

ผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา

The Effect of A Problem-Solving Program Therapy On Patients

With Generalized Anxiety Disorder

สุกัญญา สุทธิศิลป์* รังสิมันต์ สุนทรไชยา* สารรัตน์ วุฒิธามา*
Sukanya Sootthasil* Rangsiman Soonthornchaiya* Sararud Wutthiarpha*

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 13180

* Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 13180

Corresponding author. E-mail: Sukanya3064@gmail.com

บทคัดย่อ

โรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชน และพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 25 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดอาการวิตกกังวลด้วยตัวเอง ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's Exact Test และ T-test ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาลงหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหามีผลลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้

คำสำคัญ: อาการวิตกกังวล ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป การบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา

พุทธชินราชเวชสาร 2559;33(3):337-46.

Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD), a common chronic disease in the general population, is the most common anxiety disorders. This quasi-experimental research had aimed to study the effect of problem-solving program therapy on anxiety symptoms of patients with generalized anxiety disorders. Samples were fifty patients with generalized anxiety disorders, aged 18 years or more. They were randomly assigned into the experimental (problem-solving program therapy) and the control (regular nursing care) group, 25 patients in each group. Data collection were using by the personal questionnaires and the self-rating anxiety scale (SAS). The reliability of self-rating anxiety scale (SAS) was 0.78. Data were analyzed by using descriptive statistics included percentage, mean, standard deviation, chi-square, fisher's exact test and t-test. The results showed that, the mean score for the anxiety symptoms of patients with GAD after receiving the problem-solving program therapy was significantly lower than that before therapy. The mean difference between pre and post mean scores for the patients with GAD that problem-solving program therapy group was higher than and regular nursing intervention group. In conclusion, the problem-solving program therapy can reduce anxiety symptoms on patient with generalized anxiety disorders.

Keywords: anxiety, patient with generalized anxiety disorders, problem solving program therapy

Buddhachinaraj Med J 2016;33(2):327-46.

บทนำ

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนและพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) แม้ว่าโรควิตกกังวลจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเหมือนกับโรคทางกายบางโรค แต่ก็ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ป่วยและแนวโน้มของความรุนแรงมีมากขึ้นหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น จากผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา¹ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึง 40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะโรควิตกกังวลทั่วไป มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 6.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.1 ของประชากรทั้งหมด การเกิดโรคมักเริ่มต้นในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบน้อยที่เริ่มมีอาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป² และจากการศึกษาความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวลในกลุ่มชาวเอเชียที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ชาวอินเดีย จีน ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.75 เป็นร้อยละ

11.8³ สำหรับในประเทศไทยมีอัตราความชุกในปีพ.ศ. 2551 ร้อยละ 1.85 ขณะที่ ปีพ.ศ.2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1⁴ พบผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมีมากเป็นอันดับสองเท่ากับ 493.0 ต่อแสนประชากร อันดับหนึ่งคือโรคจิตเภท เท่ากับ 547.49 ต่อแสนประชากร และอันดับสามคือ โรคซึมเศร้า 345.08 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย⁵ และจากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากที่สุดมีจำนวนทั้งสิ้น 1,566 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุดจำนวน 989 ราย⁶ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัยมีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลจำนวนมากที่เข้ารับบริการจากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลในระหว่างปี 2556-2558 พบว่ามีจำนวน 312, 358 และ 396 คน คิดเป็นร้อยละ 30.12, 35.46 และ 37.33 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2559 ข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์ ICD-10 พบว่าผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลมีจำนวนทั้งสิ้น 413 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลไปทั่วมากที่สุดจำนวน 335 ราย⁷

สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตกังวลทั่วไป มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างมากทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลก นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรเร่งให้การช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตและอาการมักเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่องพร้อมกันร่วมกับอาการทางกายต่างๆ โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน⁹

อาการวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อระดับบุคคลนั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หรือพยายามฆ่าตัวตาย อาการเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง⁹ ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปมักแสดงพฤติกรรมหลักหนีปัญหา บกพร่องในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ¹⁰ นอกจากนี้ยังขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว คือสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดีนำมาสู่ความขัดแย้ง เกิดการหย่าร้าง การทอดทิ้งบุตรและผู้สูงอายุ ผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ประเทศชาติ จากการที่ไม่สามารถใช้ชีวิตตามปกติ บกพร่องหน้าที่ทางสังคม ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตาย และฆ่าผู้อื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศชาติตามมา¹¹

การพยาบาลที่สำคัญในการช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (problem solving therapy) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาซึ่งมีกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และแก้ปัญหายังมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้ ในต่างประเทศได้มีการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับอาการเจ็บป่วย เนื่องจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหานั้นมีความสำคัญและมีประสิทธิภาพในการป้องกันรักษาบุคคลที่บกพร่องในการปรับตัวและบุคคลที่มองว่าตนเองไร้ค่า โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในด้านลบ เช่นมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าเป็นต้น¹⁰ ในประเทศไทยได้มีการบำบัดโดยโปรแกรมแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีประสิทธิภาพ

ในการลดอาการซึมเศร้าและช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดี¹² ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปนั้น เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อปัญหา การปรับตัวในการดำเนินชีวิตผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาคืออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป เนื่องจากในหน่วยงานของผู้วิจัยยังไม่มีหรือนำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาคืออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปเปรียบเทียบกับการรักษาพยาบาลตามปกติ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณากำหนดเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 108/2559

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตกังวลทั่วไปตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุโขทัย ในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึงเดือนมิถุนายน 2559 จำนวน 50 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10¹³ โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบจากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบโดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษารื่องประสิทธิภาพของการฝึกแก้ปัญหาและการเผชิญสิ่งที่กลัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวล¹⁴ ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรประชากรและมีลักษณะของโปรแกรมที่ใช้ใกล้เคียงกัน เมื่อนำมาหาค่าขนาดอิทธิพลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.0.10

แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 28.0 และค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 19.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.5 คำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้วได้ค่า $d = 0.80$ และเมื่อนำค่า d มาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G^* Power version 3.0.10 แล้วได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% ของค่าที่คำนวณได้¹⁵ รวมเป็น 50 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ¹⁶ ระดับอาการวิตกกังวลจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนโรคประจำตัว 2) แบบวัดความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) ของ ซุง¹⁷ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยตันสนีย์ สมิตะเกษตริน¹⁸ 3) โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ได้แก่ 3.1) เอกสารโปรแกรม ใช้ในการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 8 กิจกรรม 3.2) คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป 4) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ได้แก่ แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory; PSI) ของ Heppner & Petersen¹⁹ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยธีรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ²⁰ ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป²¹ ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)²² ความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ยอมรับได้¹⁵ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบ dependence t-test และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ อายุ จำนวนเท่ากัน ในแต่ละคู่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 88 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี ร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74 ระดับการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76 อาชีพที่ประกอบมากที่สุดคือเกษตรกร ร้อยละ 48 ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปี ร้อยละ 54 และผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 76 1 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางกายภาพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ							.000	1.000 [*]
ชาย	3	12	3	12	6	12		
หญิง	22	88	22	88	44	88		
2. อายุ(ปี) (M = 52.98, S.D = 9.045)							.360	1.000 [*]
8-30	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)							2.079	0.420 ^{**}
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	0.004 ^{**}
คู่	22	88	15	60	37	74		
โสด	0	0	8	32	8	16		
หม้าย/หย่าร้าง	3	12	2	8	5	10		
5. ระดับการศึกษา							4.466	0.141 ^{**}
ประถมศึกษา	21	84	17	68	8	76		
มัธยมตอนต้น	3	12	5	20	8	16		
มัธยมตอนปลาย	0	0	3	12	3	6		
อนุปริญญา	1	4	0	0	1	2		
6. อาชีพ							4.059	0.452 ^{**}
แม่บ้าน	6	24	8	32	14	28		
ค้าขาย	0	0	3	12	3	6		
เกษตรกรกรรม	14	56	10	40	24	48		
รับจ้าง	3	12	3	12	6	12		
อื่นๆ	2	8	1	4	3	6		
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)							4.141	0.267 ^{**}
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		
8. โรคประจำตัว							.439	0.742 ^{**}
ไม่มี	18	72	20	80	38	76		
มี	7	28	5	20	12	24		

*Chi-square test **Fisher's exact test

ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 41.96 ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 41.64 ($p = 0.753$) ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลภายหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหาอยู่ในระดับน้อย คือ 27.04 ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาถึงผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา มีผลต่างมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ($D_1 = -14.92$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($D_2 = -3.6$) ($p < 0.001$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติ

อาการวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t	p-value*
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ			
ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	41.96	3.506	ปานกลาง	41.64	3.639	ปานกลาง	48	.317	0.753
หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา	27.04	5.519	ปกติ	38.04	3.963	ปานกลาง	48	13.835	< 0.001

*Independence t-test

ตารางที่ 3 ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มควบคุม (n = 25)			t	p-value*
	M	SD	\bar{D}_1	M	SD	\bar{D}_2		
ก่อน	41.96	3.506		41.64	3.639			
หลัง	27.04	5.519	-14.92	38.04	3.963	-3.6	8.095	< 0.001

*Independence t - test

อภิปราย

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการวิตกกังวล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 และมีอายุอยู่ในระหว่าง 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ตรงกับข้อมูลกรมสุขภาพจิต⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรแทรกซ้อนที่ถือเป็นปัจจัยภายในและเป็นตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะตัวแปรที่

ศึกษาเป็นตัวแปรด้านจิตสังคม ดังเช่น ความวิตกกังวล มีความจำเป็นที่ต้องควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยภายใน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษาเนื่องจากมีผลต่ออาการวิตกกังวล²² กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือไม่มีรายได้ที่แน่นอนกับรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 20 และ 12 ตามลำดับ ความวิตกกังวลเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอ

มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ²³ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 74 และ 16 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่มากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่จะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่นๆ การหย่าขาดจากคู่สมรสและการแยกกันอยู่ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์และกังวลใจมากขึ้น²⁴ และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่สมาชิกมีสถานภาพคู่ และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระดับการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 16 มัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 6 และอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 2 ส่วนอาชีพที่ประกอบมากที่สุดคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 48 เนื่องจากเป็นชุมชนชนบทจึงพบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปี รองลงมา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 และ 32 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าทุกคนไม่ว่าจะมีฐานะเป็นเช่นไรหรือจะประกอบอาชีพโดยยอมมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการวิตกกังวลและปัญหาทางอารมณ์แตกต่างกันออกไป²⁵ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลมีระยะเวลาเจ็บป่วยมากที่สุด 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีอาการวิตกกังวลอยู่เป็นประจำ การดำเนินโรคมักเป็นเรื่องจริง เป็นๆ หายๆ และอาการจะกำเริบเมื่อพบกับสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ⁶ ส่วนโรคประจำตัว พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 24 ตรงกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังอื่นๆร่วมด้วย มักจะมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับตัวโรคกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น เกิดความทุกข์ ความเครียด และขาดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลต่ออาการวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นได้²⁶

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่อการ

เจ็บป่วยด้วยโรคจิตกังวลทั่วไปมากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทั้งในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีคิด การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ฝึกค้นหาทางเลือก รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ มาปรับเปลี่ยนตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาด้านบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาและเป็นเรื่องท้าทายในชีวิต มีความพยายามและแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ ดังกลไกของ Five factor model²⁷ ซึ่งได้อธิบายเชื่อมโยงมา หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้ปรับมุมมองต่อปัญหาไปในด้านบวก (positive problem oriented) มีผลต่อการลดการมองปัญหาในด้านลบ (negative problem oriented) ทำให้คิดแก้ปัญหาในเชิงเหตุและผลมากกว่าที่จะเพิกเฉย หรือหลีกเลี่ยงต่อปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา แก้ปัญหาโดยอาศัยเหตุและผล (rational problem solving) จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ระดับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในการวิจัยครั้งนี้ มีผลช่วยลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ตรงกับการศึกษาของ Garand และคณะ²⁸ ที่พบว่าหลังการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มาใช้กับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่งเริ่มรักษา ผู้ดูแลมีระดับความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งสามารถลดการรับรู้ปัญหาในด้านลบลงอีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Belzer²⁹ ที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ที่มีอาการกังวลอย่างมาก โดยการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ จะสามารถช่วยลดความคิดด้านลบกับการรับรู้ปัญหาในเชิงลบ โดยการเพิ่มความสามารถและเสริมทักษะการแก้ปัญหาซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่นำไปสู่การรับรู้ปัญหาในเชิงบวก ทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์มากที่สุด

สรุปคือผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมแก้ปัญหามารับรู้ปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

นั้นมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีระดับอาการวิตกกังวลลดลง ควรมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้รับความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการทางคลินิกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. National Mental Health Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) (4th ed., text rev.). Washington, DC; 2014
2. Fortinash, K.M., & Holiday-Worret, P.A. Psychiatric mental health nursing (4th ed.). St. Louis: Mosby; 2008.
3. Gonzales HM, Tarraf W, Whitfield KE, Vega WA. The Epidemiology of Anxiety and Depression in the United States. J Psychiatric Res, 2010;44(15): 1043-51.
4. Department of Mental Health. The surveillance mental level. (Update 2). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2556.[กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเฝ้าระวังโรคทางจิตระดับจังหวัด (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.]
5. Department of Mental Health. The number and rate of mental health patients per 100,000 population in 2554. The Ministry of Public Health. SEARCHING <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>. [กรมสุขภาพจิต. จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>]
6. Provincial Health Office. The number of psychiatric patients by disease fiscal year; 2557. Department of Psychiatry Provincial Health Office; 2559.[สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตาม

กลุ่มโรคปีงบประมาณ 2557.กลุ่มงานจิตเวช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2559]

7. Mental health. The reported number of patients who received the service. Sukhothai Hospital, one community; 2559. [งานสุขภาพจิต. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการของสถานบริการ.สุโขทัย: โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง; 2559.]
8. Manot L, Pramote S. Ramathibodi Psychiatry Textbooks. (Remix Edition No. 4). Bangkok: Beyond client charters Pryce print; 2556. [มานอช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.(ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ พิมพ์; 2556.]
9. Tantipiwatsakul P. Treasure joy. Bangkok Business; Searched 2556. On March 5, 2556 from <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=106>. [ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. ชุมทรัพย์ความสุข. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ; 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2556 จาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=106>.]
10. D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol 1971;78(1):107-26.
11. Chokdhumrongsuk J. Healthy-POCARE. Available from <http://www.pocare.net/healthy-detail.php?id=200>; 2557.[เจษฎา โชคดำรงสุข. Healthy-POCARE.สืบค้นจาก <http://www.pocare.net/healthy-detail.php?id=200>; 2557.]
12. Srmo-on S, Pornchaiket A, Yong O, Seehirunyawong A. Therapy solutions in reducing depressive symptoms in adulthood: Evidence-based Nursing. Thai J Nursing Council 2012; 26 (3), 107-16.[สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาล

- ตามหลักฐานเชิงประจักษ์. Thai J Nursing Council, 2012; 26 (3),107-16.]
13. Faul, F, Erdfelder, E. & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavioral Research Method.2007; 39, 175-91.[ฟอลล์, เอรีดเฟลเดอร์, บุชเนอร์.G * power: โปรแกรมการวิเคราะห์การใช้พลังงานทางสถิติสำหรับสังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์. วิธีการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ; 2550 หน้า175-91.]
 14. Provencher MD, Michel J, Dugas & Robert Ladouceur. Efficacy of Problem-Solving Training and Cognitive Exposure in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder :A case replicational series, Cognitive and behavior practice, 2004; 404-414. [โพรเวนเซอร์, มิเชล, ดูกาส, ลาดูเซอร์. การศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรมการแก้ปัญหาและการเปิดรับความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป: กรณีชุด replicational, ความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติพฤติกรรม; 2547 หน้า 404-14.]
 15. Grove, Susan K, Nancy Burns and Jennifer Gray. The practice of nursing research. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders; 2013.
 16. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med 2013;43(5):897-910.
 17. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics 1971;12(6): 371-9.
 18. Samittraketrin S, The mental health of leprosy patients. Master Thesis Clinical Psychology College Mahidol University; 2528. [ต้นสนีย์ สมิตระเกษตริน. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.]
 19. Heppner PP, Petersen CH. The development and implications of a personal problem solving inventory.J CounsPsychol 1982; 29:66-75.
 20. Ngamthipwatthana T, Kuptiwut S. Research to develop a guide to explore depression in the elderly with Thailand. Of the Medical Association of Thailand under Royal Patronage, 2005; 85 (5): 545-51. [ธีรชัยงามทิพย์วัฒนา และ ศิริรัตน์ คุปติวุฒ. การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย. จดหมายเหตุทางแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2543; 85(5): 545-51.]
 21. Davis L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res 1992;5(4): 194-7.
 22. Srisathitnarakul B. Research Methodology in Nursing.(3rd edition). Bangkok: U & I International Media Ltd; 2553.[บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.]
 23. Shigemi J, Mino Y, Tsuda T, Babazono A, Aoyama H. The relationship between jobstress and mental health at work.Ind Health1997;35(1):29-35.
 24. Layard, R. Various findings of the new science of happiness; Retrieved from 2005. Lessons from a New Science. From Chotjinda R &Thanasukthaworn J. Bangkok has come to the garden.] [เลย์ฮาร์ด.หลากหลายข้อค้นพบของศาสตร์ใหม่แห่งความสุข; 2548. แปลจาก บทความวิทยาศาสตร์. โดย รักดี โชติจินดา และเจริญเกียรติ ธนสุขถาวร. กรุงเทพมหานคร]
 25. Jaikasemwong S. Stress and Anxiety. National Center for the Prevention of Suicide. Available from https://www.suicidethai.com/web_suicide/ ; 2554. [สิริกุล ใจเกษมวงศ์.

- ความเครียด วิตกกังวล. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย
แห่งชาติ, สืบค้นจาก https://www.suicidethai.com/web_suicide/ ; 2554.]
26. Aroonpongpaian S. Patients with chronic psychological problems. Available from https://www.suicidethai.com/download/pdf/suwanna2555_1.pdf ;2555.[สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยเรื้อรัง, สืบค้นจากhttps://www.suicidethai.com/download/pdf/suwanna2555_1.pdf ;2555.]
27. D'Zurilla, TJ, Nezu AM and Maydue Olivares A. Social problem solving inventory revise (SPSI-R). North tornawanda, NY: Multi health system; 2002.
28. Garand L, Rinaldo DE, Alberth MM, Delany J, Beasock SL, Lopez OL, Reynolds CF 3rd, Dew MA. 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. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22(8):771-81.
29. Belzer K, D'Zurilla T, Maydeu-Olivares A. Social problem solving and trait anxiety as predictors of worry in a college student population. *Personality And Individual Differences* [serial on the Internet]. (2002, Jan 1), [cited February 2, 2017]; 33573-585. Available from: Science Direct.