

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

The Effect of Problem-solving Therapy Program on Anxiety Symptoms in Patient with Generalized Anxiety Disorder

เมธี สุทธิศิลป์^{1*}, วลัยลักษณ์ พันธุ์²

Mathee Sootthasil¹, Walailak Panturee²

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น¹

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น²

Faculty of Public Health, Northern College¹

Research and Academic Services Department, Northern College²

(Received: January 1, 2023; Revised: August 28, 2023; Accepted: August 28, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดอาการวิตกกังวล ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้คือ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. เฉลี่ยคะแนนอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=40.04$, $SD=3.72$; $M=27.04$, $SD=4.62$; $t=14.024$, $p<0.05$)

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($D_1=-13.87$, $D_2=-3.60$; $t=8.451$, $p<0.05$)

โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จึงเป็นทางเลือกสำหรับบุคลากรสุขภาพ ที่จะนำไปประยุกต์ในการบำบัดด้านจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ นอกจากนั้น การลดความวิตกกังวล และการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ : โรควิตกกังวลทั่วไป, อาการวิตกกังวล, โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mayvet_2006@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-2629991)

Abstract

The sample group was an anxiety disorder patient who received treatment at a community hospital, aged 18 years and over. The sample size was calculated using the G*Power program. The sample group consisted of 30 subjects divided into experimental and control groups, each group. 15 cases. The experimental group received problem-solving therapy 6 program 30-60 minutes per time, 1 time per week, for a period of 6 consecutive weeks. The control group received normal nursing care. Data were collected using the Personal Information Questionnaire and the Anxiety Scale. with a reliability of 0.78. Analyze the basic data of the sample. using descriptive statistics calculate percentage mean standard deviation The statistics used were t-test.

The results showed that the mean scores of anxiety symptoms of the patients after receiving the problem solving therapy program were lower than before receiving the problem solving therapy program. statistically significant ($M=40.04$, $SD=3.72$; $M=27.04$, $SD=4.62$; $t=14.024$, $p<0.05$). problem After completing the trial, it was different from the normal nursing group. statistically significant ($D_1=-13.87$, $D_2=-3.60$; $t=8.451$, $p<0.05$)

Problem-solving therapy program can reduce anxiety in patients with generalized anxiety disorder. It is therefore an alternative for health personnel. that will be applied in psychosocial therapy as an alternative for patients with other psychiatric diseases, in addition to reducing anxiety and effective problem solving lead to a normal life.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Anxiety Symptoms, Problem-solving Therapy Program.

บทนำ

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป และพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีอาการวิตกกังวลซึ่งส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ มากมาย แม้ว่าโรควิตกกังวลทั่วไป จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเหมือนกับโรคทางกายบางโรค แต่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ป่วย และแนวโน้มของความรุนแรงมีมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ก็จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ระบุว่าในโลกนี้ทุก 8 คน จะมี 1 คนที่ใช้ชีวิตอยู่กับปัญหาสุขภาพจิตและการเสียชีวิตทุก 100 ครั้งจะมีอย่างน้อย 1 ครั้งเป็นการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต แต่อัตราดังกล่าวจะสูงขึ้นไปอีกสำหรับคนวัยหนุ่มสาวช่วงอายุ 15-29 ปี ที่ทุกการเสียชีวิต 100 ครั้งที่เป็นการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ในภาพรวม 1 การเสียชีวิตที่มาจากการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต จะมีการพยายามฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 20 ครั้ง ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (Mental Health ATLAS, 2020) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในปี พ.ศ.2558 ร้อยละ 1.95 ขณะที่ปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.25 (กรมสุขภาพจิต, 2563) และยังพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล รองลงมาคือ โรคจิต และ โรคซึมเศร้าตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลจำนวนมากที่เข้ารับบริการ จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลในระดับอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ระหว่างปี 2560-2563 พบว่ามีจำนวน 298, 318 และ 329 คน คิดเป็นร้อยละ 30.12, 35.46 และ 37.33 ตามลำดับ และพบมากในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในปีงบประมาณ 2564 จากข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD -10) พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลได้แก่ โรคกลัว, โรคทางจิตเวชภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย, โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรคแพนิค มีจำนวนทั้งสิ้น 398 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) มากที่สุดจำนวน 301 ราย (โรงพยาบาลท่าสองยาง, 2564)

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบระดับบุคคลนั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2564) ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มักแสดงพฤติกรรม ได้แก่ หนีปัญหา บกพร่องในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ และขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี นำมาสู่ความขัดแย้ง เกิดการหย่าร้าง การทอดทิ้งบุตรและผู้สูงอายุ ส่วนผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ประเทศชาติ ได้แก่ การไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ บกพร่องหน้าที่ทางสังคม ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศชาติตามมา (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2564) จากผลกระทบจากอาการวิตกกังวลที่ผ่านมา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สาเหตุที่นำมาสู่อาการวิตกกังวล โดยลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มักมีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบ คาดการณ์ล่วงหน้าในด้านลบ ส่งผลต่อความมั่นใจ และกระบวนการรับรู้การแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Davey & Wells, 2016) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบนั้น ย่อมมีผลต่อการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา ด้วย เช่น แก้ปัญหาแบบเร่งรีบ ไม่ระมัดระวัง (impulsive/careless) หรือแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง หนี (avoidance) ทำให้ปัญหายังคงอยู่ และไม่ได้รับการแก้ไข อาการวิตกกังวลจึงเพิ่มขึ้น (D’Zurilla, Nezu & Olivares, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับบุคคลที่บกพร่องในด้านการปรับตัวและการแก้ปัญหาแก้ปัญหา ดังเช่น การศึกษาของสุมิสา ศรีมออ่อน (2560) ได้นำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดี ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปนั้น เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อปัญหา การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ปัจจุบันการรักษาโรคจิตกังวลทั่วไป รักษาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การบำบัดด้วยยา (pharmacotherapy) การบำบัดทางจิตสังคม (psychotherapy) หรือการทำพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2559) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) (Ladouceur, Talbot, Dugas, 1998) กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเองและมีการใช้ปัจจัยที่กำหนดโดยผู้วิจัย (Intervention) แบบผสมผสานเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวล จากการศึกษาของโพรเวนเชอร์และคณะ (Provencher et al., 2014) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดสองประเภทคือ การฝึกเทคนิคการแก้ปัญหา และการเปิดเผยความคิดโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบทั้ง 12 ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 73.3 และการบำบัดทั้งสองประเภท มีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน เป็นต้น จากศึกษานี้ยังพบว่าการบำบัดทางจิตสังคม นอกจากมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลได้ดียังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีก และมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร และการที่ผู้ป่วยใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการพึ่งยา และเกิดอาการถอนยาได้

การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตกังวลของโรงพยาบาลท่าสองยางขึ้นอยู่กับประเภทของโรค การรักษาหลักคือการพูดคุยให้คำปรึกษาด้วยการรับฟัง แสดงความเห็นใจและให้คำอธิบาย การทำจิตบำบัด การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) และการรักษาด้วยยาซึ่งมีหลายกลุ่มที่สามารถกินเพื่อลดอาการวิตกกังวล

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น นิเทศน์ นักศึกษาที่ฝึกงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้มองเห็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้นโดยตระหนักถึงความสำคัญจึงเลือกที่จะนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเพื่อให้เกิดการรับรู้ใหม่และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันไปในด้านบวก ลดการ

รับรู้ปัญหาด้านลบ มีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสถานการณ์ จนอาการวิตกกังวลลดลง สามารถคลี่คลายอุปสรรคที่เข้ามาและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

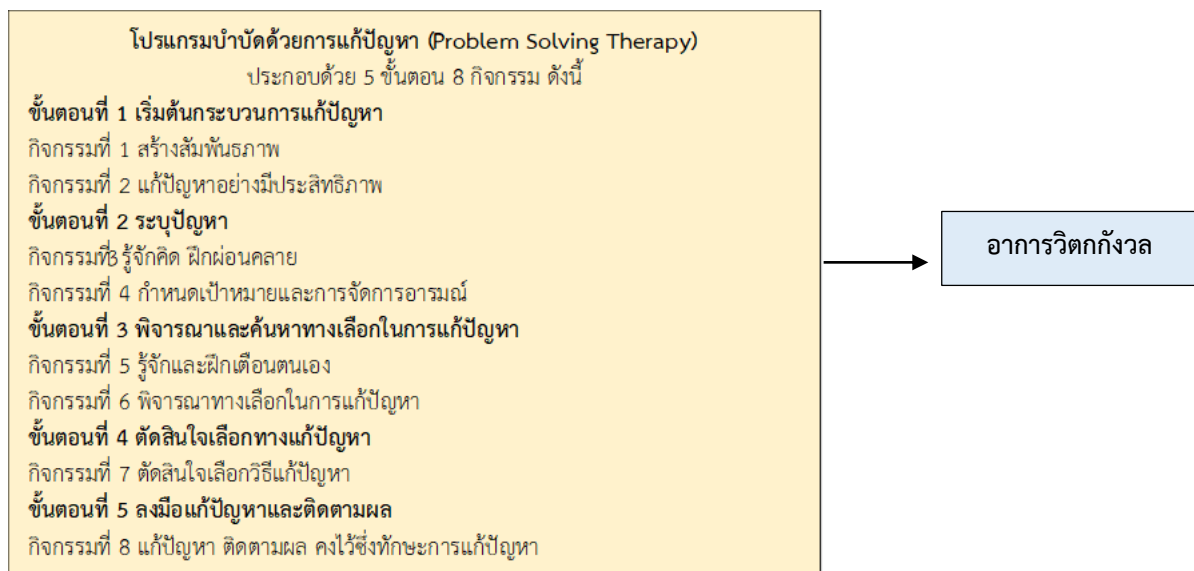
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของปุนยาภา คำบุญเรือง และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2562) ตามแนวคิดการแก้ปัญหาของเดอ ซูริลล่า (D'Zurilla , 1988) และเนซุและเนซุ (Nezu & Nezu, 2018) โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแนวคิดหลักและกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองจากด้านลบให้เป็นด้านบวก และปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาและกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ของเดอ ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 1982)



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก จำนวน 301 รายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (โรงพยาบาลท่าสองยาง, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 (Faul, Erdfelder & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แทนค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 28.0 และค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 19.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.5 เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้วได้ค่า $d = 0.80$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564

กำหนดเกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 3) ระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (36–47 คะแนน) วัดจากแบบประเมินความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) ของซุง (Zung, 1971) และ 4) ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น เช่นอาการซึมเศร้า ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 2) มีความผิดปกติทางสมอง 3) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึงร้อยละ 80 (หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึง 6 ครั้ง) หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากการเข้าร่วมโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง และ 4) ผู้ป่วยสูญหายหรือติดต่อไม่ได้

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มโดยการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่วนฉลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 125 คน ทำการจับคู่ (Matching) ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุและระดับอาการวิตกกังวล และทำการจับคู่ผู้ป่วยทั้งหมด 15 คู่ ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเข้ากลุ่มโดยการจับฉลาก ชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่วนฉลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 95 คน ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์ และให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปแทน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

1.2 แบบวัดความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกกังวลของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา คือ การจัดกิจกรรมการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีกิจกรรมที่มากกว่าเป็น 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ รวมทั้งหมด 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย 6 สัปดาห์แรกเป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการประเมินผล ใช้

เวลาครั้งละ 30-60 นาที ดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา คือการให้บุคคลได้ย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง ฝึกเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากแนวคิดที่มองว่าปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ มีความท้าทาย มองเป้าหมายในการแก้ปัญหา ถ้าผู้แก้ปัญหามีความคิดไม่เหมาะสม อาจสอนตนเอง หรือผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ โดยในขั้นตอนที่ 1 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 1 และ 2 ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา เพื่อให้บุคคลรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ตั้งเป้าหมายของการแก้ปัญหา พิจารณาว่าลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วระบุปัญหาที่แท้จริง 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

2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป เป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป นำไปศึกษาซึ่งเป็นความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิด อาการ และอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รูปแบบบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory; PSI) 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 โดยการวัดมีการให้คะแนนแบบวัด 2 ลักษณะ คือ ข้อความด้านบวก 21 ข้อ และข้อความด้านลบ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา (CVI) ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป โดยศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอซูริลล่า

2. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ช่วย เอื้ออำนวยความสะดวกช่วยเหลือผู้นำกลุ่มให้ดำเนินการกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ สังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง

3. เสนอวิจัยฉบับสมบูรณ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาให้การรับรอง

4. เมื่อผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ NTC888-0006 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลอง

กลุ่มควบคุม : เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคือการพูดคุยให้คำปรึกษาด้วยการรับฟัง แสดงความเห็นใจและให้คำอธิบาย การทำจิตบำบัด การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) และการรักษาด้วยยาซึ่งมีหลายกลุ่มที่สามารถกินเพื่อลดอาการวิตกกังวลจากพยาบาลและบุคคลอื่น ๆ ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก ผู้วิจัยทำการประเมินอาการวิตกกังวล (pre-test) หลังจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจนมารับบริการครั้งถัดไปตามระบบนัดของผู้วิจัย จึงประเมินอาการวิตกกังวล (post-test) ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มทดลอง : เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป ประเมินอาการวิตกกังวล (pretest) โดยผู้ที่มีคะแนน 36-47 คะแนน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน และในกลุ่มทดลองยังแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มละ 7 คน 1 กลุ่ม และกลุ่มละ 8 คน 1 กลุ่ม โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตาม protocol อย่างเคร่งครัด และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาให้ทุกคนตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.30-10.30 น. และอีกกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 09.30-10.30 น. หลังครบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (ถ้ากับการทดลอง) และประเมินอาการวิตกกังวล (posttest) ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป และมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ป้องกันปัญหา contaminate โดยการปรับระบบนัดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ตรงกับกลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปมาดำเนินกิจกรรมพร้อมมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรม ตกลงเรื่องกำหนดการและดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหตามกิจกรรม

ขั้นหลังการทดลอง

การกำกับการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้กำกับการทดลองด้วยแบบวัดการแก้ปัญหาทันที คิดคะแนนเป็นด้านย่อย 3 ด้าน และนำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คิดเป็นค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์ควรมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50-6.00

คะแนน ซึ่งหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีการระดมความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ระบุข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ปัญหาจึงสามารถลดลงได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

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

2. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test และ Independent t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่รับรอง NTC888-0006 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน ไม่มีการสูญเสียระหว่างการทดลอง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากันโดยแบ่งกลุ่มละ 15 คน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ อายุ จำนวนเท่ากันในแต่ละคู่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เพศชาย ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ($M=53.08$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.88) ข้อมูลของกลุ่มทดลอง ในเรื่องรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76 ส่วนในกลุ่มควบคุมรายได้ส่วนใหญ่ $< 5,000$ คิดเป็นร้อยละ 65 สถานภาพพบว่ากลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองพบที่มากที่สุดคือ ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมพบที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 48 โรคประจำตัวในกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 75 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 80

เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ เพื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการทดลองคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างในด้านของขนาดของยาที่รับประทานของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมว่ามีผลต่ออาการวิตกกังวลหรือไม่ โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของขนาดของยาที่รับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ได้รับยา 1 กลุ่ม	8	50.25	7	45.05	15	50	0.321	0.571
ได้รับยา 2 กลุ่ม	7	49.75	8	54.95	15	50		

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n= 15)

อาการวิตกกังวล	M	SD	df	t	p – value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	40.04	3.72	24	13.870	<0.001
หลังได้รับโปรแกรม	27.04	4.62			

จากตาราง 2 ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา พบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง ($M=40.04$, $SD = 3.72$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M=27.04$, $SD = 4.62$) และพบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=13.870$)

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 30)

การได้รับโปรแกรม	M	SD	D_1	D_2	t	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	40.04	3.72			13.870	<.001
กลุ่มควบคุม	41.64	3.64				
หลังได้รับโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	27.04	4.62	-13.870			
กลุ่มควบคุม	38.04	3.963		-3.60	8.095	<.001

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลด้วยสถิติ Independence t-test ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M=40.04$, $SD=3.72$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($M=41.64$, $SD=3.64$) สรุปได้ว่าการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน

และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$) พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ($D_1 = -13.870$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($D_2 = -3.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p - value < 0.001$)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) ยกเว้น สถานภาพสมรสพบมีความแตกต่างกัน ($p<0.05$) ซึ่งพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความสุขของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับประเวศ วะสี (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของเลย์ฮาร์ด (Layard, 2015) ที่พบว่าผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสจะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่น ๆ การหย่าขาดจากคู่สมรส และการแยกกันอยู่ ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์ และกังวลใจมากขึ้น และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแบกเตอร์ สก็อต วอสและไวท์ฟอร์ด (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013) ที่พบว่ากลุ่มช่วงอายุที่พบกลุ่ม โรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบได้บ่อยในช่วงอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

2. ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้าระดับอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีระดับอาการวิตกกังวลลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ยังคงมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 13.870$, $df = 24$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีความรู้มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป มากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทั้งในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ผูกพันหาทางเลือก รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไปแล้วนั้น รวมทั้งสามารถนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ มาปรับเปลี่ยนตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาด้านบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาและเป็นเรื่องท้าทายในชีวิต มีความพยายามและแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต หลังจากที่ได้ปรับมุมมองต่อปัญหาไปในด้านบวก มีผลต่อการลดการมองปัญหาในด้านลบ ทำให้คิดแก้ปัญหาในเชิงเหตุและผล มากกว่าที่จะเพิกเฉย หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา แก้ปัญหาโดยอาศัยเหตุผลและผลจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ระดับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเกลสโกว์และคณะ (Glasgow, Mullan, Fisher, Toobert & Skaff, 2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งแต่ละคนมีข้อคิดเห็นแตกต่างกัน ไป เมื่อได้ให้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถวางแผน และตัดสินใจในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการทำทำความเข้าใจกับ

แนวคิดหลัก 3 ประเด็น คือ การแก้ปัญหา ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา เข้าใจถึงการรับรู้ปัญหามี 2 แบบ คือการมองปัญหาในทางบวกและการมองปัญหาในทางลบมองถึงเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2561) ที่กล่าวว่า การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เป็นการแก้ปัญหาที่ประกอบด้วยความคิดสองประการ คือความคิดสร้างสรรค์ซึ่งมีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และการใช้ความคิดที่มีวิจารณญาณ เพื่อช่วยแก้ปัญหา และผู้ป่วยสามารถลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาที่แท้จริง รู้ถึงองค์ประกอบของการแก้ปัญหาที่มี 2 ลักษณะคือ เน้นแก้ที่ตัวปัญหาและเน้นจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาได้ และเลือกเป้าหมายที่สามารถทำได้ก่อน ได้ผลเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจที่ดี มีความพยายามมากขึ้นที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นได้

3. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง เพศระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโค-สแควร์และการทดสอบพิชเชอร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และจำแนกตามอายุ โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าสถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและมีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่คู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และเมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของขนาดของยาที่รับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเบลเซอร์ (Belzer et al., 2012) ที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ที่มีอาการกังวลอย่างมากโดยการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้จะสามารถช่วยลดความคิดด้านลบกับการรับรู้ปัญหาในเชิงลบ โดยการเพิ่มความสามารถและเสริมทักษะการแก้ปัญหาซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่นำไปสู่การรับรู้ปัญหาในเชิงบวก ทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์มากที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านกลุ่มงานจิตเวชควรส่งให้บุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการได้จริงและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผู้ป่วยและประเมินอาการวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อเป็นการวัดความคงอยู่ของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. ควรมีการประเมิน ติดตาม และการคงไว้ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคทางจิตระดับจังหวัด*. ปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (14 มีนาคม 2564). *ทักษะการแก้ปัญหาเรื่องจำเป็นสำหรับเด็กไทย*. สืบค้นจาก <http://www.Kriengsak.com>.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2557). *Healthy-POCARE*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564. สืบค้นจาก <http://www.pocare.net/healthy-detail.php?id=200>.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2559). *การพยาบาลผู้ได้รับยาทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2556). *ชุมทรัพย์ความสุข*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564. สืบค้นจาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=106>.
- ประเวช วะสี และพระไพศาล วิสาโล. (2561). *กลไกความสุข*. กรุงเทพฯ: กรีนปัญญาญาณ.
- โรงพยาบาลท่าสองยาง. (2564). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง ปีพ.ศ. 2563*. เอกสารอัดสำเนา. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก
- คันสนีย์ สมิตระเกษตริน. (2558). *การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุณิสรา ศรีมออ่อน, อติทยา พรชัยเกตุโอวยอง และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3) : 107-116.
- 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), 98-116.
- Davey, G. C. L. & Wells, A. (2016). *Worry and its Psychological Disorders: Theory assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydue Olivares, A. (2012). *Social problemsolving inventory revise (SPSI-R) North tornawanda*. NY, Multi health system, Inc.
- Faul, F., Erdfelder, E. & Buchner, A. (2017). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 39(2), 175-191.
- Glasgow, R. E, Mullan, J., Fisher, L., Toobert, D. J. & Skaff, M. (2017). Problem solving and Diabetes self management. *Diabetes Care*, 30.
- 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): 182-199.
- Ladouceur, R., Talbot, F. M., & Dugas, M. J. (1997). *Behavioural expressions of intolerance of uncertainty in worry*. Experimental findings. *Behav Modif*. 21(3), 355 - 371.
- Layard, R. (2015). *หลากหลายข้อค้นพบของศาสตร์ใหม่แห่งความสุข*. แปลจาก *Lessons from a New Science*. โดย รักดี โชติจินดา และเจริญเกียรติ ชนสุขถาวร. กรุงเทพฯ: สอนเงินมีมา.
- Provencher, M. D., Michel, J., Dugas, R., & Robert Ladouceur. (2014). Efficacy of Problem-Solving Training and Cognitive Exposure in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A case replicational series. *Cognitive and behavior practice*, 404.
- William, W.K. Zung. (1971). *Rating Instrument for anxiety disorder*. Psychosomatics.