วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่

THE EFFECTS OF PROBLEM-SOLVING THERAPY PROGRAM ON ANXIETY DISORDERS IN CHIANGMAI MUNICIPALITY

เมธี สุทธศิลป์[1] สายสมร เฉลยกิตติ[2]
Mathee Sootthasil Saisamorn Chaleoykitti
[1]อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, Corresponding author, mayvet_2006@hotmail.com
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.อ.หญิง ดร., กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารบก
Faculty Of Public Health Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani, Thailand 13180

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลในเทศบาลนครเชียงใหม่ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดอาการวิตกกังวลค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ =28.10, S.D.=5.02 และ $\overline{X}$ =42.21, S.D.=3.78, t=14.756, p<.05) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลลงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา, อาการวิตกกังวล

Abstract

The objective of this experimental research was to study the effect of the problem-solving therapy program toward the anxiety symptoms of the patients with anxiety disorders in Chiang Mai Municipality. The subjects were 60 patients with anxiety disorders in Chiang Mai Municipality who were divided into the experimental and control groups of 30 patients for each group. The instruments for data collection were questionnaires of general data and the anxiety symptom scale in which the reliability coefficient was .81. The descriptive statistics for data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation. The statistics for comparing the mean differences in the anxiety symptoms before and after using this program was t-test.

The results showed that the mean score of the anxiety symptoms in the experimental group after using this program was statistically and lower than the mean score of the anxiety symptoms before using this program ($\overline{X}$ =28.10, S.D.=5.02 and $\overline{X}$ =42.21, S.D.=3.78, t=14.76, p<.05, respectively; t=8.10, p<.05), The mean score difference of the anxiety symptoms of control group was not statistically significant. It can be concluded that this program can reduce the anxiety.

Keywords : problem-solving therapy program, anxiety symptoms

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder: GAD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไปและพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วจะมีอาการวิตกกังวลซึ่งส่งผลกระทบต่าง ๆ แม้ว่าโรควิตกกังวลไปทั่วจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเหมือนกับโรคทางกายบางโรค แต่ก่อความเดือดร้อนให้ผู้ป่วยได้ และแนวโน้มของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาก็จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น จากผลการสำรวจของ National Institute of Mental Health (2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึง 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะโรควิตกกังวลไปทั่วมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 6.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.1 ต่อประชากรทั้งหมด การเกิดของโรคมักเริ่มตั้งแต่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีน้อยที่เริ่มมีอาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 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)

ในประเทศไทยมีอัตราความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลใน ปี พ.ศ.2551 ร้อยละ 1.85 ขณะที่ปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 และพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล รองลงมาคือ โรคจิต และโรคซึมเศร้าตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากที่สุด มีจำนวนทั้งสิ้น 3,852 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมากที่สุดจำนวน 1,329 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2559)

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ส่งผลกระทบหลายด้านทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบระดับตัวผู้ป่วยเองนั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเดอซูริลล่าและโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมักแสดงพฤติกรรม ได้แก่ หนีปัญหา บกพร่องในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพและขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี นำมาสู่ความขัดแย้งเกิดการหย่าร้าง การทอดทิ้งบุตรและผู้สูงอายุ ส่วนผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ ประเทศชาติ ได้แก่ การไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ บกพร่องหน้าที่ทางสังคม ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศชาติตามมา และยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2553) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยมักกลัวและคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปก่อนล่วงหน้า ทำให้ตื่นตกใจง่ายกว่าปกติ ไม่มีสมาธิในการกระทำสิ่งใดด้วยความตั้งใจจึงมักหลีกเลี่ยงต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต การพยาบาลที่สำคัญที่ช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมซึ่งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาซึ่งมีกลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการวิตกกังวล (Atichockjarupat, Kaspichayawattana, & Wivatvanit, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า อารมณ์เครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาเป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ที่พบว่าเป็นการคุกคาม โดยความเครียดกับอาการวิตกกังวลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน ลาซารัสจึงมีแนวคิดเรื่องการลดความเครียด โดยการจัดการกับความเครียด และพบว่า อารมณ์เครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา โดยลาซารัสให้คำจำกัดความของการเผชิญปัญหาว่า เป็นการประเมินของบุคคลในมุมมองที่มีต่อสถานการณ์ปัญหา และด้านการจัดการอารมณ์เป็นการลดหรือการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ดังนั้นการให้ความสำคัญกับอารมณ์จะเป็นผลดีต่อการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไปได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

และจากการสำรวจในเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวน 505, 658, และ 721 คน คิดเป็นร้อยละ 30.12, 35.46, และ 37.33 ตามลำดับ โดยพบมากในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10) พบว่า มีผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวล ได้แก่ โรคกลัว (phobia disorder) โรคทางจิตเวชภายหลังเผชิญกับภยันตราย (post-traumatic stress disorder: PTSD) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder: OCD) โรคแพนิค (panic disorder: PD) จำนวนทั้งสิ้น 781 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมากที่สุดถึง 335 ราย (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2559)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าปัญหาโรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งในระบบสุขภาพของประชาชนชาวไทย การนำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยน่าจะมีประโยชน์ เพราะยังไม่พบการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเข้ามาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการคิดให้เกิดการรับรู้ใหม่ และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันได้ในด้านบวก ลดการรับรู้ปัญหาด้านลบ จนเกิดทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และความวิตกกังวลลงได้ อันจะทำให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เกิดการรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นเรื่องที่ท้าทาย มองว่าต้องใช้เวลาใช้ความพยายามในการแก้ไข ใช้ทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และมีความคิดเชิงบวกต่อปัญหา พยายามทำความเข้าใจ และค้นหาปัญหาอย่างแท้จริง ตลอดจนแสวงหาทางแก้ปัญหาได้อย่างหลากหลาย ตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ปัญหา รวมทั้งตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลเสีย ทำให้อารมณ์ทางลบลดลง (D'Zurilla, 1988) เพราะอารมณ์ด้านลบทำให้เกิดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไม่มีคุณค่า และทำให้การทำหน้าที่ทางด้านสัมพันธภาพบกพร่อง (D'Zurilla & Goldfried, 1971) และการทำจิตบำบัดมีหลากหลายรูปแบบและมีเทคนิคที่ใช้แตกต่างกันไป ดังเช่น การทำจิตบำบัด (cognitive behavior therapy: CBT) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งต่าง ๆ ที่มีผลให้เกิดความวิตกกังวล ส่วนพฤติกรรมบำบัดจะช่วยฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือความเชื่อของบุคคล ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่

ตามมา สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว เนื่องจากเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความคิดตามความเป็นจริงและฝึกคิดเชิงสร้างสรรค์ ลดอารมณ์ทางลบ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งไคลเบอร์และคณะ (Kleiboer, Donker, Seekles, van Straten, Riper, & Cuijpers, 2015) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ร่วมกับการส่งเสริมความต้องการของบุคคล และการเสริมพลัง (empowerment) ทำให้ระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง

คำถามวิจัย

1. โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ได้หรือไม่
2. ผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 จำนวน 3,852 ราย

ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2560 จำนวน จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลไปทั่วตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และได้รับการรักษาด้วยยา 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 4) ระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (36–47 คะแนน) โดยวัดจากแบบประเมินความวิตกกังวล Self- rating Anxiety Scale (SAS) ของซุง 5) ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินอาการวิตกกังวล ใช้ประเมินอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยแบบประเมินนี้พัฒนามาจาก ซุง (Zung, 1971) เรียกว่า Self-rating anxiety scale (SAS) และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการแก้ปัญหาใช้ประเมินการแก้ปัญหาหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที แบบวัดนี้พัฒนามาจาก เฮปเนอร์และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจาก Kumboonroung (2009) ตามแนวคิดการแก้ ปัญหาของเดอ ซูริลล่าและเนซู (D'Zurilla & Nezu, 1982) มีขั้นตอนการแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาในกิจกรรมใหม่โดยเพิ่มกิจกรรมการรู้จักและฝึกเตือนตนเอง เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่มีต่อปัญหาให้มากขึ้น แต่คงไว้ซึ่งโครงสร้างเดิมคือ กระบวนการแก้ปัญหาและรวมขั้นตอนที่ 5 และ 6 ของโปรแกรมเดิมให้เป็นขั้นตอนเดียวกันในโปรแกรมที่ดัดแปลงใหม่ จึงมี

ทั้งหมด 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ใช้เวลาบำบัดนาน 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชจิตแพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือภายหลังการแก้ไขไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น WTU2559-0152 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่ตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และตัวอย่างทุกคนสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่ว และฝึกทำกลุ่มจิตบำบัดเรื่องทักษะและกระบวนการแก้ปัญหา

2) เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อช่วยเอื้ออำนวยความสะดวก ช่วยเหลือผู้นำกลุ่มให้ดำเนินการกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิก และกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง

3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ ลักษณะของตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

5) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในคลินิกสุขภาพจิต ตึกผู้ป่วยนอก

6) ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างที่งานผู้ป่วยนอกแล้วเข้าพบตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบผลการทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ t-test

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 เพศชาย ร้อยละ 12 และมีอายุระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.08 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.88 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ที่แน่นอน คิดเป็นร้อยละ 20 และรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 12 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 16 ระดับการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 อาชีพที่ประกอบมากที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 48 และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากที่สุดคือ ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา 6 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($\overline{X}$ =42.21, S.D.=3.78) และหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ

($\overline{X}$ =28.10, S.D.=5.02) ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($\overline{X}$ =41.80, S.D.=3.63) และหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($\overline{X}$ = 38.04, S.D.=3.96) ดังนั้น กลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ =28.10, S.D.=5.02 และ $\overline{X}$ =42.21, S.D.=3.78, t=14.755, p<.05) ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ด้วย t-test แบบ dependent ($n_{กลุ่มทดลอง}$=30 ราย)

กลุ่มทดลอง	คะแนนอาการวิตกกังวล			t	*p*
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ		
ก่อนทดลอง	42.21	3.78	ปานกลาง	14.755	.000
หลังทดลอง	28.10	5.02	ปกติ		

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหากับกลุ่มควบคุมที่ได้การพยาบาลตามปกติ ด้วย t-test แบบ independent ($n_{กลุ่มทดลอง}$=30 ราย และ $n_{กลุ่มควบคุม}$=30 ราย)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	*p*
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	42.21	3.78	41.80	3.63	.317	.753
หลังทดลอง	28.10	5.02	38.04	3.96	8.095	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ตัวอย่างที่มีอาการวิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 และมีอายุอยู่ในระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีได้ว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาและเป็นสิ่งท้าทายของชีวิต มีความพยายามและแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลง (D'Zurilla, 1988)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมจนครบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถลดอาการวิตกกังวลลงได้ เนื่องมาจากโครงสร้างแนวคิดของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีกระบวนการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอนชัดเจน โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มช่วยในการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าแสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การระดมความคิด และการร่วมอภิปรายนำไปสู่เป้าหมายหลัก คือ การปรับเปลี่ยน

มุมมองที่มีต่อปัญหาของผู้ป่วยและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่อาศัยหลักความมีเหตุผล ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่มีอยู่ได้สำเร็จ อาการวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพโดยการทำความเข้าใจกับแนวคิดหลัก 3 ประเด็น คือ การแก้ปัญหา ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนเข้าใจถึงการรับรู้ปัญหาว่ามี 2 แบบ คือ การมองปัญหาในทางบวกและการมองปัญหาในทางลบ ซึ่งสอดคล้องตามกลไก Five factor model ของเดอซูริลล่า (D'Zurilla, 2002) ที่บอกว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะส่งเสริมด้านความคิดจนเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อปัญหาในเชิงบวกและมีเจตคติที่ดีต่อปัญหา

นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการส่งเสริมการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และการใช้ความคิดที่มีวิจารณญาณช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น พร้อมระบุปัญหาที่แท้จริง และรับรู้ถึงองค์ประกอบของการแก้ปัญหาที่มี 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาที่ตัวปัญหาและเน้นจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา รวมทั้งตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาโดยเลือกเป้าหมายที่สามารถทำได้ก่อนและได้ผลเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจที่ดี มีความพยายามมากขึ้นที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นได้ และผู้วิจัยได้แนะนำเทคนิคการจัดการกับอารมณ์ของตนเองร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck, 2011) ที่กล่าวถึง การตั้งเป้าหมายในการบำบัดไว้ว่า การตั้งเป้าหมายที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและทราบว่าจุดมุ่งหมายของตนคืออะไร โดยมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ มีความจำเพาะเจาะจงสามารถวัดได้ ทำได้จริง อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และกำหนดกรอบเวลาไว้ด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้ทบทวนและฝึกเตือนตนเอง สร้างแรงจูงใจกับตนเอง รู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และทำให้ทราบขีดความสามารถ รวมทั้งข้อจำกัดของตัวเอง ทำให้เกิดความพร้อมสู่การแก้ปัญหาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ ประภา ยุทธไตร (2550) ที่พูดถึงการรู้จักตนเอง รู้ข้อดีข้อเสียของตนเอง ยอมรับรูปแบบความคิดของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้ตนเองมีการเติบโตต่อไป และจากการศึกษาของ Dadngam (2011) ที่พบว่า การรู้จักตนเองตามสภาพความเป็นจริงเข้าใจความรู้สึกของตน ยอมรับจุดดี จุดด้อย รวมทั้งความคิดและการกระทำของตนเอง จะทำให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล และเกิดการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข มีความสอดคล้องตามกลไก Five factor model ของเดอซูริลล่า (D'Zurilla, 2002) ที่กล่าวว่า การเกิดผลลัพธ์ด้านบวก คือ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี อันเนื่องมาจากรูปแบบการแก้ปัญหาที่มีความเป็นเหตุและผล (rational problem solving) นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้ ควรมีการส่งเสริมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการบำบัดอาการวิตกกังวลด้วยการแก้ปัญหาสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติจนสามารถนำไปใช้ในคลินิกเพื่อบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปี 2556.* สืบค้นได้จาก https://www.dmh.go.th/ebook/

งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2559). *รายงานการสำรวจผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล.*

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2559). *ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.* สืบค้นได้จาก http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และ ประภา ยุทธไตร. (2550). การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ. *วารสารสภาการพยาบาล, 22*(4), 10-23.

Atichockjarupat, P., Kaspichayawattana, J., & Wivatvanit, S. (2017). The effect of nursing intervention integrated with age-friendly Principle on anxiety of the older patients in emergency room. *Journal of the Police Nurses, 9*(2), 14-24.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Bascis and beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Dadngam, C. (2011). *The ability to use skills-based core curriculum for basic education schools in 2551 AD Assumption College Primary Section 2554 academic year.* Assumption School, Assumption College Primary Section.

D'Zurilla, T. J. (2002). *Social problem-solving inventory revise (SPSI-R).* North tornawanda, NY, Multi health system, Inc.

D'Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quartery, 4,* 327–355.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology.*

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, pp. 201–274). New York: Academic Press.

Fortinash, K. M., & Holiday-Worret, P.A. (2008). *Psychiatric mental health* nursing (4th ed.). St. Louis: Mosby.

González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of Psychiatric Research, 44*(15), 1043-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.017

Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology, 29*(1), 66-75. http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.29.1.66

Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet base problem solving therapy for depression & anxiety. *Behavior Research and Therapy, 72*, 63-71.

Kumboonroung, P. (2009). *Effect of problem-solving therapy on depression of patients with alcohol dependence in Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai province* (Master of Nursing Science, Mental Health and Psychiatric Nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal & coping*. New York: springer.

National Institutes of Health. (2014). *The NIH Almanac: National Institute of Mental Health.* Retrieved from http://www.nih.gov/