่วยผู้ป่วยสำรวจทางเลือกการแก้ปัญหา และวิธีปรับตัวที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับความคิด การผ่อนคลายตนเอง

สรุปได้ว่า การพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว นอกจากการใช้ยาแล้ว การทำจิตบำบัดและช่วยเหลือทางจิตใจนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา เผชิญต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวลจนสามารถลดอาการวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง

2.2 อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.1 ความหมายอาการวิตกกังวล

คำว่าวิตกกังวล (Anxiety) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก มีความหมายว่า กดให้แน่นหรือเค้นคอ หายใจไม่ออก มาจากภาษาละตินใช้คำว่า “Anxious” มีความหมายว่า ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ เตือนระวัง รู้สึกรู้สิดๆ และรู้สึกว่าจะอยู่ในภาวะอันตราย เริ่มใช้คำนี้มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1525 ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาในทางสร้างสรรค์เตรียมพร้อมที่จะเผชิญสถานการณ์ ปัญหาต่างๆ ป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายมากขึ้น (จารุณี อินทฤทธิ์ และคณะ, 2558) และได้มีผู้ที่ให้ความหมายของคำว่าวิตกกังวลไว้อีกมากมาย และนำมาสรุปไว้ดังต่อไปนี้

ซุง (Zung, 1977) ให้ความหมายว่า อาการวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นโดยที่หาสาเหตุไม่ได้ แสดงออกทางร่างกายและอารมณ์

สปีลเบอเกอร์ และ กราสเนอร์ (Spielberger & Krasner, 1988) ให้ความหมายว่า อาการวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกเป็นทุกข์ ตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการประเมินหรือคาดคะเนเหตุการณ์ว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า อาการวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ที่มีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น อึดอัด ไม่สบายใจและเกรงกลัวว่าจะมีสิ่งร้ายๆ หรือเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นกับตัวเอง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า อาการวิตกกังวล คือ ความรู้สึกหวาดหวั่นกลัว ตึงเครียด วิตก อึดอัด ไม่แน่ใจ ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่ใจ สถานที่แปลกใหม่ สิ่งที่ไม่รู้จัก และมีพฤติกรรมเกิดขึ้นบางอย่าง เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด เบื่ออาหาร อารมณ์ฉุนเฉียววุ่นวายทะเลาะเบาะแว้ง เป็นต้น

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า อาการวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือกังวลต่อสิ่งที่คาดว่าจะไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาเสมือนอยู่ในภาวะเตรียมพร้อม มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย เครียด กังวล นอกจากนี้ยังพบว่าระบบ Autonomic nervous system ทำงานมากเกินไป เกิดอาการใจสั่น หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา แน่นท้อง เป็นต้น

วาทีณี สุขมาก (2556) กล่าวว่า อาการวิตกกังวลเป็นความรู้สึกในการตอบสนองที่ปกติต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจเกิดโดยมีสาเหตุที่แท้จริงหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ แต่สาเหตุที่มากกว่าสิ่งที่คาดหวังไว้

จากความหมายของอาการวิตกกังวลที่ได้มีผู้อธิบายไว้หลากหลายทัศนะดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้ อาการวิตกกังวล คือ ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น ซึ่งเกิดจากการตอบสนองที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคามของบุคคล ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม

2.2.2 ลักษณะอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีลักษณะอาการสำคัญ ดังนี้

2.2.2.1 อาการจะเกิดและแผ่กระจายไปหลายๆเรื่อง (Generalized) บางครั้งไม่ทราบสาเหตุ (Free - floating) ไม่เจาะจงต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ ผู้ป่วยมักกลัวและคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปก่อนล่วงหน้า ผู้ป่วยมักมีความคิดวนเวียน ไม่สามารถควบคุมให้หยุดคิดได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ความวิตกกังวลจะมีมาก (Excessive) เป็นอยู่ตลอด (Persistent) และเป็นแทบกับทุกเรื่อง (Pervasive) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2556)

2.2.2.2 อาการตึงเครียดของระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ แขนขาสั่น กล้ามเนื้อกระตุกปวดตึงศีรษะ มักปวดแบบตึง ๆ (Tension Headache) บริเวณระหว่างหัวคิ้วและขมับทั้งสองข้าง หรืออาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

2.2.2.3 อาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ หายใจไม่เต็มอิ่ม หัวใจเต้นเร็วแรง เหงื่อออกง่าย ปัสสาวะบ่อย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

2.2.2.4 ความผิดปกติด้านการรับรู้และการแปลผล (Cognitive hypervigilance) เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย เป็นต้น (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2556)

สรุปได้ว่า ลักษณะอาการวิตกกังวลพบได้ทั้งอาการทางกาย และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

2.2.3 การประเมินอาการวิตกกังวล

การประเมินอาการวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ พูดคุย การสังเกต การรับฟัง และการใช้เครื่องมือในการประเมิน เมื่อบุคคลเกิดอาการวิตกกังวลจะมีการแสดงอาการของความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม (Smeltzer & Bare, 2000) ดังนั้น การประเมินอาการวิตกกังวลจึงสามารถประเมินได้ทั้งหมด 3 ประเภท ดังนี้

2.2.3.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยกระตุ้นที่ระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ เป็นต้น แต่เนื่องจากบุคคลจะมีอาการวิตกกังวลที่แสดงออกแตกต่างกันไป การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลการ

ประเมินที่ได้ จึงไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Grimm, 1997)

2.2.3.2 การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการแสดงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้และการทำงานในร่างกายที่มีความสอดคล้องกัน มาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ภายในจิตใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความเคร่งเครียด การพูดที่แสดงถึงความไม่สบายใจ กระสับกระส่าย การกัดเล็บกัดปาก เป็นต้น (Graham & Conley, 1971) และแบบประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่

(1) The Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) สร้างขึ้นโดยแคทเทิลและไซเออร์ ในปี ค.ศ.1963 (Cattell & Scheier, 1963) เพื่อใช้ประเมินอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก โดยใช้เป็นแบบวัดที่เกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปและพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Trait anxiety) แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่น 0.73

2.2.3.3 การประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-report inventories or Questionnaires) ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยวาจา ด้วยการเขียนหรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม (Spielberger & Charles, 1985; Spielberger et al., 1995) เช่น

(1) Anxiety Status Inventory - Self- rating anxiety scale (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971) ประกอบด้วย 2 แบบวัดคือ ASI (Anxiety Status Inventory) และ SAS (Self- rating anxiety scale) แบบวัดทั้งสองนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก มีรายงานว่าสามารถใช้กับบุคคลไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน

1. Anxiety Status Inventory (ASI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากซุง ใช้สำหรับวัดอาการวิตกกังวล ประกอบด้วย 20 คำถามใช้ประเมินสภาวะอารมณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางกาย ข้อมูลได้จากการสังเกตที่ตัวผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบ่งระดับอาการวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการวิตกกังวล 2 = มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อย 3 = มีอาการวิตกกังวลปานกลาง 4 = มีอาการวิตกกังวลรุนแรง

การแปลผลคะแนน ≤ 20 คะแนน มีความวิตกกังวลน้อย

≥ 80 คะแนน มีความวิตกกังวลรุนแรง

2. Self - rating anxiety scale (SAS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากซุง (Zung, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยตันสนีย์ สมิตร์เกษตริน (2528) ใช้สำหรับวัดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วไป โดยประเมินความรู้สึกกังวลของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา โดยแบบประเมินประกอบด้วยข้อความแสดงความรู้สึกวิตกกังวลหรือพฤติกรรมแสดงออก มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale)

4 ระดับ คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง ศันสนีย์ สมิตเรขตริน (2528) ได้นำไปหาความเชื่อมั่น โดยประเมินในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบวัดนี้จะประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะที่เกิดจากความวิตกกังวล ข้อคำถามบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์หรือการกระทำทางด้านบวก มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,9,13,17 และ19 ส่วนข้อความด้านลบ 15 ข้อ มีหลักการให้คะแนนดังนี้

การจัดระดับคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย มาจัดระดับตามการจัดระดับคะแนนความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971) คือ

คะแนนเฉลี่ย 20 – 35 อยู่ในระดับ ปกติ/ไม่มีความวิตกกังวล

คะแนนเฉลี่ย 36 – 47 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเล็กน้อย-ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 48 – 59 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเด่นชัด-รุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 60 – 80 อยู่ในระดับ วิตกกังวลสูงมากที่สุด

3. State - trait anxiety inventory (STAI) สร้างขึ้นโดย สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีทั้งข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ เป็นคำตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ พบว่าเป็นแบบประเมินที่มีความเที่ยงสูง ซึ่งชนิษฐา นาคะ (2534) ได้นำไปหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .82 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า การประเมินอาการวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ 1.ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา แต่ยังพบว่าการประเมินไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน 2. ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภายในจิตใจที่สังเกตเห็นได้แต่ยังไม่สามารถสะท้อนอารมณ์ภายในได้มากนัก และ 3. ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971; Self-rating Anxiety Scale: SAS) เนื่องจากมีความเหมาะสมสำหรับใช้วัดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยสามารถทำแบบวัดได้ด้วยตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ภายในและเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ชัดเจน สะดวกและประหยัดเวลา นอกจากนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ

2.3 การบำบัดโดยการแก้ปัญา (Problem solving therapy: PST)

2.3.1 ความหมายการบำบัดโดยการแก้ไขปัญา

การบำบัดโดยการแก้ปัญา (Problem-Solving Therapy: PST) เป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถแก้ปัญาที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดการรับรู้ปัญาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญาเป็นเรื่องที่ท้าทาย มองว่าต้องใช้เวลาใช้ความพยายามในการแก้ไข ใช้ทักษะในการแก้ปัญาอย่างมีเหตุผลและมีความคิดเชิงบวกต่อปัญา พยายามทำความเข้าใจ (Formulation) และค้นหาปัญาอย่างแท้จริง (Identified problem) หาทางแก้ปัญาได้หลากหลาย ตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ปัญา ตรวจสอบผลการแก้ปัญา ทั้งผลดีและผลกระทบ และลดอารมณ์ทางลบที่ไม่เป็นประโยชน์ในการช่วยแก้ปัญาโดยอยู่กับความเป็นจริง (D’Zurilla, 1988)

2.3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญา

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าแนวคิดและทฤษฎีของการแก้ปัญาหลากหลายแนวคิด ในที่นี้ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเฉพาะจุดเริ่มต้นของการบำบัดด้วยการแก้ปัญา แนวคิดนี้ได้มีการพัฒนามาจาก Thomas D’Zurilla นักจิตวิทยา ได้เริ่มนำมาใช้ในทางคลินิกด้านจิตวิทยาและจิตเวช เริ่มใช้ปีค.ศ.1960 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนามาโดยเน้นกระบวนการทางปัญา เพื่อให้เกิดการควบคุมตนเองได้ดีขึ้น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมการแก้ปัญา มีความสำคัญในการนำมาใช้กับอาการเจ็บป่วย มีประสิทธิภาพในการใช้ป้องกันและรักษาบุคคลที่มีการปรับตัวบกพร่องและบุคคลที่มองว่าตนเองไร้ค่า โดยพฤติกรรมแสดงออกมาจากจิตใจด้านลบและมีผลทางสังคม เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกตนเองไร้ค่า และการทำหน้าที่ทางด้านสัมพันธ์ภาพบกพร่อง (D’Zurilla & Goldfried, 1971)

แนวคิดการแก้ปัญาของเดอ ซูริลลาเป็นการแก้ปัญาทางสังคม (Social Problem Solving) พัฒนามาจากการบำบัดโดยวิธีการแก้ปัญา (Problem solving therapy) ซึ่งแนวคิดนี้มีกระบวนการรู้คิดเชิงพฤติกรรม (Cognitive – Behavior Process) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคม (Social Competence หรือ Ability) ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ มีกลยุทธ์การเผชิญปัญาที่เหมาะสม จัดการความเครียด, อาการวิตกกังวลซึ่งเป็นอารมณ์ด้านลบ ที่จะนำมาสู่การเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (D’Zurilla, 1990; D’Zurilla & Nezu, 2007; Nezu & D’Zurilla, 1989)

รูปแบบความสัมพันธ์ของการแก้ปัญาของเดอ ซูริลลา (D’Zurilla) มีพื้นฐานมาจากแบบจำลองความสัมพันธ์ความเครียดของ ลาซารัส (Lazarus, 1971) ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินได้ว่าเหตุการณ์ที่พบมี

ความรุนแรงมากเกินกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และเหตุการณ์นั้นเป็นการคุกคามชีวิต (Lazarus & Folkman, 1984) โดยให้คำนิยามของความเครียดมีความคล้ายคลึงกับคำว่าปัญหา ในทฤษฎีการแก้ปัญหาทางสังคม กล่าวคือปัญหาคือ ตัวกระตุ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก ความสัมพันธ์ของรูปแบบการแก้ปัญหา ความเครียดก็คือ ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่าง 3 ตัวแปร คือ 1) เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต 2) อารมณ์เครียด/คุณภาพชีวิต 3) การเผชิญด้วยการแก้ปัญหา

2.3.2.1 เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต คือ ปฏิกริยาของบุคคลเมื่อพบกับประสบการณ์ชีวิตและมีการแสดงออกมาในลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Bloom, 1985) ความตึงเครียดเกิดได้ 2 ประเภท คือ 1) เหตุการณ์สำคัญในด้านลบ (Major negative event) 2) ปัญหาในชีวิตประจำวัน (Daily Problem) เหตุการณ์สำคัญในด้านลบ คือ ประสบการณ์ชีวิตในมุมมองกว้าง เป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เกิดการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียคนรัก การว่างงาน การเจ็บป่วย ส่วนปัญหาในชีวิตประจำวันคือ ความเครียดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีมุมมองที่แคบกว่า ทำให้ทราบว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญในด้านลบ และปัญหาในชีวิตประจำวันนั้น มีความเกี่ยวข้องต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก (Nezu & D’Zurilla, 1989)

2.3.2.2. อารมณ์เครียด คือ อารมณ์ตอบสนองของบุคคล ที่แสดงถึงความกดดันต่อเหตุการณ์ที่พบ เปรียบเสมือนอาการวิตกกังวล (Lazarus, 1999) ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของบุคคลที่สนองต่อเหตุการณ์ในชีวิต การประเมินค่าทางความคิดและพฤติกรรมการเผชิญ อารมณ์ที่ตอบสนองด้านลบ (วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า) หรือตอบสนองด้านบวก (ความหวัง การผ่อนคลาย สนุกสนาน) บุคคลมักมีอารมณ์ด้านลบต่อเหตุการณ์ ดังนี้ 1) การมองว่าเหตุการณ์ที่พบเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อการใช้ชีวิต 2) ไม่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและ 3) แสดงถึงการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ในอีกมุมมองหนึ่งอารมณ์ด้านบวกจะขัดแย้งกับอารมณ์ด้านลบและมีอิทธิพลต่อบุคคล ดังนี้ คือ การรับรู้ถึงความเครียดว่าเป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์ที่ช่วยผลักดันให้เกิดการตอบสนองที่ดี

2.3.2.3. การเผชิญด้วยการแก้ปัญหา เป็นการบูรณาการมาจากความคิดและการเผชิญปัญหาโดยใช้ขอบเขตการแก้ปัญหาทางสังคม การที่คนจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) รับรู้ว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย สามารถแก้ไขได้ 2) เชื่อว่าตนแก้ปัญหา นั้นได้สำเร็จ 3) นิยามปัญหาและสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา 4) กำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลากหลาย 5) เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด 6) ลงมือแก้ปัญหา 7) ติดตามและประเมินผล ซึ่งเหมือนกับรูปแบบการจัดการความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญด้วยการแก้ปัญหา ได้แก่ การประเมินของบุคคล (มีมุมมองทางบวกต่อปัญหา) และในด้านอารมณ์ (มีการลดหรือการปรับเปลี่ยนอารมณ์) ในสองเรื่องนี้เป็นพื้นฐานของการมองสถานการณ์ปัญหา เมื่อสถานการณ์นั้นสามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ ก็จะส่งผลต่ออารมณ์ด้วย ถ้ามีอารมณ์

ตึงเครียดอย่างมาก การมองเหตุการณ์นั้นจะเปลี่ยนแปลงจากเดิม เพราะฉะนั้นต้องให้ความสำคัญกับอารมณ์ด้วย

ดังนั้น เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตมีความเชื่อมโยงกับความสามารถในการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลไปถึงคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาจะมากหรือน้อยแต่ถ้ายังมีความเครียดอยู่มากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ดีและการที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำจะไปเพิ่มผลกระทบด้านลบของความเครียดต่อเหตุการณ์ เพราะฉะนั้นการมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีจะช่วยลดผลด้านลบ เช่น วิตกกังวล ความเครียดที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้

2.3.3 องค์ประกอบของการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ การทำความเข้าใจกับปัญหาและรูปแบบการแก้ปัญหา (D’Zurilla & Nezu, 1999; D’Zurilla & Nezu, 2007; D’Zurilla & Goldfried, 1971 อ้างถึงในดารารรรณ ต๊ะปินตา, 2556)

2.3.3.1 การทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นแนวคิดหลักในการฝึกทักษะการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลรู้จักตระหนักในตนเอง สามารถมองปัญหา ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และจัดการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.3.3.2 รูปแบบการแก้ปัญหา เกิดจากความคิดที่มีต่อปัญหานำไปสู่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังได้แนวทางการแก้ปัญหา

2.3.4 กระบวนการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

กระบวนการแก้ปัญหานั้นมีความแตกต่างกันในวิธีการต่างๆซึ่งมีผู้ที่ทำการศึกษาไว้มากมาย ได้แก่ เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D’zurilla & Nezu, 1982), สปรังก์เคิล (Sprankle, 1995)

เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D’zurilla & Nezu, 1982) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapies) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญาที่เชื่อว่า เมื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาจะมีผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้วย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (D’zurilla & Nezu, 1982 อ้างถึงในสุทธิชัย ชมพูพาทย์, 2554)

2.3.4.1 ขั้นแนะนำกระบวนการแก้ปัญหา (General Orientations) เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้และมีความเข้าใจต่อปัญหา มีความคาดหวังทางบวกและความพยายามในการแก้ปัญหา ในขั้นนี้ให้บุคคลได้ย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง เนื่องจากความเชื่อเป็นสิ่งแรกของการตั้งต้นที่จะทำงานและมีกิจกรรมฝึกการเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากแนวคิดที่มองว่าปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ เป็นปัญหาที่มีความท้าทาย มองถึงเป้าหมายและกล้าเผชิญหน้ากับปัญหา ต้องใช้เวลาและความพยายามในการ

แก้ไข ในขั้นตอนนี้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา กรณีที่ผู้แก้ปัญหาที่มีความคิดที่ไม่เหมาะสมโดยอาจจะใช้การสอนตนเอง หรือการผ่อนคลายความกังวลลง

2.3.4.2 ขั้นนิยามปัญหา (Problem Definition) เพื่อให้บุคคลได้ทำความรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ตั้งเป้าหมายของการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังเน้นให้มีการเชื่อมโยงเหตุและผลของปัญหาค้าง กล่าวคือเป็นการพิจารณาว่าลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วระบุปัญหาที่แท้จริง โดยองค์ประกอบของการแก้ปัญหาอาจมี 2 ลักษณะคือ เน้นการจัดการที่ตัวปัญหา และเน้นจัดการอารมณ์ทางลบที่มีต่อปัญหา

2.3.4.3 ขั้นสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา (General of Alternative) เป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มากที่สุดภายใต้กฎเกณฑ์คือ การแก้ปัญหาในแต่ละทางมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา และทางเลือกนั้นต้องมีความเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักการคิดให้มีปริมาณทางเลือกมากที่สุดและไม่คำนึงว่าความคิดนั้นได้มาโดยวิธีใด ในขั้นนี้กระตุ้นให้คิดด้วยตนเอง โดยยังไม่บอกแหล่งข้อมูลอื่นในทันที ไม่ตัดสินความคิดนั้น

2.3.4.4 ขั้นตัดสินใจเลือก (Decision Making) เป็นขั้นของการประเมินทางเลือก การแก้ปัญหาที่สร้างไว้ โดยพิจารณาจากกฎเกณฑ์ทางเลือกวิธีการแก้ปัญหา 4 ประการคือ การไตร่ตรองวิธีการเลือก การมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี จำนวนและความพยายามที่ใช้ในการแก้ปัญหา และการมีสภาวะที่ดีทั้งส่วนตัวและสังคม ช่วยนำไปสู่เป้าหมายที่ได้รับผลบวกมากที่สุด

2.3.4.5 ขั้นการตรวจสอบทางเลือก (Verification) เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเลือกวิธีการแก้ปัญหาในขั้นตัดสินใจเลือก ตรวจสอบประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ

(1) **การสร้างทางเลือกที่สมบูรณ์หรือการลงมือปฏิบัติ** ให้ประสบความสำเร็จ (Solution implementation) คือการทำตามแผนที่วางไว้

(2) **การกำกับตนเอง (Self-Monitoring)** คือการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของการแก้ปัญหาของตนเอง ทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนต่อไป

(3) **การประเมินตนเอง (Self-Evaluation)** เป็นการนำผลการบันทึกการสังเกตมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่ตั้งไว้

(4) **การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement)** เกิดขึ้นเมื่อผลการประเมินตนเองเป็นไปตามเป้าหมาย

สแปรงเคิล (Sprankle, 1995) กล่าวว่า คนเราจะต้องตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตอยู่ทุกวัน ถึงแม้ว่าปัญหาที่พบอาจดูไม่ได้สำคัญมากนัก แต่ถ้าเราตัดสินใจผิดพลาดก็จะเป็นการเสียเวลาและทรัพยากรไปโดยใช่เหตุ ดังนั้น Sprankle จึงเสนอขั้นตอนการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระบุปัญหา เป็นกระบวนการแรกของการแก้ปัญหา โดยระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนว่าคืออะไร มิเช่นนั้นเราก็ไม่สามารถแก้ปัญหาได้

2. ทำความเข้าใจกับปัญหา เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความเข้าใจ ความรู้พื้นฐานของบุคคลหรือวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหา และสามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับบุคคลได้ เช่น ถ้ามีคนมาถามทางไปร้านอาหารและคนๆนั้นไม่ใช่คนในท้องถิ่นบริเวณนั้น เราก็จะต้องเลือกคำอธิบายที่ละเอียดขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

3. ระบุทางเลือกเพื่อแก้ปัญหา ควรมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากมาย ทางซึ่งทางเลือกต่างๆอาจได้มาจากการถามบุคคลอื่นๆ

4. เลือกวิธีที่ดีที่สุดจากทางเลือกที่มีอยู่ไปใช้ ในขั้นตอนนี้จะต้องระบุและประเมินถึงข้อดีและข้อเสียของทางเลือกแต่ละทางก่อน ก่อนที่จะเลือก

5. กำหนดวิธีการที่จะนำทางเลือกไปแก้ปัญหา วิธีการที่จะนำมาใช้นี้จะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของขั้นที่สอง

6. ประเมินผล เป็นการตรวจสอบว่าผลจากการแก้ปัญหานั้นเป็นที่น่าพอใจหรือไม่และบรรลุตามสิ่งที่ต้องการหรือไม่

สรุปได้ว่า การแก้ปัญหามองอาศัยการคิดและมีกระบวนการที่เป็นขั้นตอน ประกอบกับมีหลักการในการตัดสินใจ การลงมือแก้ปัญหา และมีการติดตามประเมินผลเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.3.5 ลักษณะทั่วไปของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

ตามแนวคิดเดอซูริลลา (D'Zurilla, 1988) ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่า เป็นกระบวนการรู้คิดเชิงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลหรือกลุ่มใช้ในการกำหนดปัญหา ค้นหาวิธีที่จะเผชิญหรือแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหา โดยให้ความหมายของคำที่เป็นส่วนประกอบในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นแนวคิดหลัก สรุปได้ดังนี้ (D'Zurilla, 1988 อ้างถึงในดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สุกุลพรรณ และ สุวิทย์ อินทอง, 2556)

2.3.5.1 การแก้ปัญหา (Problem-solving) หมายถึง กำกับตนเอง มีความพยายามที่จะค้นหาและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดศักยภาพ และมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะ เพิ่มความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทางเลือก ต้องมีความรู้ มีความพยายาม ใช้เหตุผลให้มากและกระทำอย่างมีเป้าหมาย ปรับลดอารมณ์ที่ทำให้เกิดแรงกดดัน และควบคุมตัวเอง การแก้ปัญหาเป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง เพื่อให้รับรู้ ว่า ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับพลังในการแก้ปัญหาได้ลดลง การรับรู้ถึงปัญหาและการพยายามแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาจากการรับรู้ของบุคคลหนึ่งจึงอาจใช่หรือไม่ใช่ปัญหาของคนอื่น ๆ ก็ได้

2.3.5.2 ปัญหา (Problem) หมายถึง สถานการณ์ปัญหา (Problematic situation) เป็นสถานการณ์ งานในปัจจุบันหรืองานที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ของตนเองต้องการศักยภาพ ต้องการพลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอก และภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ขาดข้อมูล ไม่มีทักษะ มีความยุ่งยาก มีความขัดแย้งของเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลวในการแก้ปัญหาบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังเผชิญปัญหา ซึ่งลักษณะของปัญหาสามารถแบ่งได้ ดังต่อไปนี้

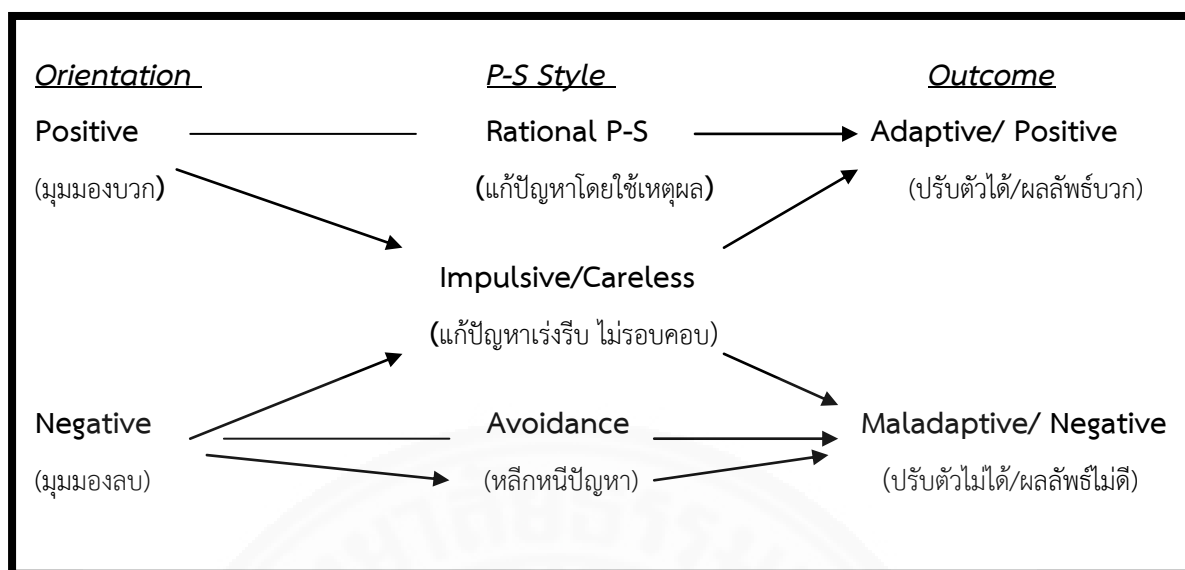
(1) ปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด (Single time-limited) เช่น การไปเข้าร่วมประชุมไม่ทัน การเจ็บป่วยที่กะทันหัน เป็นต้น

(2) ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ (A series of similar related event) เช่น การถูกกดดันจากเพื่อนร่วมงาน พฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรชายที่กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่น

(3) ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อเนื่อง (Chronic ongoing situation) เช่น ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บปวดที่ต่อเนื่อง

(4) ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล หมายถึงความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหาต้องการ win-win approach เพื่อแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่าใช้ win-lose approach ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องต่อมาในระยะยาว

2.3.5.3 วิธีการแก้ปัญหา (Solution) หมายถึงการเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรมในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหจะทำให้ปัญหาลดลง ลดความรู้สึกกดดันของบุคคลลงได้ และสามารถลดปัญหาได้ในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไร ในระดับใด ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้สามารถลดผลกระทบทางลบและเพิ่มผลทางบวกได้



ภาพที่ 2.1 ภาพแสดงการรับรู้และรูปแบบการแก้ปัญหา Five Factor Model ตามแนวคิดของเดอซูริลล่า (D'Zurilla, 2002)

รูปแบบการรับรู้ต่อปัญหา (Problem oriented)

หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในชีวิต กับความสามารถในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปเราจะมีความคิดและมุมมองต่อปัญหา 2 แบบ คือ (ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ และสุวิท อินทอง, 2556)

(1) มุมมองต่อปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented [PPO]) คือ การมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถแก้ปัญหานั้นได้ ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลง

(2) มุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented [NPO]) คือ การมองว่าปัญหานั้นยิ่งใหญ่เกินความสามารถของตนเอง ไม่มีทางเลือก ไม่มีหนทางแก้ปัญหา ส่งผลต่อการแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ อาการวิตกกังวลจึงเพิ่มขึ้น

วิธีการแก้ปัญหของเดอ ซูริลล่า มี 3 แบบ

(ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา , สมบัติ สกุลพรรณ และสุวิท อินทอง, 2556)

(1) การแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) เป็นการแก้ปัญหาโดยมีความพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา (Formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (Identified problem) พยายามหาทางออกการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ตัดสินใจและลงมือแก้ปัญหาบนวิธีการที่มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลลบ โดยการแก้ปัญหาทั้งหมดอยู่กับความเป็นจริง พยายามลดอารมณ์ทางลบเนื่องจากไม่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา

(2) การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) หลีกเลี่ยงปัญหา มองการแก้ปัญหาในทางร้าย พยายามออกจากความรับผิดชอบ ในการแก้ปัญหากับผู้อื่น รอให้ปัญหาจบลงด้วยตัวของมันเอง หรือแก้ปัญหาโดยการพึ่งพาผู้อื่น

(3) การแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/careless) เป็นการแก้ปัญหอย่างรีบเร่ง ไม่มีการคิดทบทวนหลายๆ ทาง มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ หรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา คือ การบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหา (Problem) แนวคิดในการแก้ปัญหา (Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยให้เกิดการค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลาย และช่วยให้ผู้ป่วยใช้เหตุผลในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา (Rational problem solving) โดยมีเป้าหมาย ช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) มาเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริง ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Positive Problem Orientation) และมีความเข้าใจวิธีการแก้ปัญหา 3 แบบ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการ จนเกิดกระบวนการที่ถูกต้อง และประเมินผลการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาโดยการประเมินอาการวิตกกังวล และทักษะการแก้ปัญหา

โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Program) มีลักษณะที่เน้นการฝึกเรื่อง ดังต่อไปนี้ (D'zurilla & Nezu, 1982)

(1) ทักษะคติที่มีต่อปัญหาในทางบวก (Positive Problem Orientation [PPO]) คือ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย รับรู้ศักยภาพของตนเองในทางที่ดี ทำความเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นต้องใช้ความพยายามและใช้เวลา มุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหา ซึ่งต้องมีการปรับทางอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา

(2) การแก้ปัญหามีเหตุผล (Rational Problem solving [RPS]) คือ การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจ (Formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (Identified problem) คิดหาทางออกของปัญหาหลากหลายทาง ตัดสินใจ ลงมือทำการแก้ปัญหตามแผน และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ทั้งผลดีและผลกระทบในระยะสั้นและผลระยะยาว พยายามอยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบเพราะไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้

2.3.6 รูปแบบของการทำจิตบำบัดแบบแก้ปัญหา

เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยของตน ได้รับความสามารถในการจัดการกับโรค เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มี 2 รูปแบบ (ราตรี ทองยูและคณะ, 2554)

2.3.6.1 การบำบัดรายบุคคล คือ กระบวนการบำบัดทางจิตที่ผู้บำบัดและ/หรือผู้ร่วมให้การบำบัด ทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาด้านจิตอารมณ์หรือด้านพฤติกรรมครั้งละหนึ่งคน กระบวนการบำบัดอยู่ในกรอบโครงสร้างที่กำหนดไว้ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้ การมองโลกและพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้จากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดในกระบวนการรักษา โดยมีการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหาและร่วมกันแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหากับผู้รับการบำบัด (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

ข้อดี คือ เป็นการบำบัดที่เข้าถึงผู้ป่วยได้เฉพาะราย สามารถวางแผนในแต่ละครั้งว่าต้องการให้เกิดการเรียนรู้หรือให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งใดบ้าง

ข้อจำกัด คือ ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ด้วยตัวเอง ส่วนหนึ่งได้รับการบำบัดรักษาจากผู้บำบัด แต่ข้อจำกัด คือ ไม่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่ม

2.3.6.2 การบำบัดแบบกลุ่ม คือ กระบวนการกลุ่มที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มได้รับการกระตุ้นประกอบจิตใจ ซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดผลดีด้านร่างกาย ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวช่วยลดอาการวิตกกังวล (เพียร ดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, 2551)

ข้อดี คือ ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ด้านมนุษยสัมพันธ์ใหม่ ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกในทางที่ดีกับผู้อื่น ช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติบางอย่างที่ทำให้เกิดปัญหาส่วนตัว ปัญหาพฤติกรรมและสัมพันธภาพ

ข้อจำกัด คือ สมาชิกที่มีความแตกต่างกันมากเกินไป หรือขนาดกลุ่มที่เล็ก/ใหญ่จนเกินไปอาจมีผลเสียกับกระบวนการบำบัดได้

การบำบัดแบบกลุ่ม ควรคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมคือ 8 - 12 คน (Yalom, 1995) เพราะการมีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง เกิดการแลกเปลี่ยนกันข้อมูล ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลงได้ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของกาตอนและคณะ (Katon et al., 2004) ซึ่งพบว่าการบำบัดแบบแก้ไขปัญหามิได้ผลดีมากกว่ารายบุคคล เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) รายกลุ่มมากกว่ารายบุคคลแต่มีข้อจำกัดในกลุ่มที่ไม่ใหญ่จนเกินไป ดังการศึกษาของธวัชชัย พละศักดิ์ (2557) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า โดยบำบัดเป็นกลุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีการแบ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน ซึ่งมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้

สรุปได้ว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้กลุ่มบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตตกกังวลไปทั่วเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม เกิดผลดีด้านร่างกายจิตใจที่จะ ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลงได้

หลักการทำจิตบำบัดกลุ่ม ควรมีผู้บำบัดอย่างน้อย 2 คน ได้แก่ ผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม โดยทั้งสองมีคุณสมบัติและบทบาท ดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

(1) ผู้นำกลุ่มคือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งต้องเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผ่านการฝึกอบรมเรื่องการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีท่าทีที่น่าเชื่อถือไว้วางใจ สามารถตัดสินใจในเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ มีท่าทีมั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อคำพูดทั้งด้านยกย่องหรือเชิงตำหนิ

(2) ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มจำนวน 1 ท่าน คือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี มีบทบาทในการให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยความสะดวกช่วยเหลือผู้นำกลุ่มให้ดำเนินการกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ ช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง

การดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง แบ่งเป็น 3 ระยะ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

(1) ระยะเริ่มต้นกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ กฎเกณฑ์ กติกาการเข้ากลุ่ม และ เวลาที่ใช้ 15 นาที

(2) ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ นำปัญหาเข้าสู่ความสนใจของกลุ่ม อาจเป็นปัญหาในปัจจุบัน มีการสอบถามรายละเอียดของปัญหา วิเคราะห์ให้ข้อเสนอแนะ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มมาพิจารณา แก้ไข และใช้เวลาประมาณ 60 นาที

(3) ระยะสรุป ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะ การเรียนรู้กันในกลุ่ม วางแผนสำหรับการทำกลุ่มในคราวต่อไป เวลาที่ใช้ประมาณ 15 นาที

2.4 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 1982) ซึ่งมีการบำบัดทั้งหมด 5 ขั้นตอน และผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดของปุนยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) ตามแนวคิดการแก้ปัญหของเดอ ซูริลล่า (D'Zurilla , 1988) และเนซุและเนซุ (Nezu & Nezu, 2008) ซึ่งของปุนยาภา คำบุญเรือง และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา มีขั้นตอนในการแก้ปัญหา

6 ขั้นตอน 7 กิจกรรม และเป็นการบำบัดรายกลุ่ม ผู้วิจัยปรับเนื้อหาในกิจกรรมใหม่โดยเพิ่มกิจกรรมการรู้จักและฝึกเตือนตนเองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่มีต่อปัญหาให้มากยิ่งขึ้น คงไว้ซึ่งโครงสร้างเดิมคือ กระบวนการแก้ปัญหา และรวมขั้นตอนที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมเดิมให้เป็นขั้นตอนเดียวกัน ในโปรแกรมที่ดัดแปลงใหม่ จึงมีกิจกรรมที่มากกว่าเป็น 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาบำบัดนาน 7 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง โดย 6 สัปดาห์แรกเป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการประเมินผล และจากการศึกษาของเดอซูริลล่าและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2007 อ้างถึงในรังสิมันต์สุนทรไชยา, 2554) พบว่าการบำบัดในระยะแรกใช้เวลา 7 – 10 ขั้นตอน ซึ่งเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับบริการไม่สามารถมารับบริการได้ครบ จึงมีการพัฒนาลดขั้นตอนให้กระชับขึ้น การพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงระยะเวลาที่ใช้ ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงไว้ซึ่งประสิทธิผลของการบำบัด ดังตารางที่ 2.1 และตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.1

เปรียบเทียบโปรแกรมเดิมและโปรแกรมที่พัฒนาใหม่

โปรแกรมเดิมของปณยาภา คำบุญเรือง และ ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) (6 ขั้นตอน 7 ครั้ง)	โปรแกรมพัฒนาใหม่ (5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม)
ครั้งที่1 เริ่มต้นโปรแกรม -สร้างสัมพันธภาพ -เข้าใจโรค เข้าใจโปรแกรม -ฝึกสำรวจตนเอง	ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้การ แก้ปัญหาและเข้าใจเรื่องโรค กิจกรรมครั้งที่ 2 แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกผ่อนคลายตนเอง (เหมือนกับโปรแกรมเดิม)
ครั้งที่ 2 ฝึกทำความเข้าใจในปัญหา -เน้นเรื่องการคิดและการเข้าใจปัญหาทางบวก	ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักคิด ฝึกผ่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การรับรู้ปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 4 กำหนดเป้าหมายและการจัดการ อารมณ์ที่มีต่อปัญหา (เน้นเรื่องการคิด การจัดการอารมณ์ด้านลบ)
ครั้งที่ 3 ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา -ฝึกให้ความหมายต่อปัญหาและตั้งเป้าหมายในการ แก้ปัญหา	ขั้นตอนที่ 3พิจารณาและค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 5 รู้จักและฝึกเตือนตนเอง นำพาสู่ ความสำเร็จ (เน้นการรู้จักและเข้าใจตนเองให้มากขึ้น และมีข้อคิดเตือนใจ)
ครั้งที่ 4 ฝึกการสร้างทางเลือกการแก้ปัญหา -ฝึกสร้างทางเลือกและมีคำขวัญกระตุ้นเตือนใจ	กิจกรรมครั้งที่ 6 พิจารณาทางเลือกแก้ปัญหา (ทางเลือกการแก้ไขปัญหานั้นต้องมีความสัมพันธ์กับ เป้าหมายของการแก้ปัญหา)
ครั้งที่ 5 ฝึกการตัดสินใจ	ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 7 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (เหมือนกับโปรแกรมเดิม)
ครั้งที่6 ฝึกการลงมือแก้ปัญหา ตรวจสอบผลการ แก้ปัญหา ครั้งที่ 7 การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและขยายผล	ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่ง ทักษะการแก้ปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 8 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา (ยุบกิจกรรมครั้งที่ 6 และ 7 ของโปรแกรมเดิมมา รวมกันเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องกันและ ควรมีการคงไว้ซึ่งทักษะ)

ตารางที่ 2.2

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

PST ตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
มีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ 1. การแก้ปัญหา (problem solving) คือ การกำกับตนเองในการค้นหา ปรับตัวต่อปัญหา ใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนศักยภาพในการแก้ปัญหา และการควบคุมตนเอง 2. ปัญหา (problem) คือ สถานการณ์ที่คาดหวังไว้ เป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณต้องการศักยภาพในการจัดการ 3. วิธีการแก้ปัญหา (solution) คือ การเผชิญปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ปัญหาลดลง มีกระบวนการบำบัด 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 แนะนำกระบวนการแก้ปัญหา (General Orientations) คือ การให้บุคคลย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง ฝึกเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ	การบำบัดขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา ได้นำแนวคิดหลักในข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานและพัฒนาเป็น กิจกรรมที่ 1 และ 2 ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเรียนรู้การแก้ปัญหาและ	เน้นให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับแนวคิดหลักทั้งสามประการนี้ ก่อน ก่อนจะไปถึงขั้นตอนของการทำความเข้าใจกับปัญหา และการแก้ปัญหา ในขั้นตอนที่ 1 เป็นเรื่องของการแนะนำกระบวนการแก้ปัญหา ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหามาผสมผสานด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา เน้นการกำกับตนเอง พยายามค้นหาปัญหา ต้องรู้ตัวและมีการกระทำที่มีเป้าหมาย และสร้างความเข้าใจว่าถ้าหากไม่

PST ตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
ภาพในการแก้ปัญหาโดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากแนวคิดที่มองว่าปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ เป็นปัญหาที่มีความท้าทาย มองถึงเป้าหมาย ถ้าผู้แก้ปัญหาที่มีความคิดไม่เหมาะสมอาจจะใช้การสอนตนเอง หรือการผ่อนคลายความกังวลลง	เข้าใจเรื่องโรค เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกไว้วางใจมากขึ้น มีความพร้อมที่จะดำเนินกิจกรรมต่อไปผู้วิจัยแนะนำภาพรวมของกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทั้งการบำบัดด้วย การแก้ปัญหา ให้ความรู้เรื่องโรค วิตกกังวลไปทั่ว อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ให้ย้อนระลึกถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง และระลึกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต กิจกรรมที่ 2 แก้ปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกผ่อนคลายตนเอง ผู้ป่วยจะทราบว่าโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้างต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ได้ฝึกการเสนอรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา และมีกิจกรรมผ่อนคลายความวิตกกังวล	แก้ปัญหาจะเกิดผลทางลบมากกว่าผลทางบวก ฝึกให้ผู้ป่วยได้แยกแยะว่ารูปแบบการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร การแก้ปัญหาแต่ละรูปแบบก่อให้เกิดผลกระทบอะไรขึ้นบ้าง รวมทั้งมีกิจกรรม ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล

PST ตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 นิยามปัญหา (Problem definition) คือ การฝึกให้บุคคลรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ตั้งเป้าหมายของการแก้ปัญหา พิจารณาว่าลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วระบุ ปัญหาที่แท้จริง โดยองค์ประกอบของการแก้ปัญหามี 2 ลักษณะคือ เน้นแก้ที่ตัวปัญหาและเน้นจัดการ อารมณ์ทางลบที่มีต่อปัญหา	ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2 การแก้ปัญหและปัญหามา ผสมผสาน พัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 3 และ 4 ดังนี้ กิจกรรมที่ 3 รู้จักคิด ผึก ผ่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การ รับรู้ปัญหา ผู้วิจัยเริ่มปลูกฝัง ความคิดเชิงบวกและสร้างสรรค์ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดมุมมองต่อ ปัญหาในเชิงบวกสร้างสรรค์ เช่น มองปัญหาเป็นเรื่องธรรมดาของ ชีวิต ทุกคนเกิดมามีปัญหา ให้ค่อยๆ คิดและแก้ไขปัญหาทุก ปัญหาไม่ได้แก้ไขได้เลยอาจต้องใช้ เวลา และถึงแม้ว่าเราไม่สามารถ แก้ไข ปัญหานั้นได้ เราอาจ กลับมาทบทวนตนเอง ค้นหาว่า เกิดอะไรขึ้น มีบุคคลที่สามารถ ช่วยเหลือได้หรือไม่ หรือมี ทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ไขปัญหา หรือไม่ และเมื่อมีความกังวลใจก็ ควรมีวิธีการผ่อนคลายตนเองด้วย เช่นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การ ผึกหายใจ เป็นต้น กิจกรรมที่ 4 กำหนด เป้าหมายและจัดการอารมณ์ที่มี ต่อปัญหา โดยเป้าหมายที่กำหนด นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการ	ในขั้นตอนที่ 2 คือ การฝึกให้ ผู้ป่วยได้รู้จักกับปัญหาซึ่งตาม บริบทของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไป ทัว มักวิตกกังวลกับทุกเรื่อง ผู้วิจัยได้ผสมผสานแนวคิดหลักข้อ ที่ 1 และ 2 การแก้ปัญห และ ปัญหาเข้ามาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ เรียนรู้และรับรู้ต่อปัญหามากขึ้น ว่าปัญหามีความหมายอย่างไร และการแก้ปัญหามีความสำคัญ ต่อปัญหาอย่างไร มีการกำหนด เป้าหมาย การตระหนักและลด อารมณ์ทางลบของตนจนสามารถ ก้าวไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

PST ตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
ขั้นตอนที่ 3 การสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (General of alternative) คือ การสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มากที่สุดภายใต้กฎเกณฑ์ คือ การแก้ปัญหาในแต่ละทางมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา และทางเลือกนั้น ต้องมีความเฉพาะเจาะจงโดยใช้หลักการคิดให้มีปริมาณทางเลือกมากที่สุด กระตุ้นให้คิดด้วยตนเอง	เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองเพื่อเป็นการตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 3 วิธีแก้ปัญหามาผสมผสาน พัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 5 และ 6 ดังนี้ กิจกรรมที่ 5 รู้จักและฝึกตนเอง นำพาสู่ความสำเร็จ เริ่มต้นโดยฝึกให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้ เพราะปัญหาที่ผ่านมาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยยังไม่รู้จักตนเองดีพอ ว่าตนมีจุดแข็งหรือจุดอ่อนอย่างไร ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้ป่วยจะได้ทบทวนตนเองว่าตน เป็นคนเช่นไรเพื่อเป็นการส่งเสริมข้อดีหรือหลีกเลี่ยงข้อจำกัดต่างๆ และฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง โดยยึดหลักธรรมและข้อคิดเตือนใจเพื่อให้เกิดความพร้อมในการแก้ปัญหา	ขั้นตอนที่ 3 สำหรับการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ได้ผสมผสานแนวคิดหลักข้อที่ 3 วิธีแก้ปัญหา เข้าไปด้วย เพราะการสร้างทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลก็เป็นลักษณะสำคัญของวิธีการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหา คือ การเผชิญปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหา ทำให้สถานการณ์ปัญหาลดลง

PST ตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
ขั้นตอนที่ 4 พิจารณาตัดสินใจเลือก (Decision making) เป็นการประเมินทางเลือกการแก้ปัญหาที่สร้างไว้ โดยพิจารณาจากกฎเกณฑ์ทางเลือกวิธีแก้ปัญหา 4 ประการ คือการไตร่ตรองวิธีการเลือก การมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี จำนวนและความพยายามที่ใช้ในการแก้ปัญหา และการมีสภาวะที่ดีทั้งส่วนตัวและสังคม ช่วยนำไปสู่เป้าหมายที่ได้รับผลบวกมากที่สุด	กิจกรรมที่ 6 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในหลักการ และสามารถพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลากหลายทาง ภายใต้กฎเกณฑ์คือ ทางเลือกการแก้ไขปัญหานั้นต้องมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา ไม่คำนึงว่าความคิดนั้นได้มาโดยวิธีใด โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดด้วยตนเอง โดยยังไม่บอกแหล่งข้อมูลอื่นในทันที ไม่ตัดสินความคิดนั้น ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา และวิธีแก้ปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 7 ดังนี้ กิจกรรมที่ 7 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยการไตร่ตรองทางเลือกในการแก้ปัญหา ประเมินผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผลที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ต่อสังคม ผลในระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นและ	ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือก ได้นำแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดหลักคือ การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา มาผสมผสานในขั้นตอนนี้ เนื่องจากการประเมินทางเลือกในการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาตั้งแต่เริ่มต้นและพัฒนาเป็นลำดับ

PST ตามแนวคิดของ D'Zurilla & Nezu (1982)	กิจกรรมในโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การพัฒนา
ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบทางเลือกทั้งหมด (Verification) คือ ขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเลือกวิธีการแก้ปัญหาในขั้นตอนตัดสินใจเลือก ตรวจสอบประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ การลงมือปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง	ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีแก้ปัญหา มาผสมผสาน และพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 8 ดังนี้ กิจกรรมที่ 8 แก้ปัญหาและติดตามผลคงไว้ซึ่งทักษะ โดยฝึกให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติตามทางเลือกการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ ตรวจสอบประเมินผล โดยให้ผู้ป่วยบอกขั้นตอนวิธีการ การปฏิบัติ มีการแสดงบทบาทสมมติ การสร้างแรงจูงใจแก่ตนเองในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีแก้ปัญหา ติดตามผล ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่ เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมและยังคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา	ขั้นตอนที่ 5 คือ การลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยนำแนวคิดหลักทั้งสามข้อ มาผสมผสาน ดังเช่นขั้นตอนที่ 4 คือ ยังคงอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหา การเรียนรู้ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมาปรับใช้สู่การลงมือแก้ปัญหารจริง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โพรเวนเซอร์ และคณะ (Provencher, Dugas & Ladouceur, 2004) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพการทดลองบำบัด ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ด้วยการใช้เทคนิคการแก้ปัญหา และการเปิดเผยความคิด (Cognitive exposure) เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 18 คน ใช้การรักษาซึ่งประกอบด้วย การนำเสนอเหตุผลของการรักษา เพื่อทำให้เกิดความนึกคิดในทางบวก การใช้กลยุทธ์ที่จำเพาะต่อความกลัวเรื่องต่างๆ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติโดยการพิจารณาว่าปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันเป็นปัญหาที่ทำนาย ต่อการแก้ปัญหา นำเผชิญมากกว่าที่จะหนีปัญหา ฝึกแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงความคิดเพื่อคลายความกังวล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาครบ 12 ครั้ง นาน 3 เดือน จำนวนร้อยละ 73.3 มีอาการวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและลดลงอย่างต่อเนื่องจากการติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน

มิคาโม และคณะ (Mikami et al., 2014) ได้ศึกษาถึงการป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วใน ระยะ 6 เดือนแรกหลังเกิดโรคทางหลอดเลือดสมอง โดยการใช้ยากลุ่ม antidepressant และโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยมีผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 799 คน ที่มีสิทธิ์จะได้รับเลือก สุ่มผู้ป่วยมาได้จำนวนทั้งหมด 176 คน และ 28 คน คือ ผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเข้ากลุ่มประกอบด้วยผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเอสซิทาโลแพรม (Escitalopram) (47 คน) และการรักษาที่ไม่ใช่ยา (49 คน) สุ่มโดยให้ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา(PST) (52 คน) 12 ระยะการทำกิจกรรม (session) 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ได้รับ treatment ที่ไม่ใช่ยา ป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่วมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเอสซิทาโลแพรม Escitalopram และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผลการศึกษาสรุปลได้ว่า การได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ร่วมกับการใช้ยามีประสิทธิภาพมากในการป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่วระยะ 6 เดือนแรก หลังเกิดโรคทางหลอดเลือดสมอง

ไคลเบอร์ โรเพอร์ คูจิเปอร์และดอนเกอร์ (Kleiboer, Riper, Cuijpers & Donker, 2015) ศึกษาบทบาทการส่งเสริมด้วยวิธีการแก้ปัญหาต่ออาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล พบว่า มี Meta-analysis evidence แนะนำการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า โดยการทดลองในกลุ่มประชากรทั่วไปทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) อย่างเดียว จำนวน 107 คน กลุ่มที่ 2 ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ร่วมกับการส่งเสริมความต้องการของบุคคล จำนวน 108 คน กลุ่มที่ 3 ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จำนวน 106 คน กลุ่มที่ 4 คือกลุ่มที่ไม่ได้รับ Intervention จำนวน 110 คน โดยแต่ละกลุ่มได้รับกิจกรรมตามที่กำหนด กลุ่มละ 10 Session นาน 12 สัปดาห์ ติดตามผลหลังจากการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ร่วมกับการส่งเสริมความต้องการของบุคคล และร่วมกับการ Empowerment มีระดับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

แคมเมอร์อนและคณะ (Cameron, Shin, Williams & Stewart, 2003) ได้ศึกษาการใช้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบสั้น (A Brief Problem-solving Intervention) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยคัดเลือกผู้ดูแลที่มารับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประเทศแคนาดา ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 34 คน ให้โปรแกรมบำบัด รวมทั้งการดูแลที่บ้านรวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม มีการติดตามต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์ประเมินผล 4 สัปดาห์ ผลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลครบตามระบบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.5 และมีอายุเฉลี่ย 53.6 ปี สรุปผลได้ดังนี้ โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบสั้น มีผลช่วยปรับอารมณ์ด้านลบให้ดีขึ้น ($P<.03$) ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ($P<.06$) และเกิดมุมมองต่อปัญหาด้านบวก ($P<.06$)

เชน ยิป ลิว และเทอร์รี่ (Chien, Yip, Liu & Terry, 2015) ได้ทำการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการแก้ปัญหา รวมทั้งโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทในระยะ 6 เดือนขึ้นไป เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือปกติ โดยศึกษาในกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอาณาเขตของประเทศฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจำนวน 116 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help) ระยะเวลา 5 เดือน และได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาขั้นพื้นฐาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง การสนับสนุนครอบครัว ภาคปฏิบัติเป็นเวลา 6 เดือน และมีการประเมินติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมนาน 6 เดือน สรุปผลได้ดังนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วย 111 คน คิดเป็นร้อยละ 96 ได้รับโปรแกรมครบสมบูรณ์และได้รับการติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน อีก 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ได้รับโปรแกรม 4 หลักสูตร (คิดเป็น 75% ของโปรแกรมทั้งหมด) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จากการวิเคราะห์ผล กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p=.006$) มีประสบการณ์ด้านการดูแลเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p=.0004$) ส่งผล ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยที่ลดลง ($p=.0003$) การทำหน้าที่เหมาะสม ($p=.0005$) ใจเย็นและสงบนิ่งมากขึ้น ($p=.005$) หลังประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาซ้ำในระยะหลัง 6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าตามแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดทางจิตที่มีโครงสร้างชัดเจน เน้นให้ผู้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหา การแก้ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ ลักษณะของปัจจัยที่กำหนด (Intervention) มีทั้งการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม มีการทดลองโดยใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยา และเปรียบเทียบกับบำบัดในรูปแบบอื่น ๆ รวมทั้งติดตามประเมินผล ตามกำหนดระยะเวลา ซึ่งเป็น

อีกหนึ่งแนวทางที่สามารถนำมาบำบัดแก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลางได้ผลดี และสามารถเข้าร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยา ดังเช่นการศึกษาของมิคาไม และคณะ (Mikami et al., 2014) ได้ศึกษาถึงการป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว หลังเกิดโรคทางหลอดเลือดสมอง โดยการใช้ยากลุ่ม Antidepressant และโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาศึกษาสรุปได้ว่า การได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาศึกษา (PST) ร่วมกับการใช้ยามีประสิทธิภาพมากในการป้องกันการเกิดโรควิตกกังวลไปทั่ว หลังเกิดโรคทางหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังได้มีการนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างอื่นอีกหลายกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดที่มีต่อปัญหาให้เป็นในด้านบวก เกิดแก้ปัญหามีเหตุผล เพื่อส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลง ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาก็เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพโปรแกรมหนึ่งที่สามารถนำมาใช้กับบุคคลที่มีบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพและการปรับตัวต่อการใช้ชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหานั้นที่เผชิญได้เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (ได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอก) ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุโขทัย โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O_1	X_1	O_2
กลุ่มควบคุม	O_3		O_4
$\bar{D}_1 = O_2 - O_1$			
$\bar{D}_2 = O_4 - O_3$			

ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

O_1 หมายถึง อาการวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

O_2 หมายถึง อาการวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

O_3 หมายถึง อาการวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

O_4 หมายถึง อาการวิตกกังวลหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

X_1 หมายถึง โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

$\bar{D}_1$ หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยใช้ค่าเฉลี่ยหลังหลังการทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}_1 = O_2 - O_1$

$\bar{D}_2$ หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}_2 = O_4 - O_3$

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ที่เข้ารับบริการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2559 ถึงเดือนมิถุนายน 2559

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และได้รับการรักษาด้วยยา
2. สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
4. อาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (36 – 47 คะแนน) วัดจากแบบประเมินความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) ของซุง (Zung, 1971)
5. ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น
2. มีความผิดปกติทางสมอง

(3) เกณฑ์การยุติการศึกษา (discontinuation criteria)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึง 80 % หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากการเข้าร่วมโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง
2. ผู้ป่วยสูญหายหรือติดต่อไม่ได้

3.2.2.2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(1) ประสานขอความร่วมมือ กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย จากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 9 แห่ง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย คัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรควิตกกังวลไปทั่ว (F41.1) ที่มารับบริการในช่วงเดือน พฤษภาคม 2559 ถึง มิถุนายน 2559 ได้มาจำนวนทั้งหมด 245 คน

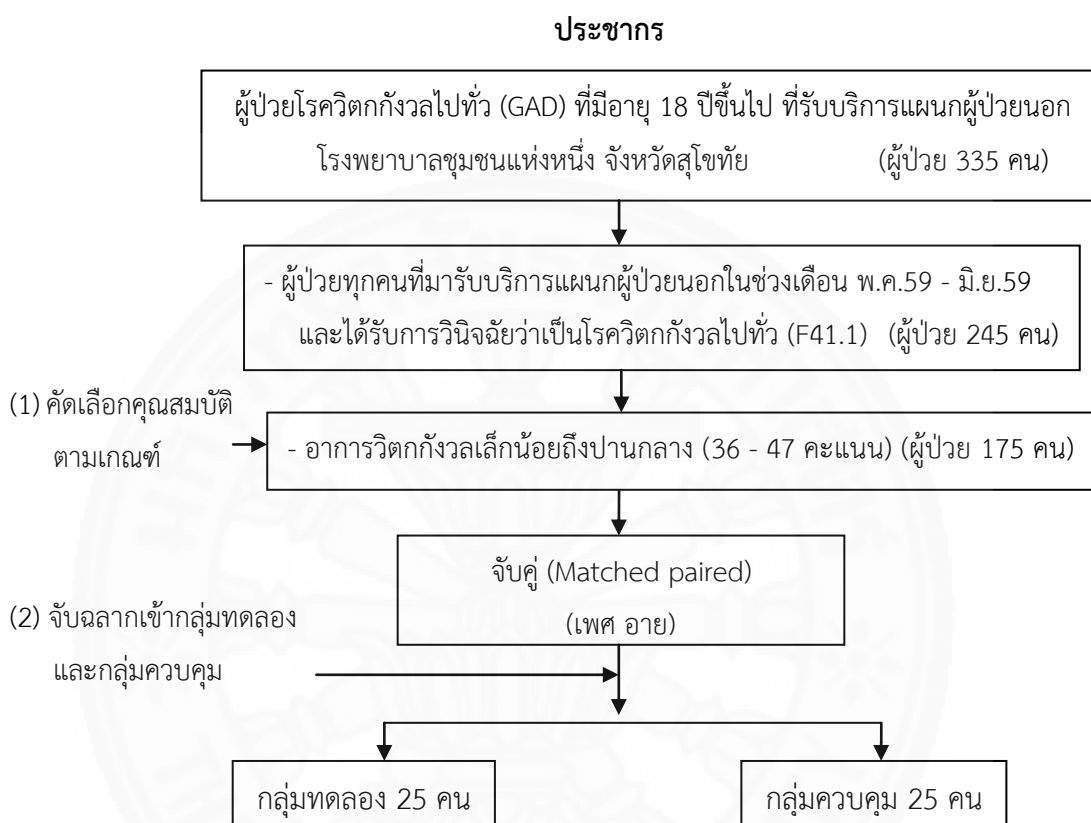
(2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงร่างวิจัยพอสังเขป การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา ลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วม จากนั้นประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดอาการวิตกกังวล (SAS)

(3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 175 คน ทำการจับคู่ (Matching) ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ และทำการจับคู่ผู้ป่วยทั้งหมด 25 คู่ โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 125 คน ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทไปทั่วแทน

(4) ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว เข้ากลุ่มโดยการจับฉลาก ชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่วนฉลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

3.2.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจี พาวเวอร์ (G*Power version 3.0.10; Faul, Erdfelder & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบโดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของพรเวนเซอร์ (Provencher et al., 2004) เรื่องประสิทธิภาพของการฝึกแก้ปัญหาและการเผชิญสิ่งที่กลัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงกัน และมีลักษณะของโปรแกรมที่ใช้ คล้ายคลึงกัน เมื่อนำมาหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปจี พาวเวอร์ (G*Power version 3.0.10) แทนค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 28.0 และค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 19.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.5 เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้วได้ค่า $d = 0.80$ และเมื่อนำค่า d มาแทนค่าในโปรแกรม สำเร็จรูปจี พาวเวอร์ (G*Power version 3.0.10) แล้วได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย ระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% ของค่าที่คำนวณได้ (Susan, Nancy, & Jennifer, 2013) รวมเป็น 50 ราย ต่อไปผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน, 2556) อายุ (Baxter et al., 2013) ระดับอาการวิตกกังวล และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมี 25 ราย และกลุ่มควบคุมมี 25 ราย และในกลุ่มทดลองยังแบ่งกลุ่ม

ย่อยออก เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มละ 12 คน 1 กลุ่ม และกลุ่มละ 13 คน 1 กลุ่ม โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตาม protocol อย่างเคร่งครัด และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงรายละเอียดในภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้คือ

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.3.1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยและโรคประจำตัว เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างเอง

3.3.1.2 แบบวัดความวิตกกังวล ของซุง (Zung, 1971) ซึ่งเรียกว่า Self-rating Anxiety Scale (SAS) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528) เป็นแบบประเมินความรู้สึกกังวลของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.75 และความเที่ยงมีคะแนนที่เชื่อถือได้เท่ากับ 0.88 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเครื่องมือซ้ำ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อคำถามบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์หรือการกระทำทางด้านบวก มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,9,13,17 และ 19 ส่วนข้อความด้านลบมี 15 ข้อ แบบวัดจะประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะที่เกิดจากความวิตกกังวล คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีคะแนน 1 - 4 ลักษณะคำตอบ เป็นการวัดเจตคติ ถ้าข้อคำถามเชิงลบจะมีคำตอบและการให้คะแนน ดังนี้ ถ้าตอบไม่เป็นเลยหรือน้อยครั้งเท่ากับ 1 คะแนน เป็นบางครั้งหรือบางครั้งเท่ากับ 2 คะแนน เป็นค่อนข้างบ่อยเท่ากับ 3 คะแนน เป็นเกือบหรือตลอดเวลาเท่ากับ 4 คะแนน ถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง แต่ถ้าเป็นข้อคำถามเชิงบวกการให้คะแนนจะตรงกันข้ามกัน

ระดับคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย มาจัดระดับคะแนนความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971) คือ

- คะแนนเฉลี่ย 20 – 35 อยู่ในระดับ ปกติ / ไม่มีอาการวิตกกังวล
- คะแนนเฉลี่ย 36 – 47 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเล็กน้อย-ปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 48 – 59 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเด่นชัด-รุนแรง
- คะแนนเฉลี่ย 60 – 80 อยู่ในระดับ วิตกกังวลสูงมากที่สุด

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

3.3.2.1 โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญห (Problem Solving Therapy) คือ การจัดกิจกรรมการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดของปุนยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) ตาม

แนวคิดการแก้ปัญหาของเดอ ซูริลล่า (D’Zurilla , 1988) และเนซุและเนซุ (Nezu & Nezu, 2008) ซึ่งของปัญยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา ได้นำโปรแกรมมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา เป็นการบำบัดรายกลุ่ม มีขั้นตอนในการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ผู้วิจัยปรับเนื้อหาในกิจกรรมใหม่โดยเพิ่มกิจกรรมการรู้จักและฝึกเตือนตนเองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่มีต่อปัญหาให้มากยิ่งขึ้น คงไว้ซึ่งโครงสร้างเดิม คือ กระบวนการแก้ปัญหา และรวมขั้นตอนที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมเดิมให้เป็นขั้นตอนเดียวกัน ในโปรแกรมที่ดัดแปลงใหม่จึงมีกิจกรรมที่มากกว่าเป็น 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ โดยรวมทั้งหมด 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย 6 สัปดาห์แรกเป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการประเมินผล ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา คือการให้บุคคลได้ย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเองฝึกเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากแนวคิดที่มองว่าปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ มีความท้าทาย มองเป้าหมายในการแก้ปัญหา ถ้าผู้แก้ปัญหามีความคิดไม่เหมาะสม อาจสอนตนเอง หรือผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ โดยในขั้นตอนที่ 1 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 1 และ 2

ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา เพื่อให้บุคคลรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้นๆ ตั้งเป้าหมายของการแก้ปัญหา พิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น แล้วระบุปัญหาที่แท้จริง โดยองค์ประกอบของการแก้ปัญหาอาจมี 2 ลักษณะคือ เน้นการจัดการที่ตัวปัญหาและเน้นการจัดการอารมณ์ทางลบที่มีต่อปัญหา โดยในขั้นตอนที่ 2 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2 การแก้ปัญหาและปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 3 และ 4

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา เป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มากที่สุดภายใต้เกณฑ์คือ การแก้ปัญหาในแต่ละทางมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา คิดให้มีปริมาณทางเลือกมากที่สุด โดยในขั้นตอนที่ 3 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 3 วิธีแก้ปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 5 และ 6

ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา เป็นการประเมินทางเลือกการแก้ปัญหาที่สร้างไว้ตามเกณฑ์ โดยช่วยให้ไปสู่เป้าหมายและเป็นทางเลือกที่ช่วยในการแก้ปัญหาได้มากที่สุด รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากทางเลือกในการแก้ปัญหานั้น โดยในขั้นตอนที่ 4 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีแก้ปัญหามาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 7

ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา

เป็นการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ ตรวจสอบประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกโดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ ขั้นตอนที่ 5 นำแนวคิดหลักทั้งสามประการมาผสมผสานพัฒนาเป็น กิจกรรมที่ 8

3.3.2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว เป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว นำไปศึกษาซึ่งเป็นความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิด อาการและอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รูปแบบบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ เครื่องมือที่ใช้สำหรับตรวจสอบการทดลองให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ (Monitoring program) เป็นการเพิ่มความตรงภายในของการศึกษา มักใช้กับการวิจัยทางคลินิก (Paoloni, 2015) ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการแก้ปัญหาซึ่งผู้ร่วมวิจัยต้องผ่านเกณฑ์ คือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 6.00 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง โดยจะใช้วัดการแก้ปัญหาหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาครบ 6 สัปดาห์ทันที มีรายละเอียดดังนี้

3.3.3.1 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem solving inventory) งานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการแก้ปัญหของเฮปเปอร์และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) เป็นแบบประเมินกระบวนการแก้ปัญหาตามทฤษฎีของ เดอ ซูริลล่าและโกลด์ไฟร์ (D’Zurilla & Goldfried, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เรียร์ชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543) ทดสอบความเที่ยงแล้วได้ค่าคะแนนที่เชื่อถือได้เท่ากับ 0.90 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ แบบวัดนี้ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง (Self-report) การตอบมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Likert scale) ให้เลือกตอบ 6 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6) แบบวัดนี้ใช้วัดความสามารถและสอบถามถึงวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา โดยแบ่งกระบวนการแก้ปัญหาเป็น 5 ขั้นตอน มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา 2) รูปแบบการเข้าจัดการปัญหา-หลักหนีปัญหา 3) การควบคุมตนเอง มีจำนวน 30 ข้อ โดยการวัดมีการให้คะแนนแบบวัด 2 ลักษณะ คือ ข้อความด้านบวก (21 ข้อ) ได้แก่ ข้อ 4,5,6,7,8,9,11,12,14,15,17,18,20,22,23,24,25,26,27,29,30 และข้อความด้านลบ (9 ข้อ) ได้แก่ ข้อ 1,2,3,10,13,16,19,21,28 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตารางที่ 3.1

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการแก้ปัญหา

	คะแนนข้อความทางบวก (21 ข้อ)	คะแนนข้อความทางลบ (9 ข้อ)
1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	6 คะแนน
2=ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	5 คะแนน
3=ไม่ค่อยเห็นด้วย	3 คะแนน	4 คะแนน
4=เห็นด้วยบ้าง	4 คะแนน	3 คะแนน
5=เห็นด้วย	5 คะแนน	2 คะแนน
6=เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดการแก้ปัญหา แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 2.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาในระดับ ต่ำ/มีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงปัญหา/ควบคุมตนเองขณะแก้ปัญหาต่ำ

คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ/มีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง/ควบคุมตนเองขณะแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ

คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง/มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง/ควบคุมตนเองขณะแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง

คะแนน 4.50 - 6.00 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในระดับสูง/มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาสูง/ควบคุมตนเองในขณะแก้ปัญหาในระดับสูง

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

3.4.1.2 แบบวัดความวิตกกังวล (Self-rating Anxiety Scale [SAS]) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528)

(1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทาน แกไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ นำไปให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของลำดับของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน ประเมินความสอดคล้องต่อข้อคำถามที่ใช้วัด สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องปานกลางเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ นำมาตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992) ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) ของแบบวัดอาการวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) ได้เท่ากับ 0.95 ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในหัวข้อที่ 6 อาชีพ ควรเพิ่มอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง เนื่องจากเป็นอาชีพที่พบมากในพื้นที่ที่ทำการศึกษา และเพิ่มหัวข้อรายได้ต่อเดือนเป็นหัวข้อที่ 3

2. แบบวัดความวิตกกังวล ข้อ 6,7,14 และ 15 ให้ตัดคำว่าเคยออกไป

(2) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ (Burns & Grove, 1997) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.4.2.1 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว

3.4.2.2 โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

(1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นำรายละเอียดของโปรแกรมที่สร้างขึ้นทุกขั้นตอนให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความเหมาะสม ด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ได้ดำเนินการแก้ไข ตามตารางที่แสดงไว้ในภาคผนวก

หลังจากนั้นนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อเป็นการตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของระยะเวลา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านการใช้ภาษา การทำกิจกรรม และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ คือ กิจกรรมครั้งที่ 1-6 ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที และกิจกรรมครั้งที่ 7 เป็นการประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง ได้แก่ การสื่อสารโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและให้ข้อมูลซ้ำในรายที่ไม่เข้าใจภาษา และประเมินติดตามจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ ทั้งนี้เป็นการปรับปรุงและเตรียมพร้อม เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วกลุ่มตัวอย่าง ให้มากที่สุด

3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.4.3.1 แบบวัดการแก้ปัญหา เป็นแบบวัดการแก้ปัญหาของเฮปเปอร์และ ปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยเสียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ (2543)

(1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 – 4 คะแนน สอดคล้องมากเป็น 4 คะแนน สอดคล้องปานกลางเป็น 3 คะแนน สอดคล้องน้อยเป็น 2 คะแนน และไม่สอดคล้องเป็น 1 คะแนน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาของแบบวัดการแก้ปัญหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแล้ว ไม่มีข้อแก้ไขใดๆ

(2) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับ (Burns & Grove, 1997) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

3.5.1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยโรคจิตกักขังไปทั่ว โดยศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการฝึกอบรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอซูริลล่าจากรองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2559 และฝึกทำกลุ่มจิตบำบัดเรื่องทักษะและกระบวนการแก้ปัญหา วันที่ 7 – 10 กันยายน 2558 ณ สถาบันธัญญารักษ์ ปทุมธานี

ได้ทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรค วิตกกังวลไปทั่ว ตามแนวคิดของ เดอ ซูริลล่าและเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 1982) ประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม 5 ขั้นตอน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้ โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

3.5.1.2 เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มี ประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ช่วย เอื้ออำนวยความสะดวกช่วยเหลือผู้นำกลุ่มให้ดำเนินการกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ สังเกตพฤติกรรมของ สมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง

3.5.1.3 เสนอโครงร่างวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เพื่อพิจารณาให้การรับรอง

3.5.1.4 เมื่อโครงร่างผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 แล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมทั้งเตรียมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย เพื่อ ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ในการขอความร่วมมือในการทำ วิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล ประสานงาน เกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลอง ในคลินิกสุขภาพจิต ตึกผู้ป่วยนอก

3.5.1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่งานผู้ป่วยนอก แจ้งรายละเอียดใน การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานผู้ป่วยนอก พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดอาการวิตกกังวล (pre-test)

3.5.1.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วม วิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม : เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและบุคคล อื่นๆ ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยทำการประเมินอาการวิตกกังวล (pre-test) หลังจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจนมารับบริการครั้งถัดไปตาม

ระบบนัดของผู้วิจัย จึงประเมินอาการวิตกกังวล (post-test) ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มทดลอง : เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

3.5.2.1 การเตรียมผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ประเมินอาการวิตกกังวล (Pretest) โดยผู้ที่มีคะแนน 36 - 47 คะแนน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน และในกลุ่มทดลองยังแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มละ 12 คน 1 กลุ่ม และกลุ่มละ 13 คน 1 กลุ่ม โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตาม protocol อย่างเคร่งครัด และผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ให้ทุกคนตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3.5.2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 น.-10.30 น. และอีกกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 09.00 น.-10.30 น. หลังครบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (ถ้ากับการทดลอง) และประเมินอาการวิตกกังวล (Posttest) ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป และมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ป้องกันปัญหา Contaminate โดยการปรับระบบนัดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ตรงกับกลุ่มทดลอง

3.5.2.3 ผู้วิจัยพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมาดำเนินกิจกรรม พร้อมมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรม ตกลงเรื่องกำหนดการและดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตามกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้การแก้ปัญหาและเข้าใจเรื่องโรค

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ จนเกิดความไว้วางใจ พร้อมทำกิจกรรม เข้าใจวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะได้รับ ลักษณะการแก้ปัญหา ประโยชน์ที่ได้รับจากการแก้ปัญหา

กิจกรรม กล่าวทักทายผู้ป่วยแสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันโดยมีการแนะนำตัว อธิบายถึงข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกลุ่ม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม การรักษาความลับภายในกลุ่ม และชี้แจงให้ทราบถึงลักษณะของการแก้ปัญหา ประโยชน์ของการได้รับการแก้ปัญหา ให้ความรู้แก่สมาชิกเรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว อาการ การรักษา การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

สรุปผลและการบ้าน ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เข้าใจถึงลักษณะของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะได้รับ มีความรู้เรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว และการดูแลตนเอง มอบหมายการบ้านโดยให้เขียนรายละเอียดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล บอกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จในขณะนั้น และเหตุการณ์นั้นส่งผลให้นึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 2 แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ผูกผ่อนคลายตนเอง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยทราบว่าโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้าง ทราบความหมายของการแก้ปัญหาและฝึกการเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา มีเทคนิคผ่อนคลายตนเองเมื่อมีความวิตกกังวล และสามารถนำไปปฏิบัติได้

กิจกรรม กิจกรรมนี้สมาชิกกลุ่มจะได้ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้าง ทราบความหมายและความสำคัญของการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอ ซูริลล่า ได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อการแก้ปัญหา เกิดความคิดสร้างสรรค์ ความเชื่อมั่นในตนเอง นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ แบ่งสมาชิกออกเป็นสองกลุ่มให้ทุกคนได้ย้อนระลึกถึงประสบการณ์การแก้ปัญหารูปแบบเดิม และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายเพื่อเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและให้ทั้งสองกลุ่มนำเสนอและฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ทราบความหมายของการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไป มอบหมายการบ้านให้สมาชิก เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาในชีวิตประจำวันและวิธีการแก้ไขที่ผ่านมาให้พิจารณาว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่

กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักคิด ผูกผ่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การรับรู้ปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาความคิดเชิงบวกและความคิดสร้างสรรค์ การคิดตามความเป็นจริง เตรียมความพร้อมไปสู่การเรียนรู้ปัญหา

กิจกรรม สมาชิกได้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของความคิดเชิงบวกและความคิดสร้างสรรค์ คิดตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยเตรียมความพร้อมไปสู่การเรียนรู้ปัญหา ได้ฝึกทำงานกลุ่มระดมความคิดว่า เราสามารถคิดบวก คิดสร้างสรรค์ และคิดตามความเป็นจริงต่อสถานการณ์ปัญหาที่พบอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อปัญหานั้นเป็นอย่างไร และให้สมาชิกแต่ละกลุ่มนำเสนอ และให้สมาชิกทำกิจกรรมผ่อนคลายตนเอง

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ต่อการมองเห็นสถานการณ์ที่พบในชีวิตประจำวันในเชิงบวกและคิดตามความเป็นจริงมากขึ้น มีความพร้อมสู่การเรียนรู้ปัญหาต่อไป ให้การบ้านโดยให้สมาชิกเขียนรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่พบในสถานการณ์สมมติที่ให้ และคิดในเชิงบวกและสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร

กิจกรรมครั้งที่ 4 กำหนดเป้าหมายและการจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง มีความเข้าใจในการจัดการอารมณ์ของตนเองที่มีผลต่อปัญหาและการแก้ปัญหา

กิจกรรม สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับการรู้จักตนเอง เข้าใจความรู้สึกของตนเอง เป็นรากฐานของการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ทราบขีดความสามารถ และข้อจำกัดของตัวเอง รวมทั้งให้ข้อคิดเตือนใจต่อการใช้ชีวิต แบ่งกลุ่มสมาชิกเป็นสองกลุ่มให้ร่วมกันระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในเรื่องการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ทราบเทคนิคการจัดการอารมณ์ของตนเองเพื่อเป็นการตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกมีความรู้เรื่องการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสามารถจัดการอารมณ์ตนเอง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น และทำการบ้านในเรื่องกำหนดเป้าหมาย แก่ไขอารมณ์

กิจกรรมครั้งที่ 5 รู้จักและฝึกเตือนตนเอง นำพาสู่ความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกรู้จักตนเอง ว่าตนมีจุดแข็งหรือจุดอ่อนอย่างไรบ้าง ฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจกับตนเองโดยยึดหลักธรรมข้อคิดเตือนใจ มีความพร้อมที่จะแก้ปัญหาต่อไป

กิจกรรม ให้สมาชิกได้เรียนรู้เรื่องการรู้จักตนเอง เข้าใจความรู้สึกของตนเอง เป็นรากฐานของการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพราะทำให้ทราบ จุดแข็ง และจุดอ่อนของตัวเอง ให้สมาชิกจับคู่กันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ฝึกเตือนตนเอง โดยยึดหลักธรรมข้อคิดเตือนใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจกับตัวเอง และมีกิจกรรมวาดรูประบายสีแสดงสัญลักษณ์ที่บอกถึงความเป็นตัวเอง พร้อมทั้งนำเสนอแก่กลุ่มสมาชิกรับฟัง

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกรู้จักตนเองมากขึ้น เข้าใจและมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้จักเตือนตนเองโดยใช้ข้อคิดหลักธรรมคำสอน นำไปสู่ความพร้อมที่จะแก้ปัญหาต่อไป มอบหมายการบ้านโดยให้อธิบายรายละเอียดความเป็นตัวเอง การเปรียบเทียบตนเองเป็นสัญลักษณ์ และการนำหลักธรรมข้อคิดเตือนใจมาเสริมสร้างแรงจูงใจกับตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจหลักการ การสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

กิจกรรม สมาชิกทราบหลักการของการสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา โดยค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มากที่สุด แบ่งกลุ่มสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย ให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาต่อสถานการณ์ปัญหาที่ให้ เกิดพลังของกลุ่มทำให้สมาชิกรู้จักปรับตัวและฝึกที่จะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกทราบถึงหลักการสร้างทางเลือกต่างๆ สามารถสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลายทาง มอบหมายการบ้านตามใบงานโดยยกตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกได้ค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหด้วยตนเองให้มากที่สุด

กิจกรรมครั้งที่ 7 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกทราบหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา จนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

กิจกรรม สมาชิกทราบหลักการและวิธีการคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหา โดยอภิปรายร่วมกันเพื่อพิจารณาถึงผลทางบวก และผลทางลบทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว รวมถึงคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ต่อสังคมและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น สามารถวางแผนพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาได้ เกิดการฝึกแก้ปัญหาให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และรวดเร็วต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

สรุปผลและการบ้าน สมาชิกทราบหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา และสามารถพิจารณาสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา และเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้ ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไป มอบหมายการบ้าน เรื่องการตัดสินใจเลือกทางเลือกการแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 8 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผลลงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์ สมาชิกทราบหลักการของการลงมือแก้ปัญหาจนสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ประเมินผลจากการลงมือแก้ปัญหาได้

กิจกรรม สมาชิกทราบถึงหลักการตรวจสอบทางเลือกเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการแก้ปัญหาในขั้นตัดสินใจเลือก ตรวจสอบประสิทธิภาพของทางเลือก โดยการลงมือแก้ไขปัญหตามวิธีการ ผ่านกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการกำกับและประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเองอย่างเหมาะสม ประเมินผลโดยให้ผู้ช่วยบอกขั้นตอนวิธีการ และสมาชิกร่วมกันให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการแสดงบทบาทสมมติ ให้ผู้ช่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา ติดตามผลตาม

ความเป็นจริง ประเมินผลว่าตรงกับที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมและยังคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา นำมาประยุกต์ใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม สำรวจตนเอง และสะท้อนความรู้สึกของตนเองออกมา กับกิจกรรมทั้งหมดที่ได้รับ

การกำกับการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้กำกับการทดลองด้วยแบบวัดการแก้ปัญหาทันที คิดคะแนนเป็นด้านย่อย 3 ด้าน และนำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คิดเป็นค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์ควรมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 6.00 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีการระดมความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ระบุข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ปัญหาจึงสามารถทดลองได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามกระบวนการ (Dugas & Robichaud, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหาล้างการทดลอง = 117.03 คะแนน (SD= 13.22) สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองทุกรายมีระดับคะแนนการแก้ปัญหาล้างการทดลอง จากตารางที่แสดงไว้ในภาคผนวก

กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยให้การบำบัดเป็นรายบุคคลเพิ่มเติม ประเมินความรู้และสอบถามถึงความเข้าใจรายกิจกรรมและประเมินด้วยแบบวัดการแก้ปัญหาซ้ำ ถ้าหลังจากประเมินแล้วยังไม่ผ่านเกณฑ์ซ้ำอีกครั้ง จะไม่นำคะแนนของบุคคลนั้นมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.5.3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

กลุ่มควบคุม : เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ณ ดิกรู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ภายหลังที่ได้รับการประเมินอาการวิตกกังวล (pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์แล้ว ในสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการวิตกกังวล (post-test) อีกครั้ง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของแบบวัดทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 64 และ 36 ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง : เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ณ ดิกรู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ภายหลังที่ได้รับการประเมินอาการวิตกกังวล (pre-test) ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์แล้ว ในสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินอาการวิตกกังวล (post-test) อีกครั้ง ส่วนแบบวัดการแก้ปัญหานั้นให้ทำภายหลัง

เสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของแบบวัดทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการวิตกกังวลลดลงอย่างมากจนอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 96 มีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4 ตามลำดับ

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่รับรอง COA No.108/2559 เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2559 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.6.1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะไม่ได้รับอันตราย สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบ ในขณะทำการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏความเป็นส่วนตัว และรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาล

3.6.2 ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะได้รับการสอน คำแนะนำ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตามกรอบการวิจัย

3.6.3 ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจโดยขออนุญาตบันทึกที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หากมีข้อสงสัยหรือคำถามและเพื่อความสะดวกในการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบข้อสงสัยใดๆในกลุ่มตัวอย่าง

3.6.4 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูล บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยเท่านั้นที่สามารถรับทราบข้อมูล

3.6.5 ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำกิจกรรม หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการและดูแลให้การพยาบาลจนกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น แต่หากกลุ่มตัวอย่างอาการยังไม่ดีขึ้นหรือไม่สะดวกที่จะเข้า

ร่วมวิจัยต่อ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ และผู้วิจัยจะส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบอาการผิดปกติดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่าง

3.6.6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย พบว่าโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดอาการวิตกกังวลต่อไป





ภาพที่ 3.3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย โรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

3.7.2 ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ พบว่า มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution)

3.7.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependence t-test)

3.7.4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3.7.5 การวิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .001

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว จากกลุ่มตัวอย่าง 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน (แบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่ม 12 คน และกลุ่ม 13 คน) เพื่อให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 8 – 12 คน ในการบำบัดแบบกลุ่ม (Yalom, 1995) และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน โดยเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่วก่อน และหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ยา

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		χ^2	p-value
กลุ่มตัวอย่าง	(n=25)		(n=25)		(n=50)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ							.000 ^a	1.000
ชาย	3	12	3	12	6	12		
หญิง	22	88	22	88	44	88		
2. อายุ (ปี) (<i>M</i> = 52.98, <i>S.D</i> = 9.05)							0.36 ^a	1.000
18-30	1	4	1	4	2	4		
31-45	5	20	5	20	10	20		
46-60	15	60	15	60	30	60		
61-72	4	16	4	16	8	16		
3. รายได้ต่อเดือน (บาท)							2.08 ^b	.42
รายได้ไม่แน่นอน	3	12	7	28	10	20		
<5000	19	76	15	60	34	68		
5,000-10,000	3	12	3	12	6	12		
4. สถานภาพสมรส							10.12 ^b	.004*
คู่	22	88	15	60	37	74		
โสด	0	0	8	32	8	16		
หม้าย/หย่าร้าง	3	12	2	8	5	10		
5. ยาที่ใช้ในการรักษา							0.32 ^a	.57
TCA only	14	53.85	12	46.15	26	52		
TCA +	11	45.80	13	54.20	24	48		
Benzodiazepine								

^a = Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 50 คน ไม่มีการสูญเสียระหว่างการทดลอง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากันโดยแบ่งกลุ่มละ 25 คน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ อายุ จำนวนเท่ากันในแต่ละคู่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 เพศชาย ร้อยละ 12 และส่วนใหญ่อายุระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ($M=53.08$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย ($M=52.88$) ข้อมูลของกลุ่ม

ทดลอง ในเรื่องรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ที่แน่นอน กับ รายได้ 5,000-10,000 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 12 และ 12 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมรายได้ส่วนใหญ่ <5,000 คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ที่แน่นอนกับ รายได้ 5,000 -10,000 บาท/เดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 28 และ 12 ตามลำดับและในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 88 และรองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือสถานภาพโสด และหม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 32 และ 8 ตามลำดับ

จากตารางที่ 4.1 เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) และเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการทดลองคือผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลงไปทั่ว ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาาร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างในด้านของยาที่ใช้ในการรักษาของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมว่ามีผลต่ออาการวิตกกังวลหรือไม่ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) ดังตารางที่แสดงไว้ในภาคผนวก พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ยกเว้น สถานภาพสมรสพบว่ามี ความแตกต่างกัน ($p<.05$) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความสุข (ประเวศ วะสี และ พระไพศาล วิสาโล, 2551) และสอดคล้องกับการศึกษาของเลย์อาร์ด (Layard, 2005) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่นๆ การหย่าขาดจากคู่สมรส และการแยกกันอยู่ ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์ และกังวลใจมากขึ้น และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย โรคประจำตัว

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		รวม (n=50)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
6. ระดับการศึกษา							4.46 ^b	.141
ประถมศึกษา	21	84	17	68	8	76		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12	5	20	8	16		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	3	12	3	6		
อนุปริญญา	1	4	0	0	1	2		
7. อาชีพ							4.06 ^b	.452
แม่บ้าน	6	24	8	32	14	28		
ค้าขาย	0	0	3	12	3	6		
เกษตรกรรม	14	56	10	40	24	48		
รับจ้าง	3	12	3	12	6	12		
อื่นๆ	2	8	1	4	3	6		
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)							4.14 ^b	.267
0-5	15	60	12	48	27	54		
6-10	9	36	7	28	16	32		
11-15	0	0	3	12	3	6		
>15	1	4	3	12	4	8		
9. โรคประจำตัว							0.44 ^a	.742
ไม่มี	18	72	20	80	38	76		
มี	7	28	5	20	12	24		

^a = Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้นและอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 12 และ 4 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 20 และ 12 ตามลำดับ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือ แม่บ้าน

กับรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 24 และ 12 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ แม่บ้าน กับ ค้าขาย และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32 และ 12 ตามลำดับ และระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองพบที่มากที่สุดคือ ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา 6 -10 ปี และ > 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 และ 4 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมพบที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมา 6 -10 ปี, 11-15 ปี และ > 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 28, 12 และ 12 ตามลำดับ สุดท้ายคือ โรคประจำตัวในกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 72 และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 7 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 80 และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ

จากตารางที่ 4.2 เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เพื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลไปทั่ว ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ($n = 25$)

อาการวิตกกังวล	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	df	<i>t</i>	<i>p</i> -value
ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัด						
ด้วยการแก้ปัญหา	41.96	3.50	ปานกลาง	24	13.83	.000
หลังได้รับโปรแกรมบำบัด						
ด้วยการแก้ปัญหา	27.04	5.52	ปกติ			

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลไปทั่ว ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.96$, $SD = 3.50$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหายอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M = 27.04$, $SD = 5.52$) และพบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลไปทั่ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.83$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=50)

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหากับการพยาบาลตามปกติ

อาการวิตกกังวล		M	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อน	กลุ่มทดลอง	41.96	3.50	ปานกลาง	48	.32	.75
	กลุ่มควบคุม	41.64	3.63	ปานกลาง			

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independence t-test) ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหายู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.96$, $SD=3.50$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.64$, $SD= 3.63$) สรุปได้ว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=50)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)				t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD		
ก่อน	41.96	3.50			41.64	3.64				
หลัง	27.04	5.52	14.92	5.97	38.04	3.96	3.60	4.96	8.09	.000

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญhausสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ($\bar{D}_1 = 14.92$, $SD=5.97$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 3.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p - value <.001)

ส่วนที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลจำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เพศ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 เพศชายร้อยละ 12 ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลกรมสุขภาพจิต (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรแทรกซ้อนที่ถือเป็นปัจจัยภายในและเป็นตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรด้านจิตสังคม ดังเช่น ความวิตกกังวล มีความจำเป็นที่ต้องควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยภายใน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เนื่องจากมีผลต่ออาการวิตกกังวล (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) และการศึกษาของโรเซน สเวนสันและนิวสัน (Rosen, Svensson & Nilsson, 2008) ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยธรรมชาติของบุคคลที่ส่งผลต่ออาการวิตกกังวล เพศหญิงมักมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

อายุ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในระหว่าง 46 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาอายุ 31-45 ปี และอายุ 61-72 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และ 16 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของมาณิกา อยู่สำราญและปราณี ศรีพลแทน (2556) ที่พบว่าช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีโอกาสเกิดอาการวิตกกังวลได้สูง เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเผชิญปัญหาในชีวิต มีการใช้กำลังและอุทิศร่างกาย เพื่อทำงานและเป็นวัยที่สูญเสียความเป็นผู้นำและคู่สมรส และยังมี ความสอดคล้องกับข้อมูลกรมสุขภาพจิต (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และการศึกษาของแบกเตอร์ สก็อต วอสและไวท์ฟอร์ด (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013) ที่พบว่ากลุ่มช่วงอายุที่พบกลุ่ม โรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบได้บ่อยในช่วงอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

รายได้ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือไม่มีรายได้ที่แน่นอน กับ รายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 20 และ 12 ตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่มีรายได้น้อยมีจำนวนมาก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความวิตกกังวลเนื่องจากการมีรายได้ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ (Shigemitsu, et al., 2007)

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 74 โดยกลุ่มทดลองมี สถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 88 และสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 12 และไม่มีบุคคลที่มีสถานภาพโสดเลย ส่วนกลุ่มควบคุมมีสถานโสดถึงร้อยละ 32 จึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ สถิติ Fisher's exact test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ($p < .05$) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ เนื่องมาจากสถานภาพสมรสนั้น มีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความสุข (ประเวศ วะสี และพระไพศาล วิสาโล, 2551) และสอดคล้องกับการศึกษาของเลย์ฮาร์ด (Layard, 2005) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่จะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่นๆ การหย่าขาดจากคู่สมรสและการแยกกันอยู่ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์และกังวลใจมากขึ้น และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่สมาชิกมีสถานภาพคู่ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ระดับการศึกษา พบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 16 มัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 6 และอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ เจเรมี โคแพลน และคณะ (Jeremy et al., 2012) ที่พบว่าความกังวลที่มากเกินไปเกินกว่าเหตุสามารถพบได้ในผู้ที่มีสติปัญญาดีเลิศ ปานกลางและเล็กน้อย โดยตั้งสมมติฐานว่า คนที่มีสติปัญญาน้อยจะได้รับผลกระทบจากความกังวลมากกว่าเนื่องจากประสบความสำเร็จต่ำในชีวิต

อาชีพ พบว่าอาชีพที่ประกอบมากที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ แม่บ้านและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28 และ 12 ตามลำดับ เนื่องจากเป็นชุมชนชนบทจึงพบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นหลัก สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปี รองลงมา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 และ 32 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ทุกคนไม่ว่าจะมีฐานะเป็นเช่นไรหรือจะประกอบอาชีพใดย่อมมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการวิตกกังวล และปัญหาทางอารมณ์แตกต่างกันออกไป (สิริกุล ใจเกษมวงศ์, 2554)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากที่สุด 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 และมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 8 และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 6 ตามลำดับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีอาการวิตกกังวลอยู่เป็นประจำ การดำเนินโรคมักเป็นเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ และอาการจะกำเริบเมื่อพบกับสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ (กรมสุขภาพจิต, 2556)

โรคประจำตัว พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 24 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 76 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการแบบเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย มักมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับตัวโรค กลัวอันตรายที่เกิดขึ้น

เกิดความทุกข์ ความเครียด และขาดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลต่ออาการวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นได้ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2555)

ตอนที่ 2 อาการวิตกกังวล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขออภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่วหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ($M = 27.04$, $SD=5.52$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ($M = 41.96$, $SD=3.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.83$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มีความรู้มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทั้งในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิธีคิด การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ฝึกค้นหาทางเลือก รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหายังมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว แล้วนั้น รวมทั้งสามารถนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ มาปรับเปลี่ยนตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาด้านบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาและเป็นเรื่องท้าทายในชีวิต มีความพยายามและแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ (D’Zurilla, 1988) ดังกลไกของ Five factor model ของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) ซึ่งได้อธิบายเชื่อมโยงมา หลังจากที่ผู้ป่วยได้ปรับมุมมองต่อปัญหาไปในด้านบวก (Positive Problem Oriented) มีผลต่อการลดการมองปัญหาในด้านลบ (Negative Problem Oriented) ทำให้คิดแก้ปัญหาในเชิงเหตุและผล มากกว่าที่จะเพิกเฉย หรือหลีกเลี่ยงต่อปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา แก้ปัญหาโดยอาศัยเหตุและผล (Rational problem solving) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ระดับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ในการศึกษาครั้งนี้ มีผลช่วยลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว สอดคล้องกับการศึกษาของกาแรนด์ ดิวและ อีสเซอร์ (Garand, Dew & Eazor, 2014) ที่พบว่าหลังการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่งเริ่มรักษา ผล

พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งสามารถลดการรับรู้ปัญหาในด้านลบลงอีกด้วย แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ ตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับจากโปรแกรม ดังนี้

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมจนครบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ สามารถลดอาการ วิตกกังวลลงได้เนื่องจาก โครงสร้างแนวคิดของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีกระบวนการ แก้ปัญหาที่มีขั้นตอนชัดเจน โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม ที่ช่วยในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วย เกิดความ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าแสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การระดมความคิด และการร่วม อภิปราย นำไปสู่เป้าหมายหลัก คือ การปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาของผู้ป่วย และนำไปสู่การ แก้ปัญหาที่อาศัยหลักความมีเหตุผล จะทำให้สามารถแก้ปัญหาที่มีอยู่ได้สำเร็จ อาการวิตกกังวลลดลง ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดมีความสำคัญ และเป็นกิจกรรมตามแนวคิดการแก้ปัญหา ของเดอซูริลล่าและเนซู (D’Zurilla & Nezu et al, 1982) ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา เกิดการรับรู้และ มีมุมมองด้านบวกต่อการแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ แกลสโกว์และคณะ (Glasgow, Mullan, Fisher, Toobert & Skaff, 2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งแต่ละคนมีข้อคิดเห็นแตกต่างกัน ไป เมื่อได้ให้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหา ในการ บริหารยาแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถวางแผน และตัดสินใจในการ แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้การ แก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการทำความเข้าใจกับแนวคิดหลัก 3 ประเด็น คือ การแก้ปัญหา ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา เข้าใจถึงการรับรู้ปัญหาว่ามี 2 แบบ คือการมองปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented, PPO) และการมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented, NPO) มองถึงเป้าหมายในการแก้ปัญหา สอดคล้องตามกลไก Five factor model ของ เดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะส่งเสริมด้านความคิด จนเกิดการ ปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาในเชิงบวก มีเจตคติที่ดีต่อปัญหา มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2551) ที่กล่าวว่า การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เป็นการแก้ปัญหาที่ ประกอบด้วยความคิดสองประการ คือความคิดสร้างสรรค์ซึ่งมีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และการ ใช้ความคิดที่มีวิจารณ์ญาณ เพื่อช่วยแก้ปัญหา และผู้ป่วยสามารถลำดับความสำคัญของปัญหา ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาที่แท้จริง รู้ถึงองค์ประกอบของการแก้ปัญหาที่มี 2 ลักษณะคือ เน้นแก้ที่ ตัวปัญหาและเน้นจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาได้ และเลือกเป้าหมายที่ สามารถทำได้ก่อน ได้ผลเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจที่ดี มีความพยายามมากขึ้นที่จะ บรรลุเป้าหมายนั้นได้ และผู้วิจัยได้แนะนำเทคนิคการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck, 2011) ซึ่งกล่าวถึงการตั้งเป้าหมายในการ บำบัดไว้ว่า การตั้งเป้าหมายที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และทราบว่าจุดมุ่งหมายของตนคืออะไร โดยมีลักษณะสำคัญ 5 ประการคือ มีความจำเพาะเจาะจง สามารถวัดได้ ทำได้จริง อยู่บนพื้นฐานของ

ความเป็นจริง และกำหนดกรอบเวลาไว้ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ทบทวน และฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจกับตนเอง การรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และทำให้ทราบขีดความสามารถรวมทั้งข้อจำกัดของตัวเอง ทำให้เกิดความพร้อมสู่การแก้ปัญหาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง ยอมรับรูปแบบความคิดของตนเองจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไข ที่ส่งเสริมให้ตนเองได้มีการเติบโตต่อไป และการศึกษาของซูลิพร ดัดงาม (2554) ที่พบว่า การรู้จักตนเองตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจความรู้สึกของตน ยอมรับจุดดี จุดด้อย รวมทั้งความคิด และการกระทำของตนเอง จะทำให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล และเกิดการปรับตัวอยู่ในสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีความสุข มีความสอดคล้องตามกลไก Five factors model ของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) ที่ว่าการเกิดผลลัพธ์ด้านบวก คือผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดี (Adaptive/Positive) อันเนื่องมาจากรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีความเป็นเหตุและผล (Rational problem solving)

สำหรับการสร้างทางเลือกการแก้ปัญหา นั้น ผู้ป่วยสามารถสร้างให้มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา ทางเลือกจะต้องมีความเฉพาะเจาะจง โดยใช้หลักการคิดให้มีปริมาณทางเลือกมากที่สุด นำทางเลือกมาจัดกลุ่มที่มีความใกล้เคียง เป็นการวางแผนและนำไปสู่การเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุด สอดคล้องตามกลไก Five factors model ของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) คือ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีผู้ป่วยมีการปรับตัวอยู่ในสังคมได้ อาการวิตกกังวลลดลง อันเนื่องมาจากมีการวางแผนและพิจารณาทางเลือกที่หลากหลายก่อนการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของเพิร์ชและกัน (Pierce & Gunn, 2007) ที่พบว่าการมีทางเลือกที่หลากหลายวิธีและมีความเหมาะสมจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่สำเร็จ การประเมินทางเลือกการแก้ปัญหาที่สร้างไว้ โดยพิจารณาจากกฎเกณฑ์ทางเลือกวิธีการแก้ปัญหา 4 ประการคือ การไตร่ตรองวิธีการเลือก การมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดี จำนวนและความพยายามที่ใช้ในการแก้ปัญหา และการมีสภาวะที่ดีทั้งส่วนตัวและสังคม จะช่วยให้ไปสู่เป้าหมายที่ได้รับผลทางบวกมากที่สุด การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสอดคล้องตามกลไก Five factors model ของเดอซูริลล่า (D’Zurilla, 2002) ซึ่งกิจกรรมนี้อาศัยกระบวนการคิด วิเคราะห์ ซึ่งเป็นหลักการที่มีความเป็นเหตุเป็นผล และการศึกษาของญานี เพชรแอน และสุเทพ อ่วมเจริญ (2558) ซึ่งได้กล่าวถึง การตัดสินใจว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะเกิดหลังจากที่ได้แนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย แล้วจึงนำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาที่กำหนดให้มากที่สุด สามารถนำไปใช้ได้จริงในการประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาจะทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดัน ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

กลุ่มผู้ป่วยสามารถลงมือแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการกำกับและประเมินตนเอง เสริมแรงตนเองได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถช่วยลดความกังวลใจของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) จะมีประสิทธิภาพต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยรูปแบบที่เป็นขั้นตอน และจะมีประสิทธิภาพอย่างมากเมื่อกลุ่มผู้ป่วยหรือบุคคลผ่านกระบวนการรักษาตั้งแต่ 2 – 52 ชั่วโมงขึ้นไป (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2007) โดยสรุปการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ช่วยจัดการกับความเครียด, อาการวิตกกังวล เป็นแนวคิดของการแก้ปัญหาทางสังคม โดยมีกลยุทธ์ของการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยในเรื่องการปรับตัวต่อการทำหน้าที่ของบุคคล ลดและป้องกันผลกระทบด้านลบที่จะนำมาสู่การเกิดโรคจิตกกังวลไปทั่ว และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ (D’Zurilla, 1990; D’Zurilla & Nezu, 1999, 2007)

สรุปได้ว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จะสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาได้ใหม่และแก้ปัญหาโดยอาศัยหลักของเหตุผล จนทำให้อาการวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของไคลเบอร์และคณะ (Kleiboer et al., 2015) ที่พบว่า การส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหา เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ได้ทำการทดลองและพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับอาการวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ($\bar{D}_1=14.92$, $SD= 5.97$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2=3.60$, $SD= 4.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t= 8.09$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบโดยมีทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลจากการได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา กับผลจากการได้รับการพยาบาลปกติ โดยโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคืออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว เป็นโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหา การระบุปัญหา การพิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล นอกจากนั้นผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจ มีผลกระทบต่อการ ทำวิจัยครั้งนี้

คือ เพศ อายุ รวมทั้งมีการสุ่มโดยจับฉลากเข้ากลุ่ม (Random Assignment) เพื่อลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่มีโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันและลดปัจจัยแทรกซ้อนให้มากขึ้น เพื่อนำทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน ว่าจะมีผลการแก้ปัญหายังไง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องสถานภาพสมรส โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่สนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด ดังเช่นการศึกษาของประเวศ วะสี และพระไพศาล วิสาโล (2551) ที่กล่าวว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของเลย์อาด (Layard, 2005) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่ จะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่นๆ การหย่าขาดจากคู่สมรส และการแยกกันอยู่ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์และกังวลใจมากขึ้น และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่สมาชิกมีสถานภาพคู่ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

สำหรับขนาดของยารับประทานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงว่าการที่อาการวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันนั้น เกิดจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ดังแสดงว่าในตารางที่ 4.1

การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถลดอาการวิตกกังวลได้ในระดับหนึ่ง แต่พบว่าแตกต่างจากกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา รวมทั้งผู้ป่วยได้ฝึกทักษะและมีการแก้ปัญหายังเป็นขั้นตอน ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเอสคิน เอเอเทคิน และดีเมอร์ (Eskin, Ertekin & Demir, 2008) ที่ได้นำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดทำร้ายตนเอง ผลพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าสูงขึ้นและกล้าเผชิญต่อปัญหามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ การใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ตามแนวคิดของเดอซูริลล่าและเนซู (D’Zurilla & Nezu , 1982) และผู้วิจัยได้ ดัดแปลงรูปแบบโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดของปุนยาภา คำบุญเรือง และदाराररण ต๊ะป็นดา (2552) เป็นโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไป ทั่ว สามารถทำให้อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบลเซอร์ (Belzer et al., 2002) ที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ที่มีอาการกัังวลอย่าง มาก โดยการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ จะสามารถช่วยลดความคิดด้านลบกับการ รับรู้ปัญหาในเชิงลบ โดยการเพิ่มความสามารถและเสริมทักษะการแก้ปัญหาซึ่งเป็นส่วนประกอบ สำคัญ ที่นำไปสู่การรับรู้ปัญหาในเชิงบวก ทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ มากที่สุด และการศึกษาของแคเมอรอนและคณะ (Cameron, shin, Williams & Stewart, 2003) ได้ศึกษาถึงการใช้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบสั้น (A Brief Problem-solving Intervention) ซึ่งเป็น การบำบัดรายบุคคล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม พบพบว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการ แก้ปัญหาแบบสั้น มีผลช่วยปรับอารมณ์ด้านลบให้ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล และเกิด มุมมองต่อปัญหาด้านบวก สรุปผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว เมื่อได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จะได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดมุมมองที่ดีต่อปัญหา และแก้ปัญหาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อาการวิตกกังวลจึงลดลง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) วก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (The pre-posttest control group design) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่วประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 2 ชุด คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการวิตกกังวล เรียกว่า Self-rating anxiety scale (SAS) พัฒนามาจาก ซุง (Zung, 1971) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการแก้ปัญหา เรียกว่า Problem solving inventory (PSI) พัฒนามาจาก เฮปเปอร์และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของปุนยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) ตามแนวคิดการแก้ปัญหาของเดอ ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 1982) ซึ่งโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหานี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

การดำเนินการวิจัย หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่วจำนวน 5 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทไปทั่ว คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ประเมินโดยวัดอาการวิตกกังวล จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในด้าน เพศ อายุ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาระหว่างวันที่ 7

กรกฎาคม 2559 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2559 ร่วมกับการรักษาโดยการฉายา ทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ รวมทั้งหมด 7 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยทำการประเมินโดยวัดอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง แล้วประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS คำนวณหาค่าสถิติและทำการเปรียบเทียบ 1) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) คำนวณหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังการทดลอง เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) 3) คำนวณหาผลต่างของค่าเฉลี่ย (D) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ก่อนทดลองและหลังการทดลอง แล้วนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 88 และ 22 ตามลำดับ อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 46 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 76 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 74 สำหรับการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84 และ 68 ตามลำดับ การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกัน คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 56 และ 40 ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยทั้งสองกลุ่ม อยู่ในช่วง 0-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และ 48 ตามลำดับ และโรคประจำตัวทั้งสองกลุ่มไม่พบว่ามีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช แต่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วม คิดเป็นร้อยละ 28 และ 20 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบข้อมูล ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน คือ 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.83$) โดยพบว่าผู้ป่วย มีความรู้มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มากขึ้น เกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนวิธีคิด การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ฝึกค้นหาทางเลือก รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จนอาการวิตกกังวลลดลง และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 8.09$) โดยพบว่าหลัง

การทดลอง กลุ่มทดลองได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ปัญหา ได้ฝึกทักษะ มีการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและมีอาการวิตกกังวลที่ลดลงได้

ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพทำให้อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ลดลงกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

ผลการวิจัย คือ การฝึกโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ทำให้ระดับอาการวิตกกังวลลดลงได้ แต่ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า อาการวิตกกังวลที่ลดลงนั้น โดยตรงเกิดจากการได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เนื่องจาก

5.2.1 การทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องสถานภาพสมรส ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลอยู่เช่นกัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการฝึกโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว นั้นมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว มีระดับอาการวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดของการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการพยาบาล

5.3.1.1 ควรมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการ และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการทางคลินิกต่อไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตกกังวลไปทั่ว ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการ

แก้ปัญหา ยังต้องการการทดสอบในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ต่อไป จึงยังไม่ควรขยายไปศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น การวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับแบบแผนการรักษาทางยาร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ของยาในผู้ป่วยแต่ละคนได้ ดังนั้น จึงควรนำปัจจัยอื่นๆเข้ามาศึกษาเพิ่มเติม เช่น ระดับอาการวิตกกังวล ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และก่อนทำการทดลองควรมีการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ของขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งสองกลุ่ม เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด นำผลที่ได้จากการวิจัยมาพัฒนาโปรแกรมให้ได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

5.3.2.2 จากการที่ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องสถานภาพสมรส กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีสถานภาพสมรสมากกว่า ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการควบคุมตัวแปรนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล

5.3.2.3 ควรมีการติดตามผู้ป่วยและประเมินอาการวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อเป็นการวัดความคงอยู่ของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดูแลต่อเนื่องที่บ้านและมีการส่งต่อบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ

5.3.2.4 หลังจากได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาผู้ป่วยมีระดับอาการวิตกกังวลลดลง จะสามารถหยุดการรับประทานยาได้หรือไม่ และผลของโปรแกรมจะสามารถทำให้อาการวิตกกังวลลดลงได้นานในระยะเวลาเท่าไร จึงเป็นข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนางานวิจัยในครั้งต่อไป เพื่อเป็นการประเมิน ติดตาม และการคงไว้ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ตลอดจนปรับปรุงและเพิ่มความครอบคลุมของการนำไปใช้ ให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2551). *การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศปี 2551*.
 นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต (23 พฤศจิกายน 2559). จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน
 ปี พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคทางจิตระดับจังหวัด (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. นนทบุรี:
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (14 พฤษภาคม 2558). รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของสถานบริการในสังกัด
 กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2546-2556. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report.asp>.
- กรมสุขภาพจิต, ศูนย์สารสนเทศ. (14 พฤษภาคม 2558). จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อ
 ประชากร 100,000 คน. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (14 พฤษภาคม 2558). ทักษะการแก้ปัญหาเรื่องจำเป็นสำหรับเด็กไทย.
 สืบค้นจาก <http://www.Kriengsak.com>.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (14 พฤษภาคม 2558). Healthy-POCARE. สืบค้นจาก <http://www.pocare.net/healthy-detail.php?id=200>.
- จารุณี อินทฤทธิ์และคณะ. (2558). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
 ธนาเพลส.
- จุฬารัตน์ ทองสลับ. (2551). *การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและ
 พฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ชูลีพร ดัดงาม. (2554). *การศึกษาความสามารถการใช้ทักษะชีวิตตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้น
 พื้นฐานพุทธศักราช 2551 โรงเรียนอัสสัมชัญแผนกประถม ปีการศึกษา 2554*. กรุงเทพฯ:
 โรงเรียนอัสสัมชัญแผนกประถม.
- ญาณิ เพชรแอน, สุเทพ อ่วมเจริญ. (2558). การศึกษากระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรื่อง
 อาหารกับสุขภาพ รายวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียน. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร สาขา
 มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปศาสตร์*, 8(2), 135-147.

- ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกกุลพรรณ และสุวิธ อินทอง. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วย
การแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. เชียงใหม่: สำนักงานคณะพยาบาลศาสตร์.
- จิตรัตน์ ชื่นเอี่ยม. (2553). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับ
การฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับ ในผู้ป่วย
โรควิตกกังวลทั่วไป.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สาขาการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
- ธวัชชัย พลศักดิ์. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
โรคซึมเศร้า.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สาขาการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต.
- เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2543). ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหานักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(2),56-69.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2559). การพยาบาลผู้ได้รับยาทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร:
ยูว์แลนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (4 มีนาคม 2556). ขุมทรัพย์ความสุข.สืบค้นจาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=106>.
- ประเวศ วะสี และพระไพศาล วิสาโล. (2551). กลไกความสุข. กรุงเทพมหานคร: กรีน-ปัญญาญาณ.
- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์. (2542). กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพฯ:
นิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- บุญยาภา คำบุญเรือง. (2552). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคติดสุรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สาขา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.
- พัฒน์ เอกบุตร. (2551). การให้การปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (21 พฤศจิกายน 2558). การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวิตกกังวล. สืบค้นจาก http://www.ramamental.com/generaldoctor/analysis_paranoid/.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย. (2556). *ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. (2556). *การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม*. มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. นครปฐม: มิสเตอร์ก๊อบบี้ (ประเทศไทย).
- ราตรี ทองยู และคณะ. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 2(3), 78-92.
- วาทีนิ สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิกร ตันทุฑโฒ. (10 ธันวาคม 2559). *เครื่องมือในการวิจัย*. สืบค้นจาก http://hsmi.psu.ac.th/upload/forum/research_tools_by_drwikorn.pdf.
- เวชระเบียนของโรงพยาบาลศิริมาศ. (2558). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลศิริมาศ ปี 2558*. จังหวัดสุโขทัย.
- คันสนีย์ สมิตระเกษตริน. (2528). *การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย สาขาจิตวิทยาคลินิก.
- สิริกุล ใจเกษมวงศ์. (21 พฤศจิกายน 2558). *ความเครียด วิตกกังวล*. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. สืบค้นจาก https://www.suicidethai.com/web_suicide/.
- สุทธิชัย ชมพูพาทย์. (2554). *การพัฒนาพฤติกรรมการเรียนการสอนเพื่อการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของครูและนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์*. (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.

- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (21 พฤศจิกายน 2558). *ปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <https://www.suicidethai.com/download/pdf/suwanna.pdf>
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อติยา พรชัยเกตุ โอวยอง และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2012). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(3),107-116.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2559). *จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคปีงบประมาณ 2557*. กลุ่มงานจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *คู่มือจิตเวชคลินิก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2550). การพัฒนาและการทดสอบทางจิตวิทยากับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 11(2),21-26.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- American Psychiatric Associate. (2013). *Desk reference to the diagnosis criteria from DSM-5TM*. Arlington, VA: American Psychiatric Associate.
- Arthur Nezu & Christine Nezu. (2008). Problem Solving Therapy for People with Personality Disorders: An Overview". *Mental Health Review Journal*, 13(2).
- Baxter, A.J., Scott, K.M., Vos, T.,& Whiteford, H.A., (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(2),897-910.
- Beck, A.T. & Clark, C.A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 10(1),23-36.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Bascis and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Belzer,K.D., Mayden-Olivares, A.(2002).Social problem solving & trait anxiety as predictors of worry in a college student population. *Personality and Individual Differences*, 33(2),573-585.

- Bloom, B. L. (1985). *Stressful life event theory and research: Implications for primary prevention*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Chien,W.T., Annie, L.K., Justina, Y.W., & Terry, W. McMaster.(2015).The Effectiveness of manual-guided, problem-solving-based self-learning programme for family caregivers of people with recent-onset psychosis: A randomized controlled trial with 6-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 59(4),141-155.
- Coles, M.E.,Turk, C.L., & Heimberg, R.G. (2007).Memory bias for threat in generalized anxiety disorder: the potential importance of stimulus relevance. *Cognitive Behavior Therapy*, 36(2),65-73.
- Davey, G.C.L., & Wells, A. (2006).*Worry and its Psychological Disorders: Theory assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4),194-197.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladoucer, R., & Freestone, M.H.(1998). Generalized anxiety disorder A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2),215-226.
- Dugas & Robichaud. (2007). *Cognitive-behavioural treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- D’Zurilla, T. J. (1990). Problem solving training of effective stress management & prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy An International Quaterly*, 4(2),327-355.
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving & behavior modified. *Journal of abnormal psychology*, 78(1),107-126.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1982). Social problem-solving in adults. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic.

- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1990). Development & preliminary evaluation of social problem solving inventory. *Psychological Assessment*, 2.
- D’Zurilla, T.J., Nezu, A.M., and Maydue Olivares. A. (2002). *Social problem solving inventory revise (SPSI-R) North tornawanda*. New York: Multi health system.
- D’Zurilla, T. J. & Nesu, A. M. (2007). *Problem solving therapy; A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). Newyork: Springer.
- Faul, F., Erdfelder, E., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Method*, 39(2),175-191.
- Fishel, A.H. (1988). Nursing management of anxiety and panic. *Nursing clinic of North American*, 33(1),135-151.
- Fortinash, K.M., & Holiday-Worret, P.A. (2008). *Psychiatric mental health nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Garand, L., Dew, M.A., Eazor, L.R. et al, (2014). Effects of Problem Solving Therapy on Mental Health Outcomes in Family Caregivers of Persons with a New Diagnosis of Mild Cognitive Impairment or Early Dementia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 20(2),537-546.
- Glasgow, R.E., Mullan, J., Fisher, L., Toobert, D.J., & Skaff, M. (2007). Problem solving and Diabetes self management. *Diabetes Care*, 30(1),33-37.
- Gonzales, H.M., Tarraf, W., Whitfield, K. E.,& Vega, W.A. (2010). The Epidemiology of Anxiety and Depression in the United States. *Journal Psychiatric Research*, 44(15),1043-1051.
- Graham, L.E. & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fears in adult in surgical patients. *Nursing research*, 20(2),113-122.
- Grimm, P.M. & Olsen, S. J., (eds.). (1997). *Measuring anxiety In frank-Stromborg Instru-Ment for clinical health- cara research* (2nd ed.) Boston: Jones and Bartlett.

- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The Development & Implication of A Personal Problem solving inventory. *Journal counseling psychological*, 29(1),66-75.
- Hettama, J.M., Neale, M.C., & Kendler, K.S.(2001).A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal Psychiatry*, 20 (4), 1568-1578.
- Jeremy, D., Coplan, Sarah Hodulik, Sanjay, J., Matreu, Xiangling Mao, Patrick, R., Hof, Jack, M., Gorman, Dikoma, C., & Shunju. (2012). The relationship between Intelligent & Anxiety: Associate with subcortical white matter metabolism. *Frontiers in Evolutionary Neuroscience*, 3(5),38-52.
- Jill, I., Cameron, Jennifer, L., shin, Diane Williams., & Donna, E. Stewart. (2003). A brief Problem-solving Inventory for family caregivers to individuals with advance cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 5(11),137-143.
- Katon, W.J., Kortt, M.V., Lin, E.H., Simmon, G.E., Ludman, E.,& Russo, J., (2004). The pathways study a randomize trial of collaborate care in patient with diabetes & depression. *Archieves of General Psychiatry*, 61(10),1042-1049.
- Kleiboer, A., Riper, H.,Cuijpers, P.,& Donker,T. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet-base problem solving therapy for depression & anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 7(2),63-71.
- Ladouceur, R., Talbot, F. M., & Dugas, M.J. (1997). *Behavioura expressions of intolerance of sincertainly in worry*. Experimental findings.
- Layard, R. (2005). *Various findings of the new science of happiness. Lessons from a New Science of Translation Love and prosperity by Joti precious honor enjoyed permanent constitution*. Bangkok: the money has come.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal & coping*. New York: springer.
- Melvin, J.K., Shakuntala, Walker, J. (2010). Emotional Disorders (In Children & Adolescents). JH Stone, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Availableonline:<http://cirrie. /encyclopedia/article/7/>.

- Maid, R., Smoxowski, P., & Bacallao, M. (2008). Families treatment of childhood anxiety. *Children Family & Social Work, 13*(5),433-442.
- Malouff, J. M.,Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27* (2), 46-57.
- Mehmet Eskin, Kamil Ertekin & Hodiye Demir. (2008). Efficacy of A Problem-solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescent and Young Adults. *Cognitive Therapy Research, 32* (2), 227-245.
- Mikami, M.D., Ricardo, E., Jorge, M.D., David, J.,& Moser, Mijin Jang,. (2014). Prevention of Post-Stroke Generalized Anxiety Disorder, Using Escitalopram or Problem-Solving Therapy. *Neuropsychiatry Clinic Neuroscience, 26*(4),323-328.
- National Mental Health Association. (2014). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington, DC: Elsevier.
- Nezu, A. M. (1986a). Effects of stress from current problems: Comparison to Major Life Event. *Journal of clinical psychology, 42* (1), 847-852.
- Nezu, A.M., & D’Zurilla, T. J. (1989). *Social problem solving and negative affective condition*. In P. C. Kendall & D. Warson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping feature*. Newyork: Academic.
- Nezu, A.M., & D’Zurilla,T.J. (2002). *Problem solving skills training*. In Fink G. editors. *Encyclopedia of stress* (2rd ed.). New York: Elsevier.
- Olle, J.Z.S, Michael, J., Dolgin,S. P., Diane, L.F., Martha, A.A., Ernest, R.K., Robert, B.N., and Robert,W.B. (2013). Specificity of Problem-Solving Skills Training in Mothers of Children Newly Diagnosed With Cancer: Result of a Multisite Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology, 31*(1),1329-1325.
- Paoloni, M.L.(2015). The role, duties and responsibilities of clinical trials personnel. Monitoring: rules and recommendations. *OPBG Clinical and Research*.Retrieved from <http://www.unicri.it/.../ Paoloni/>.

- Parkinson & Monika. (2011). Worry and problem-solving skills and beliefs in schools children. *British Journal of Clinical Psychology*, 10(6), 106-112.
- Pierce, D., & Gunn, J. (2007). Using problem solving therapy in general practice. *Australian Fam Physician*, 36 (3), 230-233.
- Provencher, M.D., Michel, J., Dugas, & Robert Ladouceur. (2004). Efficacy of Problem-Solving Training and Cognitive Exposure in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A case replicational series. *Cognitive and behavior practice*, 23(6), 404-414.
- Rickel & Schweizer. (2006). *Comprehensive analysis of research & theory in the field of multimedia learning*. (On line). Available from <https://book.google.co.th>.
- Rovinelli, R. J., & Hamberton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test validity. *Journal of Education Research*, 2 (4), 49-60.
- Rosen S., Svensson M., & Nilsson U. (2008). Calm or not calm: The question of anxiety in the parsnesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 237-246.
- Shigemitsu, et al. (2007). The Relationship between a job stress & health mental at work. *Industrial Health*, 35 (1), 29-35.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Spielberger, C.D., & Krasner, S. S. (1988). *The assessment of state & trait anxiety*. In R. Noyes, Jr.
- Spielberger, Charles D. (1985). *The measurement of state & trait anxiety: Conceptual & Methodologic Issues*. In *Emotions Their Parameters and Measurement*, 44 (5), 713-724.
- Spielberger, C.D., Moscoso, M. S., & Brunner, Th.M. (2005). *Cross cultural assessment of emotional states and personality traits*. In R. K. Hambleton, C. D.,

- Spielberger, & P. F. Merenda (eds), *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross - Cultural Assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Spielberger, C.D., & Sydeman, S.J. (1994). *State -Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory*. In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Boston: Jones and Bartlett.
- Smeltzer, S. C., & B. G. (2000). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Straten, A., Cujipers, P. & Smits F. (2007). Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. *Journal of Affective Disorders*, 115(9), 421-429.
- Stein DJ, Hollander E & Rothbaum BO. (2009). *Textbook of Anxiety Disorders* (2nd ed.). Virginia: American Psychiatric.
- Sugiura, Yoshinori. (2015). Emotional intensity reduces later generalized anxiety disorder symptoms when fear of anxiety & negative problem solving appraisal are low., *Behavior Research and Therapy*, 56(5), 27-33.
- Susan, K.G., Nancy, B., & Jennifer, R.G. (2013). *The practice of nursing research*. Saint. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Tellegen A. (1985). *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report*. In: Tuma AH, Maser J, editors. *Anxiety and the anxiety disorders*. New Jersey: Erlbaum, 31(5), 681-706.
- William W.K. Zung. (1971). *Rating Instrument for anxiety disorder*. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

AF 01_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 108/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่	: 055/2559
ชื่อโครงการวิจัย	: ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรค วิตกกังวล
	: THE EFFECTS OF PROBLEM SOLVING THERAPY PROGRAM ON ANXIETY SYMPTOMS OF PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER.
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวสุกัญญา สุทธิศิลป์
หน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... (ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์) ประธานคณะอนุกรรมการ	ลงนาม..... (อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา) อนุกรรมการและเลขานุการ
--	--

วันที่รับรอง : 19 พฤษภาคม 2559 วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 19 พฤศจิกายน 2559

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ภาคผนวก ข

เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

(Participant Information Sheet)

งานวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว เป็นงานวิทยานิพนธ์ของ นางสาวศุภณูญา สุทธศิลป์ ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว จากการได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการยินยอมเข้าโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆตามมา

การวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์ในการลดอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ซึ่งมีความสำคัญในการลดอาการวิตกกังวล โดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม โดยจะใช้เวลาทั้งหมด 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 2 สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 - 6 สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง และภายหลังเสร็จกิจกรรม จะมีการบ้านกลับไปทำทุกครั้ง ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1. เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การแก้ปัญหา มีความรู้เรื่องโรคจิตกังวลไปทั่ว ได้ย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. ให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรคจิตกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้าง ฝึกกิจกรรมการเสนอรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ประเมินผลลัพธ์ มีกิจกรรมผ่อนคลายความวิตกกังวล

3. ปลุกฝังความคิดที่ดี ทั้งด้านการคิดเชิงบวก สร้างสรรค์และคิดตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมพร้อมสู่การเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา

4. ให้ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมาย มีการจัดการและควบคุมอารมณ์ของตนเองเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ให้ผู้ป่วยทราบถึงจุดแข็งหรือจุดอ่อนของตนเอง ฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจกับตนเองโดยยึดหลักธรรมข้อคิดเตือนใจ

6. ให้ความรู้เรื่องหลักการพิจารณาทางเลือกการแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาทางเลือกการแก้ปัญหาได้หลากหลายทางตามเกณฑ์

7. ผู้ป่วยสามารถไตร่ตรองวิธีการเลือก ประเมินผลทางบวก และผลทางลบ ผลระยะสั้น ผลระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นของทางเลือกแต่ละทาง

8. ฝึกให้ผู้ป่วยลงมือแก้ปัญหาตรวจสอบผลว่าแก้ปัญหาได้ตามเป้าหมาย คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ประเมินติดตามผล ภายหลังได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จะมีการประเมินอาการวิตกกังวล ประเมินการรับรู้ที่มีต่อปัญหารวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา จากการตอบคำถามและฝึกทำการบ้าน และบันทึกผล

สำหรับการรักษาความลับ ผู้วิจัยตระหนักว่าข้อมูลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เป็นประเด็นที่ไม่ควรนำไปเปิดเผยและยังเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

โครงการวิจัยที่ 1 ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

ชื่อเรื่อง THE EFFECT OF PROBLEM-SOLVING THERAPY PROGRAM ON ANXIETY SYMPTOMS OF PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

ชื่อผู้วิจัย นางสุกัญญา สุทธศิลป์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลศิริราช 61 หมู่ที่ 7 ตำบลโตนด อำเภอศีร์ษะเกษ จังหวัดสุโขทัย 64160 โทรศัพท์ 055695145 ต่อ 208 - 209

ที่อยู่ 141 หมู่ที่ 8 บ้านหนองเรือ ตำบลโตนด อำเภอศีร์ษะเกษ จังหวัดสุโขทัย 64160

โทรศัพท์มือถือ 084-620xxxx **E-mail:** Sukanya3064@gmail.com

กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

- ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม 2559 ถึงมิถุนายน 2559 โดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองที่มีต่อปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทั้งหมด 8 กิจกรรมใช้เวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 น.-10.30 น. และอีกกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 09.00 น.-10.30 น. หลังครบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (กำกับกับการทดลอง) และประเมินอาการวิตกกังวล (Posttest) ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป และในแต่ละกิจกรรมจะมีการบ้านหลังจากเสร็จกิจกรรมทุกครั้ง
- การวิจัยนี้อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ในการรับประทานยา รักษาอาการวิตกกังวลและการแสดงออกถึงความวิตกกังวลต่าง ๆ โดยผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลเป็นการจดบันทึกคำพูดขณะเข้ากลุ่มกิจกรรม และบันทึกภาพขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม แต่จะปกปิดใบหน้าผู้ร่วมวิจัย และจะนำข้อมูลวิจัยไปรายงานโดยภาพรวมเท่านั้น
- เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถาม ไฟล์เครื่องบันทึกเสียง รูปภาพขณะเข้ากลุ่มกิจกรรม
- ผู้ช่วยผู้วิจัยจะประเมินคะแนนอาการวิตกกังวล โดยประเมินในครั้งแรกก่อนเริ่มกิจกรรม 1 สัปดาห์ และหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในทุกกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์
- ถ้าอาสาสมัครวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่พูดภาษาไทย จะไม่นำเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยต้องอ่านออก เขียนได้ โดยในกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จะต้องใช้ความคิด การรับรู้ และเข้าใจในแต่ละกิจกรรมจึงจะสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่มีต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้พิการ ผู้อพยพย้ายถิ่นฐาน ผู้มีปัญหาด้านสติปัญญา เป็นต้น จะไม่นำเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย ในส่วนของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว จะได้รับการอธิบายข้อมูลการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด โดยจะอธิบายถึงการยินยอม สมัครใจเข้าร่วมวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการนำผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น และผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา

- **การคัดกรองอาสาสมัคร** ถ้าพบว่าอาสาสมัครไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ และดำเนินการช่วยเหลือตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

- ในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยจะเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหา และแก้ปัญหาได้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องใช้ความคิด การรับรู้ที่ดีพอสมควร และการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม การเปิดเผยข้อมูลอาการวิตกกังวล อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ ของอาสาสมัครวิจัย โดยผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางจิตใจของอาสาสมัคร

- หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และถ้ามีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องประโยชน์หรือโทษในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งอาสาสมัครโดยเร็ว **เพื่อให้ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** การเสนอผลวิจัยผู้วิจัยจะเสนอในภาพรวม จะไม่มีการระบุตัวผู้ป่วยเมื่อมีการแสดงรายงาน

- ในการวิจัย ผู้วิจัยมีค่าชดเชยการเสียเวลา แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย โดยจะได้รับท่านละ 100 บาท ในการเข้าร่วมการวิจัยใน 1 ครั้ง และในระหว่างการวิจัยผู้วิจัยจะจัดน้ำดื่ม อาหารว่าง สำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง

- ถ้าท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่: อนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้นที่ 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล
ไปทั่ว

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัญญา สุทธศิลป์

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลศิริราช 61 หมู่ที่ 7 ตำบลโตนด อำเภอบางบาล จังหวัดสุโขทัย 64160

โทรศัพท์ 055695145 ต่อ 208 – 209 **เบอร์มือถือ** 084620xxxx

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่างๆที่ต้องนำมาปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และ ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงของอาสาสมัครวิจัยแล้ว และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามเอกสารชี้แจงที่ได้มีการระบุไว้และยินยอมสละเวลา (เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 1-1.5 ชม สัปดาห์ที่ 1 และ 2 สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 - 6 สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ซึ่งในกิจกรรมจะมีการบ้านให้กลับไปทำในทุกๆสัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้การแก้ปัญหาและเข้าใจเรื่องโรค 2. แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ผูก่อนคลายตนเอง 3. รู้จักคิด ผูก่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การรับรู้ปัญหา 4. กำหนดเป้าหมายและการจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา 5. รู้จักและฝึกเตือนตนเอง นำพาสู่ความสำเร็จ 6. พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา 7. ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 8. ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อการรักษาและต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ภาคผนวก ค-1

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการวิตกกังวล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ใช้สอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ✓ ใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หรือเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ..... ปี

3. รายได้ต่อเดือน.....บาท

4. สถานภาพสมรส

☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย/หย่าร้าง

.

.

.

.

.

.

.

8.

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS)

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นกลุ่มข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน จำนวน 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือตามเกณฑ์คะแนนที่ระบุไว้ดังกล่าว

ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก	1 ไม่เป็นเลยหรือเป็นน้อยครั้ง	2 เป็นบางเวลาหรือบางครั้ง	3 เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง	4 เป็นเกือบหรือตลอดเวลา
1. มีความรู้สึกวุ่นวายเกินกว่าปกติ				
2. มีความรู้สึกกลัวหรือกังวลโดยไม่มีสาเหตุ				
3. มีความรู้สึกที่ตกใจง่ายหรือตื่นตระหนก				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
20. เคยฝันร้าย				

ภาคผนวก ค-2

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory)

คำชี้แจง ข้อความด้านล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่แสดงถึงการตอบสนองของท่านต่อสถานการณ์ปัญหาต่างๆ กรุณาอ่านและพิจารณาข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด ก่อนกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่คิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	1 ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	2 ไม่ เห็น ด้วย	3 ไม่ ค่อย เห็น ด้วย	4 เห็น ด้วย บ้าง	5 เห็น ด้วย	6 เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันไม่เคยพิจารณาว่าทำไมวิธีที่ใช้จึงไม่ได้ผล	6	5	4	3	2	1
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
30. เมื่อฉันคิดวิธีการแก้ปัญหาได้หลายวิธี ฉันจะเปรียบเทียบว่า วิธีใดจะได้ผลมากที่สุด	1	2	3	4	5	6

การแปลผล : - ข้อความด้านลบ (9 ข้อ) ได้แก่ ข้อ 1,2,3,10,13,16,19,21,28 คือข้อที่ต้องคิดคะแนนแบบกลับค่าคะแนน (convert)

- ระดับคะแนนสูง หมายถึงรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในระดับสูง/มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาสูง/ควบคุมตนเองในขณะแก้ปัญหาในระดับสูง

ภาคผนวก ค-3

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 4 โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 5 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว

โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับผู้วิจัย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 25 ราย

รูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.00 น.-10.30 น. และอีกกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 09.00 น.-10.30 น. หลังจบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (กำกับทดลอง) และประเมินอาการวิตกกังวล (Posttest) ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป และในแต่ละกิจกรรมจะมีการมอบหมายการบ้าน ภายหลังจากเสร็จกิจกรรมทุกครั้ง โดยกิจกรรม มีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้การแก้ปัญหาและเข้าใจเรื่องโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก เกิดความไว้วางใจ พร้อมสู่การทำกิจกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่จะได้รับ ลักษณะของการแก้ปัญหา ประโยชน์ที่ได้รับจากการแก้ปัญหา
3. สมาชิกมีความรู้เรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว อาการ การรักษา การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย
4. สมาชิกได้ฝึกใช้ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จเป็นสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา

กิจกรรม

1. กล่าวทักทายผู้ป่วยแสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันผ่านเพลง “สวัสดีวันนี้เรามาพบกัน” ให้สมาชิกแต่ละท่านแนะนำตัวเอง ตัดป้ายชื่อ สร้างความคุ้นเคยกัน

2. ผู้นำกลุ่มอธิบายข้อตกลงในการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกลุ่ม วัตถุประสงค์ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม และชี้แจงให้ทราบถึงลักษณะของการแก้ปัญหา ประโยชน์ของการได้รับการแก้ปัญหาตามใบความรู้ที่ 1.1 ภาพรวมของกิจกรรม

3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้แก่สมาชิกเรื่องโรควิตกกังวลไปทั่ว อาการ การรักษา การดูแลเมื่อเจ็บป่วยตามใบความรู้ที่ 1.2 โรควิตกกังวลไปทั่ว อาการวิตกกังวลและการดูแลรักษา มอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกเขียนรายละเอียดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล บอกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต และเหตุการณ์นั้นส่งผลให้นึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างไร ตามเอกสารหมายเลข 1.3 ระลึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหา

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม สรุปประเด็น และกล่าวเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมที่ 2 ต่อไป

วิธีการประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การรับฟัง ความสนใจในการตอบคำถาม หรือซักถามข้อคิดเห็น

2. พฤติกรรมกลุ่มและบรรยากาศภายในกลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 1.1 ใบความรู้ : ภาพรวมของกิจกรรม

2. เอกสารหมายเลข 1.2 ใบความรู้ : โรควิตกกังวลไปทั่ว อาการวิตกกังวลและการดูแลรักษา

3. เอกสารหมายเลข 1.3 การบ้าน : ระลึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

4. สมุดคู่มือผู้ป่วย ปากกา ดินสอ และกระดาษ

กิจกรรมครั้งที่ 2 แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกผ่อนคลายตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอะไรได้บ้าง
2. เพื่อให้ทราบถึงความหมายของการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ปัญหาไปในทางที่ดีและฝึกการเสนอและเปรียบเทียบรูปแบบที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา
3. สมาชิกทราบเทคนิคผ่อนคลายตนเองเมื่อเกิดความวิตกกังวล และสามารถนำไปปฏิบัติได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องต่างๆไป และทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยสุ่มซักถามสมาชิกประมาณสองคนถึงความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 1 และให้เพื่อนสมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ให้ความรู้ตามเอกสารหมายเลข 2.1 ในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ก่อให้เกิดปัญหาอย่างไรบ้าง ตามใบความรู้ที่ 2.1 โรควิตกกังวลไปทั่ว และปัญหาที่เกิดขึ้น
3. อธิบายถึงความหมายและความสำคัญของการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอซูริลล่า เพื่อเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติและมุมมองที่มีต่อการแก้ปัญหา ตามใบความรู้ที่ 2.2 การแก้ปัญหาและลักษณะการแก้ปัญหา 3 แบบ และแบ่งกลุ่มสมาชิกออกเป็นสองกลุ่มกลุ่มละเท่าๆกัน เพื่อทำกิจกรรมฝึกการเสนอรูปแบบที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ตามใบงานที่ 2.3 รูปแบบการแก้ปัญหา
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ตามใบความรู้ที่ 2.4 และมอบหมายการบ้านให้สมาชิก เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาในชีวิตประจำวันและวิธีการแก้ไขที่ผ่านมาให้พิจารณาว่าเหมาะสมหรือไม่ตามเอกสารหมายเลข 2.5 และแนะนำเรื่องการนำเทคนิคการผ่อนคลายความกังวลใจไปใช้
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม สรุปประเด็น และกล่าวเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมที่ 3

วิธีการประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การรับฟัง ความสนใจในการตอบคำถาม หรือซักถามข้อคิดเห็น
2. ซักถามผู้ป่วยเรื่องเปรียบเทียบรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถบอกได้
3. พฤติกรรมกลุ่มและบรรยากาศภายในกลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 2.1 ใบความรู้ : โรควิตกกังวลไปทั่ว และปัญหาที่เกิดขึ้น
2. เอกสารหมายเลข 2.2 ใบความรู้ : การแก้ปัญหา ลักษณะการแก้ปัญหา 3 แบบ
3. เอกสารหมายเลข 2.3 ใบงาน : รูปแบบการแก้ปัญหา
4. เอกสารหมายเลข 2.4 ใบความรู้ : เทคนิคผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
5. เอกสารหมายเลข 2.5 การบ้าน : ปัญหาในชีวิตประจำวันและวิธีการแก้ไข
6. สมุดคู่มือผู้ป่วย ปากกา ดินสอ และกระดาษ

กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้จักคิด ผีกล่อนคลาย เตรียมพร้อมสู่การรับรู้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความคิดไปในเชิงบวก คิดสร้างสรรค์และคิดตามความเป็นจริง เตรียมความพร้อมไปสู่การรับรู้ปัญหา

กิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป ทบทวนการบ้านจากกิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกร่วมนำเสนอการบ้านและเพื่อนสมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของความคิดเชิงบวก ความคิดสร้างสรรค์และคิดตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยเตรียมความพร้อมไปสู่การรู้จักปัญหา ตามใบความรู้ที่ 3.1 กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดีและการคิดทางบวกและทางลบ และใบความรู้ที่ 3.2 การคิดที่สร้างสรรค์ต่อ

การดำเนินชีวิตและแบ่งสมาชิกออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละเท่าๆกัน โดยให้ช่วยกันระดมความคิดว่า เราสามารถคิดบวกและคิดสร้างสรรค์คิดตามความเป็นจริง ต่อสถานการณ์ปัญหาที่พบอย่างไร และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อปัญหานั้นเป็นอย่างไร ตามใบงานที่ 3.3 การคิดและรู้จักปัญหา ต่อไปฝึกให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายตนเองโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามใบความรู้ที่ 3.4

3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิก เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่พบในสถานการณ์สมมติที่ให้ และคิดในเชิงบวกและสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ตามเอกสารหมายเลข 3.5 การคิดและรู้จักปัญหา

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม สรุปประเด็น และกล่าวเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมที่ 4

วิธีการประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การรับฟัง ความสนใจในการตอบคำถาม หรือซักถามข้อคิดเห็น
2. ตรวจสอบความคิดของผู้ป่วยโดยประเมินจากการซักถาม
3. พฤติกรรมกลุ่มและบรรยากาศภายในกลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 3.1 ใบความรู้ : กฎของการคิดที่ทำให้สุขภาพดี...และการคิดทางบวกและทางลบ
2. เอกสารหมายเลข 3.2 ใบความรู้ : การคิดที่สร้างสรรค์ต่อการดำเนินชีวิต
3. เอกสารหมายเลข 3.3 ใบงาน : การคิดและการรู้จักปัญหา
4. เอกสารหมายเลข 3.4 ใบความรู้ : เทคนิคการคลายเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
5. เอกสารหมายเลข 3.5 การบ้าน : การคิดและการรู้จักปัญหา
6. สมุดคู่มือผู้ป่วย ปากกา ดินสอ และกระดาษ

กิจกรรมครั้งที่ 4 กำหนดเป้าหมายและการจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในการจัดการอารมณ์ของตนเองที่มีผลต่อปัญหาและการแก้ปัญหา

กิจกรรม

1. กล่าวทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป กับสมาชิกเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และ ทบทวนการบ้านจากกิจกรรมครั้งที่ 3 โดยสุ่มสมาชิกประมาณสองคนออกมานำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยเป้าหมายที่กำหนดนั้นเพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้น ตามใบความรู้ที่ 4.1การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และการระบุปัญหาที่ชัดเจน ตั้งเป้าหมายเล็กๆ ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้ ต่อไป แบ่งกลุ่มสมาชิกออกเป็นสองกลุ่ม เพื่อระดมความคิดร่วมกันตามใบงานที่ 4.2เรื่องการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา
3. จากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้สมาชิกในเรื่องเทคนิคการจัดการอารมณ์ของตนเองเพื่อเป็นการตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไป ตามใบความรู้ตาม ในเอกสารหมายเลข 4.3 เทคนิคการจัดการอารมณ์ตนเอง มอบหมายการบ้านตามเอกสารหมายเลข 4.4 กำหนดเป้าหมาย แก้ไขอารมณ์
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม สรุปประเด็น และกล่าวเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมที่ 5 ต่อไป

วิธีการประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การรับฟัง ความสนใจในการตอบคำถาม หรือ ซักถามข้อคิดเห็น
2. ผู้ช่วยยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง
3. พฤติกรรมกลุ่มและบรรยากาศภายในกลุ่ม พัฒนาการของสมาชิก

สื่อและอุปกรณ์

1. เอกสารหมายเลข 4.1 ใบความรู้ : การตั้งเป้าหมายและการระบุปัญหา
2. เอกสารหมายเลข 4.2 ใบงาน : การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา
3. เอกสารหมายเลข 4.3 ใบความรู้ : เทคนิคการจัดการอารมณ์ตนเอง
4. เอกสารหมายเลข 4.4 การบ้าน : กำหนดเป้าหมาย แก้ไขอารมณ์
5. สมุดคู่มือผู้ป่วย ปากกา ดินสอ และกระดาษ



กิจกรรมครั้งที่ 5 รู้จักและฝึกเตือนตนเอง นำไปสู่ความสำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 6 พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 8 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน จึงทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t – test)

2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังการทดลอง ($\bar{D}$) ของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน จึงทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t – test)

ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (sample random sampling)

2. ตัวแปรตามทีวัด มีมาตรวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ซึ่งในการศึกษานี้ใช้แบบวัดอาการวิตกกังวล (Self-rating Anxiety Scale [SAS]) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale)

3. มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากค่า Shapiro - Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50

ตารางภาคผนวก ง การทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตก
 กังวลไปทั่ว

คะแนนอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว	Shapiro-Wilk		
	statistic	df	sig
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	.939	25	.137
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	.925	25	.068

จากตารางพบว่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ ของ Shapiro - Wilk ของค่าเฉลี่ย
 คะแนนอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่ามากกว่าระดับ
 นัยสำคัญที่กำหนด (.05) จึงสรุปได้ว่าคะแนนอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว มีการ
 กระจายแบบปกติ

คะแนนอาการวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง
 เบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติทดสอบค่าที (T - test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบนัยสำคัญความ
 แตกต่างของค่าเฉลี่ย (Test for significant difference of mean score) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร,
 2550)

ภาคผนวก จ

ตารางภาคผนวก จ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั่วประเทศ แบ่งตาม เพศ อายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา			กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	
คู่ที่	เพศ	อายุ	เพศ	อายุ
1	หญิง	42	หญิง	44
2	ชาย	55	ชาย	53
3	หญิง	59	หญิง	59
4	หญิง	72	หญิง	69
5	หญิง	54	หญิง	54
6	หญิง	42	หญิง	42
7	หญิง	58	หญิง	58
8	หญิง	50	หญิง	50
9	หญิง	52	หญิง	52
10	หญิง	44	หญิง	44
11	หญิง	60	หญิง	60
12	ชาย	66	ชาย	66
13	หญิง	30	หญิง	30
14	ชาย	60	ชาย	60
15	หญิง	65	หญิง	65
16	หญิง	61	หญิง	61
17	หญิง	47	หญิง	47
18	หญิง	44	หญิง	44
19	หญิง	57	หญิง	56
20	หญิง	50	หญิง	48
21	หญิง	43	หญิง	44
22	หญิง	60	หญิง	60
23	หญิง	51	หญิง	51
24	หญิง	55	หญิง	54
25	หญิง	50	หญิง	50

ภาคผนวก จ

ตารางภาคผนวก จ แสดงข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและการแก้ไขโปรแกรม

รายการที่ต้องปรับ	การปรับและแก้ไข
- ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ใช้เวลา 90 - 120 นาที เป็นระยะนานเกินไป ควรปรับเป็น 60-90 นาที	- เปลี่ยนเป็น 60 - 90 นาทีแต่ละกิจกรรม
- กิจกรรมที่ 1 ในใบงานไม่ควรมีภาษาอังกฤษ ควรแปลงจาก text เป็นความรู้ที่คนทั่วไปเข้าใจได้	- ปรับแก้ศัพท์ภาษาอังกฤษในใบงานโดยตัดออก และปรับภาษาให้อ่านเข้าใจง่าย
- กิจกรรมที่ 2 และ 4 ควรปรับการประเมินผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม	- ได้ปรับการประเมินผลให้ตรงกับวัตถุประสงค์ทั้งกิจกรรมที่ 2 และ 4
- กิจกรรมที่ 3 ควรฝึกให้ผู้ช่วยคิดตามความเป็นจริง เพราะบางเรื่องไม่สามารถคิดบวกได้/การบ้านครั้งที่ 3 อาจยากเกินไป (ต้องคน cognitive ดีถึงจะทำได้)	- สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการคิดตามหลักความเป็นจริง/ปรับเนื้อหาให้ง่ายขึ้นและเพิ่มการอธิบายให้ผู้ช่วยมีความเข้าใจก่อนนำไปทำจริง
- กิจกรรมที่ 6 เนื้อหาบางส่วนมีการใช้ภาษาอังกฤษ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติมเช่น win-win approach	- ได้อธิบายความหมายเป็นภาษาไทยไว้ในวงเล็บ
- กิจกรรมที่ 8 อธิบาย concept ของคำว่าตัวเสริมแรงลบ ผิดไป/ขาดการทบทวนการทำการบ้านครั้งที่ 7	- อธิบายคำว่าเสริมแรงลบใหม่โดยใช้การอ้างอิงของ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) /เพิ่มการทบทวนการทำการบ้านครั้งที่ 7 ก่อนเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 8
- กิจกรรมในแต่ละครั้ง เป็นเหตุการณ์สมมติขึ้นแต่เหตุการณ์นั้นอาจไปกระทบความรู้สึกของผู้ป่วย หลังจบกิจกรรมแต่ละครั้ง จึงควรตรวจสอบอารมณ์ของผู้ป่วย และฝึกผ่อนคลายความเครียดทุกกิจกรรม	- ทุกกิจกรรมจะมีการสรุป ตรวจสอบอารมณ์และฝึกผ่อนคลายความเครียด

ภาคผนวก ข

ตารางภาคผนวก ข ระดับคะแนนการแก้ปัญหา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

คนที่	คะแนนการแก้ปัญหา	การแปลผล
1	4.6	สูง
2	4.5	สูง
3	4.8	สูง
4	4.5	สูง
5	4.6	สูง
6	5.8	สูง
7	4.6	สูง
8	4.8	สูง
9	4.5	สูง
10	4.8	สูง
11	4.8	สูง
12	4.3	ปานกลางถึงค่อนข้างสูง
13	4.9	สูง
14	4.7	สูง
15	3.7	ปานกลางถึงค่อนข้างสูง
16	4.9	สูง
17	4.7	สูง
18	4.8	สูง
19	4.4	ปานกลางถึงค่อนข้างสูง
20	4.8	สูง
21	4.9	สูง
22	4.7	สูง
23	4.4	ปานกลางถึงค่อนข้างสูง
24	4.9	สูง
25	4.9	สูง
$\bar{x}$	117.03	ปานกลางถึงค่อนข้างสูง
SD	13.22	

ภาคผนวก ข

ตารางภาคผนวก ข แสดงการเปรียบเทียบขนาดยาที่รับประทานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม
1	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs, lorazepam (0.5) 1xhs
2	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs
3	Amitryp 25 1xhs	Amitryp 10 1xhs , Valium 5 1xhs
4	Amitryp 10 1xhs, lorazepam (0.5) 1xhs	Amitryp 10 1xhs
5	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs, lorazepam (0.5) 1xhs
6	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 25 1xhs
7	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs	Amitryp 10, Valium 5 1xhs
8	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs	Amitryp 10 1xhs
9	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs	Amitryp 10 1xhs
10	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs
11	Amitryp 10 1xhs, Valium 1xhs	Amitryp 10 1xhs , Valium 5 1xhs
12	Amitryp 10, lorazepam (0.5) 1xhs	Amitryp 10 1xhs , Valium 5 1xhs
13	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs
14	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10, Valium 5 1xhs
15	Amitryp 10,lorazepam (0.5) 1xhs	Amitryp 25 1xhs
16	Amitryp 10, lorazepam (0.5) 1xhs	Amitryp 10 1xhs, lorazepam (0.5) 1xhs
17	Amitryp 10, Valium 1xhs	Amitryp 10 1xhs
18	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs
19	Amitryp 25 1xhs	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs
20	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs , lorazepam (0.5) 1xhs
21	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 25 1xhs
22	Amitryp 10 1xhs , Valium 1xhs	Amitryp 10 1xhs
23	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs, Valium 5 1xhs
24	Amitryp 10 1xhs	Amitryp 10 1xhs
25	Amitryp 10 1xhs , Valium 1xhs	Amitryp 10 1xhs , Valium 5 1xhs

ภาคผนวก ณ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

รองศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์รัชนี้ ศรีตะวัน

หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุโขทัย

นายแพทย์จิรายุ เรืองยศ

จิตแพทย์ประจำกลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาล
สุโขทัย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสุกัญญา สุทธศิลป์
วันเดือนปีเกิด	22 สิงหาคม 2520
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรณค์ประจักษ์ ปีการศึกษา 2547 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2559
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลคีรีมาศ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ทุนการศึกษา	ปีงบประมาณ 2557: ทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เข้ารับการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประสบการณ์การทำงาน	พยาบาลเทคนิค สถานีอนามัยตำบลสามพวง อำเภอคีรีมาศ จังหวัด สุโขทัย ระยะเวลา 5 ปี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองกระดิ่ง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคีรีมาศ อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ระยะเวลา 10 ปี