

โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม

จุฑารัตน์ ทองสลับ*

บทคัดย่อ

โรควิตกกังวลทั่วไป เป็นหนึ่งในโรคกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากเกินไปในหลายๆ สถานการณ์ และรู้สึกว่าควบคุมได้ยาก อาการเป็นอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและที่รุนแรงที่สุดคืออาจเสียชีวิตได้ แต่เดิมการดูแลช่วยเหลือคือการรักษาโดยใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวลและบรรเทาอาการแสดงทางกาย แต่ก็ไม่มีประสิทธิภาพมากเพียงพอ จากการศึกษาพบว่าการบำบัดที่ได้รับการยอมรับและมีการรายงานถึงประสิทธิภาพอย่างแพร่หลาย คือการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า CBT โดยการบำบัดนี้จะเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง เรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรควิตกกังวลทั่วไป การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Generalized anxiety disorder Better yet with Cognitive Behavioral Therapy

Jutharat Thongsalab*

Abstract

Generalized anxiety disorder It is one of the most common Anxiety disorders. The patient is overly anxious in many situations and feels difficult to control. Symptoms are chronic. Due to the inability to cope with problems or deal with anxiety. Affect the daily life of the patient and the most severe is probably fatal. Originally, caring for help was Drug therapy to relieve anxiety and physical symptoms. But it is not effective enough. Studies have shown that there are recognized and well-reported treatments of efficacy. It is Cognitive behavioral therapy. Also referred to simply as CBT, this therapy focuses on reframing distorted cognition into new cognition. Learn to have the right behavior. This will help the patient to cope the problem or deal with the anxiety that occurs effectively.

Keywords: Generalized anxiety disorder, Cognitive behavioral therapy, CBT

* Nursing instructors Boromarajonani College of Nursing, Surin

บทนำ

จากสถานะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาวะโรคทั่วโลก (Global burden of disease) พบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลได้รับการจัดอันดับให้เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญเป็นอันดับที่ 6 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years) และยังพบเป็น 1 ใน 10 สาเหตุของปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะพร่องทางสุขภาพ (Years lived with disability : YLD) ในทุกภูมิภาคของโลก สำหรับประเทศไทยพบ YLD ในกลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 3 (WHO, 2016) ในปีล่าสุด พ.ศ. 2556 มีผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า ร้อยละ 7.4 ของตลอดช่วงชีวิตคนไทยที่ผ่านมา จะเป็นโรคทางจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยป่วยเป็นโรควิตกกังวลถึงร้อยละ 3.1 และมีความชุกสูงที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สอดคล้องกับรายงานสถิติการมารับบริการด้านจิตเวชของสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิตที่มีจำนวนผู้มารับบริการด้วยโรควิตกกังวลในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 106,997 คน และในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 124,992 คน ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.82 (สำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

กลุ่มโรควิตกกังวล เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งคุกคามมากเกินไป เป็นระยะเวลานานและมีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ โรควิตกกังวลที่พบบ่อย ได้แก่ โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง โรควิตกกังวลการเข้าสังคม โรคแพนิค และโรควิตกกังวลทั่วไป (อุษา น่วมเพชร และอุจน์จิตร คุณารักษ์, 2559, หน้า 303-343) ซึ่งโรควิตกกังวลทั่วไปหรือเรียกว่า Generalized Anxiety disorders : GAD พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวลที่กล่าวมา มีความชุก (Life time prevalence) ร้อยละ 3 - 8 ของประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อาการมักเริ่มต้นในช่วงวัยเด็กถึงวัยรุ่น (Sandock, & Sandock, 2008, pp. 263-267) โดยมีอาการแสดงของความวิตกกังวลมากเกินไปในหลายๆ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และรู้สึกว่าคุณควบคุมได้ยาก เรื้อรังเป็นปีๆ อาการมักเป็นๆ หายๆ รุนแรงในช่วงเครียด หลังจากเครียดแล้วอาการจะดีขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วย GAD จึงต้องใช้บริการในระบบสุขภาพอยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับการรายงานของ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าอัตราเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีเพียงร้อยละ 20.1 โดยเป็นการรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 17.3 (ผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ รวมถึงการบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร นิ่งสมาธิ ฯลฯ) รองลงมาคือการใช้บริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 4.3 และน้อยที่สุดคือการใช้บริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพที่เป็นบุคลากรจิตเวช ร้อยละ 1.1 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนได้ว่า การรักษาในระบบบริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยานั้น อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการการบรรเทา/ลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากกว่าในระบบสุขภาพถึงร้อยละ 11.9 สนับสนุนได้ว่าการรักษาด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล

จากการศึกษาพบว่า มีวิธีการบำบัดแบบอื่นนอกจากการใช้ยาที่สามารถช่วยผู้ป่วย GAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับ นั่นก็คือการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) ที่เป็นการผสมผสานแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและปัญญานิยมนำมาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากรายงานวิจัยของ Hunot et al. (2007) พบว่า มีผู้ป่วย GAD ประมาณร้อยละ 50 ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการบำบัดแบบ CBT แบบสมบูรณ และผู้ป่วย GAD อีกประมาณร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการรักษา สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ในระดับที่สูงหลังจากการบำบัดรักษาด้วย CBT และมีประสิทธิภาพใกล้เคียง

กันกับการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ Bandelow et al. (2012) ที่สรุปผลการวิจัยว่า การรักษาผู้ป่วย GAD ที่ดีที่สุดคือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัด CBT เพราะว่าการรักษาโดยการให้ยาจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงได้ และมีผลในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลัก CBT ได้ดีกว่าจึงมีประสิทธิภาพในการรักษาที่สามารถลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD ไม่ได้มีเพียงการรักษาด้วยยาเท่านั้น ยังมีการบำบัดแบบ CBT ที่ได้ผลดีในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล จนสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมบทความนี้จะรวบรวม และทบทวนความรู้ในประเด็นเกี่ยวกับการวินิจฉัย สาเหตุการเกิดความวิตกกังวล แนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป และวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD โดยการให้ยาและการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (American Psychiatric Association, 2013)

มีอาการกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุและกังวลในหลายหัวข้อ เหตุการณ์ หรือกิจกรรม ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้ มีอาการทางกาย (อย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ หรือในเด็กมีเพียง 1 ใน 6 ข้อ) ดังต่อไปนี้ 1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเครียด หรือรู้สึกประหม่า 2) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย 3) มีปัญหาด้านสมาธิ 4) หงุดหงิด 5) อาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ 6) มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนและมีการบอกหรือพูดถึงอาการเหนื่อยเพลีย หัวใจเต้นเร็ว แน่นหน้าอก เหงื่อออก และสั่นบ่อยๆ อาการทั้งหมดนี้ต้องแสดงให้เห็นนานกว่า 6 เดือน โดยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญ และอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือมีสาเหตุจากอาการวิตกกังวลหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านชีวภาพ ประกอบด้วย (รัตนา สายพานิชย์ และธนิศา หิรัญเทพ, 2558, หน้า 190-208)

1.1 กรรมพันธุ์ มีการศึกษาพบว่า ความกลัว ความวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีนส์ และมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆ ในกลุ่มญาติของผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ โดยเฉพาะในญาติที่ใกล้ชิด

1.2 กายวิภาคของระบบประสาท พบว่ามีการทำงานมากขึ้นของสมองส่วน Temporal cerebral cortex, locus ceruleus ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

1.3 สารสื่อประสาท พบมีการลดลงของ Gamma-Aminobutyric Acid : GABA ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทประเภทยับยั้ง โดยภาวะปกติมีบทบาทสำคัญช่วยให้สมองผ่อนคลาย แต่เมื่อ GABA ลดลง ก็ส่งผลให้สมองได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สมองเกิดความไม่ผ่อนคลาย ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้น้อยลง เกิดเป็นความวิตกกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุและยังพบการลดลงของระดับสารซีโรโทนิน (Serotonin หรือ 5-HT) ทำให้เกิดอาการคิดในแง่ลบ คิดมาก นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ รวมถึงมีการเพิ่มมากเกินไปของนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine : NE) ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เกิดมีการตอบสนองต่ออารมณ์และความเครียดที่เร็วหรือมากเกินไป นำไปสู่ความวิตกกังวลและอาการทางกาย เช่น ใจสั่น หายใจขัด เหงื่อออก ท้องไส้ปั่นป่วน ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ฯลฯ

2. ด้านจิตสังคม มีทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี ที่ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล (Masters, 2012, pp.69-70 ; รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2555, หน้า 174-195) ขอเสนอโดยสังเขป ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) เชื่อว่า อาการวิตกกังวลเกิดจากความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกมีความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปลผลต่อเหตุการณ์ เป็นไปในลักษณะมองโลกในแง่ร้าย และยังมีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนต่ำเกินความเป็นจริง จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล (ศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

2.2 ทฤษฎีการคงอยู่ (Existential Theory) เชื่อว่า คนทุกคนต้องการความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนา ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคคล จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว และความวิตกกังวล (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2554)

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยในระยะแรกความวิตกกังวลเกิดจากการถ่ายทอดความผูกพันทางอารมณ์จากมารดาสู่ทารก ในระยะต่อมาความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับหรือจะสูญเสียความรักจากบุคคลที่เขาให้ความสำคัญ

2.4 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เชื่อว่า บุคคลมีความแตกต่างกันในลักษณะของความเป็นปัจเจกและภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นคือปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางจิตใจเพื่อเผชิญกับสิ่งเร้าและการต้องปรับตัวให้เข้าสู่สภาวะสมดุล ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (สายฝน เอกวารงกูร, 2559)

2.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด โดยการเรียนรู้ผ่านขบวนการจำแนก (Identification) และการเลียนแบบ (Imitation) เช่น การเลียนแบบวิธีตอบสนองความเครียดตามแบบที่เคยเห็นจากบุคคลที่เด็กศรัทธา

2.6 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ทุกพฤติกรรม เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากบุคคลถูกวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกหรือโดยการนำเอาสิ่งเร้าธรรมดาไปคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือมีอันตราย และความวิตกกังวลเป็นผลจากสิ่งเร้าที่มีลักษณะทำให้บุคคลทราบว่า จะได้รับการเสริมแรงทางบวกที่เปลี่ยนไป ทำให้บุคคลได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจแทน เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าดังกล่าวอีกครั้ง จึงเกิดความไม่แน่ใจว่าจะได้รับการเสริมแรงทางบวกหรือได้รับสิ่งที่ไม่พอใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล

2.7 แนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมหรือนักคิดบ่าบัต (Cognitive Theory) เชื่อว่า คนส่วนใหญ่ใช้ความรู้ความสามารถเพื่อทำให้คนอื่นยอมรับและชื่นชม คนที่มีปัญหาทางอารมณ์คือคนที่รู้สึกมากเกินไปกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับตัวเองจากบุคคลอื่น เขาชื่นชมและยกย่องตนเองเมื่อผู้อื่นยกย่องและชื่นชม ถ้าผู้อื่นปฏิเสธ เขาจะซึมเศร้าและวิตกกังวล

แนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

Behar et al. (2009) ได้สรุปแบบจำลองแนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป 5 แบบจำลอง ซึ่งในแต่ละแบบจำลองๆ มีส่วนสำคัญที่ทำให้เข้าใจถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปแบบจำลองแนวคิดการเกิดโรควิตกกังวล

แบบจำลอง	องค์ประกอบการเกิดโรค	แนวทางการบำบัดรักษา
1. Avoidance Model of Worry and GAD : AMW	- ความคิดเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง - ความเชื่อด้านบวกของความกังวล	1. การตรวจสอบตนเอง 2. การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
แบบจำลองการหลีกเลี่ยงความกังวล	- การขาดประสิทธิภาพในการแก้ไข	3. การฝึกการลดความวิตกกังวลเป็นระดับ
เชื่อว่า ความกังวลกระบวนการที่เกิด	ปัญหาและการจัดการอารมณ์	4. การเรียนรู้การควบคุมตัวกระตุ้น
เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทางอารมณ์	- ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล - รูปแบบความผูกพัน - ประสบการณ์การเจ็บปวดที่ผ่านมา	5. การตรวจสอบผลลัพธ์ของความกังวล 6. เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบัน 7. การสร้างความหวังในชีวิต

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบจำลอง	องค์ประกอบการเกิดโรค	แนวทางการบำบัดรักษา
2. Intolerance of Uncertainty Model : IUM แบบจำลองการไม่ยอมรับรูปแบบความไม่แน่นอน เชื่อว่า ความกังวลเป็นกระบวนการเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน	- การไม่ยอมรับกับความไม่แน่นอน - การเข้าใจปัญหาแบบด้านลบ - การคิดแบบหลีกเลี่ยง - การมีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลว่ามีประโยชน์	1. การตรวจสอบตนเอง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ IUM 3. การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความกังวล 4. การปรับแก้วิธีการทำความเข้าใจปัญหา 5. การประมวผลผลความกลัวหลัก
3. Metacognitive Model: MCM แบบจำลองอภิปัญญา เชื่อว่า บุคคลจะมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อหลีกเลี่ยงการกังวลเกี่ยวกับความวิตกกังวล	- ความเชื่อด้านบวกต่อความกังวล - ความกังวลชนิดที่ 1 - ความเชื่อด้านลบต่อความกังวล - ความกังวลชนิดที่ 2 - การขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา	1. การวิเคราะห์เป็นรายกรณี 2. การขัดเกลาทงสังคม 3. อภิปรายถึงการไม่สามารถควบคุมความกังวลได้ 4. อภิปรายถึงอันตรายของความกังวล 5. อภิปรายถึงความเชื่อด้านบวกของความกังวล
4. Emotion Dysregulation Model : EDM แบบจำลองการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ เชื่อว่า ความกังวลว่าเป็นหนึ่งในกระบวนการเผชิญปัญหา ที่ไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการและหลีกเลี่ยงความกังวล	- การแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป - การไม่เข้าใจในเรื่องอารมณ์ - การมีความคิดด้านลบต่อการแสดงอารมณ์ - การจัดการและควบคุมอารมณ์ไม่เหมาะสม	1. ฝึกการผ่อนคลาย 2. การปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม 3. การทำความเข้าใจกับอารมณ์ 4. การฝึกทักษะทางอารมณ์ 5. การฝึกประสบการณ์การเปิดเผยอารมณ์
5. Acceptance-Based Model of GAD : ABM แบบจำลองการยอมรับพฤติกรรม เชื่อว่าความกังวลเป็นหนึ่งในกระบวนการของการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากประสบการณ์ภายใน	- ประสบการณ์ภายใน - ความสัมพันธ์ที่มีปัญหา - ประสบการณ์ภายใน - การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ - การมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม	1. การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ ABM 2. การฝึกสติ/สมาธิ และการฝึกการยอมรับพฤติกรรม 3. ฝึกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นการกระทำอันมีค่า

ที่มา : Behar et al. (2009)

แบบจำลองฯ ทั้ง 5 แบบ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการคิดแบบหลีกเลี่ยง (Cognitive Avoidance) ซึ่งเป็นวิธีการคิดที่ทำให้เกิดความกังวล โดยมีองค์ประกอบแนวคิดการเกิดโรคในแต่ละแบบจำลองฯ ที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีแนวทางการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่พบได้เหมือนกันในทุกแบบจำลอง คือ การใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา การตรวจสอบตนเอง และการฝึกทักษะการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งวิธีดังกล่าวนี้ก็คือ การใช้เทคนิคการบำบัดแบบ CBT นั้นเอง

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD นั้นสามารถทำได้หลากหลายวิธี แต่วิธีโดยทั่วไปก็คือการบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิต ในหัวข้อนี้จึงนำเสนอข้อมูลสำคัญเรื่อง การบำบัดทางยาและการบำบัดทางจิต ดังนี้

1. การบำบัดทางยา (Psychopharmacology Therapy) กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษามี 3 กลุ่ม (Bandelow et al., 2012, p. 77-84) ดังนี้

1.1 กลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam จะใช้ในช่วงสั้นๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการเท่านั้น ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของ GABA ในการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจึงลดความวิตกกังวลและอาการทางกายได้ เมื่ออาการดีขึ้นพิจารณาลดยาลง

1.2 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) และ Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) เช่น Sertraline, Paroxetine, Fluoxetine, Venlafaxine มีผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน นอร์อิพิเนฟริน ทำให้อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงได้

1.3 กลุ่ม Azapirone chemical class ได้แก่ Buspirone ซึ่งมีฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่ม Benzodiazepines ไม่ทำให้เสพติดหรือมีอาการถอนยาหลังหยุดใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยออกฤทธิ์ต่อ 5-HT_{1A} (5-hydroxy-tryptamine_{1A} หรือ Serotonin 1A) receptor และ 5-HT₂ receptor รวมถึง D₂ (Dopamine₂) receptor ส่งผลต่อสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองทำให้อารมณ์ความรู้สึกกลับมาเหมือนปกติ

นอกจากนี้ยังมียา กลุ่ม Tricyclic เช่น Imipramine ที่จะใช้ในกรณีที่ใช้ยาในกลุ่ม SSRI และ SNRI ไม่ได้ผล รวมถึงนิยมใช้ยาในกลุ่ม B-Adrenergic antagonists ได้แก่ Propranolol ใช้กรณีมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น มือสั่น ใจสั่น ฯลฯ

2. การบำบัดทางจิต (Psycho Therapy) เป็นการใช้เทคนิคและรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ดังนี้

2.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Applied Relaxation : AR) จากการศึกษาของ Siev, & Chambless (2007) พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลายเป็นทางเลือกในการบำบัดแบบดั้งเดิม และมีผลดีมากสำหรับผู้ป่วย GAD โดยได้ผลดีกว่าในการบำบัดรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวลอื่น ๆ

2.2 บำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Therapy) เป็นการใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงข้อขัดแย้งในจิตใจออกมา เรียกกระบวนการนี้ว่า การโอนถ่ายข้อมูล (Transference) ซึ่งผู้บำบัดจะสะท้อนพฤติกรรมของผู้ป่วยออกมา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวล และสามารถทนกับความกังวลนั้นได้มากขึ้น (รัตน สหายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2555)

2.3 บำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) มีรายงานการศึกษาของ Bolognesi, Baldwin, & Ruini (2014) ได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ระหว่างเดือนตุลาคม 2554 และกันยายน 2555 เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD ทั้งสิ้น 22 รายงานวิจัย พบว่า การบำบัด CBT เป็นวิธีการรักษาทางจิตวิทยาที่มีการศึกษามากที่สุด และได้รับการแนะนำให้เป็นตัวเลือกแรกสำหรับผู้ป่วย GAD

ดังนั้นควรทำความเข้าใจกับการบำบัดแบบ CBT เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย GAD ดังรายละเอียดในหัวข้อลำดับต่อไป

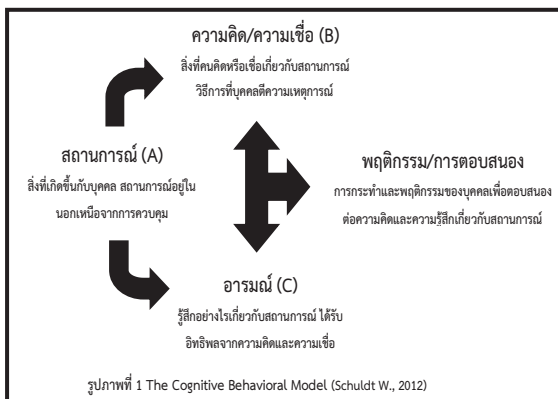
การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)

Aaron Beck, 1971 เป็นผู้ริเริ่มการบำบัดแบบ CBT ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตแบบมีโครงสร้างและกระบวนการรักษาที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น มุ่งการตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน (Thought distortion) ความ

เชื่อที่ผิดพลาด (Core belief) และจุดบอดของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ แต่จะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตามความเป็นจริงและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในมุมมองใหม่ โดยใช้วิธีการบำบัดแบบผสมผสานระหว่างทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Theory) (แพ จันทรสุข, 2556, หน้า.45-52)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่นำมาผสมผสานเป็น CBT เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ทุกพฤติกรรม เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ดังนั้นการจัดวางเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม จึงสามารถกำหนดพฤติกรรม ดัดแปลงพฤติกรรม และคงพฤติกรรมหรือจำกัดพฤติกรรมทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ได้ (Mohr, 2009) การให้ความช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยจะทำในรูปแบบของพฤติกรรมบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกลยุทธ์/เทคนิคที่ใช้ในกระบวนการบำบัดแบบ CBT เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ในส่วนทฤษฎีปัญญานิยมหรือฝึกคิดบำบัด (Cognitive Therapy) ก็ให้ความสำคัญกับความคิดและความเชื่อ ว่า ความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการกระทำของมนุษย์ โดยที่บุคคลมีความคิดทั้งที่สมเหตุผลและไม่สม



เหตุผล หรือมีความคิดที่เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ ที่เป็นความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา การช่วยเหลือ จะใช้การบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ด้วยการสอนแนวคิด A-B-C (รูปภาพที่ 1) เพื่อให้บุคคลเข้าใจในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของตน โดยที่ A (Activating event) คือ เหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น B (Belief) หมายถึง ความเชื่อ และ C (Consequences) หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Schuldt, 2012 และ แพ จันทรสุข, 2556)

การบำบัดแบบ CBT มีหลักการพื้นฐาน คือ กำหนดปัญหาของผู้ป่วยตามวิธีการคิด (Cognition) ที่เป็นปัญหาของแต่ละบุคคล อาศัยสัมพันธ์ภาพที่ตีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบัน โดยสอนให้ผู้ป่วยระบุ ประเมินและตอบสนองต่อคิดและความเชื่อที่เป็นปัญหาให้เหมาะสม ประกอบกับการใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดและการฝึกคิดบำบัดที่หลากหลาย จุดมุ่งหมายสูงสุดคือการสอนให้ผู้ป่วยเป็นนักบำบัดโรคของตัวเองและเน้นการป้องกันการกำเริบของโรค โดยมีโครงสร้างกระบวนการบำบัดแบบ CBT ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โครงสร้างกระบวนการบำบัดแบบ CBT

กระบวนการ	ขั้นเริ่มต้น	ขั้นดำเนินการ	ขั้นสิ้นสุด
1. ระยะเริ่มต้น	1. กำหนดเป้าหมายการบำบัด 2. ทำการตรวจสอบอารมณ์ (Mood check)* 3. เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม 4. อภิปรายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด และเน้นการสร้าง ความหวัง	1. ร่วมกันระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วย 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบความคิด (Cognitive model)* 3. เชื่อมโยงปัญหาทางความคิดของผู้ป่วย	1. ทำการสรุป 2. ทบทวนการมอบหมาย การบ้าน (Home work)* 3. ให้ข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กระบวนการ	ขั้นเริ่มต้น	ขั้นดำเนินการ	ขั้นสิ้นสุด
2.ระยะเข้าสู่โครงสร้างและรูปแบบการบำบัด	1.ทำการตรวจสอบอารมณ์ 2.กำหนดเป้าหมายการบำบัด 3.รวบรวมข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มเติม 4.ทบทวนการบ้านและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา	1.เริ่มฝึกทักษะเฉพาะในบริบท ของปัญหาผู้ป่วย เช่น วิธีการลด ความกังวล การสร้างความคิดใหม่ และการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ 2.อภิปราย ติดตามผล มอบหมาย การบ้าน 3.เริ่มทำงานกับปัญหาอื่นต่อไป	1.กระตุ้นให้สรุป 2.ทบทวนการบ้านใหม่ 3.ให้ข้อเสนอแนะ
3.ระยะสิ้นสุด	ผู้บำบัดจะพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถระบุมุมมองที่บิดเบือนของตนเอง และคิดค้น การบ้าน และนำเอาทักษะที่ได้รับมาปรับใช้เป็นของตนเองได้ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการยุติ การบำบัดและป้องกันการกำเริบของโรค		

***Mood Check** คือ การตรวจสอบอารมณ์โดยการใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบบประเมินความวิตกกังวล
หรือแบบตรวจสอบอารมณ์ ด้วยตนเอง

***Home work** คือ การมอบหมายให้บันทึกพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติ ประเมินการตอบสนองต่อความคิด
อัตโนมัติ การทดลองแก้ปัญหา การทดสอบพฤติกรรม การฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เรียนรู้ในช่วงการบำบัด แล้วนำผล
การบ้าน มาอภิปรายและหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

***Cognitive Model** คือ การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจ แนวคิด A-B-C เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง และค้นหา
ความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจัดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นเพื่อ
นำไปสู่การเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ที่มา : Beck (2011)

จากตารางที่ 2 ในระยะเข้าสู่โครงสร้างและการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องมีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อช่วยให้
ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ผ่านการบ้านและการตรวจสอบอารมณ์ตนเอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัด
แบบ CBT ผู้บำบัดจึงควรรู้จักและเข้าใจถึงกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดแบบ CBT ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลยุทธ์หรือเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดแบบ CBT มี 2 เทคนิคที่สำคัญ ได้แก่

1. เทคนิคการสร้างความคิดใหม่ที่ถูกต้อง (Cognitive Restructuring : CR) (Beck., 2011; Stuart,
2013)

1.1 การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (Monitoring thoughts and feelings) โดยการให้บันทึก
ความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน โดยมีประเด็นการบันทึก คือ 1) สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2) อารมณ์ที่เกิดโดยให้เป็น
ระดับ 0-100 คะแนน 3) ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองสถานการณ์ โดยให้คะแนนความเชื่อเป็น
0-100% 4) พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ โดยระบุเหตุผลและให้คะแนนความเชื่อในเหตุผลของ
การตอบสนอง 0-100% และ 5) ผลลัพธ์จากการปรับความคิด โดยระบุและให้คะแนนอารมณ์ที่ตามมา 0-100
คะแนน ดังแสดงตัวอย่างการบันทึกในตารางที่ 3

1.2 เทคนิคการถามถึงเหตุการณ์ (Questioning the Evidence) โดยการใช้คำถามที่ช่วยให้ตรวจสอบ
หลักฐานแหล่งที่มาของข้อมูลที่บิดเบือน และกระตุ้นให้ตรวจสอบกับคนที่ไว้ใจ เพื่อช่วยในการปรับความคิดได้

1.3 เทคนิคการตรวจสอบทางเลือก (Examining alternatives) โดยการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย โดย
ให้คิดทางเลือกในการวิธีแก้ปัญหาเพิ่มเติมจากการคิดว่าไม่มีทางเลือก แล้วร่วมกันพิจารณาทางเลือกในการ
แก้ปัญหา

1.4 เทคนิคการทดลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เรียกอีกอย่างว่าเทคนิค "what-if (จะเกิดอะไร...ถ้า)" โดยใช้คำถาม ดังนี้ "สิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้" "มันจะแย่ไหมถ้าเกิดขึ้นจริง" "คนอื่นจะรับมือกับเหตุการณ์แบบนี้ได้อย่างไร" เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ลองคาดการณ์และเตรียมเผชิญกับปัญหาได้

1.5 เทคนิคการเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เป็นกลยุทธ์ที่จะเปลี่ยนการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการมองให้รอบด้าน หรือกระตุ้นให้เห็นปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง

1.6 เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) ให้ผู้ป่วยระบุดความคิดที่เป็นปัญหาและพูดถึง ในขณะที่พูดก็ให้จินตนาการถึงปัญหา ผู้บำบัดจะขัดจังหวะความคิดของผู้ป่วยด้วยการตะโกนว่า "หยุด" หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะใช้การขัดจังหวะความคิดด้วยวิธีเดียวกัน ในที่สุดผู้ป่วยจะแปลงคำว่า "หยุด" เป็นวลีหรือภาพ และเรียนรู้ที่จะใช้เทคนิคอย่างเงียบ ๆ ในสถานการณ์ทุกวัน

2. เทคนิคการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Relearning new Behavior) (Stuart, 2013 ; สายฝน เอกวารงกูร, 2559, หน้า 1-37)

2.1 เทคนิคการเลียนแบบ (Modeling) โดยการให้ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมที่ดีและให้ฝึกฝนเลียนแบบ

2.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมใหม่ และผู้บำบัดชมเชยต่อพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น

2.3 การให้เบียร์รรถกร (Taken Economy) เป็นการเสริมแรงทางบวกโดยการให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

2.4 การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นการฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการแสดงบทบาทนั้น

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill Training) การให้คำชี้แนะ สาธิตทักษะทางสังคม และให้ฝึกปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดทักษะมากขึ้น

2.6 การให้สิ่งที่ไม่น่าพอใจ (Aversive Therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยการให้ในสิ่งที่ไม่น่าพอใจหลังจากแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2.7 การทำสัญญาฉุกเฉิน (Contingency contracting) เป็นการทำสัญญาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดเพื่อหาพฤติกรรมที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงและทำการติดตามผลที่ตามมา เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาและลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 3 ตัวอย่าง ตารางบันทึก การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (Monitoring thoughts and feelings)

สถานการณ์ (A)	อารมณ์ (C)	ความคิดอัตโนมัติ (B)	การตอบสนองต่อความคิดใหม่ที่มีเหตุผล (CR)	ผลจากการปรับเปลี่ยนความคิด
1. แฟนของฉันควรจะโทรหาฉันคืนนี้เพื่อหรือเกี่ยวกับแผนการของเรา แต่เขาไม่เคยทำ	กังวล 70 เศร้า 50 โกรธ 10	1. ฉันจะต้องเลิกกับเขา 60%	1. ผู้ชายหลายคนที่โรงเรียนดูเหมือนจะสนุกกับการพูดคุยและใช้เวลาอยู่กับฉัน 80%	1. ฉันจะต้องเลิกกับเขา 30%
2. เขามักยุ่งเสมอสำหรับฉัน อาจเพราะเขามีคนอื่นและต้องการที่จะเลิกกับฉัน		2. ฉันเป็นแฟนที่ไม่ดี 70%	2. ฉันจะมีเวลาอีกมากมายในอนาคตที่จะพบปะกับผู้ชายและพัฒนาความสัมพันธ์กันมากขึ้น 50%	2. ฉันเป็นแฟนที่ไม่ดี 40%
				กังวล 20 เศร้า 5 โกรธ 30

ที่มา : Stuart (2013)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โรควิตกกังวลทั่วไปหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในทุกด้าน โดยผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงควรเห็นความสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วย ไม่ควรใช้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว วิธีการบำบัดด้วย CBT เป็นวิธีที่ได้ผลดีวิธีหนึ่ง แต่ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด กลยุทธ์หรือเทคนิคในการลดความวิตกกังวล เทคนิควิธีการสร้างความคิดใหม่ที่ถูกต้อง เทคนิควิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ซึ่งต้องผ่านการอบรมและฝึกฝนให้ชำนาญ จึงจะสามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบบริการสุขภาพของไทยบุคลากรที่สามารถใช้การบำบัดแบบ CBT ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรทางจิตเวชที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้ยาก ไม่สอดคล้องกับลักษณะการเลือกบริการโดยปกติของผู้ป่วยที่มักจะมารับบริการกับบุคลากรสุขภาพทั่วไป ดังนั้นจึงควรขยายหรือถ่ายทอดความรู้การบำบัดแบบ CBT ด้วยการอบรมให้กับบุคลากรสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงควรสร้างแนวทางปฏิบัติในการบำบัดแบบ CBT ที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางยา

เอกสารอ้างอิง

- แพ จันทร์สุข. (2556). การบำบัดรักษาทางจิตสังคม. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2*. (หน้า 45-52). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมผางค์กรชัย และสุทธา สุปัญญา. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19.
- รัตนา สายพานิชย์ และชนิดา หิรัญเทพ. (2558). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 190-208). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2555). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 174-195). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2554). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา)*. (พิมพ์ครั้งที่ 16, หน้า 281-290). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. (หน้า 90-112). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ). (2559). แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ใน *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 1-37) นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>

- อุษา น่วมเพชร อุ๋นจิตร์ คุณารักษ์ และวิดาวรรณ จำปา. (2559). กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเครียดหรือเหตุการณ์สะเทือนใจกับการบำบัดทางการแพทย์ใน สายฝน เอกวารงกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 303-343). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J. & Möller, H.J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16 (2), 77–84.
- Beck., J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2nd ed.). New York: The Guilford Publication.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E.B., Mohlman, J. & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Bolognesi, F., Baldwin, D.S., & Ruini, C. (2014). Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: a structured review. *Journal of Psychopathology*, 20 :111-126
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., et al. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 1. (CD001848)
- Masters, K. (2012). *Nursing theories: A framework for professional practice*. (pp. 69-70). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Morh, W.K. (2009). Neuroscience : Biology and Behavior. In W.K.Mohr (Ed.), *Psychiatric Mental Health Nursing: Evidence-Based Concepts, Skill, and Practice*. (pp.21-39). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, B.J., & Sandock, V.A. (2008). *Kaplan and Sadock's Concise textbook of Clinical Psychiatry*. (3th ed., pp.263-267). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Schuldt, W. (2012). *The Cognitive Behavioral Model*. Retrieved from <http://www.therapistaid.com/therapy-guides>.
- Siev, J. & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal Consult Clinical Psychological*, 75(4), 513-522.
- Stuart, G.W. (2013). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed.). Missouri : Mosby.
- WHO. (2016). *Depression and other common Mental Disorders : Global Health Estimates*. Geneva : WHO Document Production Services.