

ผลการบำบัดทางจิตสังคม
ในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า (กรณีศึกษา 1 ราย)

**THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL
INTERVENTION IN
MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE PATIENT
(Case Study)**

นางสาวอรรณณ ลีทองอิน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5 ธันวาคม 2542

ISBN 974-293-423-1



ผลการบำบัดทางจิตสังคม
ในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า (กรณีศึกษา 1 ราย)
**THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL
INTERVENTION IN
MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE PATIENT
(Case Study)**

นางสาวอรรณณ ลีทองอิน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

5 ธันวาคม 2542

ISBN 974-293-423-1

อรรพรรณ ลิ้มทองอิน : ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า
(กรณีศึกษา 1 ราย) THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION
IN MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE PATIENT (Case Study) 63 หน้า.
ISBN 974-293-423-1

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิทยกรณีศึกษามีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในผู้ป่วยนอกหญิง อายุ 35 ปี จำนวน 1 ราย ที่อยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบรายบุคคล จำนวน 7 ครั้ง ทุกวันพุธเวลา 10.00 – 11.00 น. ด้วยวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การฝึกสมาธิเบื้องต้นและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วัดระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัด ด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เก ซุง (1971) และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าของดวงใจ กสานติกุล และคณะ (1997) ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมองเห็นเป้าหมายในชีวิต ยอมรับและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ใช้การฝึกการผ่อนคลายช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเอง ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง



18 ก.ย. 2544

KEY WORDS : PSYCHOSOCIAL / ANXIETY / DEPRESSIVE / PROBLEMS SOLVING
/ RELAXATION.

ORAWAN LEETHONG – IN : THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL
INTERVENTION IN MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE PATIENT
(Case Study) 63 PP. ISBN 974-293-423-1

The purpose of this study was concerned with the effects of psychosocial intervention in mixed anxiety and depressive patient. This study was case study in the case of a 35 years old female out patient, who lived in Aumphur Muang, Khon Kaen Province. Individual psychosocial intervention offering to the patient on Wednesday at 10.00 – 11.00 a.m. in seven sessions were : problem solving skills; basic meditation; muscle relaxation. A questionnaire used to measure before and after treatment were : a questionnaire was used to measure anxiety levels, which was adapted by Willium W. K. Zung (1971) ; a future questionnaire was used to measure symptoms of depression, which was adapted by Duang Chai Kasantikul et al (1997). The results were found that the patient on self awareness; goal orientation; acceptance of the patient own problems; appropriate problem solving ; basic meditation and muscle relaxation for improved a quality of life; decreased anxiety and depression.

ณ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชฉบับนี้ สำเร็จไปได้ด้วยความกรุณา และอนุเคราะห์
อย่างดียิ่งของ รศ.รัชนิภา เศรษฐภูมิรินทร์ ที่ได้ให้ความรู้แนวคิด คำแนะนำ ตลอดจนตรวจแก้
ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่สม่ำเสมอ

ขอขอบคุณ รศ.ปัญญากรณ์ ชุตังกร และคุณฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์ ที่ได้ให้ความร่วมมือใน
การให้ผลงานวิจัย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณพยุ่ง วงษ์เบาะ ที่ได้ช่วยพิมพ์เอกสารวิชาการฉบับนี้ จนเสร็จสมบูรณ์
สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ได้อุทิศเวลาให้ผู้ศึกษาทำการศึกษาในครั้งนี้

อรรรณ ถิ่นทองอิน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่	
1. บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	4
- ขอบเขตของการศึกษา	4
- คำสำคัญ	5
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
- มโนทัศน์ความวิตกกังวลและซึมเศร้า	6
- การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ	9
- การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	10
- การผ่อนคลาย	11
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
3. วิธีดำเนินการศึกษา	
- คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษา	16
- เครื่องมือที่ใช้	16
- กระบวนการดำเนินการศึกษา	20
- กรณีสืบศึกษา	22

บทที่	หน้า
4. การวิเคราะห์ผลการศึกษา	
- การศึกษาถึงผลของระดับความวิตกกังวล	37
- การศึกษาถึงผลของระดับซึมเศร้า	41
- การวิเคราะห์เนื้อหา	45
5. สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
- ผลการบำบัดทางจิตสังคม	48
- อภิปรายผล	49
- ข้อเสนอแนะ	52
บรรณานุกรม	53
ภาคผนวก ก	56
ภาคผนวก ข	61
ประวัติผู้เขียน	64

ญ
สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	อาการคล้ายคลึงกันระหว่างภาวะวิตกกังวล กับซึมเศร้า	8
2.	ความแตกต่าง ระหว่างภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	9
3.	ตารางกำหนดเวลาการบำบัดทางจิตสังคม	21
4.	ตารางแสดงผลรวมค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม	37
5.	ตารางแสดงค่าคะแนนของอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกจากแบบ แบบวัดความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม	40
6.	ตารางแสดงผลรวมค่าคะแนนของระดับความซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม	41
7.	ตารางแสดงค่าคะแนนของอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกจากแบบ สอบถาม แบบวัดด้วยตัวเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าทั้งก่อนและ หลังการบำบัดทางจิตสังคม	44

ณ
สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. จีโนแกรมของครอบครัวผู้ป่วย	23
2. แสดงภาพเปรียบเทียบคะแนนของระดับความวิตกกังวลระหว่าง ก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม	38
3. แสดงภาพเปรียบเทียบคะแนนของระดับความซึมเศร้าระหว่าง ก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวินิจฉัยภาวะอาการทางจิตเวชในสตรี คอมเบอร์ก¹(Comberg) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในสตรี เกิดจากสตรีเริ่มเผชิญปัญหาความกดดันในชีวิต โดยรับรู้ต่อตนเองในแง่ลบ และการเผชิญปัญหาของสตรีมักเป็นในแง่ที่ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อซึมเศร้าหรือวิตกกังวล มักดื่มสุรา และใช้ยาเสพติดที่เป็นวงจรชั่วร้ายไปเรื่อย ๆ

ไมแนท²(Mynatt) อธิบายว่าสตรีมักมีการวินิจฉัยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมกัน นั่นคือความซึมเศร้ามักเกิดร่วมกันกับภาวะวิตกกังวล ในหลายรูปแบบ ซึ่งเรียกภาวะซึมเศร้า ผสมอาการแสดงออกของภาวะวิตกกังวลว่า Comorbid depression ซึ่งพบว่าอาการซึมเศร้ามักจะเกิดเริ่มกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลผสมผสานกันหลายรูปแบบ เช่น อาจเกิดร่วมกับความเจ็บเหงา ความหมดพลังอำนาจในตัวเอง ภาวะการเรียนรู้การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ความรู้สึกด้อยค่าในตัวเอง ภาวะผสมผสานกันระหว่างความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ทำให้สตรีพึ่งพาเสพติดสูงขึ้น และมีปัญหาทางด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจิตเวช ในอัตราที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นการมีภาวะผสมผสานกันระหว่างภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โมลันฮาสร์ สวีนิและมานน์³(Molone Hasr, Sweeny และ Mann) อธิบายว่า ภาวะการฆ่าตัวตายมักเกิดจากสตรีมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล หากทางออกโดยใช้สารเสพติด และยาบ้า สารต่าง ๆ นำไปสู่ภาวะการฆ่าตัวตายในสตรี

ไมแนท²(Mynatt) เสนอแนวคิดว่า สตรีที่มีภาวะวิตกกังวลผสมผสานกับภาวะซึมเศร้า มักมีภาวะเสี่ยงต่อสารเสพติด และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย มีปัจจัยจากสตรีที่มาจากครอบครัวที่ย่ำแย่ ครอบครัวไม่ส่งเสริมการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของชีวิตที่เหมาะสม หรือสตรีที่มาจากครอบครัวที่ตกเป็นเหยื่อที่ถูกทารุณทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย มีผลทำให้สตรีเกิดความภูมิใจในตนเองลดลง ขาดเอกลักษณ์ในบทบาทของตนเอง ขาดความเชื่อถือในบุคคลอื่น ๆ และไม่สามารถทำ

ให้คนอื่น ๆ เชื่อถือในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นและความเป็นตัวของตัวเอง หดหนทางช่วยเหลือตนเอง ไม่มีความคิดริเริ่มในทางสร้างสรรค์ เป็นผลให้สตรีได้รับความยุ่งเหยิง สับสนในชีวิตเป็นทิวคูณ และตกเป็นเหยื่อของสารเสพติดอีกต่อไป นอกจากนั้นยังทำให้สตรีเกิดภาวะแยกตัวออกรวมทั้งเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพอย่างสิ้นเชิงเป็นเชิงซ้ำ เศร้าซึม หดกำลังใจในการจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและต่อสังคม วงจรนี้มีผลทำให้สตรีสร้างสัมพันธภาพในชีวิตครอบครัวไม่ได้ เกิดปัญหาการหย่าร้างในครอบครัว ทำให้คุณค่าในตัวเองยิ่งลดลงไปเรื่อย ๆ นอกจากนั้นยังทำให้สตรีใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีการตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง พึ่งพาสารเสพติดสูงขึ้น แสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการปฏิบัติงานไร้ประสิทธิภาพ หรือถ้าอยู่ในวัยศึกษาผลการเรียนจะตกต่ำลง ความซึมเศร้าจะผสมกับความวิตกกังวล เป็นวงจรชั่วร้ายที่ไม่สิ้นสุด

สตรีที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ควรได้รับการปฏิบัติการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม เพื่อเป็นการป้องกัน และเป็นการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ บลูม (Blume) อธิบายว่า สตรีมักมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคมมากกว่าผู้ชาย สตรีจะได้รับความทุกข์ทรมานใจจากการเพิ่มของระดับของการได้รับความอับอาย ความรู้สึกผิด ปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพในสังคม และมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ ฮิวเจส์ (Hughes) ควรจะมีการดูแลในด้านการพยาบาลทางจิตสังคมในสตรีที่มีปัญหาของภาวะการลดคุณค่าในตัวเอง การถูกตีตราจากสังคม (Stigmatization) การถูกทารุณกรรมทางเพศ การขาดที่พึ่งพิงทางสังคม ดังนั้น มัมมี (Mumme) เชื่อว่า สตรีควรได้รับการดูแล เช่น ได้รับการอบรมสั่งสอนในบทบาทของความเป็นมารดา สอนในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การได้รับคำปรึกษา การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การฝึกสมาธิ การได้รับการฝึกอบรมให้มีวิชาชีพ ฝึกการจัดหรือลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าด้วยตนเอง ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการจินตนาการให้มีความนึกคิดต่อตนเองในแง่บวก รวมทั้งส่งเสริมให้สตรีมีความรู้ในเรื่องกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิสตรีอีกด้วย

จากข้อมูลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า Generalized Anxiety Disorder (GAD.) หรือ Anxiety Neurosis หรือ Anxiety State (ICD.10-F41.1) ระหว่างปี 2539 – 2541 มีตามลำดับดังนี้ 23,755 ราย 27,728 รายและ 26,824 ราย

GAD. เป็นภาวะที่มีลักษณะอาการนำ อาจมาด้วยอาการทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ มือสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น อาการทางจิตใจ รู้สึกตึงเครียดไม่ผ่อนคลาย กระวนกระวายใจ ไม่มีสมาธิ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการทางกาย ที่เกิดจากระบบประสาทตื่นตัว เช่น วิงเวียน เหนื่อย ออก หัวใจเต้นแรง หรือเร็ว ปากแห้ง ปวดท้อง เป็นต้น หรือนึกกังวลในเรื่องต่าง ๆ กลัวเหตุการณ์ร้ายจะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น อาจมีอาการนานหลาย ๆ เดือน (3-6 เดือน) และมักเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของภาวะวิตกกังวลดังกล่าวเมื่อสัมผัสกับสิ่งต่อไป จะพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย Mixed Anxiety and Depression (F.41.2) ภาวะใน 2 กลุ่มนี้ ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไม่ตรงตามการวินิจฉัยก็ยังคงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น แต่เมื่อติดตามการรักษาต่อไปจะพบว่าอาการดีขึ้นแค่ระดับหนึ่งเท่านั้น ยังคงมีอาการอยู่บ้าง บางส่วนกลับมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จะมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องมารับยาไปปรับประทุกันตลอด แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยที่แม่นยำ จะส่งผลถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การรักษาที่ถูกต้องจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้นกว่าเดิม และถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลทางจิตสังคมด้วย จะช่วยส่งเสริมให้การบำบัดรักษาที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และคุณภาพยิ่ง ๆ ขึ้น ไป

การดูแลทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) เป็นวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วย ภายใต้สัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ ด้วยวิธีการให้ผู้ป่วยได้ระบาย (Ventilate) ปัญหาความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการพูดหรือการเขียน หรือการฝึกผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่าง ๆ สอนหรือฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม การดูแลทางจิตสังคมนี้ เป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชได้กระทำอยู่แล้ว ไม่ได้ทำให้เสียเวลา และไม่ต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น เพียงแต่นำมาทำให้เป็นระบบและรูปแบบมากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยมีแรงจูงใจ มีความคาดหวังและความต้องการได้รับการดูแลทางจิตสังคม ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ศึกษาได้ทำความเข้าใจ และวางแผนการบำบัดร่วมกัน จึงได้เกิดประเด็น การศึกษาในหัวข้อเรื่อง ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (กรณีศึกษา 1 ราย) ขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษามีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชสตรี มักจะมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในหลาย ๆ ด้าน เริ่มรู้สึกผิด อับอาย หมดพลงอำนาจในตนเอง ขาดการเรียนรู้

ในการช่วยเหลือตนเอง หมดแรงคลใจในการทำให้ตนเองมีพลังอำนาจขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค้ ทั้งนี้เพราะบทบาทของสตรีขาดเอกลักษณ์ของความเป็นตัวเอง ขาดความเชื่อมั่นและความเป็นตัวเอง ดังนั้นผู้ศึกษามีความเชื่อตามแนวคิดของ แบรี่⁷ (Barry) ที่อธิบายว่าการดูแลทางจิตสังคม เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเน้นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ลดความวิตกกังวล และซึมเศร้าโดยการฝึกการผ่อนคลายและฝึกสมาธิเบื้องต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสตรีจิตเวชมีภาวะสมดุลย์ทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์ การวิจัยกรณีศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีเชิงปฏิบัติการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เพื่อบำรุงให้ผู้ป่วย

1. เข้าใจตนเองมองเห็นเป้าหมายในชีวิต
2. ยอมรับและแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
3. ใช้การฝึกการผ่อนคลายช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเอง
4. ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง

ขอบเขตของการศึกษา

1. ผู้ป่วยนอก เพศหญิง อายุ 35 ปี จำนวน 1 ราย
2. การวินิจฉัย “ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า” (F.41.2)
3. วิธีการดูแลทางจิตสังคม แบบรายบุคคล (Individual Approach)
 - 3.1 ให้ผู้ป่วยระบาย (Ventilate) ด้วยการพูด เขียนบันทึก
 - 3.2 ให้แนวทาง และวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem Solving)
 - 3.3 สอนและฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิค
 - 3.3.1 การฝึกสมาธิเบื้องต้น นับลมหายใจเข้า – ออก
 - 3.3.2 การฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. ระยะเวลา นัดพบผู้ป่วยจำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธ ระหว่างเวลา 10.00 – 11.00 น.
5. สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

คำสำคัญ (Key words)

การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial care / intervention) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety disorder) ภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder) การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problems solving) การผ่อนคลาย (Relaxation)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แนวทางในการดูแลทางจิตสังคมของผู้ป่วย ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า
 2. สามารถนำวิธีการฝึกผ่อนคลาย ด้วยเทคนิคต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ปัญหาทางกายและบุคคลทั่ว ๆ ไป
 3. เผยแพร่วิธีการดูแลทางจิตสังคม ให้กับทีมจิตเวชและบุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุข
 4. เป็นข้อมูลที่จะนำไปศึกษาวิจัยต่อไป
-

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกรณีศึกษาเชิงปฏิบัติ ถึงผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. มโนทัศน์ความวิตกกังวลและซึมเศร้า
2. การแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ
3. การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยวิตกกังวลและซึมเศร้า
4. การผ่อนคลาย
5. วิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มโนทัศน์ความวิตกกังวลและซึมเศร้า

เป็นคำวินิจฉัยโรคหรืออาการทางจิตเวชที่ถูกเขียนบ่อยที่สุด บางครั้งก็ถูกใช้ทั้ง 2 คำ เป็น Anxiety Depression คลย์ตัน พี เจ⁸(Clayton PJ.) กล่าวว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากแพทย์เองแยกไม่ได้ว่า Anxiety กับ Depression มีอาการแตกต่างกันอย่างไร หรืออาจเป็น Comorbidity ของทั้ง 2 ภาวะ มีอยู่สูงเช่น ในผู้ป่วย Panic Disorder ซึ่งอาจเป็น Anxiety Depression ชนิดหนึ่งมีอาการของ Major Depression ร่วมด้วย 66% และ 60% ของผู้ป่วย Depression ก็มีอาการ Anxiety ร่วมด้วย

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) จะเป็นความรู้สึกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือกังวลต่อสิ่งที่คาดว่าจะไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นไปตามที่คิดได้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาเหมือนตื่นตื่น เครียด กลัว ตกใจง่าย ต้องเตรียมพร้อมเป็นการทำงานของระบบอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ที่มากเกินไป ทำให้เกิดอาการใจสั่น กล้ามเนื้อตึง เหงื่อออก หายใจไม่อิ่ม มือเท้าชา แน่นท้อง เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า (Depression) จะพบในผู้ที่รู้สึกสูญเสีย ทำให้มีอารมณ์เบื่อ ซึมเศร้า หดหู่ ห่วง หดหู่ ท้อแท้ อาการทางกายที่มักพบคือ เบื่ออาหาร รู้สึกว่าคิดช้า รู้สึกผิดไร้ค่า หดความสนใจกับสิ่งรอบข้าง ร้องไห้ง่าย นอนไม่หลับ บางคนคิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้บางครั้งอาการของภาวะซึมเศร้าอาจแสดงอาการทางกายอย่างเดียว เช่น ปวดตามร่างกายอย่างเดียวเท่านั้น เรียกว่า Masked Depression

อาการของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า นั้น ในบางครั้งแยกออกจากกันค่อนข้างลำบาก เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย สมาธิความจำบกพร่องจากเดิมซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิตย์ ได้อธิบายไว้ ภาวะทั้ง 2 กลุ่มนี้ แม้ว่าจะมีอาการบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1) แต่ก็ยังมีอาการแตกต่างกันออกไป (ตารางที่ 2) ถ้าซักประวัติแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเด่นค่อนข้างไปในกลุ่มใดควรจะถามลงในรายละเอียด ของอาการแต่ละกลุ่มนั้น ๆ ต่อไป

อาการที่บ่งชี้ไปทางภาวะวิตกกังวล (Anxiety Disorder)

ผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล จะพบลักษณะอาการต่อไปนี้ร่วมด้วยบ่อย ๆ โดยเฉพาะอาการที่แสดงถึง Autonomic hyperactivity

1. นอนไม่หลับซึ่งลักษณะของการนอนไม่หลับ จะเป็นแบบเข้านอนแล้วหลับยากใช้เวลา นานกว่าจะหลับ
2. มีอาการหายใจขัด หายใจไม่อิ่ม
3. มือสั่นใจสั่น
4. เหงื่อออกง่าย หนาว ๆ ร้อน ๆ
5. มึนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม
6. กังวลง่าย มักคิดถึงแต่เรื่องราวที่จะเกิดในทางเลวร้าย
7. มีพฤติกรรม หลบเลี่ยงต่อบางสถานที่ หรือบางสถานการณ์

อาการที่บ่งชี้ไปทางภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder)

ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จะพบลักษณะอาการต่อไปนี้ร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการทางด้าน อารมณ์

1. ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง แล้วนอนต่อไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
2. จิตใจหดหู่ ไม่แจ่มใสตั้งแต่ตื่นเช้า
3. หน้าตาเศร้าสร้อยดูหดหู่
4. เฉื่อยชาลง พุดช้า คิดช้าใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม การเคลื่อนไหว เชื่องช้า
5. มีอาการปวดเรื้อรัง หรือ เป็น ๆ หาย ๆ
6. รู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า เพิ่มภาระแก่ผู้อื่น ลึนหวังอนาคต
ดูมืดมน

7. เบื่อหน่ายไปหมด หหมดความสนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำเป็นนิจ
8. ไม่มีความสุขเหมือนเคย จิตใจไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน แม้จะมีกิจกรรมในสิ่งที่เคยทำให้ตนเองมีความสุข ความพอใจมาก่อน เช่น ดูละคร โทรทัศน์ เรื่องที่เคยชอบก็ไม่รู้สึกสนุกเหมือนเคย
9. ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจตนเอง

ตารางที่ 1 : อาการคล้ายคลึงกันระหว่าง ภาวะวิตกกังวล กับ ซึมเศร้า⁹

- Sleep disturbances	นอนไม่หลับ
- Appetite changes	เบื่ออาหาร
- Nonspecific cardiopulmonary or gastrointestinal complaint	ใจสั่น หายใจไม่อึด ท้องอืด
- Difficulty concentration	สมาธิลดลง
- Irritability	กระสับกระส่าย
- Fatigue lack energy	เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- Thought of death or suicide	ความคิดฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 2 : ความแตกต่างระหว่างภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า⁹

	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะซึมเศร้า
1. ลักษณะอารมณ์เด่น	วิตกกังวล ฟุ้งซ่าน	เศร้า ท้อแท้
2. อายุขณะเริ่มมีอาการ	พบบ่อยอายุ 20 – 30 ปี	พบบ่อยอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป
3. ลักษณะการนอนหลับ	Initial insomnia	Terminal insomnia
4. อาการด้าน Psychomotor	Restless	Retard หรือ Agitate
5. อาการด้าน Autonomic	พบได้บ่อย	ไม่บ่อย
6. ประวัติครอบครัว	มีญาติที่มีอาการของ ภาวะวิตกกังวล	มีญาติที่มีอาการของภาวะซึม เศร้า

2. การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ¹⁰ (Problems Solving)

เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ สามารถแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนดังนี้ คือ การสำรวจและนิยามปัญหาการวิเคราะห์สาเหตุ การพิจารณาทางเลือก การนำไปปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งจำเป็นต้องให้การบำบัดทางด้านจิตใจร่วมด้วย ทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการสนทนา ได้แก่ การฟัง (Listening) การถาม (Questioning) การกล่าวซ้ำหรือ การสะท้อน (Reflecting) ความรู้ลึกของตนเอง

การสำรวจและนิยามปัญหา เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้รับบริการได้ทำความเข้าใจในสภาพปัญหา บทบาทของผู้บำบัดจึงควรมีความยืดหยุ่นเป็นกลาง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจและทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์สาเหตุ ผู้บำบัดต้องช่วยให้ผู้บริการได้แยกแยะลำดับความสำคัญของปัญหา ว่า ปัญหาใดที่เร่งด่วน รุนแรงที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขก่อนปัญหาใด ๆ แก้ไขได้หรือไม่ได้ สรุปผลให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงเหตุผลว่า เหตุใดการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมาจึงไม่ประสบผลสำเร็จ การวิเคราะห์สาเหตุที่ดี จะช่วยให้เห็นทางเลือกที่เป็นไปได้ ตลอดจนเห็นผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ เพื่อแก้ปัญหาตามทางเลือกนั้นได้ชัดเจนขึ้น

การพิจารณาทางเลือก ปัญหาแต่ละปัญหาจะมีทางเลือกมากกว่าหนึ่งเสมอควรช่วยให้ผู้รับบริการ เห็นข้อดีข้อเสียที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก และจะแก้ไขอย่างไร หรือยอมรับได้เพียงใด จะช่วยให้ผู้รับบริการหาทางออกได้ดีขึ้น

การปฏิบัติตามทางเลือกที่ได้พิจารณา เพื่อให้เกิดผลตามต้องการ ผู้บำบัดต้องพูดคุยในรายละเอียดสิ่งที่จะทำ และจะต้องวางแผนดำเนินการโดยการเขียนขั้นตอนที่ชัดเจนให้เห็น ทั้งนี้ควรพิจารณาความสามารถประสบการณ์ และความเคยชินในวิธีแก้ไขปัญหของผู้รับบริการด้วย

การประเมินผล กระทำหลังจากผู้รับบริการได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามทางเลือกที่ได้วางแผนไว้ เพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหามาตลอดจนร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินการแก้ไขปัญหามา

3. การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยวิตกกังวลและซึมเศร้า (Psychosocial Intervention)

การบำบัดทางจิตสังคมที่พบบ่อยมักใช้ในผู้ป่วยวิตกกังวลและซึมเศร้า ได้แก่ การผ่อนคลายความตึงเครียดและการสัมผัสเพื่อการบำบัดรักษา บาร์รี พี.ดี.⁷ (Barry P.D.) อธิบายว่าการใช้ปฏิบัติการบำบัดทางจิตสังคม โดยการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ทำให้ลดระดับความวิตกกังวลภายในได้ ทั้งระบบประสาท Sympathetic ในส่วนของ Autonomic Nervous system เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล นำมาสู่อาการการเต้นหัวใจที่เร็ว ความดันโลหิตสูงและเลือดมาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อต่างๆ มากขึ้น เมื่อพยาบาลทำการบำบัดทางจิตสังคมจะช่วยให้ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะสมดุลเหมือนเดิม การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นปฏิบัติการทางจิตสังคมที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยก่อนที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วย พยาบาลควรฝึกปฏิบัติกับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานก่อน ผลของการใช้เทคนิคของการผ่อนคลายพบว่า ผู้ป่วยรายงานว่าความกดดันต่าง ๆ ลดลง ไม่เพียงแต่ในช่วงการทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเท่านั้น แต่ในช่วงที่ทำเสร็จแล้วควรสอนให้ผู้ป่วยทำอย่างสม่ำเสมอ การบำบัดทางจิตสังคมโดยเน้นการผ่อนคลายมักมีประโยชน์ในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะ และโรคทางเดินระบบหายใจได้อีกด้วย

การบำบัดทางจิตสังคม พยาบาลอาจจะใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเจ็บป่วยและทนต่อความเจ็บปวด มีบุคคลหลายคนเรียนรู้การฝึกผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด หน่วยงานในชุมชนมักจัดโปรแกรมการสอนให้บุคคลในชุมชนให้มีความรู้ในสมาธิเบื้องต้น โยคะ การสะกด

จิต การทำดนตรีบำบัดและมีกิจกรรมอีกหลายอย่าง เพื่อผ่อนคลายผู้ป่วย บรูตเรอ, แอล. เอส.และ สัตตาท, ดี.เอส.¹¹ (Brurrer, L.S. and Suddath, D.S.) อธิบายว่า พยาบาลควรมีหน้าที่แนะนำการ บำบัดทางจิตสังคม เพื่อลดความเครียด ความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้าได้

บาร์รี่⁷ (Barry) อธิบายว่า การให้ผู้ป่วยฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นปฏิบัติการทางจิตสังคมที่ ช่วยลดความวิตกกังวล ซึมเศร้า ก่อนที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ต้องประเมินเสียก่อนว่า วิตกกังวล ซึม เศร้ามีสาเหตุจากอะไร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือพยาบาล ช่วยให้ผู้ป้วยนั่งในท่าที่สบายผ่อนคลาย พยาบาลถามผู้ป่วยว่า เขาเรียนรู้ที่จะฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองหรือไม่ ก่อนจะลง มือทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ป้วยนึกถึงในสิ่งที่เป็ความสุข สงบ ความสบาย ให้หลับตาและ ระลึกถึงสิ่งที่นำมาสู่ความสุข พบว่าในขณะที่ทำเช่นนี้กล้ามเนื้อหน้าของผู้ป้วยจะผ่อนคลายความ กังวลลดลง ใบหน้าผู้ป้วยจะสงบ

ให้ผู้ป้วยนอนนิ่ง ๆ มือ ขา หลัง คอ อยู่ท่าที่สุขสบายเอาหมอนหนุนที่คอผู้ป้วยให้รู้สึก สบาย ให้ผู้ป้วยหายใจลึก ๆ 5 ครั้ง เข้าออกอย่างช้า ๆ ทำให้ออกผ่อนคลาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อท้อง และเริ่มผ่อนคลายจากขาจนถึงศีรษะ ฯลฯ การฝึกผ่อนคลายจะเป็นการปฏิบัติทางจิตสังคมที่ดีถ้า ให้ผู้ป้วยทำได้ด้วยตนเองถึงวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เวลาทำที่เหมาะสม คือ ช่วงก่อนอาหาร เย็นและก่อนนอน ผู้ป้วยบางคนอาจจะใช้การผ่อนคลายในช่วงตื่นขึ้นมาตอนเช้า ก่อนรับประทาน อาหารหรือก่อนรับประทานอาหารเย็นและก่อนนอน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะเป็นการปฏิบัติ การทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป้วยซึมเศร้า วิตกกังวล โรคหัวใจเรื้อรัง โรคเมเร็งและโรคทาง เคนหายใจ

4. การผ่อนคลาย (Relaxation)

แม็คเคฟเฟอร์¹² (McCaffery) อธิบายถึงการผ่อนคลายหมายถึงภาวะที่เป็นกลาง คือการที่ ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด สวีนิ³ (Sweeny) พูดถึงการผ่อนคลายทางคลินิก (Clinical Relaxation) ต่างจากการพักผ่อนธรรมดาโดยทั่วไป

เบนสัน¹³ (Benson) การผ่อนคลายเป็นกลไกในการป้องกัน และต่อต้านความเครียดขณะ ร่างกายอยู่ในสภาพผ่อนคลาย การเผาผลาญความร้อนในร่างกายจะมีน้อยที่สุดและสมองไฮโปทาลามัสลดการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติยังผลให้มีการใช้ออกซิเจนลดลง การผลิต

คาร์บอนไดออกไซด์ ลดลง การหายใจช้าลง มีการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ดีขึ้น การไหลเวียนเลือดดีขึ้น หัวใจเต้นช้าลง

การฝึกผ่อนคลายนั้นอาจทำได้หลายวิธี การผ่อนคลายในภาวะปกติเป็นวิธีการคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติ มักเลือกปฏิบัติในวิธีที่เคยชิน คุ้นเคย ชอบและสนใจ ทั้งนี้เพียงเพื่อให้ความเครียดลดลง รู้สึกสบายใจมากขึ้นและการผ่อนคลายในภาวะที่มีความเครียดสูง ส่วนใหญ่จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ดังนั้นควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม ไม่อันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต คือ ทำให้ผ่อนคลายได้ดีที่สุด เป็นวิธีที่ง่ายสามารถทำได้ด้วยตนเองซึ่งเทคนิคการผ่อนคลาย¹⁴ ประกอบด้วย 6 วิธีดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การทำสมาธิเบื้องต้น
4. การใช้เทคนิคความเงียบ
5. การใช้จินตนาการ
6. การใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

จากเทคนิคการผ่อนคลายทั้ง 6 วิธี ดังได้กล่าวข้างต้นนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นวิธีที่ง่ายสามารถทำได้ด้วยตนเอง เลือกปฏิบัติได้ตามความเหมาะสม สำหรับเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยในการศึกษารุ่นนี้ เป็นวิธีที่ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย คือการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อและการทำสมาธิเบื้องต้น ส่วนรายละเอียดของวิธีการฝึกดังปรากฏในเอกสารแนบท้าย (ภาคผนวก ข)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการผ่อนคลายนั้น มีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันหลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มนักศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรคมะเร็ง ปัญหาทางอารมณ์จิตใจความเครียดและความวิตกกังวลในเด็ก และผู้ป่วยทางจิตเวชซึ่ง จากคือปสัน¹⁵ (Jacobson) เป็นผู้หนึ่งที่พยายามศึกษาในเรื่องวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลได้ตั้งข้อสังเกตว่า คนใช้ยาลดความเครียดจนเป็นนิสัยและกลายเป็นชีวิตประจำวัน แต่การใช้เพื่อบังคับไม่ให้เกิดความวิตกกังวลนั้นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ปัจจุบันคนมักจะใช้ยาเพื่อหลบหนีความ

ยุ่งยากของชีวิต ดังนั้นจึงได้เสนอวิธีการผ่อนคลาย เรียกว่า Progressive Relaxation¹⁶ ซึ่งได้ทดลองวิธีการฝึกการผ่อนคลายกลุ่มตัวอย่างประชาชนหลายกลุ่ม และได้ข้อสรุปว่าการฝึกผ่อนคลายในกลุ่มทดลอง เพื่อลดความวิตกกังวลนั้นมีผลต่อความดันโลหิต และจากการวัดแบบทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลัง การฝึกการผ่อนคลาย

ดังที่ ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์¹⁷ ได้ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาการวิจัยนี้เป็นการวิจัยทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 52 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายในวันจันทร์ พุธและศุกร์ เป็นเวลานาน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย แต่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ วัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เคซง การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ T-Test เปรียบเทียบความแตกต่าง F-Test วิเคราะห์ความแปรปรวน และ Scheffe's Test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ ผลการวิจัยพบว่า : หลังการฝึกการผ่อนคลายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการฝึกผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 001

ซึ่งก่อนหน้านี้ ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาผลการผ่อนคลายต่อการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคประสาทชายและหญิง จำนวน 20 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน การฝึกผ่อนคลายใช้เทปการลดความเครียดแบบ Active Progressive ของ สมบัติ ตาปัญญา เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา SCL – 90 ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ T-Test ที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย มีอาการทางจิตไม่แตกต่าง กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการทางจิตลดลงทั้ง 9 กลุ่มอาการ ภายหลังที่ได้ฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มควบคุมผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง 7 กลุ่มอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)

ในต่างประเทศก็เช่นกันได้มีการวิจัยการฝึกผ่อนคลายกับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีการศึกษาดังนี้ กอร์ตัน¹⁹(Gorton) รายงานว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง มีคุณค่าในการบำบัดผู้ป่วยโรคประสาท และผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย อันเนื่องมาจากปัญหาทางจิตใจ สไปล์เบอเกอร์²⁰ (Speilberger) ได้ศึกษาอิทธิพลของการฝึกผ่อนคลายกับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 48 คน โดยใช้แบบทดสอบความวิตกกังวล (Trait Anxiety) ผลการวิจัยพบว่า การฝึกผ่อนคลายมีผลต่อความดันโลหิต ชีพจรและเครื่องมือทดสอบของ Luckerman's AACL (Affect Adjective Check List) อย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลาย ในปีเดียวกัน ซีสเซท²¹(Zeisset) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการผ่อนคลายสองวิธีคือ Systematic Desensitization และ Progressive Relaxation โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 48 คน สรุปผลการวิจัยพบว่าวิธีการทั้งสองวิธีมีผลทำให้ลดความวิตกกังวล ส่วนวิธีของ Systematic Desensitization มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างในผู้ป่วยจิตเภท และในปีต่อมา ยอร์คสตัน และ เซอร์เจียน²²(Yorkston and Sergeant) ได้ศึกษาโดยใช้วิธีการผ่อนคลายอย่างง่าย (Simple Relaxation Method) ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช การให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลาย และให้ปฏิบัติพบว่าเป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จ

ลูทซ์²³ เบ็นสัน¹³ และ ชาร์ปรีโร²⁴ (Luthe, Benson, and Shapiro) ได้วิจัยการฝึกผ่อนคลายในการบำบัดรักษาทางคลินิก พบว่าหลังจากได้มีการฝึกการผ่อนคลายแล้ว มีประโยชน์ต่อร่างกาย และจิตใจผู้ป่วยมาก เฟรินซ์ และ ทูพิน²⁵ (French and Tupin) ได้อธิบายถึงการฝึกการผ่อนคลายแบบง่าย คล้ายกับ Progressive Relaxation ที่ใช้เป็นประโยชน์ในทางช่วยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับน้อย (Mild) และระดับกลาง (Moderate) เชียร์²⁶ (Sheer) ได้วิจัยเรื่อง อิทธิพลของการฝึกการผ่อนคลายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดก่อนและหลังการฝึก คือ แบบทดสอบทางจิต AACL ผลการวิจัยพบว่าก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายมีค่าคะแนนของ AACL ไม่มีความแตกต่างกันอย่างที่มีนัยสำคัญ ($P>.10$) แต่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายรายงานว่าได้มีการเรียนรู้การผ่อนคลายและรู้สึกถึงการผ่อนคลายหลังจากที่มีการฝึกทุกครั้ง เมย์ เฮาส์ และ โควาคส์²⁷ (May, House and Kovacs) ได้ศึกษาวิธีการผ่อนคลายหลายรูปแบบ ได้แก่ Progressive Relaxation และ Autogenic Training และใช้วิธีการเหล่านี้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความเครียดความวิตกกังวลและปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์มากขึ้น ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จในการใช้กับผู้ป่วยประเภท วิตกกังวลเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

ในสถานการณ์เฉพาะ เช่นความเครียดจากการบีบคั้นทางด้านการงาน ปัญหาในการเลี้ยงเด็ก และปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย รวมถึงปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บอร์กีต²⁸ (Borgeat) ได้เสนอแนวทางที่ได้ศึกษาวิจัยว่า เทคนิคการผ่อนคลายวิธี Progressive Relaxation เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยการฝึกผ่อนคลาย ก็สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนั้นยังให้ข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยที่ดีขึ้นและมีแรงจูงใจในการฝึก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ครั้งแรก และยังขึ้นอยู่กับปัจจัย การรับรู้ในเรื่องเทคนิค ความชอบ ความสนใจ ความง่าย และระยะเวลาอันสั้น ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังมีแรงจูงใจในการฝึกวิธีการนี้ต่อไป

จากผลการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ศึกษาวิธีการฝึกการผ่อนคลายหลายวิธีในวิธีการต่าง ๆ นั้นล้วนประสบความสำเร็จ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในผู้ป่วยจิตเวชก็พบว่า ได้ผลกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า โรคประสาทหรือโรคซึมเศร้า และยังเป็นประโยชน์ในการบำบัดกับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ปานกลาง เรื้อรัง และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ยังประสบผลสำเร็จการใช้กับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายรวมทั้งปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ปัญหาทางระบบย่อยอาหารได้อีกด้วย ใช้วิธีการฝึกชนิดรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม วิธีการสอนโดยการฝึกผ่อนคลายหรือผสมผสานกับวิธีการสอนอื่น ๆ ร่วมด้วยเครื่องมือที่ใช้วัดเป็นแบบทดสอบทางจิตวิทยา และการวัดการตอบสนองสรีระวิทยา รวมถึงการเขียนรายงานเป็นรายบุคคล จากผลดังกล่าวผู้ศึกษาคาดว่า เทคนิคการฝึกผ่อนคลายจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ จึงได้นำเอาวิธีการฝึกสมาธิเบื้องต้น การฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้ในการปฏิบัติการบำบัดทางจิตสังคมครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาวิจัยกรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการถึงวิธีการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าชนิดรายบุคคล (Individual Approach) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองเห็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ยอมรับปัญหาและแก้ไขปัญหาดตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนใช้ศักยภาพของตนเองปฏิบัติเทคนิคการฝึกผ่อนคลายเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเอง ลดภาวะเจ็บป่วยทางกายมีภาวะทางอารมณ์และจิตใจเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้เบื่อหน่าย หรือทำลายตนเอง

วิธีปฏิบัติ การบำบัดทางจิตสังคมต่อกรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน ในวันที่ 28 ตุลาคม 2541 แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า F.41.2 (Mixed Anxiety and Depressive Disorder.)

คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษา

- เพศหญิง อายุ 35 ปี
- การศึกษา จบชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)
- สุขภาพร่างกายแข็งแรง
- สามารถเดินทางมาบำบัดตามแผนที่ได้ ทำความตกลงร่วมกัน
- สามารถสื่อสารโต้ตอบได้อย่างตรงไปตรงมา
- ไม่เคยฝึกสมาธิหรือฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีอื่น ๆ มาก่อน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เคซุง²⁹ (Zung) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (อังกษินันต์แก้ว สุทธิพิทักษ์)¹⁷ ดังปรากฏในเอกสารแนบท้าย (ภาคผนวก ก) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบวัดสำหรับให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งคำตอบเป็น 4 ช่วง ดังนี้คือ

หมายเลข 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือไม่มีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย หรือถ้ามีความรู้สึกหรือมีพฤติกรรม เช่นนั้นเกิดขึ้นก็น้อยมาก ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเลข 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเลข 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้น เกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ไม่เกิดตลอดเวลา ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเลข 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีพฤติกรรม ตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

แบบวัดความวิตกกังวลนี้ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อความเป็นความรู้สึกที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

ข้อความทางด้านลบมี 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20

ข้อความทางด้านบวกมี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 9, 13, 17, 19

การให้คะแนน เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลนี้ เป็นแบบที่มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้คือ

ข้อความที่แสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทางด้านลบ

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 2 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 4 ได้ 4 คะแนน

ข้อความที่แสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมทางด้านบวก

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 2 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 3 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 4 ได้ 1 คะแนน

คะแนนความวิตกกังวล เป็นคะแนนรวมจากแบบวัด ซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และมีค่าสูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลน้อย และคะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลมาก

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความวิตกกังวลของชุงสร้างขึ้น โดยรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากนักจิตวิทยา และมีผู้นำไปใช้กันค่อนข้างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ ซึ่งสันสนีย์ สมิตะเกษตริน ได้แปลและเรียบเรียงแบบวัดดังกล่าว โดยถอดข้อความแต่ละข้อเป็นภาษาไทย ให้มีความหมายตรงกันกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ และนำแบบวัดนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางสาขาจิตวิทยา 2 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวล สำหรับการหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลนั้น สันสนีย์ สมิตะเกษตริน¹⁷ ได้หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวล โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อนจำนวน 300 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อน เท่ากับ 0.70 สมทรง เพ็งสุวรรณ¹⁷ ได้ทำการหาความเชื่อมั่นของแบบวัดอีกครั้งหนึ่ง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 0.80 และ ใจรัตน์ สุภกุล³⁰ ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอีกครั้ง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

2. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่ง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ³¹ ได้สร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประกอบด้วย 20 คำถาม เกี่ยวกับอาการรวมทั้งคำถามว่าถูกคนอื่นทำร้าย คุกคามและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งช่วยมากในการบอกถึงภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้แบบสอบถามยังมีข้อความด้านบวก 3 ข้อ คือ (ข้อ 5) รู้สึกสบาย (ข้อ 10) ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมายและ (ข้อ 15) รู้สึกตัวเองมีคุณค่า ซึ่งสามารถแยกบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยซึมเศร้าได้ชัดเจน

The reliability coefficient (Cronbach's) ของสเกลนี้ คือ 0.91 ใช้คะแนนตัดที่ 30 จะได้ 90.2% Specificity และ 85.3% Sensitive สำหรับ Major Depression คะแนนตัดที่ 25 จะได้ Specificity สูงขึ้น 93.4 % แต่ Sensitive ลดลง 75.1% แต่สามารถใช้บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอย่างอื่นได้ ดังนั้นแบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือ ตรวจหาภาวะหรือโรคซึมเศร้าได้ ดังปรากฏในเอกสารแนบท้าย (ภาคผนวก ก)

เมื่อทำแบบสอบถามปัญหาสุขภาพครบ 20 ข้อ ให้ใส่คะแนนของแต่ละข้อตามเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ในข้อ 1 – 20 (ยกเว้นข้อ 5, 10 และ 15)

คำตอบว่า	ไม่เคย	= 0	คะแนน
	บางครั้ง	= 1	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	= 2	คะแนน
	บ่อยๆ	= 3	คะแนน

ในข้อ 5, 10 และ 15

คำตอบว่า	ไม่เคย	= 3	คะแนน
	บางครั้ง	= 2	คะแนน
	ค่อนข้างบ่อย	= 1	คะแนน
	บ่อยๆ	= 0	คะแนน

หากตรวจสอบพบว่าคะแนนรวมที่ได้สูงกว่า 30 คะแนน ควรพบแพทย์ – จิตแพทย์ เพื่อรับคำปรึกษาในการรักษา³¹

กระบวนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นเตรียมก่อนการศึกษา

1.1 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้ยา การประเมิน ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

1.2 ให้ผู้ป่วยสำรวจภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยการตอบแบบวัดความ วิตกกังวลและตอบแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า ด้วยตนเอง

1.3 วางแผนในการบำบัดทางด้านจิตสังคม ร่วมกับผู้ป่วย

1.4 แจ้งวัตถุประสงค์ กำหนด วัน เวลา สถานที่ และขอบเขตของการบำบัดในแต่ละ ครั้ง

1.5 ผู้บำบัดได้ศึกษาวิธีการ แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วยวิธีการ แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem Solving) และวิธีการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ ที่ เหมาะสมกับความต้องการ ความเข้าใจ และศักยภาพของผู้ป่วยที่จะนำไปใช้กับตนเองได้ มาช่วย ส่งเสริมในการบำบัดครั้งนี้ ให้มีคุณค่ายิ่งขึ้น

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล

ทำการรวบรวมข้อมูลตามตารางที่กำหนดไว้ โดยการบันทึกและสรุปประเด็นสำคัญ ซึ่งมี วิธีปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย (Ventilate) ปัญหาความรู้สึกทั้งในด้านบวก และลบ โดยการพูดหรือเขียนบันทึกประจำวัน

2. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem Solving)

3. สอนและฝึกวิธีการผ่อนคลายด้วยเทคนิค

3.1 การฝึกสมาธิเบื้องต้น ด้วยวิธีกำหนดลมหายใจเข้า - ออก

3.2 การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

ตารางกำหนดเวลาการบำบัดทางจิตสังคม

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	เวลา	สถานที่
1.	4 พฤศจิกายน 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
2.	11 พฤศจิกายน 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
3.	18 พฤศจิกายน 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
4.	25 พฤศจิกายน 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
5.	2 ธันวาคม 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
6.	9 ธันวาคม 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล
7.	16 ธันวาคม 2541	10.00 – 11.00 น.	ห้องทำงานพยาบาล

3. วิเคราะห์ข้อมูล

คะแนนที่ได้จากแบบวัดความวิตกกังวลและแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจหาโรคซึมเศร้ามาวิเคราะห์ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบผลรวมของคะแนนความวิตกกังวลทั้งก่อนได้รับการบำบัดและหลังการบำบัดทางจิตสังคม

3.2 เปรียบเทียบผลรวมของคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งก่อนได้รับการบำบัด และหลังการบำบัดทางจิตสังคม

3.3 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ของการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละครั้ง ด้วยการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญที่พบในแต่ละครั้ง

4. กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยนอกหญิง จำนวน 1 ราย ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี ศาสนาพุทธ การศึกษา ม.3 สถานภาพคู่ (แต่งงานอายุ 28 ปี ยังไม่มีบุตร) สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อาชีพรับจ้าง (ช่างเย็บเสื้อผ้าประจำร้าน) ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับปานกลาง (พอมีพอใช้) ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ภาษาไทยได้ทั้งภาษากลางและภาษาท้องถิ่น ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

การนำส่งผู้ป่วย มาโรงพยาบาลด้วยตนเอง คนเดียวในวันที่ 28 ตุลาคม 2541 ตั้งใจมาพบแพทย์ เพื่อขอยาไปรับประทานที่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลเอง

อาการสำคัญ มาด้วยอาการปวดศีรษะมาก ปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา มือสั่นใจสั่น รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ หงุดหงิดเป็นครั้งคราว กังวล เคร่งเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร เป็นก่อนมา 3 เดือน

การเจ็บป่วยปัจจุบัน ปวดศีรษะมาก ปวดตลอดเวลาทุกครั้งจะกินยาแก้ปวด 2 เม็ด (ซาลิโดน) อาการปวดจึงทุเลา ปัญหาอนอนไม่หลับมักจะไปพบแพทย์ที่คลินิกได้ยานอนหลับมากินจึงหลับได้ 2 วันที่ผ่านมามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เวลาลุกนั่งตอนเช้า รู้สึกกลัวมากจึงมาพบแพทย์ในวันนี้ (28 ตุลาคม 2541)

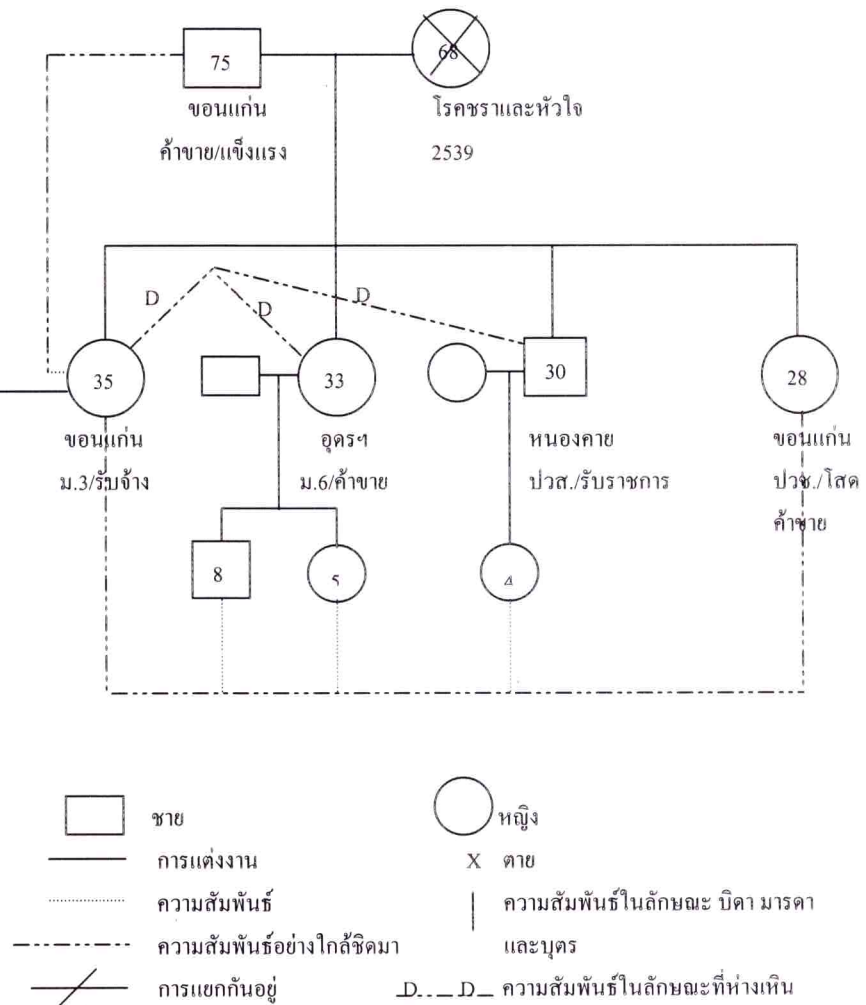
ประวัติครอบครัว จีโนแกรมของครอบครัวผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

แถวที่ 1 บิดา - มารดา

แถวที่ 2 ลูก

แถวที่ 3 หลาน

ความหมายสัญลักษณ์



จีโนแกรมนี้แสดงถึงประวัติครอบครัวของผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีพี่น้อง 4 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนโต อายุ 35 ปี จบมัธยมต้น (ม.3) แต่งงานอายุ 28 ปี อาชีพรับจ้าง คนที่ 2 เป็นหญิง อายุ 33 ปี จบมัธยมปลาย (ม.6) แต่งงานมีบุตร 2 คน ชาย 1 คน หญิง 1 คน อาชีพค้าขาย จังหวัดอุดรธานี คนที่ 3 เป็นชาย อายุ 30 ปี จบ ปวส. แต่งงานมีบุตรหญิง 1 คน อาชีพรับราชการ จังหวัดหนองคาย คนสุดท้ายเป็นหญิง อายุ 28 ปี โสด จบปวช. อาชีพค้าขาย อยู่กับบิดา อายุ 75 ปี ที่อำเภอโนนพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบิดาและน้องสาวคนเล็ก แต่สัมพันธ์ภาพระหว่างน้องสาวคนที่ 2 และน้องชายคนที่ 3 ความสัมพันธ์ในลักษณะค่อนข้างห่างเหิน แต่ยังคงมีการติดต่อไปมาหาสู่กัน เป็นครั้งคราวในโอกาสทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้มารดา

การเจ็บป่วยภายในครอบครัว บิดา อายุ 75 ปี สุขภาพแข็งแรง มารดาเสียชีวิต อายุ 68 ปี ด้วยโรคชราและโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2539 พี่น้องทุกคนสุขภาพแข็งแรง ไม่มีใครเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือป่วยทางด้านจิตใจ หรือได้รับอุบัติเหตุกระทบกระเทือนทางศรัทธา

เศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจของบิดา อาชีพค้าขายของชำเล็ก ๆ มีรายได้ประมาณ 10,000 – 20,000 บาท/เดือน นับถือศาสนาพุทธ ลูก ๆ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เมื่อถึงหน้าเทศกาลจะไปทำบุญหรือไปร่วมงานพิธีทางศาสนาต่าง ๆ ที่เพื่อนบ้านเชื้อเชิญมา

ประวัติส่วนตัว

การเกิด คลอดปกติ ที่บ้าน อำเภอบำเพ็ญ จังหวัดขอนแก่น ทำคลอดโดยหมอดำแย

การพัฒนาการ ผู้ป่วยบอกว่า เป็นไปตามปกติ

การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอ และเรียนการศึกษาพิเศษเกี่ยวกับวิชาชีพ งานตัดเย็บเสื้อผ้า

อาชีพ รับจ้างเป็นช่างเย็บเสื้อผ้าประจำร้านตัดเย็บเสื้อผ้าที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งใน จ. ขอนแก่น มีรายได้ 200 บาท/วัน (6,000 บาท/เดือน) มีความพอใจต่อรายได้ และงานที่ทำอยู่มาก

สถานภาพ คู่ แต่งงานอายุ 29 ปี สามีอาชีพควบคุมดูแลการก่อสร้าง แต่งงานถูกต้องตาม ประเพณีและกฎหมาย ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมาก แต่งงานได้ 6 ปี ยังไม่มีบุตร มีความคาดหวังในตัวสามีสูงมาก จะต้องเป็นผู้นำครอบครัวที่ดีอยากสร้างฐานะ ครอบครัวให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้ จึงเป็นเหตุผลส่งเสริมให้สามีไปทำงานต่างประเทศ (บรูไน) เมื่อเดือนกรกฎาคม 2539 ในฐานะหัวหน้างานควบคุมการก่อสร้างแรงงานคนไทย สัมพันธภาพปัจจุบัน ในลักษณะค่อนข้างห่างเหินติดต่อกันทางจดหมาย ถ้ามถึงแต่เรื่องงานที่ผู้ป่วยทำอยู่ ไม่เคยส่งเงินมาให้ใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก กังวลน้อยใจกลัวสามีนอกใจ

งานอดิเรก เวลาว่างชอบดูทีวี หรือไปซื้อของตามศูนย์การค้ากับเพื่อนบ้าน บางครั้งไปคนเดียว

สุราและยาเสพติด เวลากังวลกลัวมาก จะดื่มเหล้า 1 แก้ว ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด บุหรี่ นอก
จากยาแก้ปวดชาลิคอนและยานอนหลับที่ได้จากคลินิกแพทย์เท่านั้น จะใช้เมื่
นอนไม่หลับ

ประวัติการใช้ยา ไม่เคยแพ้ยาใด ๆ ทั้งสิ้น เวลาไม่สบายมาก ๆ จะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือ
คลินิก จะได้ยานอนหลับมาทุกครั้ง นอกจากยานอนหลับแล้ว จะมียาแก้ปวดชาลิ
คอนที่ผู้ป่วยซื้อไว้ใช้เองเป็นประจำ

บุคลิกภาพดั้งเดิม เป็นคนพุดน้อย ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึกต่าง ๆ เช่นเวลาอ่านหนังสือ / ดู
หนัง ตอนเศร้า จะร้องไห้ร่วมด้วย เป็นคนช่างคิดชอบเก็บเรื่องต่าง ๆ มาคิด
ส่งสารคนอื่น ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในอดีต เคยมารับบริการตรวจ เป็นผู้ป่วยนอก ปี 2530 ด้วยอาการ
ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ท้อแท้ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า ประสาทวิตก
กังวล (Anxiety Neurosis) ให้ยาไปรับประทานที่บ้าน อาการทุเลาทำงานได้ปกติ
และถ้าเริ่มรู้สีกว่าตนเองมีอาการปวดศีรษะหรือนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะมาขอรับยา
ที่โรงพยาบาล หรือตามคลินิกที่ตนเองสะดวก

การประเมินปัญหาด้านร่างกาย / จิตใจ / สังคม

1. ร่างกาย

- | | |
|--|---|
| * ศีรษะและอวัยวะส่วนต่าง ๆ
ของร่างกาย | * ปกติ |
| * บาดแผลและการบาดเจ็บ
จากการถูกทำร้าย | * ไม่พบ |
| * ขาพิการ | * ไม่พบ |
| * โรคผิวหนัง | * ไม่พบ |
| * โรคประจำตัว | * ไม่มี |
| * Psychomotor | * การเคลื่อนไหว การเดิน การทรงตัว
ปกติ |

* แบบแผนการนอน

* การรับประทานอาหาร

* การขับถ่าย

* มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับนอนวันละ 3-4 ชั่วโมง เข้านอน 23.00 น. ตื่นนอน 05.00 น.

* ปกติ 3 มื้อ อาหารไม่เผ็ดจัด ได้ทั้งอาหารพื้นบ้านและอาหารภาคกลาง ไม่กินของ สุก ๆ ดิบ ๆ ปัจจุบันเบื่ออาหาร

* ปกติ 1 ครั้ง ตอนเช้า

2. จิตใจ

* การพูด

* การแสดงออกของใบหน้า/พฤติกรรม

* ความผิดปกติของเนื้อหาความคิด

* ความผิดปกติของการรับรู้

* การหยั่งรู้สภาพตนเอง

* พูดซ้ำชัดเจน พูดเป็นเรื่องราวต่อเนื่อง

* เป็นไปตามปกติ สามารถแสดงหรือปรับพฤติกรรมตามสิ่งแวดล้อม

* ไม่มีความคิดมักใหญ่ใฝ่สูง ไม่หลงผิด ความคิดและกระแสดความคิดต่อเนื่อง

* ประสาทสัมผัสปกติ ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือแปลภาพผิด

* ขอมรับการเจ็บป่วย มารับการรักษา ให้ความร่วมมือดี มีความคาดหวังว่าตัวเองจะหายป่วย ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

3. สังคม

* บทบาทหน้าที่ของการทำงานอาชีพ (ความสามารถในการดำรงชีวิต)

* การประกอบอาชีพ

* มีความรับผิดชอบต่องานที่นายจ้าง มอบหมายให้ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวดี

* อาชีพสุจริต เป็นช่างเย็บผ้าที่มีฝีมือคนหนึ่งมีความพึงพอใจ ในงานอาชีพที่ดำเนินอยู่รายได้จากงานอาชีพทำให้

- * การทำหน้าที่ในครอบครัว
 - * ทักษะทางสังคม
(การสื่อสารของผู้ป่วย)
 - * การดำเนินชีวิตประจำวัน
การปรับตัว
 - * ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยว
ทางด้านจิตใจ
- ผู้ป่วย พอมีเงินเก็บสะสมไว้ใช้สอย
ยามเจ็บไข้ได้
 - * เป็นบุตรคนโต ซึ่งต้องทำหน้าที่รับผิดชอบต่อมารดาด้วย ก่อนมารดาเสียชีวิตน้อย ๆ ไม่ได้ส่งข่าวให้ ผู้ป่วยรู้ แต่ผู้ป่วยได้ไปร่วมทำงานศพมารดาให้ ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจมาก
 - * มีการสนิทสนมกับเพื่อนบ้านเพื่อนร่วมงานออกงานเป็นครั้งคราว เมื่อได้รับเชิญ
 - * เรียบง่าย ประหยัด รู้จักใช้จ่ายไม่ฟุ่มเฟือย เวลาจะซื้อของใช้ต้องคิดอยู่นาน ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมได้
 - * มีความเชื่อว่าคนเราทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย เมื่อมีชีวิตอยู่ให้ทำความดีชอบทำบุญเมื่อนี้ถึงมารดาที่เสียชีวิตผู้ป่วยจะทำ สังฆทานให้ทุกครั้ง ทำให้แล้วรู้สึกสบายใจ

การวินิจฉัยทางแพทย์

วันที่ 28 ตุลาคม 2541 “โรควิตกกังวลและซึมเศร้า” (Mixed Anxiety and Depressive disorder : F. 41.2)

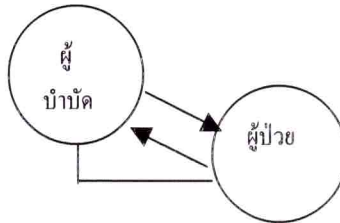
การวางแผนพบครั้งที่ 1

1. ทำความเข้าใจต่อภาวะอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกในเชิงลบให้กล้าพูด กล้าแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริง อย่างมีเหตุผล

การพบครั้งที่ 1 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2541 : เวลา 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยมารอพบตั้งแต่ เวลา 09.30 น. การแต่งกายเรียบร้อยสะอาดเหมาะสมกับวัยและสภาพอากาศ แต่งหน้าเล็กน้อย หน้าตาขมขื่น เมื่อถึงเวลานัดผู้ป่วยรีบเข้ามาในห้อง เมื่อพยาบาลทักว่า “วันนี้ดูสดชื่นดี” ผู้ป่วยเงิบสีหน้าสลดพูดว่า “ที่ทำไปอย่างงั้นใคร ๆ ก็บอกว่าสดชื่นแต่หนูรู้ว่าในใจมันห่อเหี่ยวแค่นี้” ตลอดการสนทนา (10.00 – 11.00 น.) ผู้ป่วยเป็นฝ่ายพูด โดยตอบคำถามจากการกระตุ้นของพยาบาล เมื่อพูดถึงแม่ผู้ป่วยน้ำตาซึม เสียงสั่น พูดเสียงเบา ๆ มือบีบกันแน่น

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. สอนให้ฝึกสมาธิโดยวิธีนับลมหายใจเข้าออกอย่างง่าย ๆ เพื่อลดความรู้สึกผิด
2. หางานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบทำในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบทำในสิ่งที่ผู้ป่วยพอใจเพื่อลดความรู้สึกเหงาและลดความคิดถึงสามี
3. สอนให้กล้าพูดกล้าแสดงออก ถึงความรู้สึกที่แท้จริงกับสามีจะลดความเครียดที่มีต่อสามี เช่น เขียนจดหมายถึงสามีให้ทราบถึงความรู้สึกที่แท้จริงอย่างมีเหตุผล

เมื่อสิ้นสุดการสนทนา ผู้ป่วยคิดว่าจะไปทำสังฆทานและบังสุกุลให้แม่ เพื่อทดแทนที่ไม่ได้ดูแลแม่ก่อนตาย จะพยายามรับประทานอาหารโดยจะเริ่มที่ดื่มนมวันละ 1 กล่อง ให้ได้และจะเขียนจดหมายถึงสามีระบายความในใจเกี่ยวกับความรู้สึกน้อยใจ ถ้าเป็นไปได้จะพยายามเขียนความคิดความรู้สึกของตัวเองทุกวัน ไม่คิดทำร้ายตนเอง

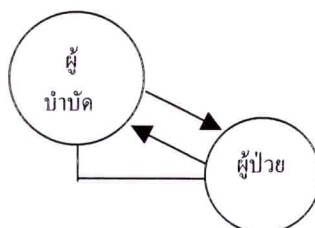
การวางแผนพบครั้งที่ 2

1. ติดตามผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการทำงาน
2. รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการพึ่งพาทางด้านอารมณ์ (Emotional dependency)
3. ทบทวนวิธีการฝึกสมาธิเบื้องต้น
4. ฝึกการเขียนบันทึกเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน (Log Diary) เพื่อระบายความไม่สบายใจ

การพบครั้งที่ 2 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2541 : เวลา 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยหน้าซัดไม่แต่งหน้า บอกว่าอ่อนเพลียมาก 3 วันมานี้ ปวดศีรษะบ่อย ปวดตื้อๆ เหมือนมีอะไรมาบีบที่ขมับ ปวดมากตอนกลางคืนดึกๆ เวลาปวดทานยาแก้ปวดชาลิค่อน 2 เม็ดแล้วจะหายนอนหลับได้ เวลาเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นนั่ง จากนั่งเป็นยืน จะหน้ามืด เคยหกล้มศีรษะโขกพื้น 2 ครั้ง จากสาเหตุนี้ (เมื่อ 2 วันที่แล้ว) ผู้ป่วยรายงานว่า “ได้ไปทำสังฆทานให้แม่แล้วจะไปทำใหม่อีกเมื่อคิดถึงแม่มาก ๆ” วันนี้ผู้ป่วยพูดถึงแม่ไม่นาน น้ำตาซึมเล็กน้อยไม่ร้องไห้เหมือนครั้งที่ 1 ส่วนการเขียนบันทึก เริ่มเขียนไม่ออกเพราะร้องไห้ก่อน อาหารดื่มน้ำไวตามิลค์ทีละขวด อาหารอื่นยังทานได้น้อยมาก ดื่มน้ำมากไม่มีความอยากอาหารเลยปฏิเสธว่าไม่ใช่เพราะต้องการประหยัด

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. จำกัดขอบเขตของการพึ่งพา ให้ผู้ป่วยเป็นของตัวเองเป็นการเสริมสร้างพลังให้ตัวเอง (Empowerment) เช่น การที่ผู้ป่วยสามารถหารายได้เลี้ยงชีพด้วยการเป็นช่างเย็บผ้า
2. พยาบาลใช้ Negative Reinforcement ไม่สนใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบ่นถึงอาการเจ็บปวดทางกายเพื่อให้ได้พฤติกรรมที่เหมาะสม
3. พยายามให้ผู้ป่วย มีความหวังของการมีชีวิตอยู่โดยการช่วยเหลือคนอื่น ๆ การช่วยเหลือก่อให้เกิดคุณค่าในตนเอง
4. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น
5. ให้ฝึกการบันทึกเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน (Log Diary) เพื่อระบายความไม่สบายใจ

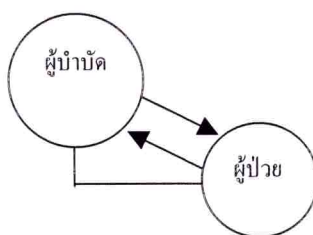
การวางแผนพบครั้งที่ 3

1. ติดตามเรื่องการระบายความรู้สึกโดยการบันทึกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ
2. รวบรวมข้อมูลด้านการตัดสินใจ เมื่อเผชิญปัญหา
3. ทบทวนวิธีการฝึกสมาธิเบื้องต้น

การพบครั้งที่ 3 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2541 : 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยหน้าซัด น้ำตาซึมพูดเสียงเบามากในช่วง 30 นาทีแรก ต่อมาเสียงค่อยๆ ดังขึ้น เนื้อเรื่องที่พูดวนเวียนอยู่ที่ความน้อยใจสามีต้องการจะทดสอบว่าสามีรักและห่วงใยตนเองเพียงใด ไม่พูดถึงแม่อีกเลยส่วนเรื่องการปวดศีรษะไม่พูดถึง แต่บอกว่าเวียนศีรษะมีอยู่เล็กน้อยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ทานข้าวต้มได้วันละถ้วย เริ่มเขียนบันทึกระบายความในใจได้ เมื่อเข้านี้เขียนได้ถึง 2 หน้า แปลกใจว่าตนเองทำไมถึงเขียนได้และคิดว่ากระดาศสีขาวก็เป็นเพื่อนได้เช่นกัน ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีงานทำแล้ว เนื่องจากไม่มีงาน นายจ้างจึงด่าจ้าง ตอนนี้ไปช่วยเพื่อนขายของที่ตลาด ตั้งใจว่าหลังจากวันนี้จะไปอยู่กับบิดา ที่น้ำพอง ชั่วคราวสัก 10 วัน เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ สามีตอบจดหมายแล้วถามแต่เรื่องงาน ทำให้ผู้ป่วยผิดหวังมากที่ไม่บอกว่าจะส่งเงินมาให้ใช้ตั้งใจจะรออีกฉบับหนึ่งว่าถ้าสามีรู้ว่าไม่มีงานทำจะทำอย่างไร

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. พยายามไม่ให้ผู้ป่วยพึ่งพาสามี ไม่หมกมุ่นในสามีให้มองว่าในชีวิตยังมีสิ่งอื่นที่จะทำอีกมากมาย
2. หาทางแก้ไขปัญหาชีวิตสมรส โดยการระบายปัญหาชีวิตสมรสกับคนที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้ เช่น บิดา หรือพี่น้องที่สนิท

3. หาสาเหตุของการพึ่งพาสุรา และพยายามหาทางช่วยลดปัญหาการติดสุราและยาเสพติดอื่น ๆ ให้ใช้กลไกทางจิตทางเหมาะสมทางานอดิเรกที่ชอบทำ เช่น รับเสื้อผ้าจากร้านไปสอยต่อที่บ้าน
4. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยหันเหจากการพึ่งพา สุรายาเสพติด

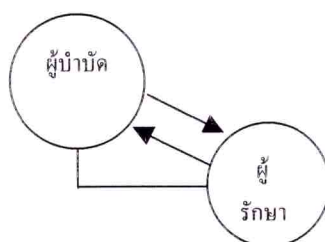
การวางแผนพบครั้งที่ 4

1. ติดตามเรื่อง แนวความคิดของผู้ป่วยต่อภาวะความขัดแย้งในชีวิตสมรส
2. หันเหการพึ่งพาจากการใช้สุรา มาเป็นงานอย่างอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองมากขึ้น

การพบครั้งที่ 4 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2542 : เวลา 10.00 – 11.00น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยหน้าชิดเขียว บอกว่าไม่ได้กลับไปบ้านพ่อ ที่น้ำพอง อย่างที่ตั้งใจเพราะได้ทำงาน ทุกวันนี้ทำงานเย็บเสื้อผ้าอยู่ร้านเดิมและคงจะมีงานให้เย็บอย่างสม่ำเสมอไปเรื่อย ๆ ยังไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ยังไม่ได้รับจดหมายตอบจากสามี ได้แต่รับรู้จากเพื่อนสามีว่า ก่อนสามีไปทำงานต่างประเทศได้ติดต่อกับผู้หญิงคนอื่นอยู่ ไม่รู้ว่าคุณสัมพันธ์ไปถึงขั้นไหนแต่ก็ไม่สบายใจ ทุกวันนี้เฝ้ารอจดหมายตอบจากสามี ทานอาหารได้น้อยเหมือนเดิม กลางคืนถ้าไม่กินยาที่แพทย์สั่งจะนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ เหมือนฝันร้ายแต่ถ้ากินยาจะหลับได้ดี อาการปวดศีรษะยังมีอยู่จะปวดทุกครั้งที่คิดมาก ปวดแล้วกิน พาราเซตามอล ไม่หายปวดต้องใช้ยาชาลิดอนจึงจะดีขึ้น ผู้ป่วยจึงกลับไปใช้ยาชาลิดอนอีก 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีดื่มเหล้า 1 ครั้ง ตอนไปบ้านเพื่อนหลังจากนั้นไม่ดื่มอีก ตั้งใจจะไม่ใช้เหล้าเป็นเพื่อน ส่วนการบันทึก ในสมุด ยังทำอยู่ แต่จะบันทึกได้เฉพาะวันที่กลุ่มใจมาก ๆ เท่านั้น ผู้ป่วยบอกว่าทุกวันนี้ อยู่ได้เพราะมีงานทำ ทำงานหนัก ๆ เลิกคำ ๆ ยิงดี คิดน้อยใจ

ที่ตนเองอาภัพ ผู้ป่วยน้ำตาซึมทุกครั้งทีพุดถึงเรื่องนี้ พยาบาลเสนอวิธีการฝึกการผ่อนคลายให้ผู้
ป่วยพิจารณาเพื่อผู้ป่วยสนใจเพื่อลดความกังวล

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. ช่วยสร้างความหวังในตนเองมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เช่น เก็บเงินไว้สร้างบ้าน
2. ช่วยให้หากิจกรรมทำหรือทำงานเพื่อลดความคิดถึงสามี เช่น ปลูกต้นไม้
3. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น เพื่อช่วยจัดความวิตกกังวลความเศร้าหมอง
4. สอนให้ฝึกการกล้าแสดงออกความรู้สึกที่แท้จริง (Assertive Training) เป็นวิธี
การลดความวิตกกังวล และความโกรธอย่างถาวร
5. สอนในเรื่องผลเสียของการใช้ยาแก้ปวด และการใช้สุราเป็นเครื่องพวยง
อารมณ์

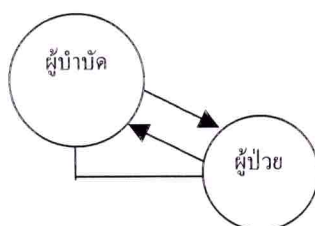
การวางแผนพบครั้งที่ 5

1. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น
2. สอนการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

การพบครั้งที่ 5 วันที่ 2 ธันวาคม 2542 : เวลา 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยหน้าตาอึมเศร้าแจ่มใส การเคลื่อนไหวเร็วขึ้นกว่าเดิมพูดเสียงดังฟังชัดเจน บอก
พยาบาลว่า ผู้ป่วยพยายามรับประทานอาหารได้มากขึ้นสัปดาห์ที่ผ่านมา กินอาหารหนักได้ครบ 3
มื้อ แต่ปริมาณยังไม่มากเท่าที่เคยกินได้ตอนยังไม่ป่วย (ปัจจุบัน ถ้วยเดียว 1 ห่อ กินได้ประมาณ
2 ใน 3) รู้สึกมีแรงขึ้น ได้รับตอบจดหมายจากสามีเมื่อวันอังคารที่ผ่านมา ทำให้ข้อข้องใจที่คิด
ว่าสามีจะไม่รักไม่ห่วงใยหมดไปแล้ว เพราะสามีแสดงความรู้สึกห่วงใยและให้ผู้ป่วยเปิดบัญชี
ธนาคารรอรับเงินที่ส่งมาให้

ตลอดสัปดาห์นี้ไม่ได้ดื่มเหล้าอีกเลย ได้ทดลองไม่กินยานอนหลับก่อนนอน 2 คืน พบว่านอนหลับ ๆ ตื่น ๆ และมีนสิริยะ ตอนกลางวัน 2 ครั้ง จึงกังวลว่าร่างกายจะเคยชินกับการกินยานอนหลับ ต้องการจะหลับเองโดยไม่ใช้ยา สัปดาห์นี้ไม่มีอาการปวดศีรษะ

พยาบาลและผู้ป่วยตกลงกันว่า จะพบกันอีก 2 ครั้ง ในวันที่ 9 และ 16 ธันวาคมนี้ เพื่อติดตามการปรับตัวและการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. การฝึกให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้แต่สิ่งที่ดีเข้าหาตนเอง (Cognitive Therapy) และมองผู้อื่นและตนเองในแง่ดี เช่น ให้อ่านบทความความรู้สึกที่ดี และให้ดาวในบันทึกเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจในสิ่งที่ดี ความวิตกกังวลและความเศร้าจะผ่อนคลาย
2. ฝึกเอาชนะใจตนเอง โดยไม่พึ่งพายานอนหลับ
3. ฝึกให้นึกถึงความสุขในชีวิต (Guide Imagery)
4. ให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น
5. ฝึกการเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มจากส่วนแขน 2 ข้าง และบริเวณส่วนหน้า

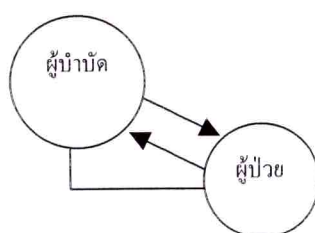
การวางแผนพบครั้งที่ 6

1. ให้ผู้ป่วยประเมินภาวะจิตใจด้วยตนเอง
2. สอนวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (Problem Solving) เพื่อจัดการความเครียด ความวิตกกังวล
3. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้นและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. สอนการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อส่วนอก หลังและไหล่

การพบครั้งที่ 6 วันที่ 9 ธันวาคม 2541 : เวลา 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การทำงานพยาบาลถามว่าจะให้ผู้ป่วยให้คะแนนภาวะจิตใจของตนเอง ผู้ป่วยจะให้คะแนนอย่างไร ผู้ป่วยตอบว่าให้ 2 จาก 10 เดิมไม่มีคะแนนให้ตัวเอง ตอนนี้ให้ 2 คะแนน รู้สึกดีขึ้นบ้างแต่ก็ ยังรู้สึกว่าเหวี่ยง ถ้ามีใครพูดเรื่องแม่ตาย พ่อมีภรรยาบ่อยก็จะรู้สึกสกิดใจว่าวนเวียนถึงตัวเอง ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือมีศีรษะได้รับยาต่อยาเดิม ไม่คิดจะหยุดยาเองอีก ตั้งใจจะไปทำบุญ ครอบรอบ 100 วัน ให้แม่รู้สึกเศร้าที่คิดถึงแม่

การให้การพยาบาล (Intervention)

1. ให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น
2. ให้ผู้ป่วยทบทวนการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และสอนส่วน นอก หลัง และไหล่ต่อไป
3. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Problem Solving) โดยการสำรวจปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญปัญหาในแง่บวกที่เคยใช้และได้ผลดีการพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมตลอดจนการลงมือปฏิบัติและประเมินผล
4. สอนให้ผู้ป่วยมีพลังความเข้มแข็งในตัวเอง (Empowerment) เพื่อชีวิตของตัวเองและครอบครัวต่อไป

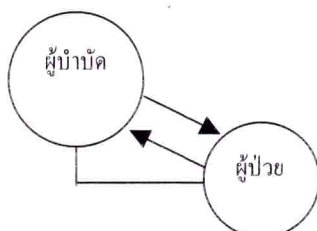
การวางแผนครั้งที่ 7

1. พบผู้ป่วยเพื่อสิ้นสุดการช่วยเหลือ (Termination Phase) พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมมือทบทวนวิเคราะห์ จุดเด่นจุดด้อยของผู้ป่วยรวมทั้งถามถึงความรู้สึกการจากพรากจากพยาบาล
2. ให้ผู้ป่วยประเมินภาวะจิตใจด้วยตนเองให้ค่าคะแนนความวิตกกังวลของตัวเองได้
3. ให้ผู้ป่วยประเมินภาวะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดความวิตกกังวล และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงแผนชีวิตในอนาคตของตนเอง
5. ทบทวนการฝึกสมาธิเบื้องต้น และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อและสอนส่วนหน้าท้อง ขา และก้นต่อไป
6. ทบทวนวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม (Problem Solving)
7. ให้ความรู้ในเรื่องยาลดภาวะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การพบครั้งที่ 7 วันที่ 16 ธันวาคม 2541 : เวลา 10.00 – 11.00 น.

สถานที่ ห้องทำงานพยาบาล

การจัดเรียงที่นั่ง



ผู้ป่วยมารอที่ห้องนัดก่อนเวลา ประโยคแรกที่ผู้ป่วยพูด คือ กล่าวคำทักทายพร้อมพนมมือไหว้ แล้วพูดว่า “เมื่อคืนนอนไม่ค่อยหลับไม่รู้เป็นอะไรทั้งที่กินยาก่อนนอน” หลังจากนั้นผู้ป่วยเล่าเรื่องการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แม่ หลังทำบุญสามารถกลับที่พักเข้าห้องนอนดูรูปแม่ได้ โดยไม่รู้สึกเศร้ามาก เหมือนการทำบุญครั้งที่แล้ว

ในสัปดาห์นี้ ผู้ป่วยให้คะแนนภาวะจิตใจตนเอง เป็น 5 เต็ม 10 พยาบาลสะท้อน (Reflect) พฤติกรรมของผู้ป่วย ตั้งแต่การพบครั้งแรกจนถึงครั้งนี้ (ครั้งที่ 7) เป็นครั้งสุดท้าย พัฒนาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์จุดเด่นจุดด้อยของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าจะปรับปรุงได้ด้วยตนเอง

ก่อนจบการสนทนา ผู้ป่วยบอกว่าคิดว่าสาเหตุของการนอนไม่ค่อยหลับเกิดเนื่องจาก คิดว่าวันนี้พบกันครั้งสุดท้ายทำให้ใจหาย พยาบาลบอกกับผู้ป่วยว่า การพบครั้งสุดท้ายไม่ได้หมายความว่า จะไม่ได้พบกันอีก การจากพรากครั้งนี้เป็นการได้เรียนรู้ถึงการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม แต่การพบกันในลักษณะนี้ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อเอายาหรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางจิตสังคม ผู้ป่วยก็สามารถมาพบพยาบาลและพยาบาลคนอื่นได้เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยยิ้มและพูดว่า ค่อยดีขึ้นหน่อย ช่วงสุดท้ายของการสนทนาพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเล่าแผนชีวิต ผู้ป่วยบอกว่า ช่วงปีใหม่มี่เลี้ยงเพื่อน ๆ จะไปเยี่ยมพ่อที่น้ำพองและทำงานเป็นช่างเย็บผ้าอยู่ร้านเดิม รอสามีกลับจากบรูไน พยาบาลได้ถามถึงการช่วยเหลือที่ได้รับมีผลอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยตอบว่าทำให้มีความหวัง วิตกกังวลในเรื่องยาลดลง ฟังพาสารเสพติดลดลง เข้มแข็งที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

การให้พยาบาล (Intervention)

- 1 ให้ผู้ป่วยทบทวน การฝึกสมาธิเบื้องต้น
 - 2 ให้ผู้ป่วยทบทวน การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อส่วนแขน หน้า ส่วนอก หลัง และไหล่ ผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง จากนั้นพยาบาลสอนต่อในส่วนหน้าท้อง ก้น และขาให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเป็นวิธีการผ่อนคลายความตึงเครียด
 - 3 ให้ผู้ป่วยทบทวนและสอนถึงขั้นตอนการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม ทำให้ขจัดความวิตกกังวลได้ เช่น รู้ว่าอะไรคือปัญหา สาเหตุของปัญหา การเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเคยใช้ทั้งในแง่บวกและลบ การลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่เหมาะสมในแง่ดีต่อตนเองการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิต
 - 4 ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มาบั่นทอนได้อย่างเหมาะสม
-

บทที่ 4

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

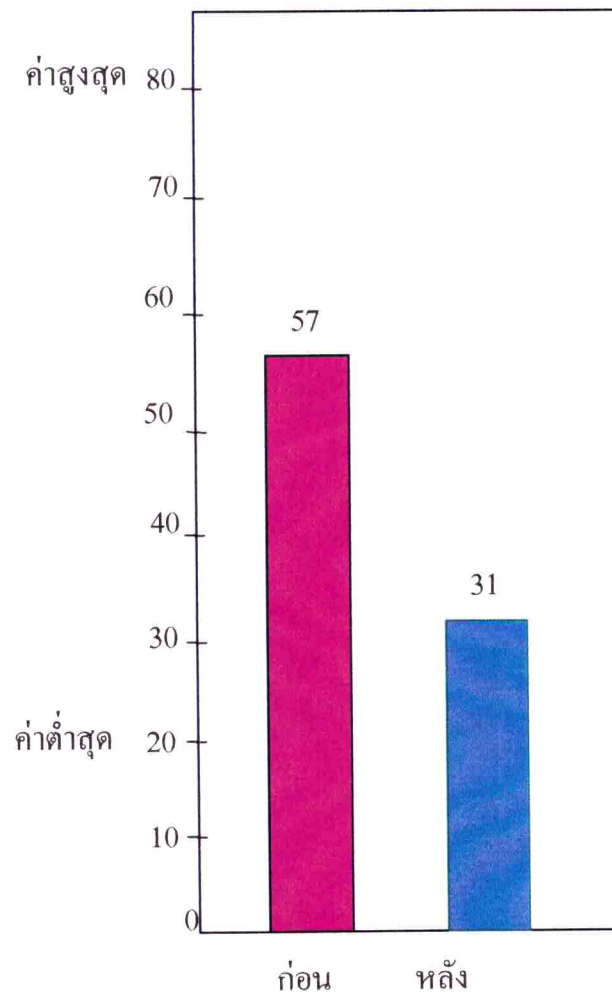
ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาถึงผลของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคมด้วยแบบวัดความวิตกกังวล ของ วิลเลียม ดับบลิว เค ซุง²⁹ (Zung)

- 1.1 เป็นผลรวมค่าคะแนนของระดับความวิตกกังวล ก่อนการบำบัดทางจิตสังคม อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (Moderate Anxiety) ภายหลังการบำบัดทางจิตสังคม ระดับความวิตกกังวล ลดลงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Mild Anxiety) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลรวมค่าคะแนนของระดับความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลัง การบำบัดทางจิตสังคม

เครื่องมือ	ก่อนการบำบัดฯ	หลังการบำบัดฯ
แบบวัดความวิตกกังวล (Zung, 1971)	57	31

แผนภาพที่ 1 แสดงภาพเปรียบเทียบคะแนนของระดับความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม



หมายเหตุ : คะแนนความวิตกกังวลเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด ซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และมีค่าสูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลน้อยและคะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลมาก

- 1.2 เป็นการแสดงถึงอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม ด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของ วิลเลียม ดับบลิว เคซุง²⁹ (Zung) จากแบบวัดความวิตกกังวล จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคมพบลักษณะอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลที่แสดงออกทางกายตลอดเวลา หรือแสดงออกเป็นเวลานานพอสมควรได้แก่อาการ นอนไม่หลับ หายใจขัด ใจสั่น วิงเวียนศีรษะและเป็นลม ส่วนอาการที่แสดงออกทางจิตใจเป็นเวลานานพอสมควรได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย กลัวไม่มีเหตุผล ขาดสมาธิ ตื่นตกใจง่าย กังวลง่าย มักคิดถึงแต่เรื่องราวที่จะเกิดในทางเลวร้าย และภายหลังการบำบัดทางจิตสังคม ลักษณะอาการที่บ่งบอกถึงภาวะวิตกกังวลที่แสดงออกทางกายและจิตใจ เป็นบางเวลา หรือไม่เลย เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีดังรายละเอียด ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนของอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกจากแบบวัดความวิตกกังวล
ทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม

อาการพฤติกรรมหรือความรู้สึก	PRE – TEST				POST - TEST			
	ไม่เลย หรือเป็น เวลาเล็ก น้อย (1)	เป็นบาง เวลา (2)	เป็นเวลา นานพอ สมควร (3)	เกือบ หรือ ตลอด เวลา (4)	ไม่เลย หรือเป็น เวลาเล็ก น้อย (1)	เป็น บาง เวลา (2)	เป็นเวลา นานพอ สมควร (3)	เกือบ หรือ ตลอด เวลา (3)
1. ฉันรู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวายมากกว่าปกติ			3		1			
2. ฉันรู้สึกกลัว กังวล โดยไม่มีสาเหตุ			3		1			
3. ฉันตกใจง่ายหรือตื่นตระหนก			3			2		
4. ฉันรู้สึกวูบเหมือนตกจากที่สูง		2			1			
5. ฉันรู้สึกอะไรมันเรียบร้อยดีและไม่มีเรื่องน่าวิตกเกิดขึ้น	(4)						(2)	
6. ฉันเคยรู้สึกแขนขาสั่นสะท้าน		2			1			
7. ฉันเคยรู้สึกไม่สบายเพราะปวดศีรษะ ปวดคอ และหลัง				4		2		
8. ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย				4		2		
9. ฉันรู้สึกจิตใจสงบและนั่งเฉย ๆ ได้ง่าย		(3)					(2)	
10. ฉันรู้สึกใจสั่น			3		1			
11. ฉันรู้สึกไม่สบายเวียนศีรษะ				4		2		
12. ฉันเป็นลม			3		1			
13. ฉันหายใจ เข้า-ออกได้สบาย		(3)						(1)
14. ฉันเคยรู้สึกชาและเสียวแปลบที่ นิ้วมือ นิ้วเท้า		2			1			
15. ฉันไม่สบายปวดท้องหรือคลื่นไส้	1				1			
16. ฉันปัสสาวะบ่อย		2			1			
17. มือของฉันมักแห้งและอุ่น		(3)			(4)			
18. ฉันรู้สึกหน้าร้อนวูบวาบ		2				2		
19. ฉันหลับง่ายและหลับสบายตลอดคืน	(4)						(2)	
20. ฉันฝันร้าย		2			1			
แสดงค่าคะแนน	(9)	(21)	(15)	(12)	(14)	(10)	(6)	(1)
ผลรวม	= 57				= 31			

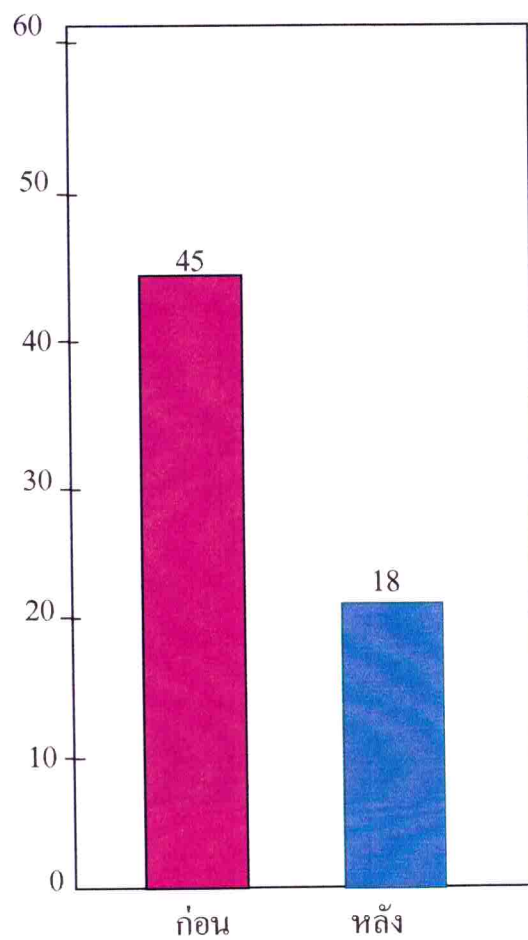
ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาถึงผลของระดับซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต
สังคมด้วยแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า
ของ ดวงใจ กษานติกุล และคณะ³¹

2.1 เป็นผลรวมค่าคะแนนของระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนการบำบัดทาง
จิตสังคม ผู้ป่วยมีระดับความซึมเศร้าได้ค่าคะแนนที่สูงกว่า 30 คะแนน ภายหลัง
การบำบัดทางจิตสังคม ระดับความซึมเศร้าลดลง คะแนนรวมที่ได้ต่ำกว่า 30
คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลรวมค่าคะแนนของระดับความซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต
สังคม

เครื่องมือ	ก่อนการบำบัดฯ	หลังการบำบัดฯ
แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ	45	18
แบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจ วัดหาโรคซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล และคณะ, 2540)		

แผนภาพที่ 2 แสดงภาพเปรียบเทียบคะแนนของระดับความซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม



หมายเหตุ : หากตรวจสอบพบว่า ค่าคะแนนที่ได้สูงกว่า 30 คะแนน ควรพบจิตแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา (ดวงใจ กษานติกุล และคณะ, 2540)

2.2 เป็นการแสดงถึงอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึกของผู้ป่วย ทั้งก่อน

และหลังการบำบัดทางจิตสังคม ด้วยแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าของ ดวงใจ กษานติกุล และคณะ³¹ จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางจิตสังคม พบลักษณะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางกายบ่อย ๆ และค่อนข้างบ่อย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับต้องใช้ยาช่วย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ส่วนอาการที่แสดงออกทางจิตใจ คิดมาก กังวล ใจลอยไม่มีสมาธิ เศร้าหดหู่ใจ ร้องไห้ ชีวิตไม่มีความสุข ดำเนินและกล่าวโทษตนเอง ส่วนอาการที่แสดงออกทางสังคมบ่อย ๆ ได้แก่ เบื่อไม่อยากคุยอยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร แต่ไม่พบลักษณะอาการหรือพฤติกรรมที่บ่งบอกถึง ความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังการบำบัดทางจิตสังคมลักษณะอาการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางกาย จิตใจและสังคมเป็นบางครั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าคะแนนของอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึกจากแบบสอบถามปัญหาสุขภาพ
แบบวัดด้วยตนเองฯ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิตสังคม

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ค่าคะแนน PRE – TEST				ค่าคะแนน POST - TEST			
	บ่อย ๆ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เคย	บ่อย ๆ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เคย
1. รู้สึกเบื่ออาหาร	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
2. นอนไม่หลับต้องใช้เวลาช่วยให้หลับ	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
4. คิดมาก กังวล	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
5. รู้สึกสบายใจ	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
8. อยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไร	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
12. คิดเสียใจไม่ได้แม้เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
13. ชีวิตไม่มีความสุข	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
16. คำหิหรือกล่าวโทษตนเอง	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง	☒ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
18. คิดอยากตาย	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☒ 0	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☒ 0
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมอง คล้ำ	☐ 3	☒ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 3	☐ 2	☒ 1	☐ 0
20. พยายามฆ่าตัวตาย	☒ 0	☐ 3			☒ 0	☐ 3		
แสดงค่าคะแนน	27	14	4	0	0	3	15	0
ผลรวม	= 45				= 18			

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การปฏิบัติการพยาบาล

โดยการสรุปประเด็นสำคัญ ตามตารางการพบในแต่ละครั้งมีดังนี้

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 1

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิด (Guilt Feeling) จากการไม่ได้ดูแลแม่ก่อนเสียชีวิตคิดว่าตนเองไม่ได้ทำหน้าที่ลูกสาวคนโตที่ดีที่ต้องรับผิดชอบ
2. มีภาวะเจ็บเหงาว่าเหว่ (Loneliness) จากการที่สามีไปทำงานที่ต่างประเทศ (บรูไน) ไม่มีใครที่จะเข้าใจ คิดว่าไม่ต้องการเพื่อนเพราะจะทำให้ลำบากใจมากขึ้น
3. เบื่ออาหาร (Loss of Appetite) หลายเดือนมานี้ไม่มีความอยากอาหาร ทุกวันนี้ทานอาหารวันละไม่กี่ชิ้น แต่ดื่มน้ำมาก การนอนไม่ค่อยหลับ
4. ไม่แน่ใจในสัมพันธภาพระหว่างตนเองและสามี เนื่องจากสามีไม่ได้เปิดเผยสถานการณ์สำหรับส่งเงินมาให้ คิดน้อยใจ เสียใจแต่ไม่เคยบอกกับสามี ไม่รู้ว่าเมื่อกลับจากต่างประเทศ สามีจะอยู่กับตนเองอีกหรือไม่

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 2

1. ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นคนอ่อนแอ แต่ไม่ต้องการให้คนอื่นเห็นพยายามทำตนเองให้เข้มแข็ง มีความขัดแย้งระหว่างต้องการกับไม่ต้องการเพื่อน
2. ผู้ป่วยมีภาวะการพึ่งพาทางจิตใจ (Emotional Dependency) สูง บอกพยาบาลว่ารอวันพุธเพื่อจะได้มาคุยและขอคำแนะนำ พยาบาลได้ชี้แจงสภาวะการพึ่งพาในปัจจุบันว่ามีขีดจำกัดเพียงไร
3. ผู้ป่วยมีการพูดบ่นถึงอาการเจ็บป่วยทางกายมากขึ้น (Somatic Complaint) พยาบาลให้คำแนะนำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จากการหกล้ม เวียนศีรษะ และชี้แจงผู้ป่วยถึงสาเหตุอาการที่เกิดขึ้นว่า สัมพันธ์กับภาวะจิตใจในปัจจุบัน แนะนำให้กินยาแก้ปวด พาราเซตามอล แทน ชาลิดอน

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 3

1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้เหนื่อยหน่ายมาก มีความต้องการพึ่งพา (Dependency need) สูงมาก ไม่อยู่ในภาวะที่จะตัดสินใจเรื่องใด ๆ เลย
2. หมกมุ่นอยู่ในความคิดที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในชีวิตสมรส (Marital Conflict)
3. ผู้ป่วยเริ่มใช้สุราเป็นที่พึ่งพาทางจิตใจ (Emotional Crutch) ระยะนี้ดื่มสุราวันเว้นวัน ดื่มครั้งละเกือบครึ่งขวด ดื่มแล้วทำให้คุยกับคนอื่น ๆ เพื่อนบ้านได้ นอนหลับสบาย และลืมเรื่องราวต่าง ๆ

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 4

1. ผู้ป่วยยังคงอยู่ในภาวะท้อแท้เหนื่อยหน่าย แต่รวบรวมข้อมูลไม่พบความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง
2. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ในระดับ 2^+ เรื้อรัง หาทางออกให้ตนเองไม่ได้ พยาบาลเสนอว่า ผู้ป่วยสนใจจะศึกษาวิธีการฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเองหรือไม่ ผู้ป่วยบอกว่าสนใจแต่ขอให้ได้รับจดหมายตอบจากสามีเสียก่อน

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 5

1. ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้น และเริ่มยอมรับที่จะปรับพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาของตนเอง ระดับความวิตกกังวล (Anxiety) $1^+ - 2^+$
2. ต้องการวิธีปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวล

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 6

สภาพทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยดีขึ้นการพูดบ่นถึงความเจ็บป่วยทางกาย (Somatic Complaint) ลดลง ภาวะการพึ่งพาทางอารมณ์ (Emotional Dependency) ของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถประเมินให้คะแนนตนเองได้ 2 เต็ม 10 คะแนน จากเดิมไม่มีคะแนนให้ตัวเอง

สรุปประเด็นสำคัญ การพบครั้งที่ 7

1. สภาพทั่วไป ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่พบคั่นถึงความเจ็บป่วยทางกาย (Somatic Complaint)
 2. ภาวะด้านจิตใจดีขึ้น สามารถให้คะแนนตนเองได้มากขึ้น 5 เต็ม 10 ความรู้สึกผิด (Guilty Feeling) ลดลง ภาวะการพึ่งพาทางอารมณ์ (Emotional Dependency) ดีขึ้นมาก
 3. ระดับความวิตกกังวลลดลง 1⁺ มีความไว้วางใจในสามีมากขึ้น
 4. สามารถบอกถึงแผนชีวิตในอนาคตได้
 5. ยอมรับที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น
-

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยกรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าแบบรายบุคคล (Individual Approach) กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยนอก เพศหญิง อายุ 35 ปี จำนวน 1 ราย ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น การวินิจฉัยโรค Mixed Anxiety and Depressive Disorder (F.41.2) เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2541 ถึง 16 ธันวาคม 2541 ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) จำนวน 7 ครั้ง ตามที่ได้ตกลงบริการกับผู้ป่วย เพื่อการบำบัดทางจิตสังคมด้วยวิธีการให้ผู้ป่วยได้ระบาย (Ventilate) ความไม่สบายใจต่าง ๆ เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สอนและฝึกปฏิบัติการฝึกผ่อนคลาย ด้วยเทคนิคการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิเบื้องต้น เครื่องมือที่ใช้วัดผลการบำบัดเป็นแบบวัดความวิตกกังวลของ Zung²⁹ ซึ่งแปลเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน¹⁷ และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทยซึ่งพัฒนาโดย ดวงใจ กสถานติกุล และคณะ³¹ การวิเคราะห์ผล ส่วนที่ 1 เป็นการแสดงผลรวมค่าคะแนนของระดับความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังการบำบัด และเปรียบเทียบผลของระดับความวิตกกังวล ระหว่างก่อนและหลังการบำบัด ส่วนที่ 2 เป็นการแสดงผลรวมค่าคะแนนของระดับความซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการบำบัด และเปรียบเทียบผลของระดับความซึมเศร้าระหว่าง ก่อนและหลังการบำบัด ส่วนที่ 3 เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปประเด็นสำคัญที่พบขณะทำการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละครั้ง

ผลการบำบัดทางจิตสังคมพบว่า

- คะแนนระดับความวิตกกังวลก่อนการบำบัด ภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับ 57 คะแนน ภายหลังการบำบัด ภาวะวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับ 28 คะแนน
- คะแนนระดับความซึมเศร้า ก่อนการบำบัดได้ค่าคะแนนสูงกว่า 30 คะแนน ภายหลังการบำบัดระดับความซึมเศร้าลดลงค่าคะแนนรวมที่ได้ต่ำกว่า 30 คะแนน
- การวิเคราะห์เนื้อหาผลของการบำบัดทางจิตสังคม ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 7 ด้วยการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 7 ครั้ง พบว่า ภาวะทางกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในครั้งที่ 5 และ 6 พบว่าสภาพทั่วไปผู้

ป่วยดีขึ้น การพุดบ่นถึงความเจ็บป่วยทางกายลดลง ภาวะการพึ่งพาทางจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถประเมินให้คะแนนตนเองได้ 2 ใน 10 คะแนน ยอมรับที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง (การดื่มสุรา กินยาแก้ปวด หรือใช้ยาช่วยนอนหลับ) สามารถประเมินระดับความวิตกกังวล อยู่ในเกณฑ์ $1^+ - 2^+$ ผู้ป่วยต้องการวิถีปฏิบัติ เพื่อลดความวิตกกังวล และการบำบัดครั้งที่ 7 พบว่าสภาพทั่วๆ ไปดีขึ้นมาก ไม่พุดบ่นถึงความเจ็บป่วยทางกายอีกเลยภาวะทางจิตใจผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นไม่ท้อแท้หรือเบื่อหน่ายสามารถประเมินให้คะแนนด้วยตนเองได้ 5 ใน 10 คะแนน ความรู้สึกผิดลดลง ระดับความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ 1^+ ยอมรับที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น มีความไว้วางใจในตัวเองมากขึ้น สามารถบอกถึงแผนชีวิตในอนาคตได้

อภิปรายผล

การศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคม ผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภายหลังการบำบัดพบว่า ค่าคะแนนของความวิตกกังวลภายหลังการบำบัดลดลงค่าคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และยังพบลักษณะอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่บ่งบอกถึงภาวะวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกตลอดเวลาหรือเป็นเวลานานพอสมควร ภายหลังการบำบัดลักษณะอาการดังกล่าว จะแสดงออกเป็นบางเวลาหรือไม่เลย อาจเป็นเพราะว่าการบำบัดทางจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ซึ่ง McCafferry¹² พุดถึงการผ่อนคลายว่า หมายถึง ภาวะที่เป็นกลางของร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด มีการศึกษาของ Jacobson¹⁶ ได้ทดลองวิธีการฝึกผ่อนคลายในกลุ่มตัวอย่าง ประชากรหลายกลุ่ม ได้ข้อสรุปว่าการฝึกผ่อนคลายในกลุ่มทดลอง เพื่อลดความวิตกกังวลนั้น มีผลต่อความดันโลหิต และจากการวัดด้วยแบบทดสอบ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการให้การฝึกผ่อนคลายซึ่งในหลายปีต่อมี Luthe,²³ Benson¹³ และ Shapiro²⁴ ได้ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายในการบำบัดรักษาทางคลินิกพบว่ามีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจภายหลังจากได้มีการฝึกผ่อนคลายแล้ว Sheer²⁶ ได้วิจัยเรื่องอิทธิพลของการฝึกการผ่อนคลายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ฝึกสัปดาห์ละ 2 ครั้ง 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดก่อนและหลังการการฝึก คือ แบบทดสอบทางจิต AACL ผลการวิจัยพบว่าก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลาย มีค่าคะแนน AACL ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > .10$) และได้รายงานผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้การผ่อนคลายและรู้สึก

ถึงการผ่อนคลายหลังจากที่มีการปฏิบัติทุกครั้ง มีการศึกษาทำนองเดียวกันนี้ โดย ปัญญากรณ ชูตั้งกร¹⁸ ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคประสาท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่ากลุ่มทดลองอาการวิตกกังวล (1 ใน 9 กลุ่มอาการทางจิตในแบบทดสอบทางจิตวิทยา SCL - 90) ลดลงภายหลังจากที่ได้ฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์¹⁷ ได้ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเมื่องพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย มีความวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในการทำนองเดียวกันการศึกษาศักยภาพการบำบัดทางจิตสังคมครั้งนี้ ส่งผลให้ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการบำบัด ลดลงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ จากการเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างก่อนและหลังการบำบัดพบว่าค่าคะแนนหลังการบำบัดลดต่ำลง และยังพบลักษณะอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่บ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกทางกาย ทางจิตใจหรือทางสังคม บ่อย ๆ และค่อนข้างบ่อย ภายหลังการบำบัดลักษณะอาการดังกล่าว จะแสดงออกเป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะว่าการบำบัดทางจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย ซึ่ง Gorton¹⁹ รายงานว่าการฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเองมีคุณค่าในการบำบัด ผู้ป่วยโรคประสาทและผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายอันเนื่องมาจากปัญหาทางจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของ Yorkston และ Sergent²² ศึกษาวิธีการฝึกผ่อนคลายอย่างง่าย ๆ (Simple Relaxation) ในผู้ป่วยจิตเวช 92 คนที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทหรือซึมเศร้า ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าการให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายและให้ปฏิบัติพบว่าประสบความสำเร็จซึ่ง Blume⁴ ได้อธิบายว่า สตรีที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าควรได้รับปฏิบัติการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมเพื่อเป็นการป้องกันและเป็นการดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการศึกษาของ ปัญญากรณ ชูตั้งกร¹⁸ ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการฝึกการผ่อนคลาย ต่อการบำบัดทางจิตในผู้ป่วยโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองอาการซึมเศร้า (1 ใน 9 กลุ่มอาการทางจิตจากแบบทดสอบจิตวิทยา SCL - 90) ลดลงภายหลังจากที่ได้ฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

นอกจากนี้ผลการบำบัดทางจิตสังคม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้มาบำบัดตามแผน จำนวน 7 ครั้ง พบว่าภาวะทางกายทั่วไปดีขึ้น ลดภาวะการเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลมาจากความกดดันทางจิตใจ ผู้ป่วยมีภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่เข้มแข็งไม่ท้อแท้เบื่อหน่าย หรือทำลายตนเอง เพิ่ม

ความมีคุณค่าในตนเองลดความรู้สึกลด มองเห็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีการเรียนรู้ทางสังคมที่เหมาะสมยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (ดื่มสุรา กินยาแก้ปวดหรือใช้ยาช่วยให้อหลับ) และได้เรียนรู้วิธีการฝึกผ่อนคลายใช้ศักยภาพของตนเองนำเอาวิธีการฝึกการผ่อนคลายไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ตนเอง ซึ่ง Borgeat²⁸ ให้ข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยที่ดีขึ้นและมีแรงจูงใจในการฝึกขึ้นอยู่กับประสบการณ์ครั้งแรก และยังขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้เทคนิค ความชอบความสนใจ ความง่าย ระยะเวลาอันสั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีแรงจูงใจในการฝึกการผ่อนคลาย ดังเช่นที่ Barry, P.D.⁷ อธิบายว่าการใช้ปฏิบัติการบำบัดทางจิตสังคม จะช่วยให้ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะสมดุลเหมือนเดิมโดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นปฏิบัติทางจิตสังคมที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคกระเพาะ และโรคทางเดินระบบหายใจได้ดีอีกด้วย และ Barry ยังได้อธิบายอีกว่าการให้ผู้ป่วยฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคมที่ช่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยต้องประเมินเสียก่อนว่า วิตกกังวลและซึมเศร้ามีสาเหตุจากอะไร จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือพยาบาล นอกจากนี้ Brurrer, L.S. และ Suddath, D.S.¹¹ กล่าวว่าพยาบาลควรมีหน้าที่แนะนำการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะความเครียดความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้าได้ Mumme⁶ เชื่อว่าสตรีควรได้รับการดูแล เช่น รับการอบรมสั่งสอนในบทบาทความเป็นมารดา สอนในเรื่องสัมพันธภาพ การได้รับคำปรึกษา การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การฝึกสมาธิ การฝึกอบรมให้มีวิชาชีพ ฝึกการจัดหรือลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าด้วยตนเอง ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการจินตนาการให้มีความนึกคิดต่อตนเองในแง่บวก รวมทั้งส่งเสริมให้สตรีมีความรู้ในเรื่องกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิสตรีอีกด้วย

การศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมครั้งนี้ โดยวิธีการให้ผู้ป่วยพูดเล่าระบาย (Ventilate) ปัญหาความไม่สบายใจต่าง ๆ สอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม รวมถึงการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกสมาธิเบื้องต้น ภายในระยะเวลาอันจำกัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 7 ครั้ง สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงจากค่าคะแนนระหว่างก่อนและหลังการบำบัด และจากตัวผู้ป่วยได้ฝึกการผ่อนคลาย แล้วติดตามหลังจากสิ้นสุดการบำบัดทางจิตสังคม ตามระยะเวลาที่กำหนดแล้ว อาจจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาและแก้ไขความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้โดยไม่ต้องหันกลับไปใช้สุรา ยาแก้ปวดหรือใช้ยาช่วยให้อหลับ หรือกลับเข้ามารักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอีก

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ แนวทางศึกษา / วิจัยในครั้งต่อไปดังนี้

1. ขนาดของกรณีศึกษา / กลุ่มตัวอย่างควรขยายหรือเพิ่มมากกว่านี้ เพื่อจะได้จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น
2. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการบำบัด (Post – Test) อาจจะใช้ช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้าน 2 – 3 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง
3. ควรนำเอาการบำบัดทางจิตสังคมไปใช้ในผู้ที่มีความเครียดในชุมชนทุกเพศและทุกวัย
4. ควรมีการเผยแพร่วิธีการฝึกการผ่อนคลายด้วยเทคนิคที่ง่าย เหมาะสมไปใช้ในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไปเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในภาวะเศรษฐกิจ ยุค IMF

การศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าครั้งนี้ เป็นการเริ่มต้นนำเอาวิธีการฝึกการผ่อนคลายประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย ที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งพบว่าประสบผลสำเร็จและมีประโยชน์อย่างมาก ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจิต น่าจะลองนำไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อจะได้ทำการพิสูจน์และนำไปสู่การค้นหาวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช อันเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การใช้ในการแก้ปัญหา ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ลดจำนวนผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

บรรณานุกรม

1. Comberg, E.S. (1993). Recent Development in Alcoholism: Gender Issues. *Recent Development Alcohol*, 11, PP. 95 – 107.
2. Mynatt, S.L. (1999). Effectiveness of Intervention into Substance Abuse Disorder in Women with Comorbid Depression. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37(5), PP. 17 – 27.
3. Molone, K.M., Hass, G.L., Sweeney, J.A., and Mann, J.J. (1995). Major Depression and the Risk of Attempted Suicide. *Journal of Affective Disorder*, 8, PP. 173 – 185.
4. Blume, S.B. (1992). Alcohol and Other Drug Problem in Women in J.H. *J. of American Medical Association*, 256, PP. 1467 – 1476.
5. Hughes, T.L. (1990). Evaluating Research on Chemical Dependency among Women : A Women's Health Perspective. *Family Community Health*, 13, PP. 35 – 46.
6. Mumme, D. (1991). After care : Its Role in Primary and Secondary Recover of Women form Alcohol and other Drug Dependence. *International Journal of the Addiction*, 26, PP.549 – 564
7. Barry, P.D. (1984). *Psychological Nursing Assessment and Intervention*. (2 nd ed). Philadelphia : J.B. Lippincott Co.
8. Clayton, P.J. (1990). The Comorbidity Factor : Establishing the Primary Diagnosis in Patient with Mixed Anxiety and Depression. *J. Clin. Psychiatry*, 51(1), PP. 35 – 39.
9. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2536). *คู่มือการวินิจฉัยและการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลสำหรับแพทย์ทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
10. กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจสำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิชย์จำกัด.
11. Brurrer, L.S. and Suddath, D.S. (1984). *Text Book of Medical and Surgical Nursing*. (5th ed). Philadelphia : J.B. Lippincott Co.

12. Mc Caffery, M. (1979) *Nursing Management of the Patient with Pain*. (2nd ed).
Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
13. Benson, H. (1975) *The Relaxation Response*. New York : Willium Morrow and Company.
14. กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือคลายเครียด*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ปรีทยาสยาม
เอ็ม แอนด์บี พับลิชชิงจำกัด.
15. Jacobson, E. (1938). *Tension in Medicine*. U.S.A : Charles C. Thomas Publisher.
16. Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago : University of Chicago.
17. นัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์. (2535). *ผลการฝึกผ่อนคลายความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิต,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. ปัญกรณ์ ชุตังกร และคณะ. (2531). *อิทธิพลของการฝึกผ่อนคลายต่อการบำบัดทางจิตในผู้
ป่วย โรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
19. Gorton, B.E. (1959). Autogenic Training. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2,
PP. 31 – 34.
20. Spielberger, C.D. (1968). *Anxiety and Behavior*. New York : Academic Press.
21. Zeisset, R.M. (1968). Desensitization and Relaxation in the Modification of Psychiatric
Patients' Interview Behavior. *Journal Abnormal Psychology*, 73, PP 18 – 24.
22. Yorkston, N.J., Sergeant, H. (1969). A simple Method of Relaxation. *Lancet*, 20, PP.1319-
1321.
23. Luthe, E. (1970). *Autogenic Therapy : Research and Theory*. New York : Crune and
Sharton.
24. Shapiro, S; Lehrer, P.M. (1980). Psychophysiological Effects of Autogenic Training and
Progressive Relaxation. *Biofeedback and Self Regulation*. 5, PP. 2492 – 2495.

25. French, A.P., Tupin, J.P. (1974). Therapeutic Application of a Simple Relaxation Method. *American Journal of Psychotherapy*, 28, PP. 282 – 287.
26. Sheer, B. (1980). The Effects of Relaxation Training on Psychiatric Inpatients. *Issues Mental Health Nursing*. 2 (6), PP. 1 – 15.
27. May, E., House, W.C. Kovaes, K.V. (1982). Group Relaxation Therapy to Improve Coping with Stress. *Psychotherapy : Theory Research and Practice*, 19, PP. 102 – 109.
28. Borgeat, F. (1983). Psychological Effects of Two Different Relaxation Procedures : Progressive Relaxation. *The Psychiatry Journal of The University of Ottawa*, 8, PP. 181 – 185.
29. Zung, W.W.K. (1971). A Rating Instrument for Anxiety Disorder. *Psychosomatic*, 12, (Nov. – Dec.) PP. 371 – 379.
30. ใจรัตน์ สุภกุล. (2530.) ผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
31. ดวงใจ กษานติกุลและคณะ. (1997). Health Related Self-Report (HRSR) Scale : The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population. *J. Med. Assoc. Thai*, 80 (10), PP. 643 – 657.

ภาคผนวก : ก

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริงให้มากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ไม่มีคำตอบใดที่จะถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้น ขอให้ตอบด้วยความสบายใจ ตามความรู้สึกจริงของท่าน ในแต่ละข้อ ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือไม่มีพฤติกรรม ตามข้อความนั้นเลย หรือ ถ้ามีความรู้สึก หรือมีพฤติกรรม เช่นนั้น เกิดขึ้นก็น้อย มากในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

หมายเลข 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือ มีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิด ขึ้นบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเลข 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือ มีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ไม่เกิดตลอดเวลา ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

หมายเลข 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา หรือเป็นตลอดเวลาในช่วง สัปดาห์ ที่ผ่านมา

โรงพยาบาล.....

แบบวัดความวิตกกังวล

ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง การศึกษา.....
 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยกทาง อาชีพ.....
 คุณมีปัญหาสุขภาพ/โรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี อาการหรือโรค (ระบุ).....

กรุณาขีด ☒ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ไม่เลยหรือ เป็นเวลาเล็กน้อย (1)	เป็นบางเวลา (2)	เป็นเวลา นานพอสมควร (3)	เกือบหรือ ตลอดเวลา (4)
1. ฉันรู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวายมากกว่าปกติ				
2. ฉันรู้สึกกลัว กังวล โดยไม่มีสาเหตุ				
3. ฉันตกใจง่ายหรือตื่นตระหนก				
4. ฉันรู้สึกวูบเหมือนตกจากที่สูง				
5. ฉันรู้สึกอะไรมันเรื้อรังหรือเลว ไม่มีเรื่องน่าวิตก เกิดขึ้น				
6. ฉันเคยรู้สึกแขนขาสั่นสะท้าน				
7. ฉันเคยรู้สึกไม่สบายเพราะปวดศีรษะ ปวดคอ และหลัง				
8. ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย				
9. ฉันรู้สึกจิตใจสงบและนั่งเฉย ๆ ได้ง่าย				
10. ฉันรู้สึกใจสั่น				
11. ฉันรู้สึกไม่สบายเวียนศีรษะ				
12. ฉันเป็นลม				
13. ฉันหายใจเข้า – ออกได้ง่าย				
14. ฉันเคยรู้สึกชาและเสียวแปลบที่ นิ้วมือ นิ้วเท้า				
15. ฉันไม่สบายปวดท้องหรือคลื่นไส้				
16. ฉันปัสสาวะบ่อย				
17. มือของฉันมักแห้งและอุ่น				
18. ฉันรู้สึกหน้าร้อนวูบวาบ				
19. ฉันหลับง่ายและหลับสบายตลอดคืน				
20. ฉันฝันร้าย				

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2528. (อ้างใน ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์, 2535.)

แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ

ชื่อ.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง การศึกษา.....
 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยกทาง อาชีพ.....
 คุณมีปัญหาสุขภาพ/โรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี อาการหรือโรค (ระบุ).....

กรุณาขีด ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ ในช่วง 1 เดือนนี้

(บ่อย ๆ = เกือบทุกวัน, ค่อนข้างบ่อย = 2-3 วัน/สัปดาห์, บางครั้ง = น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)

- | | |
|---|--|
| 1. รู้สึกเบื่ออาหาร | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 2. นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วยให้หลับ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 4. คิดมาก กังวล | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 5. รู้สึกสับสนใจ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 13. ชีวิตไม่มีความสุข | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 16. ดำเนินหรือกล่าวโทษตนเอง | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 18. คิดอยากตาย | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |
| 20. พยายามฆ่าตัวตาย | ☐ บ่อยๆ ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ ไม่เลย |

หากตรวจสอบพบว่าค่าคะแนนรวมที่ได้สูงกว่า 30 คะแนน

ควรพบแพทย์ - จิตแพทย์ เพื่อรับคำปรึกษาในการรักษา

รวมคะแนน.....

กลุ่มพัฒนาแบบสอบถามแบบวัดด้วยตนเอง เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

พ.ญ. ดวงใจ กสานติกุล พ.บ. ร.พ. จุฬาลงกรณ์ พ.ญ. ม.ล. แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ พ.บ. ร.พ. ศิริราช
 น.พ. นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ พ.บ. ร.พ. จุฬาลงกรณ์ พ.อ. น.พ. วีระ เชื้อศิริกุล พ.บ. ร.พ. พระมงกุฎเกล้า
 พ.ญ. นงพงา ลิ้มสุวรรณ พ.บ. ร.พ. รามาธิบดี น.พ. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล พ.บ. ร.พ. สวนปรุง
 พ.ญ. อรพรรณ ทองแดง พ.บ. ร.พ. ศิริราช พ.ญ. วรลักษณ์ ชีระโมกษ์ พ.บ. ร.พ. พญาไท 2

ค่าคะแนนตรวจสอบสำหรับแบบสอบถาม

1. รู้สึกเบื่ออาหาร	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
2. นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วยให้หลับ	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4. คิดมาก กังวล	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5. รู้สึกสบายใจ	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
13. ชีวิตไม่มีความสุข	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
16. ดำเนินหรือกล่าวโทษตนเอง	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
18. คิดอยากตาย	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
19. คนอื่นดีกว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
20. พยายามฆ่าตัวตาย	☐ 0	☐ 3		

รศ.พญ. ดวงใจ กสานติกุล และคณะ (จพสท. 2540)

ภาคผนวก : ข

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. 2540 หน้า 41-42) กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. แขนขวา | 6. คอ |
| 2. แขนซ้าย | 7. อก หลัง และไหล่ |
| 3. หน้าผาก | 8. หน้าท้อง และก้น |
| 4. ตา แก้มและจมูก | 9. ขาขวา |
| 5. ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น | 10. ขาซ้าย |

วิธีการฝึกดังนี้

- นั่งในท่าที่สบาย
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนชิดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้ แล้วคลาย
- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ
- อก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแอมวท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวา แล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้นครั้งต่อไปเมื่อเครียด และกล้ามเนื้อเกร็งจะได้รู้ตัวและรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยให้ดีมาก

2. การทำสมาธิเบื้องต้น (กรมสุขภาพจิต คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง 2540 หน้า 45 – 46)

เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน

นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัด

กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่ขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5

เริ่มนับใหม่จาก 1-6 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-7 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-8 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-9 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1-10 แล้วพอ

ย้อนกลับมาเริ่ม 1-5 ใหม่ วนไปเรื่อยๆ

ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

ประวัติผู้เขียน



นางสาวอรรณณ ลีทองอิน
เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2488
ภูมิลำเนา จังหวัดสมุทรปราการ
ที่อยู่ปัจจุบัน 160 / 113
ซอยชาตะผดุง 6 ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

การศึกษา

- ชั้นประถมศึกษา โรงเรียนเฉลิมวิทยา จังหวัดสมุทรปราการ
- ชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสตรีสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
- ชั้นเตรียมอุดมศึกษา โรงเรียนสตรีสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
- ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
- ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิต) คณะแพทยฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกียรติประวัติที่ได้รับ

- ได้รับพระราชทานโล่ และ เข็ม พอ.สอ. ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น จังหวัดขอนแก่น ปีพุทธศักราช 2531
- ข้าราชการพลเรือนดีเด่น ประจำปี พุทธศักราช 2532
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข