

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวและวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ความวิตกกังวล

1. ความหมาย
2. ระดับความวิตกกังวล
3. ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD)

1. กลไกการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป
2. การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป

รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของสจิวต์ (The Stuart Stress Adaptation Model)

และวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีความวิตกกังวล

1. รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของสจิวต์ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน
2. ปัจจัยโน้มน้าวที่คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหา
3. แหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหา
4. วิธีการเผชิญปัญหา แนวคิดลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

ความวิตกกังวล

ความหมาย

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ความไม่สบาย ความกดดัน นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีความหมายครอบคลุมไปถึงความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น กระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบาย ตื่นตระหนก ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต มักเกิดควบคู่ไปกับความเครียดหรือความรู้สึกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตที่ไม่อาจสรุปได้แน่ชัดและเป็นผลจากการประเมินว่า เหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมในอดีต โดยความวิตกกังวลเป็น

อารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิด และต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ซึ่งถ้าความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่สามารถแก้ไขได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดเป็นความวิตกกังวลที่จัดเป็นโรคได้ (Johnson, 1993 อ้างถึงใน สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์, 2545)

ความวิตกกังวล (Anxiety) มีความสัมพันธ์กับคำว่า ความเครียด (Stress) ในแง่ของความวิตกกังวลเป็นลักษณะของปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์ชนิดหนึ่งที่เกิดจากบุคคลได้รับแรงกดดันหรือแรงกระตุ้นที่มากจนเกินไปหรือทำอันตรายต่อตัวบุคคลนั้นที่เรียกกันว่าเป็นความเครียด คำว่าวิตกกังวลจึงมักถูกนำมาใช้อธิบายความรู้สึกของคนในความหมายเดียวกับคำว่าความเครียด (อำเภอธรรม พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ในคนที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกสับสน เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น ไม่มีสุข ควบคุมไปกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มือสั่น ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลูกตุ้กลิ้น การที่จะพิจารณาว่าความตึงเครียดที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือไม่นั้น ให้พิจารณาจากประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากเกินไปจนจะอธิบายได้ด้วยความเครียดที่มากกระตุ้น
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงมาก
3. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ยังคงอยู่ แม้สิ่งกระตุ้นจะหมดไปแล้ว
4. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวัน และหน้าที่การงานต่าง ๆ

ระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน และก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียแก่บุคคลนั้น ๆ ตามระดับความรุนแรง เพลบลาว (Peplau, 1963 cited in Stuart & Laraia, 2004) แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอกจากสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ มีความรู้สึกมั่นคง ไว้วางใจ มีความคิดอย่างมีเหตุผลได้

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสค่อนข้างแคบลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง สนใจเฉพาะสิ่งกระตุ้นภายในหรือนอกที่อยู่ตรงหน้า สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกตัดออกไป ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการรับรู้ข้อมูลหรือเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลงอย่างมาก ปฏิเสธหรือไม่สนใจสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย มีการมองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ไม่รับรู้กาลเวลาสถานที่ ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

4. ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง ความคิดไม่ค่อยเนื่อง กระบวนการทางความคิดเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ความสนใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง อาจพูดวุ่น เสียงสั้น อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรง การแก้ไขความวิตกกังวลระดับนี้จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล

ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) (อุบล นิวัติชัย, 2527; สุวนีย์ เกี้ยวแก้ว, 2545; Spielberger, 1983 อ้างถึงใน นันทินี สุขมงคล, 2547)

ความวิตกกังวลประจำตัว หรืออุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลระดับหนึ่งซึ่งประกอบเป็นอารมณ์พื้นฐาน เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปในทุกสถานการณ์ มักจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เป็นบุคลิกภาพอันยาวนานที่จะเกิดความวิตกกังวลเมื่อถูกยั่ววู โดยสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ความถี่ของความรู้สึกอาจขึ้นสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัย (Trait) ของคน ๆ นั้น บางทีเรียกว่า ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือพื้นฐาน (Characteristic or Basic Anxiety) โดยทั่ว ๆ ไปทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว

ในภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตราย บุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวค่อนข้างสูงลักษณะความวิตกกังวลจะเป็นตัวส่งเสริมให้ระดับความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State Anxiety) มีความรุนแรง และมีระยะเวลาการเกิดมากกว่า บุคคลที่มีลักษณะวิตกกังวลประจำตัวต่ำกว่า การเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์บ่อยครั้ง โดยแต่ละครั้งมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีระดับความวิตกกังวลประจำตัวสูง นอกจากนั้นบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงก็จะมีระดับความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ในแต่ละสถานการณ์สูงด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อการมีคุณค่าในตนเองของบุคคล

สปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983 อ้างถึงใน คาราวรรณ นามสกุล, 2535) แบ่งระดับของลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว แบ่งเป็น 3 ระดับ จากแบบประเมินลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว ได้แก่ ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับเล็กน้อย ลักษณะความ

วิตกกังวลประจำตัวระดับปานกลาง และลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวระดับสูงถึงรุนแรง

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD)

โรควิตกกังวลทั่วไป เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของโรค Anxiety Disorders ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นอาการสำคัญ จากรายงานการศึกษาพบว่ามากกว่า 19 ล้านคนของชาวอเมริกันเป็นโรควิตกกังวล (National Institute of Mental Health [NIMH], 1999) พบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ของโรควิตกกังวลทั่วไปมีค่าประมาณร้อยละ 5 ของประชากรทั่วไป อัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงต่อผู้ป่วยชายเท่ากับ 2:1 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นโรคที่พบบ่อย และพบว่ามีร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย อาการมักเริ่มต้นในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น

โรควิตกกังวลทั่วไป มีลักษณะอาการแสดงถึงความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา การดำเนินชีวิตไม่มีความสุขโดยที่ไม่รู้ว่าจะเกิดจากอะไร อาการเช่นนี้จะดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน ตลอดเวลาที่มีความวิตกกังวลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มีอาการแสดงแบบเฉียบพลันเหมือนอาการแบบแพนิค (Panic) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบได้ทั่วไป และมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือแสดงอาการของอาการซึมเศร้า อาการที่พบได้แก่ ปวดในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดไหล่ และปวดต้นคอ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ร้อนตามตัว อาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกหรือหายใจไม่อิ่ม ปากแห้งคอแห้ง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ นอกจากนี้มีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ขาดสมาธิและท้องแสบ

กลไกการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป (จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช, 2545; ชนัดดา แนนเกสร, 2549)

กลไกการเกิดความวิตกกังวลทั่วไปอธิบายตามแบบ ชีวะ-จิต-สังคม (Biopsychosocial Model) ซึ่งประกอบด้วย ด้านชีวภาพ (Biological Component) ด้านจิตใจ (Psychological Component) และด้านสังคม (Social Component) ได้ดังนี้

1. ด้านชีวภาพ (Biological Component) (จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช, 2545; จินตนา ลิ้มไกรวรรณ, 2533; ซอลดา พันธุเสนา, 2536; คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2535)

1.1 พันธุกรรม (Genetic Factor) จากการศึกษาปัจจัยทางด้านพันธุกรรม พบว่ามีร้อยละ 5 ของผู้มี A Variant of the Gene ที่สัมพันธ์กับ Serotonine Metabolism จะมีระดับของความวิตกกังวลสูง

1.2 ชีวเคมี (Biochemistry) จากการศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น มักมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา ดังนี้ ในขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น สมอส่วน Hypothalamus จะส่งผ่านปลายประสาท Sympathetic ไปยัง Adrenal Medulla ของต่อมหมวกไตให้หลั่ง Catecholamines ซึ่งประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เข้าสู่กระแสโลหิตและส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจจะลึกและเร็วขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือและเท้าเย็นชืด ปากแห้ง เหงื่อออกตามฝ่ามือ เป็นต้น ส่วน Anterior Pituitary Gland จะหลั่ง Adrenocorticotrophic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal cortex ให้หลั่ง Cortisol Hormone 3 ชนิด ได้แก่ Mineralocorticoid Hormone เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปรแตสเซียม และแคลเซียม Glucocorticoid Hormone มีผลต่อการเผาผลาญอาหาร ทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาลในร่างกายมีมากขึ้นและ Androgen มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้ และส่วน Posterior Pituitary Gland จะหลั่ง Antidiuretic Hormone ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และพบว่าการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาทขึ้นอยู่กับการควบคุมของ GABAergic Moderated Feedback Mechanism โดยปกติ Gamma-aminobutyric Acid (GABA) ทำหน้าที่ยับยั้งระบบประสาทส่วนกลาง ถ้าระดับของ GABA ลดลงจะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานมากขึ้น

จากผลของความวิตกกังวลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย แสดงให้เห็นการเกิดอาการตามระบบอวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าสั่น กระตุก ปวดกล้ามเนื้อเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนเกิดความเจ็บปวด เช่น ปวดบริเวณศีรษะ ต้นคอ เอว และหลัง เป็นต้น
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เส้นเลือดบริเวณส่วนปลายหดตัว ทำให้มือเท้าชืดและเย็น รู้สึกร้อนบริเวณใบหน้า
3. ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจขัด หายใจลึกและถี่ผิดปกติ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ ถอนหายใจบ่อย และบางครั้งก็กลั้นหายใจ
4. ระบบทางเดินอาหาร มีอาการปากและคอแห้ง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน แน่นท้อง ปวดท้อง บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เบื่ออาหาร แต่บางรายรับประทานอาหารมากขึ้น

5. ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ความสามารถทางเพศลดลง

6. ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดง หรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะฝ่ามือและฝ่าเท้า ผิวหนังเย็นขึ้น ขนลุก

2. ด้านจิตใจ (Psychological Component) มีหลายทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ทางจิตใจ ทั้งในด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ทฤษฎีหลัก ๆ ได้แก่

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) Sigmund Freud เชื่อว่าความวิตกกังวลมีสาเหตุจากอดีตของบุคคลนั้น โดยเกิดจากความขัดแย้งในระดับต่าง ๆ ของจิตใจ โดยเฉพาะระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) ในส่วนที่เรียกว่า อิด (Id) ซึ่งเป็นความต้องการตามแรงขับ (Impulse) และส่วนที่เรียกว่าซูเปอร์อีโก้ (Superego) ซึ่งเป็นความต้องการด้านมีคุณธรรม เกิดความขัดแย้งกับระบบของจิตใจในส่วนที่เรียกว่า อีโก้ (Ego) ซึ่งเป็นแกนสำคัญในการจัดการความขัดแย้ง ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ อาจเป็นเพราะ อีโก้ (Ego) ของผู้นั้นอ่อนแอ อันเป็นผลลัพธ์จากพัฒนาการทางจิตใจ และประสบการณ์ในอดีตตั้งแต่วัยเด็ก เป็นการนำสิ่งที่เรียนรู้และความพึงใจจากอดีตมาโยงกับชีวิตในปัจจุบัน ทำให้บุคคลแสดงออกถึงความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึกออกมาเป็นกลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง (Ego Defense Mechanism) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกดเก็บความรู้สึก (Repression) การเพ้อฝัน (Fantasy) การโยนความผิดให้ผู้อื่น (Projection) เป็นต้น แต่ถ้ากลไกป้องกันตนเองเกิดความบกพร่อง ก็จะเป็นความวิตกกังวลในลักษณะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกกังวล ใจ ความรู้สึกอึดอัดใจ กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด สะดุ้ง ตกใจง่าย ตื่นเต้นหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล ทุกข์ใจ กลุ้มใจ ความคิดฟุ้งซ่าน ตึงเครียด มีแนวโน้มที่จะร้องไห้ง่าย อยากหลีกเลี่ยง ไม่อยากเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น มีแนวโน้มที่จะตำหนิผู้อื่น วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ความสนใจตนเองลดลง จิตใจไม่สงบ คาคิดถึงภัยอันตราย กลัวตาย และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการนึกคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral Theory) (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ตามแนวคิดนี้นักพฤติกรรมบำบัดอธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย ซึ่งในการดำเนินชีวิตปกติของมนุษย์ ต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลาเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยบุคคลนั้นต้องมีความสามารถในการประมวลความคิด เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่า เป็นอันตราย กระบวนการความคิดเริ่มทำงาน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ว่าตนเองจะเผชิญกับสิ่งเร้านั้น

อย่างไร เช่น จะสู้ หรือจะหนี เพื่อช่วยให้ตนเองลดความรู้สึกว่ากำลังได้รับอันตราย ในคนบางคน ไม่มั่นใจในวิธีการที่ตนเองเลือกใช้ในการเผชิญสิ่งคุกคามว่าจะช่วยให้ตนเองปลอดภัยจริงหรือไม่ หรือช่วยแก้ปัญหาให้ตนเองได้หรือไม่ จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ชนิดแยกแยะสถานการณ์ไม่ได้ และอาจขยายความวิตกกังวลไปสู่ลักษณะอาการในแบบอื่น ๆ อาการวิตกกังวลของบุคคลมักมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ทางด้านลบ นอกจากนี้บุคคลยังรับรู้ว่ามีข่าวสารซึ่งมีความคลุมเครือนั้นเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามหรือทางด้านลบ และมักคิดต่อไปว่าตัวเองต้องรับสถานการณ์ทางด้านร้ายบ่อกว่าคนอื่น ซึ่งมักจะใส่ใจอยู่กับข่าวร้ายและรับเข้าไปในพฤติกรรมการเรียนรู้ ทำให้ถูกเร้าให้เกิดความไม่สบายใจได้โดยง่าย ข่าวสารซึ่งมีลักษณะข่มขู่จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล และเมื่อบุคคลพยายามที่จะค้นหาคำอธิบายถึงปัญหาก็จะยิ่งกังวลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ทำให้ความสามารถทางด้านสมาธิและความจำลดลง สมองง่าย ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีความสามารถในการรวบรวมความคิด ครุ่นคิดแต่อดีต ไม่สนใจเรื่องราวที่ควรจะเป็น และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม มีแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทางเช่น บุคลิกภาพ รูปแบบการติดต่อสื่อสารและสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเปลี่ยนไป นอกจากนี้พฤติกรรมแสดงออกมักจะเป็นแบบอัตโนมัติ ที่พบได้บ่อยคือ หงุดหงิด โมโหง่าย หรือนิ่งเฉย นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมซึ่งกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์แก่ตัวเอง

2.3 ทฤษฎีการบำบัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-focused Therapy) ของเดอเซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหาหรือสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นไม่ได้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง แต่บุคคลจะขาดการตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเอง ศักยภาพด้านอื่น ๆ ไม่ได้ถูกนำมาใช้ เช่น การคิดเป็นเหตุเป็นผล การคิดสร้างสรรค์ การคิดหาหนทางที่จะอยู่ หรือใช้ชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับเขา ในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่รบกวนจิตใจ ดึงเครียด หรือบีบคั้น บุคคลจะพยายามแสวงหาและทดลองใช้วิธีใหม่ ๆ เปิดรับโอกาสใหม่ ๆ โดยมองว่าเป็นเรื่องของโอกาสและการท้าทาย แล้วสังเกตว่าผลลัพธ์ของวิธีการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จหรือไม่ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะไม่สามารถมองเห็นศักยภาพของตนเองเมื่อต้องมีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีอื่น ๆ อีก เช่น ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) (Peplau, 1963) แนวคิดนี้เชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีพื้นฐานมาจากการพัฒนาบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกจนตลอดชีวิต พัฒนาการนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและมีประโยชน์ บุคคลจะถูกกระตุ้นเพื่อไปสู่เป้าหมาย 2 ประการ ได้แก่ เป้าหมายไปสู่ความพึงพอใจ และเป้าหมายไปสู่ความมั่นคง

ซึ่งความต้องการทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์กัน ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอทั้งสองด้านก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจ ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลตามมา ความรู้สึกเหล่านี้เกี่ยวข้องกับระดับความปรารถนาที่แต่ละบุคคลตั้งไว้

3. ด้านสังคม (Social Component) (สุรินทร์ ลิขิตเสถียร, 2552)

ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ ความผูกพัน ฐานะทางสังคม ปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณค่าทางสังคมของบุคคล ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม นับว่าเป็นปัจจัยที่คนทั่วไปให้ความสนใจ และกล่าวโทษว่าเป็นต้นเหตุของการป่วยทางจิตบ่อยครั้งที่สุด ซึ่งจากการศึกษาที่เป็นระบบแล้วไม่อาจพิสูจน์ได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าปัจจัยทางสังคมนี้มีผลอย่างมากในฐานะที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคอยู่แล้ว ซึ่งความเสี่ยงของแต่ละบุคคลอาจเป็นผลจากทั้งด้านพันธุกรรม หรือจากการเลี้ยงดูก็ได้ ปัจจัยทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดทั้งในด้านเป็นผู้ก่อปัญหา และสร้างความแข็งแกร่งหรือช่วยการรักษา ได้แก่ ครอบครัว

การรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

บุคคลมีความวิตกกังวลผิดปกติที่มาขอรับการการรักษา ส่วนมากจะมาด้วยอาการเฉียบพลันหรืออาจมาด้วยปัญหาของอาการทางกาย ซึ่งการช่วยเหลือแรกเริ่มจำเป็นต้องจำแนกว่าผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายก่อน สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติแยกกล่าวได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ตามแนวคิดด้านชีวภาพ นักทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์เชื่อว่าการเกิดโรควิตกกังวลจะมีผลต่อระดับของสารสื่อประสาท การรักษาตามแนวคิดทฤษฎีนี้จึงมีรูปแบบเดียวกับการรักษาโรคฝ่ายกาย ส่วนมากเป็นการรักษาด้วยยา โดยเชื่อว่ายาสามารถทำให้การทำงานของสมองมีการเปลี่ยนแปลงโดยไปทำให้ระดับของสารสื่อประสาทกลับสู่สภาพปกติ จะช่วยควบคุมอาการของโรคหรือรักษาโรคได้ โดยแพทย์จะให้ยาในผู้ป่วยบางราย ในช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งมียารักษาเฉพาะแล้วแต่กรณี เป้าหมายในการให้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ส่งผลให้อาการแสดงออกของความวิตกกังวลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความคิดในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ยาที่ใช้ลดความวิตกกังวล ส่วนมากเป็นยาในกลุ่มคลายกังวล (Antianxiety Drug) มี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam Lorazepam Alprazolam เป็นต้น และกลุ่ม Non-benzodiazepines เช่น กลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของ Serotonin กลุ่มยับยั้ง Sympathetic กลุ่ม β -blocker เช่น Propranolol (ปราโมthy สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2540)

2. ด้านจิตใจ โดยการทำจิตบำบัด (Psychotherapy)

2.1 ตามแนวคิดทฤษฎีของจิตวิเคราะห์ มีเป้าหมายหลัก คือ ปรับโครงสร้างของบุคลิกภาพ เทคนิคสำคัญที่ใช้ คือ Free Association เป็นวิธีที่ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้พูดถึงสิ่งแรกที่ผุดขึ้นมาในใจอย่างอิสระ ในบรรยากาศที่ปลอดภัย การพูดอย่างอิสระจะค่อย ๆ ลดอำนาจของจิตสำนึกที่คอยควบคุมกำกับการคิดและพฤติกรรมอยู่ ความขัดแย้งในใจถูกนำขึ้นมาสู่ระดับจิตสำนึกนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงที่มาที่ไปของพฤติกรรมที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะสามารถอยู่กับปัจจุบันได้ และสามารถแก้ปัญหความขัดแย้งในใจได้ เนื่องจากวิธีนี้ใช้เวลาในการบำบัดนานมาก ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้ (Antai-Otong, 2003)

2.2 ตามแนวคิดทฤษฎีด้านการนึกคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อช่วยปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหาใหม่ โดยปรับอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เป็นวิธีที่ใช้มากในการลดความวิตกกังวลและบุคคลที่มีความกลัวชนิดต่าง ๆ เทคนิคการบำบัดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับผู้รักษานำมาใช้ การจะใช้เทคนิคใดนั้นต้องพิจารณาปัญหาและลักษณะของบุคคล เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับผู้มีปัญหาแต่ละคน เทคนิคการลดความวิตกกังวลที่นิยมใช้มีดังนี้ การสร้างจินตภาพ (Visual Imagery) การออกกำลังกาย หรือการนวดเพื่อคลายเครียด (Exercise or Massage) การทำสมาธิ (Transcendental Meditation) วิธีเผชิญกับภาวะวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) ผีกลคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation Exercise) การใช้พลังสัมผัส (Therapeutic Touch) และ การฝึกความกล้าแสดงออก (Assertive)

2.3 ตามแนวคิด Solution Focused Therapy หรือ Solution Oriented (DeZhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พงษ์พันธ์, 2548 ก) การรักษาโดยวิธีนี้เน้นที่ทางออกมากกว่าตัวปัญหา โดยเปลี่ยนวิธีการมองหรือรับรู้ปัญหาของบุคคล ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ทำอยู่ และช่วยให้ค้นพบความเข้มแข็งของคนพอที่จะทำให้มีความอดทนมากขึ้นกับสิ่งที่ปัญหา โดยพยายามเพิ่มวิธีที่ช่วยให้ดีขึ้นและลดวิธีที่ทำให้แย่ลง วิธีแก้ไขวิธีใดที่เคยใช้ได้ผลจะนำมาเป็นแนวทางแก้ไข สร้างแนวทางแก้ไขการเปลี่ยนแปลงจากการที่ไม่สามารถแก้ไขกับปัญหาได้ ไปเป็นสามารถแก้ไขปัญหาได้ และนำไปใช้ต่อไปได้ในอนาคต แนวคิดหลัก คือ การใช้ศักยภาพและทรัพยากรของผู้รับบริการ และการเน้นอนาคต เทคนิคที่ใช้บ่อยในการบำบัด ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนเริ่มให้การบำบัดในแต่ละครั้ง (Precession Change Questions) คำถามเพื่อหาข้อยกเว้น (Exception Questions) คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) คำถามเกี่ยวกับการจัดการ (Coping Questions) และคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Amplifying Differences Questions)

แนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ เช่น ตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ใช้เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT) ในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ด้วยการเชื่อมโยงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น (พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2549)

ผู้ที่ให้การรักษาโดยการบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและฝึกฝนจนได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้บำบัด ซึ่งอาจเป็นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวช

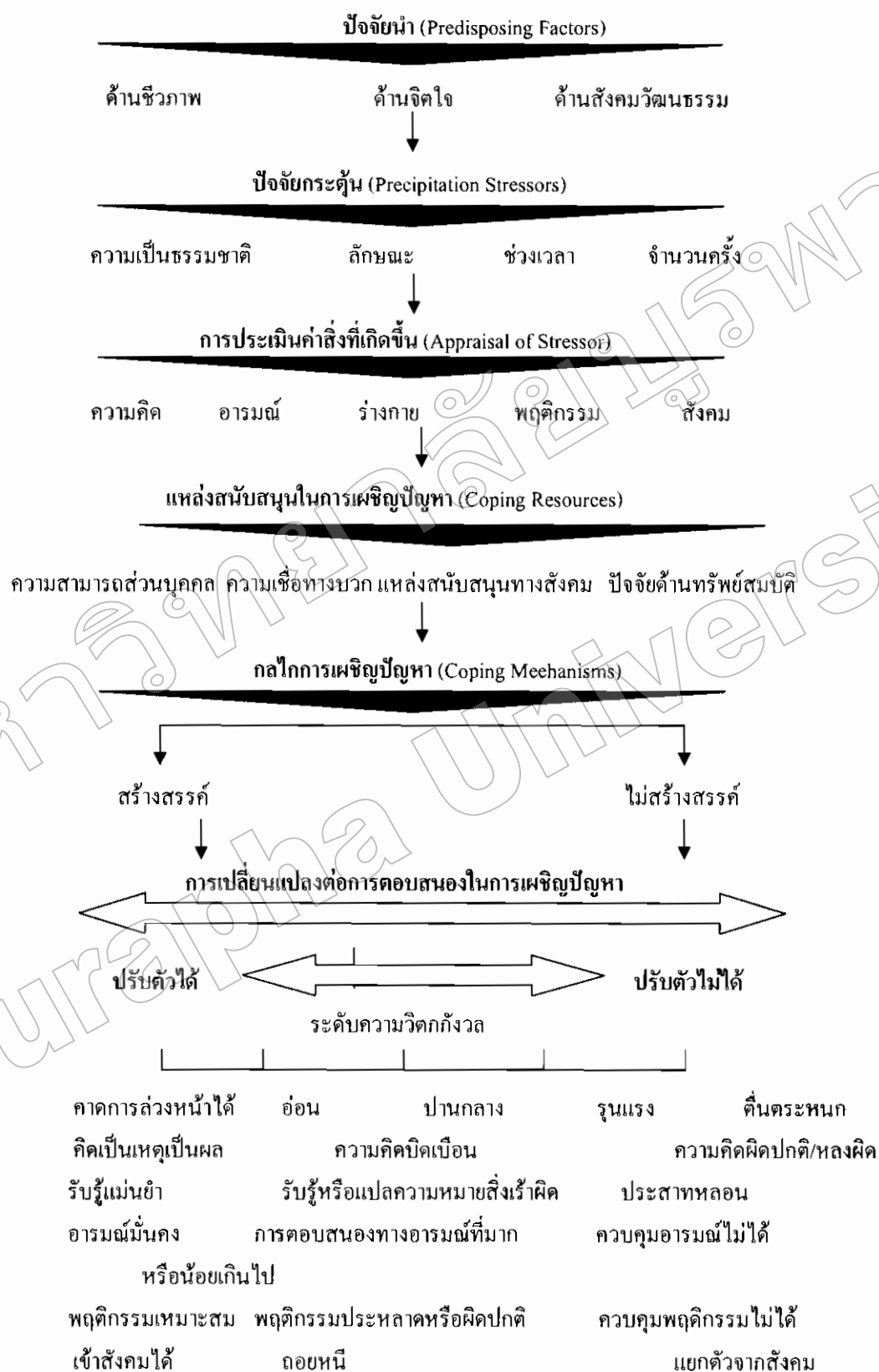
3. ด้านสังคม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น แนวคิดนี้เน้นการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทรัพย์สินสมบัติ ความเชื่อทางบวก มาใช้ในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เช่น การเข้ากลุ่มต่าง ๆ การใช้ทักษะการเรียนรู้ทางสังคม เป็นต้น

รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของสจ๊วต (The Stuart Stress Adaptation Model) และวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีความวิตกกังวล

รูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของสจ๊วตภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน

สจ๊วต และลาไรอา (Stuart & Laraia, 2004) อธิบายรูปแบบการปรับตัวต่อความเครียดของสจ๊วต ไว้ว่า ในบุคคลคนหนึ่งมีปัจจัยนำที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ กาย จิต และสังคม วัฒนธรรม (Biological Psychological and Sociocultural Component) ที่ไม่สามารถแยกส่วนกันได้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขตามธรรมชาติของบุคคลทุกคน ปัจจัยทางกาย ประกอบด้วย พันธุกรรม สารชีวเคมี ในสมอง โครงสร้างสมอง สภาพทางร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจประกอบด้วยสติปัญญา ความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิดชอบ บุคลิกลักษณะ ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ กลไกทางจิต และ ความมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ ความผูกพันฐานะทางสังคม การให้คุณค่าทางสังคม ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป บุคคลมีโอกาที่จะเจอเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตที่เป็นตัวสนับสนุนให้เกิดความกดดัน (Stresses) โดยบุคคลต้องใช้พลังงานอย่างมากในการที่จะปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความกดดันทั้งภายในจิตใจตนเอง และภายนอกจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นต้องเผชิญอยู่ ให้กลับสู่ภาวะสมดุลในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมี การใช้แหล่งสนับสนุน ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทรัพย์สินสมบัติ ความเชื่อทางบวก บุคคลจะดึงสิ่งเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับความกดดันที่เกิดขึ้น โดย

บุคคลจะประเมินค่าสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีผลอย่างไรต่อตัวเอง สิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นประเมินค่าอย่างไร ได้แก่ ความคิด สภาวะอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางร่างกาย พฤติกรรม และทางสังคม ถ้าบุคคลมีการปรับตัวหรือจัดการได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่การปรับตัวได้โดยมีการใช้กลไกป้องกันทางจิตหรือการถดถอยของจิตใจโดยที่เจ้าตัวไม่รู้ตัวในระดับที่น้อยที่สุด หรือในแบบที่สร้างสรรค์ มีการคิด การรับรู้ปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ไม่เกิดปัญหาหรืออาการของโรคทางจิตเวชขึ้น แต่ถ้าการจัดการไม่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะใช้กลไกป้องกันทางจิตมากกว่าปกติ หรือใช้ในแบบที่ไม่สร้างสรรค์ ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดที่บิดเบือนไป อาจมีอาการทางประสาท ได้แก่ อาการย้ำคิดย้ำทำ การตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป การแสดงพฤติกรรมที่แปลกจากปกติ หรือการแยกตัวจากผู้อื่น และถ้าบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการจัดการที่ล้มเหลวหรือไม่สามารถปรับตัวได้ มีการใช้กลไกป้องกันทางจิตที่มากขึ้นไปอีก นำไปสู่การคิดที่ผิดปกติ มีอาการประสาทหลอน หลงผิดมีอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ แยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นลักษณะอาการทางจิต (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 Biopsychosocial Components of the Stuart Stress Adaptation Model (Stuart & Laraia, 2004)

ความสอดคล้องของรูปแบบของชีวิตและทฤษฎีระบบของนิวแมน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ตามแนวคิดของนิวแมน ระบบมนุษย์เป็นระบบเปิด มนุษย์มีหน้าที่รักษาความสมดุลของระบบ หรือทำให้ระบบมีความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับภาวะบีบคั้น หรือสิ่งก่อความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน หรือช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต การทำหน้าที่ดังกล่าวเป็นการทำหน้าที่อย่างกลมกลืนกันของตัวแปรห้าด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ พัฒนาการ สังคมและวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ นั่นคือนอกจากจะถือว่าตัวแปรทั้งห้าเป็นปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของระบบแล้วยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินค่าของปัญหาที่เกิดขึ้น และตัดสินใจลงมือแก้ปัญหา การทำหน้าที่ของระบบเช่นนี้ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมใหม่ในระบบ (Created Environment) กลายเป็นแหล่งสนับสนุนสำหรับการเผชิญหน้ากับภาวะบีบคั้นหรือปัญหาในคราวต่อไป (สายใจ พัวพันธ์, 2548 ข) บุคคลในภาวะปกติจะมีการแลกเปลี่ยนพลังงานกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาเพื่อความสมดุลของระบบ หรือความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความเครียด หรือสิ่งท้าทายใหม่ ๆ เมื่อเผชิญกับภาวะกดดัน บีบคั้นมารบกวนคุณภาพของบุคคล ในการคงไว้ซึ่งคุณภาพของระบบ บุคคลจะใช้แนวป้องกันสามแนว คือ แนวป้องกันแบบยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ และแนวต่อต้าน ในการจัดการ บุคคลจะมีวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบสร้างสรรค์และแบบไม่สร้างสรรค์ ถ้าบุคคลมีการปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม หรือใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบสร้างสรรค์ แนวป้องกันยืดหยุ่นก็จะขยายออกไปห่างจากแนวป้องกันปกติ หากบุคคลยังอยู่ในภาวะกดดัน บีบคั้นเป็นเวลานานและยังไม่สามารถจัดการกับภาวะนี้ได้ หรือจัดการได้แต่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบไม่สร้างสรรค์ แนวป้องกันยืดหยุ่นก็จะหดตัวเข้ามาหาแนวป้องกันปกติ และถ้าแนวป้องกันปกติยังไม่สามารถจัดการได้หรือจัดการได้แต่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบไม่สร้างสรรค์อยู่อีก แนวป้องกันปกติก็จะทะลุผ่านเข้ามาหาแนวต่อต้าน ซึ่งจะทำให้แนวต่อต้านทำงานมากขึ้น จนไม่สามารถจัดการกับภาวะกดดันและบีบคั้นได้ พลังงานในระบบลดลงเรื่อย ๆ ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยจนเกิดเป็นโรคจิตกักขังได้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยนำที่คัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว และลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว ที่ถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนในการเผชิญปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาที่มีอยู่สองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งแก้อารมณ์ของผู้ป่วยโรคจิตกักขัง

ปัจจัยนำที่คัดสรรที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล

ปัจจัยนำของบุคคล แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าแตกต่างกัน ส่งผลให้มีวิธีการเผชิญปัญหาต่างกัน ได้แก่ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540; สติธ วงศ์สวรรค์, 2540; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านร่างกายเป็นสิ่งที่ได้รับมาแต่กำเนิด โดยธรรมชาติ ความแตกต่างระหว่างเพศไม่เพียงแต่รูปร่างเท่านั้น นิสัยใจคอ ความคิดเห็น การควบคุมอารมณ์ รวมทั้งการแสดงบทบาททางสังคมของแต่ละเพศก็มีความแตกต่างกัน เช่น พฤติกรรมที่ถูกคาดหวังจากสังคมของเพศชาย ต้องเป็นเพศที่แข็งแกร่ง เป็นผู้นำ เป็นต้น
2. อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะ เพราะอายุที่ต่างกัน ทำให้การรับรู้ข้อมูลและการเรียนรู้การเผชิญปัญหาต่างกัน และในบางช่วงของอายุ บุคคลจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ
3. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ด้านกระบวนการคิดที่ช่วยสร้างทักษะในการปรับตัวและแก้ปัญหาของบุคคล ช่วยพัฒนาความรู้และศักยภาพในการแสวงหาข้อมูลความรู้ และการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ
4. ความเพียงพอของรายได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงมีความเป็นอยู่ดี ย่อมมีความแตกต่างในการเผชิญปัญหามากกว่าผู้มีรายได้น้อยหรือขาดแคลนปัจจัย
5. สถานภาพสมรส ผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากมีคู่คิด เป็นเพื่อนช่วยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือปลอบโยน ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ผู้ที่ไม่มีคู่สมรส โสด หม้าย หย่า และแยก มีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหว่ เสร้าและวิตกกังวลได้ง่าย
6. การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้ที่อยู่ร่วมอาศัยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเป็นความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ทั้งทางอารมณ์และสิ่งแวดล้อมจากคนในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตรหลาน หรือบุคคลภายนอกครอบครัว เช่นญาติ เพื่อน โดยได้รับความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาย่อมมีความแตกต่างในการเผชิญปัญหากับบุคคลที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ว่ามีผลอย่างไรต่อวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป จากการทบทวนรายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส และการอาศัย

อยู่ร่วมกับครอบครัว ยังไม่สามารถสรุปทิศทางของความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหาได้แน่นอนว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ แต่ก็ยังมีงานวิจัยหลายงานที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำที่คัดสรรกับวิธีการเผชิญปัญหา เช่น การศึกษาของดาร์เร็น ปานดี (2549) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านการความรู้แรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดในด้านการจัดการปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมของครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่ระดับการศึกษา จากการศึกษาของสุดอนม รอดอ่วม (2537) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการที่หน่วยให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว การมีบุตร รายได้ของครอบครัวต่อเนื่องกับระดับความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กัน และจากการศึกษาของสุษศรี เลิศอารมณ์ (2544) ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเนื่องกัน ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดา และจากการศึกษาของ นันทินี สุภมงคล (2547) ที่ศึกษาความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันทางบวก

แหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหา

ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดของสจิวต์และลาไรอา (Stuart & Laraia, 2004) อธิบายแหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหาดังนี้

1. ความสามารถส่วนบุคคล หรือทักษะในการแก้ปัญหา เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของตนเอง ในการที่จะค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหามีเหตุผล ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหานี้เป็นผลมาจากการพัฒนาการและการมีประสบการณ์ การแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี
2. ความเชื่อทางบวก การที่บุคคลมีความคิด ความเชื่อในทางบวกต่อความสามารถหรือศักยภาพของตนเอง มั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลมีความหวัง กำลังใจ หรือ

พลังที่จะเผชิญปัญหาไปได้ด้วยดี

3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนและสังคมอย่างแท้จริงทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การพึ่งพาอาศัยกันและกัน จะทำให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดี

4. ปัจจัยด้านทรัพยากรสมบัติ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแหล่งสนับสนุนในการเผชิญปัญหาในด้านความสามารถของบุคคลด้านลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) ว่ามีผลอย่างไรต่อวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป งานวิจัยที่สนับสนุนลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหา เช่น การศึกษาของ นันทินี สุขมงคล (2547) ที่ศึกษาความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และจากการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต วนิดา เสนาะสุทธิพันธ์ และชมชื่น สมประเสริฐ (2532) ที่ศึกษาติดตามระดับความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลขณะศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 ถึงชั้นปีที่ 4 ระหว่างปีการศึกษา 2531-2532 พบว่าระดับความวิตกกังวลประจำตัวขณะศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3 จะสูงกว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาในปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mechanisms or Coping Strategies)

แนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

อธิบายวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลไว้ว่า บุคคลเมื่อเกิดความเครียดหรือกดดัน ก็มักจะหาทางลดความเครียดหรือสิ่งกดดันนั้นด้วยวิธีการหรือรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป และมักใช้วิธีการที่เคยใช้แล้วได้ผลมาใช้ในการเผชิญปัญหาของตนเอง ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้ง บุคคลจะมีวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ โดยแบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. แบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) เป็นการแก้ปัญหาลดความขัดแย้งในใจหรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญา เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา โดยทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหตุของปัญหาและพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น กำหนดขอบเขตของปัญหา และหาข้อจำกัดของตนเองและแหล่งสนับสนุน ศึกษาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีพิจารณาว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เพื่ออยู่กับสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหให้ได้ เลือกวิธีที่เหมาะสมแล้วจึงลงมือแก้ปัญหา วิธีนี้บางครั้งเรียกว่า Task-oriented Reactions

(Stuart & Laraia, 2004) จุดมุ่งหมายคือปัญหาหมดไป ปัญหาคลี่คลายลง หรืออยู่กับปัญหาได้ ปฏิบัติตอบสนองของคนที่จัดการความวิตกกังวลด้วยการแก้ปัญหา 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง และการประนีประนอม

1.1 พฤติกรรมการต่อสู้ (In attack Behavior) เป็นความพยายามของบุคคลที่จะขัดหรือเอาชนะอุปสรรคนั้น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน เป็นได้ทั้งการสร้างสรรค์หรือการทำลายรูปแบบที่เป็นการทำลายได้แก่ การแสดงออกถึงความโกรธและมุ่งร้าย การก้าวร้าวหรือการแสดงออกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไปละเมิดสิทธิและความเป็นบุคคลของผู้อื่น ส่วนอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นการสร้างสรรค์เป็นวิธีการแก้ปัญหา และในขณะเดียวกันก็รักษาถึงผลประโยชน์ของตัวเอง ไม่ไปละเมิดสิทธิของผู้อื่น

1.2 พฤติกรรมของการหลีกเลี่ยง (Withdrawal Behavior) บุคคลอาจจะแสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การหลีกเลี่ยงทางด้านร่างกายจะรวมทั้งการที่บุคคลหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่คุกคามเขาอยู่ ซึ่งจะครอบคลุมปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตด้วย เช่น ควันบุหรี่ การถูกรังสี หรือการติดต่อกับโรค การหลีกเลี่ยงทางด้านจิตใจของบุคคล เช่น การไม่รับรู้อะไร ไม่ได้ยิน การเป็นคนเฉยชา พฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าเป็นได้ทั้งวิธีการสร้างสรรค์และการทำลาย

1.3 การประนีประนอม (Compromise) เนื่องจากในบางสถานการณ์บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การประนีประนอมจึงเป็นสิ่งจำเป็น บุคคลจะมีการเปลี่ยนวิธีการ จุดมุ่งหมาย หรือเป็นการเสียสละ ปฏิบัติแบบการประนีประนอมนี้จึงถือว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ และมักจะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน เมื่อบุคคลได้ตัดสินใจแล้วจะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป และบางครั้งการประนีประนอม ไม่ได้ผล บุคคลก็จะพิจารณาทบทวนใหม่ หรือเลือกใช้กลไกทางจิตต่อไป

2. แบบการจัดการอารมณ์ (Emotional Focused Coping) ในบางครั้งการแก้ปัญหาด้วยการใช้สติปัญญาก็ไม่ประสบความสำเร็จเสมอไป บุคคลก็จะป้องกันตนเองด้วยการใช้กลไกทางจิตเข้ามาช่วยบรรเทาภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึก หรือการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล คนเราทุกคนจะมีการใช้กลไกทางจิตเป็นประจำ และมีอยู่บ่อย ๆ ที่กลไกทางจิตช่วยให้บุคคลแก้ปัญหาได้ ในความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยและปานกลาง กลไกทางจิตมีหน้าที่ในการปกป้องบุคคลจากความรู้สึกว่าตนเองบกพร่องและไม่มีคุณค่า และยังทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้บุคคลรู้ว่าตนกำลังมีความไม่สบายใจ เช่น การมองโลกในแง่ดี การนอนหลับ การใช้อารมณ์ขัน การปลง การสวดมนต์ การปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาให้ การร้องไห้ การกล่าวโทษผู้อื่น การระบายกับสิ่งของการมองโลกในแง่ร้าย การรับประทานอาหารมากขึ้น การสับถอย เป็นต้น การจัดการความวิตกกังวลใน

ลักษณะนี้เป็นเพียงวิธีการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้พิจารณาใคร่ครวญในความเป็นจริงของสถานการณ์ ความสามารถ ข้อจำกัด ศักยภาพ แหล่งสนับสนุนของตัวเอง ทำให้ขาดการตระหนักรู้ในตัวเอง มีความคิดที่บิดเบือนไป มีโอกาสทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมผิดไปด้วย นำไปสู่การกระทำที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นถ้าบุคคลใช้บ่อย ๆ โดยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีความคิดหรือการกระทำที่บิดเบือน ปัญหาต่าง ๆ ก็จะไม่ได้รับการแก้ไขก็จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น จนอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า แต่ถ้าบุคคลใช้วิธีจัดการความวิตกกังวลอย่างรู้สำนึกตามสภาพที่เป็นจริง ก็จะช่วยให้ปรับตัวได้ วิธีนี้บางครั้งเรียกว่า Ego-oriented Reactions (Stuart & Laraia, 2004)

มีงานวิจัยหลายงานที่แสดงถึงการเผชิญปัญหาดังกล่าว เช่น การศึกษาของ ถนอมศรี อินทนนท์ และคณะ (2540) ที่ศึกษาการแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าวิธีแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนแห่งนี้ ได้แก่ 1) การปรึกษาหมอดู หมอดูที่สมาชิกชุมชนไปปรึกษามีทั้งหมอดูเข้าทรงและหมอดูตามความเชื่อของโหราศาสตร์ 2) การปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์ ฟังเทศน์ และการบริจาคทาน 3) การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาสุขภาพจิต เช่น การพยายามหาเหตุผลมาอธิบายให้ตนเองยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การพึ่งพาอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การบนบาน การทำพิธีแก้ไฉนราลงครุ การรับตายายสามทับ การสะเดาะเคราะห์ การทำยาเสน่ห์ การบูชาเจ้าที่ การทำพิธีแก้เมื่อถูกของ เป็นต้น และ 5) การใช้ยาแผนโบราณ และ จากการศึกษาของ อุดมเพชรสังหาร และคณะ (2541) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ใช้บริการหมอดูในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการใช้บริการหมอดู ได้แก่ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความทุกข์ใจ ช่วยให้มีความกล้าใจและมีความหวังในชีวิตมากขึ้น สำหรับเครือข่ายสังคมที่กลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาก่อนมาพบหมอดู ได้แก่ ผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงานญาติพี่น้อง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ มีรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในรอบ 1 ปี ของบัณฑิต ศรีไพศาล (2541) พบว่าเมื่อประชาชนเกิดความเครียดทั้งในกลุ่มประกอบอาชีพและกลุ่มว่างงานจะเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหา 5 อันดับแรกในลักษณะที่สร้างสรรค์เหมือนกัน ได้แก่ การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น หางานอดิเรกทำ พูดระบายกับผู้อื่น ทำบุญตักบาตร และออกกำลังกาย ส่วน 5 อันดับแรก ในลักษณะที่ไม่สร้างสรรค์ของทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ กินยาระงับประสาท ระบายอารมณ์โดยกรีดร้อง เทียบสถานเริงรมย์ และระบายกับสิ่งของ