



ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวล
ในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

The Effect of a Stabilization-based Program on Anxiety among Elderly
Patients with Generalized Anxiety Disorder

กาญจนา ศุภศรี

Kanjana Supphasri

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and
Mental Health Nursing

Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวล
ในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป

ผู้เขียน นางกาญจนา ศุภศรี

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
(ดร.นายแพทย์ นพพร ตันติรังสี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกกิง วงศ์ศิริโชติ)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....

(นางกาญจนา ศุภศรี)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางกาญจนา ศุภศรี)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป
ผู้เขียน	นางกาญจนา ศุภศรี
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-79 ปี เป็นผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สวนสราญรมย์ จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน ใช้ระยะเวลา 90 นาที เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82, .83 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square) รวมถึงเปรียบเทียบผลการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองแบบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-t test) เปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent-t test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.19, P<.001$) และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.39, P<.001$) และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันต่ำกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.71, P<.01$) และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.88, P<.01$)

จากผลการวิจัย แสดงถึงโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ, ความวิตกกังวล, ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

Thesis title	The Effect of a Stabilization-based Program on Anxiety among Elderly Patients with Generalized Anxiety Disorder
Authors	Mrs. Kanjana Suphasri
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2022

ABSTRACT

The quasi-experimental research aimed to examine the effect of a Stabilization-based Program on Anxiety among elderly patients with generalized anxiety disorder. Participants comprised 60 elderly patients with generalized anxiety disorder, aged 60-79 years, and undergoing treatment as outpatient in Suansaranrom Hospital. The participants, were assigned into 2 groups, 30 to the experimental group to receive the stabilization-based program and 30 to the control group to receive usual care. Research instruments consisted of a demographic data form, an anxiety inventory, a state-trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y), and the ruminative response scale (RRS), and the Stabilization-based Program. The program included 3 sessions, each of 90 minutes, once a week continually. Content validity of instruments was verified by three experts. Cronbach's alpha coefficient was used for reliability testing of the anxiety Inventory, the STAI from Y and RRS yielding a value of .82 , .83 and .83, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi square. To comparison between before and after mean score of the experiment group was analyzed using Paired-t test. The mean difference between control group and experimental group was analyzed using Independent-t test.

The result revealed that the mean score of state-anxiety after participating in the stabilization-based program was significantly lower then before participating in the program ($t=9.19, p<.01$), and the mean score of state-anxiety after participating in the stabilization-based program was significantly lower then before participating in the program ($t=9.39, p<.01$). In addition, the mean score of state-anxiety after participating in the stabilization-based program as the experimental

group was significantly lower than that of participants in the control group ($t=-5.71$, $p<.01$) and the mean score of trait-anxiety after participating in the stabilization-based program as the experimental group was significantly lower than that of participants receiving usual care as the control group ($t=-10.88$, $p<.01$)

In conclusion, the stabilization-based program could reduce anxiety in elderly patients with generalized anxiety disorder. Therefore, psychiatric nurse could implement the program to reduce anxiety in the elderly and to prevent mental health crises.

Keywords : Stabilization-based Programs, Anxiety, Elderly patients with generalized anxiety disorder

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณาและช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรพรรณ หนูแก้ว ที่กรุณาชี้แนวทางในการแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้วิจัยทุกครั้งในขั้นตอนและกระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคอยให้กำลังใจและให้ความสนับสนุนเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกปราบปลื้มซาบซึ้งใจในความเมตตากรุณาอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าช่วยกรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งชี้แนะที่มีประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยชี้แนะ เสนอข้อคิดเห็น จุดที่ควรปรับปรุงแก้ไขที่มีประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ รวมถึงขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระดับการศึกษาปริญญาโทตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา กราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่คอยช่วยเหลือในเรื่องขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นอย่างสูง ที่ให้ความเมตตากรุณา คอยช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณทุนสนับสนุนบัณฑิตศึกษา ศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงวัย คณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2564 ที่มอบทุนสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้นำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่คอยสนับสนุนทุนการศึกษาการเรียนปริญญาโทในครั้งนี้ คอยให้กำลังใจยามที่ผู้วิจัยท้อแท้และให้คำปรึกษาเป็นแรงสนับสนุนที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณญาติพี่น้อง เพื่อนๆ พี่ๆ ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจตลอดจนสามารถทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ บุคคลที่เคารพรักและผู้ที่เกี่ยวข้องมา ณ ที่นี้

กาญจนา ศุภศรี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	(4)
ABSTRACT	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
สารบัญตาราง.....	(12)
สารบัญภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐาน	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	13
การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ	13
การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ.....	15
ความต้องการของผู้สูงอายุ	20
การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ.....	22
การใช้ไลน์ (Line) ในผู้สูงอายุ.....	24
โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ.....	25
ความหมายของความวิตกกังวล	25
ประเภทของความวิตกกังวล	27
ระดับความวิตกกังวล	28
สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
อาการของโรควิตกกังวลทั่วไป.....	31
เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป	31
การประเมินความวิตกกังวล	33
การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ.....	36
บริบทการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปของโรงพยาบาลสวนราชมรมย์.....	42
แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ.....	43
ความหมายของภาวะวิกฤตทางจิตใจ.....	43
ประเภทของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ	43
ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของภาวะวิกฤตทางจิตใจ	45
ระยะของการเกิดวิกฤตทางจิตใจ.....	46
องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ	47
การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization technique).....	49
ความหมายของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ	49
รูปแบบของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ.....	50
เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ	50
การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจในผู้สูงอายุ	52
โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ	54
และการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ	54
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58
บทที่3 วิธีดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	60
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	82
การวิเคราะห์ข้อมูล	83

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	84
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	85
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน.....	87
อภิปรายผลการวิจัย	90
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย.....	97
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	99
เอกสารอ้างอิง	101
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก การคำนวณขนาดอิทธิพล	112
ภาคผนวก ข ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ	114
ภาคผนวก ค เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย.	117
ภาคผนวก ง เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....	122
ภาคผนวก จ เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนราชมรณะ.....	123
ภาคผนวก ฉ ใบรับรองผ่านการอบรมการบำบัดด้วยเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ....	124
ภาคผนวก ช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ภาคผนวก ซ ผลการกำกับการณ์ทดลอง.....	169
ภาคผนวก ฌ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	171
ประวัติผู้เขียน.....	172

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเพศ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่	62
2	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ และไคสแควร์จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	85
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired T-test)	88
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired T-test)	89
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent T-test)	89
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent T-test)	90
7	สรุปองค์ประกอบของโปรแกรม	138
8	เปรียบเทียบระดับคะแนนการหมั่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (n=30)	169

สารบัญภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	บริบทการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตก้ำกึ่งลทั่วไปของโรงพยาบาลสวนราษฎรมย์.....	42
3	ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล.....	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2562) และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (วัชรการณ ชิวโศภิชฐ, 2562) ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ปัจจุบันได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น มากถึงประมาณร้อยละ 5 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559; ทรงศักดิ์ รักพ่วง, และภุขงค์ เสนานุช, 2562) ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้มีการคาดการณ์ว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มสูงตามไปด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2562; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อธิศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาความวิตกกังวล ความเครียด อารมณ์แปรปรวน และโรคซึมเศร้า เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความวิตกกังวล เมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นและไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ก็จะไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆที่รุนแรงขึ้นตามมา จากการศึกษาพบว่า สามารถพัฒนาไปเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD) (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) รบกวนการทำงานที่และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาสถิติผู้ใช้บริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประจำปีงบประมาณ 2562 พบว่า ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 มียอดผู้ใช้บริการทั้งหมด 3,605 คน เข้ารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวล (F41) ทั้งหมด 892 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และมีการศึกษาสถิติผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลที่มารับบริการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปมากถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์แมน, เอลเดรท, ไพรซ์, สเตปเพส,และแฮนสัน (Mohlman, Eldreth, Price, Staples, & Hanson, 2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ

เป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุดและเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560)

โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2562; จันทนา สารแสง, 2561; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; Caroline, Luisa, Eduardo, Paula, & Alfredo, 2020) โดยผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทุกระบบไปในทางที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ชูริราช, และปิยนุช กิมเสาว์, 2559) อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา และสิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ยังเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณอายุงาน ลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ปัจจัยต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ (Mohlman et al., 2017) ซึ่งความวิตกกังวลจะมากขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต (เพ็ญญา กุลนภาดล, และจุฑามาศ แหนจอน, 2558; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2558; Caroline et al., 2020) ซึ่งความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว และความเจ็บป่วย เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2562; จันทนา สารแสง, 2561; พรพิมลเพ็ชรบุรี, 2559; Caroline et al., 2020) จากการศึกษาพบว่า โรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าเหตุ (Excessive) เป็นอยู่ตลอด (Persistent) และวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง (Pervasive) เกิดร่วมกับอาการทางกายอื่นๆ จากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ มีอาการระบบกล้ามเนื้อตึงเครียดและมีภาวะ Cognitive hypervigilance เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย (สุกัญญา สุทธศิลป์, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒอาภา, 2561; Caroline et al., 2020) จากการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในกลุ่มทฤษฎีความคิดและพฤติกรรม สามารถอธิบายสาเหตุได้ว่า ความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป เป็นรูปแบบความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560; สิริพร รั้งสิตเสถียร, 2562) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามากระทบจิตใจ (trauma) คุกคามความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของตนเอง (Min-Jeong, and Mi Young, 2020) และจากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไปมีสาเหตุสำคัญเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีรูปแบบของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เกิดขึ้นซ้ำๆอยู่เป็นระยะเวลานาน (กุลปรียา ศิริพานิช, ธนัช มนต์วิงศ์สกุล, และสรวิศ รัตนชาติชูชัย, 2556; Nolen-Hoeksema, 2000) ยิ่งหมกมุ่นครุ่นคิดมาก ยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์โลว์และดินาร์โด Barlow & Dinardo (1991) อ้างตาม กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556) ที่พบว่า การหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

และสอดคล้องกับการศึกษาของซีเกอร์สตรอมและคณะ Segerstrom et al., (2000 อ้างตาม รพินทร์ภัทร์ ยอดหล่อชัย, สุชาสินี ยมจินดา, และสุรียพร รักษการ, 2556) ที่พบว่า กระบวนการคิดแบบ หมกมุ่นครุ่นคิดหรือการคิดแบบซ้ำๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล หากไม่สามารถ จัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจเป็นอย่างมาก และนำไปสู่การเกิดภาวะ วิกฤตทางจิตใจ คุณคามการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Caplan, 1964) โดยภาวะวิกฤตทางจิตใจใน ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป เป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจที่อยู่ในระยะวิกฤต (Crisis stage) จะเกิดขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น จนพัฒนาว่าเป็นโรควิตกกังวล และภายหลังการเป็นโรค ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้อีกซ้ำๆ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น และมีการรับรู้เหตุการณ์ไปในทาง ลบ คุณคามความสุขของตนเอง ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้น และไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจที่รุนแรงตามมาในที่สุด เช่น การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การเกิดภาวะซึมเศร้า การไม่สนใจดูแล ตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (พรพรรณณธ์ อธิโชคจารุพัชร, และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2560; Caroline et al., 2020) ประกอบกับโรควิตกกังวลทั่วไปหากไม่ได้รับการ บำบัดรักษา พบว่าร้อยละ 80 จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ โรค ตื่นตระหนก โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทางอารมณ์และมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความ วิตกกังวลในระดับรุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ อีกทั้งโรควิตก กังวลทั่วไป ผู้ป่วยจะแสวงหาแหล่งบริการเพื่อรักษาหลายๆแหล่ง ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจาก การรักษาที่สูงมาก (กรมสุขภาพจิต, 2562; ธีระนันท์ อินตะเสนา, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, พงศกร เล็งดี, และดวงพร หุ่นตระกูล, 2556) ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันการบำบัดรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยมักจะได้รับ การรักษาแบบผู้ป่วย นอก (พจนีย์ ดวงจรัส, 2559) การรักษาจะแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้แก่ การรักษาด้วยยาและการ บำบัดทางจิตสังคม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพไม่ เพียงพอที่จะรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป เนื่องจากไม่สามารถลดอาการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรควิตก กังวลทั่วไปได้ทั้งหมด จะต้องผสมผสานวิธีการอื่นร่วมด้วย (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560; พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, และสมรภัช สันติเบญจกุล, 2561) จากการศึกษาการบำบัดรักษาโรค วิตกกังวลทั่วไป พบการดูแลในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา ยาจะช่วยลดความวิตกกังวล และบรรเทาอาการ อาการแสดงทางกาย ประกอบกับมีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัด ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) กลุ่มบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย บำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (พัชรินทร์ ครองธรรม, และคณะ, 2561) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (สุกัญญา สุทธศิลป์, และคณะ, 2561) การฝึกผ่อนคลายด้วยวีดีโอ (Mohlman, Eldreth, Price, Staples, & Hanson, 2017) และ

จากการศึกษาการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (กาญจนา บัวหอม, ศศิกานต์ กาละ, และสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ์, 2560) การฝึกโยคะ (Alka, Jahnavi, OP Singh, & Charles, 2018) การใช้ศิลปะบำบัด โดยการให้ผู้สูงอายุได้ วาดภาพอิสระที่อยากวาด (นฤมล อินทหมื่น, และศิริลักษณ์ ศุภพิติพร, 2557) การบำบัดด้วยการ เต็มรับ (วิสาขา แซ่อ้อย, และระวีวรรณ วรรณวิไชย, 2560) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา (Cognitive Rehabilitation) เช่น การเล่นเกมที่มีการจดจำ หรือการจินตภาพ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, และเสรี ชัดเข้ม, 2560) กิจกรรมทางสังคมและการเข้าร่วมเครือข่าย (Social activities) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงได้ (Alka et al., 2018) ซึ่งจากการศึกษาไม่พบการบำบัดรักษาที่เฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และจากการศึกษา กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วย การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ พุดคุยแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่อนคลายตนเอง การรับประทานยา และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ แห่งหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปมาพบแพทย์ก่อนนี้ เนื่องจากยังไม่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ และพบว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการดูแลตนเองที่บกพร่อง แสดงให้เห็นถึงช่องว่างในการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสนใจใช้แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น มีการรับรู้เหตุการณ์อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง 2) วิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) เมื่อเข้าใจปัญหาถูกต้อง ก็จะสามารถจัดการกับปัญหา หรือสิ่งที่เข้ามาครอบงำจิตใจได้ถูกต้อง และ 3) การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (situational support) เนื่องจากการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ และเพื่อให้โปรแกรมสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป และเพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับการบำบัดในผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) (EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งเป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย สามารถควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการใช้นาฬิกาจิต สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่กระทบจิตใจได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี ฝนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์ (2562) ที่มีการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ไปใช้ในการให้คำปรึกษา

เชิงจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดภาวะวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) (จิตติพันธ์ ความคะนึง, และมฤษฎ์ แก้วจินดา, 2559; วิลาสินี ฝนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์, 2562; Zehetmair, Kaufmann, Tegeler, Kindermann, Junne, Zipfel, Herpertz, Herzog, & Nikendei, 2018; Ehrental, Schockel, Nikendei, Dinger, Schauenburg, & Lambert, 2020; EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ได้ให้ความสำคัญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งสามารถจัดการได้ อะกิเลราได้แบ่งองค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) คือ การเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง เหมาะสมตามความเป็นจริง และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง นำไปสู่ความสามารถในการจัดการปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นผลให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีรูปแบบความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดเชิงลบไม่สร้างสรรค์ เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ส่งผลให้มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลบิดเบือน ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นได้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม 2) วิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ วิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผลนำมาใช้เผชิญปัญหาในปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม นำมาสู่การปรับตัวที่ดี 3) การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (situational support) คือ การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและสามารถใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ในการข้ามผ่านภาวะวิกฤต ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเอง ได้ทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและฝึกนำมาใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม มีผลทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง สามารถปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) (จิตติพันธ์ ความคะเนิง , และมฤษฎ์ แก้วจินดา, 2559; วิลาลินี ฝนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์, 2562; Zehetmair, Kaufmann, Tegeler, Kindermann, Junne, Zipfel, Herpertz, Herzog, & Nikendei , 2018; Ehrental, Schockel, Nikendei, Dinger, Schauenburg, & Lambert, 2020; EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่รบกวนจิตใจหรือบาดแผลทางใจ (Trauma) ช่วยให้เกิดความพร้อมที่จะสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยภายในจิตใจ รับรู้และเชื่อมั่นในควมมีคุณค่า ความดี และความแข็งแกร่งของตนเอง จนกระทั่งสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่รบกวนจิตใจได้ดียิ่งขึ้น สามารถควบคุมความคิด หรือความรู้สึกด้านลบด้วยการใช้จินตนาการ ทำให้ผู้ที่อยู่ในภาวะตึงเครียด หรือมีความกลัว หรือมีความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลายขึ้น ผู้วิจัยได้มีการศึกษาความเหมาะสมของเทคนิค ที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 5 เทคนิค ได้แก่ เทคนิค 5-4-3-2-1, เทคนิคแสงรักษา, เทคนิคที่เก็บภายในใจ, เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ, และเทคนิครวมพลัง ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ดังนี้ 1) เทคนิค 5-4-3-2-1 เป็นเทคนิคที่ง่ายไม่ซับซ้อน

มีงานวิจัยศึกษาและสามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่กำลังวิตกกังวล กลับมามีสมาธิอยู่กับปัจจุบันและมีสมาธิจดจ่อมากขึ้น 2) เทคนิคลำแสงรักษา ผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีอาการระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด โดยเทคนิคนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปเกิดความรู้สึกเหมือนได้ขจัดความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตามร่างกายออกไป โดยการใช้จินตนาการเชื่อมโยงกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 3) เทคนิคที่เก็บภายในใจ ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยจะคิดซ้ำๆ เรื่องเดิมบ่อยๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนได้ขจัดความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจออกไป เป็นผลให้คลายความวิตกกังวล 4) เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงสถานที่ที่ทำให้รู้สึกสบายใจ แล้วจินตนาการว่าได้พาตนเองเข้าไปอยู่ในสถานที่นั้น ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย และ 5) เทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงประสบการณ์หรือเรื่องราวที่มีความสุข ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เทคนิคนี้ทำให้เกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ทั้ง 5 เทคนิค จะส่งผลให้ความวิตกกังวลประจำตัวลดลง

ผู้วิจัยนำองค์ประกอบของแนวความคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ มาใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง ไม่บิดเบือนไปในทางที่ไม่สร้างสรรค์ ได้สำรวจวิธีการจัดการปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล และนำกลับมาใช้ในการจัดการปัญหาปัจจุบัน อีกทั้งได้สำรวจและสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเองที่เหมาะสม เมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยองค์ประกอบในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวลไปได้ แต่ความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยจะวิตกกังวลเป็นอย่างมากและวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิด หรือคิดซ้ำๆ ในเรื่องที่วิตกกังวล ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปได้ฝึกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งแต่ละเทคนิคจะช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย เมื่อการหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ความวิตกกังวลก็จะลดลง ดังนั้น โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจจะเป็นโปรแกรมที่สามารถป้องกันและบำบัดรักษา ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจจากความวิตกกังวลได้ ทำให้สามารถปรับตัวกลับสู่สภาวะสมดุลทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรมผ่านวีดีโอไลน์ (Line Video Call) ทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ดังภาพกรอบแนวคิด

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรม “เชื่อมโยงสัมพันธ์” สร้างสัมพันธ์ภาพ และใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 เพื่อลดการหมกมุ่นครุ่นคิด มีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน
2. กิจกรรม “เพื่อนช่วยมอง” ให้เล่าเรื่องราวที่วิตกกังวลขณะปัจจุบันและประเมินการรับรู้ที่ถูกต้องไม่บิดเบือน มองเห็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง
3. กิจกรรม “แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล” ฝึกการใช้เทคนิคแสงรักษา ในการบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล
4. กิจกรรม “รับรู้ถูกต้องแก้ปัญหาถูกทาง” ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงการจัดการปัญหาที่ถูกต้อง
5. กิจกรรม “ต้นไม้แห่งประสบการณ์” สืบหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเอง ในประสบการณ์ที่ผ่านมา ที่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลและผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้
6. กิจกรรม “กังวลหายไปใจมั่นคง” ฝึกใช้เทคนิคที่เก็บภายในใจ และเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เพื่อให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย ทำให้คลายความวิตกกังวล
7. กิจกรรม “กังวลหายไปใจมั่นคง2” ฝึกใช้เทคนิครวมพลัง โดยนึกถึงประสบการณ์ที่ตนเองมีความสุขที่สุดในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้รู้สึกมีความสุขและคลายความวิตกกังวล
8. กิจกรรม “เผชิญปัญหาได้ผ่อนคลายจิตใจ” นำทั้ง 3 องค์ประกอบ มาใช้จัดการกับเรื่องราวที่กำลังวิตกกังวลในปัจจุบัน และการเลือกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เพื่อคลายความวิตกกังวลประจำตัว และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม

ความวิตกกังวล

- ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน
- ความวิตกกังวลประจำตัว

ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1.คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรค วิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

2.คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุที่ โรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าในกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ หมายถึง รูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป โดยใช้แนวความคิดการจัดการภาวะวิกฤตทาง จิตใจของ อะกิเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง เทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ 2) วิธีการเผชิญ ปัญหา และ 3) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการผ่าน Line Video call โปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลโดยพยาบาลจิตเวชในคลินิกสุขภาพจิต ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มารับบริการซึ่งประกอบไปด้วย การซักประวัติจากผู้ป่วยและ ญาติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ พุดคุยแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่อนคลาย ตนเอง และการรับประทานยา รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด หวาดหวั่น เป็นทุกข์ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีมากกว่าเหตุ ซึ่งเกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือคิดซ้ำๆในเรื่องที่ วิตกกังวล ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าคุณคามความสุขของตนเองและรบกวนการใช้ชีวิต ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะมีผลทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงได้ง่าย โดยประเมิน จากแบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y) ของ สปิเกลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1985) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (दारววรรณ ต๊ะปินดา, 2535) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest- posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตกังวลทั่วไป อายุ 60-79 ปี ที่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป มีคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมาก และมารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย

ผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปมีแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ที่เกิดจากความวิตกกังวล

2. ด้านการพยาบาล

มีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป โดยการนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ในการลดความวิตกกังวลและช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในผู้สูงอายุ

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง และสรุปสาระสำคัญเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้

1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
- 1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ
- 1.5 การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
- 1.6 การใช้ Line ในผู้สูงอายุ

2.โรคจิตกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ

- 2.1 ความหมายของโรคจิตกังวล
- 2.2 ระดับความวิตกกังวล
- 2.3 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคจิตกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ
- 2.4 อาการของโรคจิตกังวลทั่วไป
- 2.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตกังวลทั่วไป
- 2.6 การประเมินโรคจิตกังวลทั่วไป
- 2.7 การรักษาโรคจิตกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ
- 2.8 บริบทการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปของโรงพยาบาลสวนราชมรมย์

3.แนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลร่า

- 3.1 ความหมายของการภาวะวิกฤตทางจิตใจ
- 3.2 ประเภทของการเกิดภาวะวิกฤต
- 3.3 ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจของภาวะวิกฤตทางจิตใจ
- 3.4 ระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ
- 3.5 องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

4. การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization technique)

- 4.1 ความหมายของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

- 4.2 รูปแบบของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ
- 4.3 เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ
- 4.4 การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจผู้สูงอายุ
- 5. โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
โรควิตกกังวลทั่วไป
- 6. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

สหประชาชาติ (United Nation; UN) ได้ให้นิยามความหมายไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกันกับองค์การอนามัยโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ส่วนประเทศไทยได้กำหนดนิยาม ความหมายของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ภารดี นานาศิลป์, 2558)

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; นวพร สุนนทะนาม, 2561) ได้แก่ 1) ระดับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้น กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และ 3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ออกได้เป็น 3 ประเภท โดยการแบ่งตามวัย โดยใช้เกณฑ์อายุ การแบ่งตามมิติของการให้บริการสุขภาพ และการแบ่งตามความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

1) การแบ่งตามวัยโดยใช้เกณฑ์อายุ (Living in an ageing world) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ วัยผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีการแบ่งวัยผู้สูงอายุตามลักษณะของสังคมไทย ประกอบด้วย

3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

2) การแบ่งตามมิติของการให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดรูปแบบในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้เกิดความครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง/หรือมีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่ห่อนม

3) การแบ่งตามความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งจะใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ในการประเมิน และใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Baethel Activities of Daily Living Index, BAI) ในการแบ่งกลุ่ม จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน 3) กลุ่มติดเตียง สามารถสรุปรายละเอียดดังนี้ 1) กลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชุมชนได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมได้ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 12-20 คะแนน 2) กลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มพึ่งพาบางส่วนหรือพึ่งพาส่วนใหญ่ จะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน ขณะอยู่ในบ้านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาจมีโรคเรื้อรังและโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านได้อย่างอิสระ จะต้องพึ่งพาผู้อื่น มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่พึ่งพาทั้งหมด จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย พิกัดหรือทุพพลภาพ มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามวัยโดยใช้เกณฑ์อายุ ซึ่งอยู่ในช่วง 60-79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ผู้สูงอายุที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคติดก้างวลทั่วไป หากแบ่งตามมิติของการให้บริการทางด้านสุขภาพ จัดได้ว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และใช้การแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา โดยพิจารณาจากค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Baethel Activities of Daily Living Index, BAI) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-20 คะแนน ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ยังคงมีศักยภาพสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้อย่างสมบูรณ์ สามารถใช้โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2561; เศรษฐการ หงส์ศิริ, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

วัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ ระบบโครงกระดูก ระบบกล้ามเนื้อ ระบบสมองและไขสันหลัง ระบบประสาทสัมผัส ระบบผิวหนังและการรับรู้ความรู้สึกตามร่างกาย ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะมีทั้งการเปลี่ยนแปลงที่สามารถมองเห็นได้จากภายนอกและการเปลี่ยนแปลงตามระบบที่ไม่สามารถมองเห็นได้ สามารถจำแนกตามระบบของร่างกาย ได้ดังนี้

(1) ระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีการสร้างมวลกระดูกและปริมาณแคลเซียมที่ลดลง ทำให้กระดูกขาดความแข็งแรง สามารถรองรับน้ำหนักได้น้อย เปราะบางและแตกหักง่าย (ศิริธนา, 2560) อีกทั้งมีการยุบตัวของกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกบางลง และความยืดหยุ่นของเอ็นและข้อต่อลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุหลังค่อมและเคลื่อนไหวไม่สะดวก โดยในผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มีการขยับหรือเคลื่อนไหว ก็จะมีภาวะข้อติดแข็ง เช่น ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) ในส่วนของระบบกล้ามเนื้อ พบว่า จำนวนกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การยืดและหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นไปได้ช้า ผู้สูงอายุจึงปวดเมื่อย และไม่มีกำลัง อีกทั้งเกิดปัญหาท้องผูก และปัสสาวะลำบาก เนื่องจากมีการหย่อนของกล้ามเนื้อหน้าท้อง นอกจากนี้พบว่าการหย่อนของกล้ามเนื้อบริเวณซี่โครง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหายใจลำบากได้ (เศรษฐการ หงส์ศิริ, 2562)

(2) ระบบสมองและไขสันหลัง

สมองของผู้สูงอายุจะมีน้ำหนักลดลงและจำนวนเซลล์ควบคุมกล้ามเนื้อของไขสันหลังมีจำนวนลดลงเช่นกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในการสร้างและหลั่งสารสื่อประสาท โดยเฉพาะโดปามีน (dopamine) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาอนหลับยาก การเคลื่อนไหวและการทรงตัวไม่ดี (เศรษฐการ หงส์ศิริ, 2562) นอกจากนี้จะพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจำลดลง ซึ่งเป็นผลจากการฝ่อของสมองและบางรายอาจนำไปสู่กลุ่มอาการสมองเสื่อมได้ (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

(3) ระบบประสาทสัมผัส

ผู้สูงอายุมีการได้ยินที่ลดลง ความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูงลดลง การแยกคำลดลง การกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลง ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการควบคุมการทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนที่อายุน้อย สายตา เลนส์ตาที่มีความยืดหยุ่นลดลง มักมีปัญหาสายตาวาว หรือสั้น หรือการเกิดต้อกระจกมากขึ้น จอตาที่มีความไวต่อแสงลดลง ทำให้การมองเห็นในความมืดลดลง ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ศิริรญา รอดเจริญ, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, และวิภา คันฉ่อง, 2562) ระบบการรับรสและการดมกลิ่น พบว่า ตุ่มรับรสมีจำนวนลดลง การดมกลิ่นลดลง จะมีอาการเบื่ออาหาร และรับรสได้ช้า และไม่ได้กลิ่น เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

(4) ระบบผิวหนังและการรับรู้ความรู้สึกตามร่างกาย

ผู้สูงอายุมีผิวหนังเปราะบาง เนื่องจากสูญเสียไขมัน ผิวแห้งเป็นขุยง่าย เป็นฝ้า หูด กระจับปี่ หรือเมื่อโดนแสงแดดนานๆ จะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย เส้นเลือดมีความแข็งและหนาเพิ่มขึ้น จึงมักพบผื่นแดงเป็นจ้ำเลือดออกที่ผิวหนังได้บ่อย มักพบความไวในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิสัมผัสลดลงมาก (กรมสุขภาพจิต, 2561) นอกจากนี้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลง ได้แก่ การรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน การรับรู้วัตถุ ผู้สูงอายุจะมีอาการชาบริเวณส่วนปลาย โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า เมื่อถูกของมีคมบาด หรือมีบาดแผล จึงไม่ค่อยรู้สึก ผอมบาง ร่วง เล็บเหลืองและหนา (เศรษฐการ หงส์ศิริ, 2562)

(5) ระบบไหลเวียนโลหิต

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่ปั๊มออกจากหัวใจแต่ละครั้งมีปริมาณลดลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลง หลอดเลือดแดงแข็งตัวมีความเสื่อมและขาดความยืดหยุ่น ลิ้นหัวใจหนา การทำงานของระบบไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเต้นของหัวใจ (กรมสุขภาพจิต, 2561) มักมีแคลเซียมมาจับกับผนังหลอดเลือด ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า หลอดเลือดดำโป่งพอง มีภาวะความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) สูง ซึ่งเป็นผลจากการที่ผนังหลอดเลือดแดง (aorta) แข็งตัว (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

(6) ระบบหายใจ

พบว่าเมื่อมีอายุมากขึ้น จะพบว่ามีแคลเซียมมาจับหลอดเลือด ขณะทีกระดูกอ่อนของซี่โครง มีการยึดติดของข้อต่อของกระดูกบริเวณหน้าอก (costovertebral and costochondral) มากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลงมีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ผนังถุงลมจะบางลงยืดหยุ่นไม่ดี ถุงลมปอดมีจำนวนลดลง หลอดลมเล็กๆ จะปิดเร็วขึ้น ทำให้การระบายอากาศไม่ดี การทำงานของกล่องเสียงลดลง (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559) ปัญหาที่พบได้บ่อย คือ อาการหายใจ

ลำบาก ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้น และความทนลดลงในระหว่างออกกำลังกาย รวมทั้งติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น (เศรษฐการ หงส์ศิริ, 2562)

(7) ระบบทางเดินอาหาร

ผู้สูงอายุจะเกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหารเสื่อม ฟันเกิดการกร่อน รากฟันเปราะแตกง่ายขึ้น หลอดร่วนง่าย เยื่อบุผิวในช่องปากบาง (ศิริรญา รอดเจริญ, และคณะ, 2562) มีปัญหาเรื่องท้องผูกหรือปัญหาการกลืนออกจากระยะไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น การดูดซึมอาหารบางชนิดลดลง เช่น ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 13 ส่งผลให้เกิดโรคโลหิตจาง กล้ามเนื้อของลำไส้และกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารนาน จึงส่งผลให้ความหิวอาหารของผู้สูงอายุน้อยลง (กรมสุขภาพจิต, 2561)

(8) ระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบสืบพันธุ์ในเพศหญิง พบว่าอวัยวะเพศภายนอกมีลักษณะฝ่อ หลังจากหมดประจำเดือน ช่องคลอดจะแคบ สั้น และมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมื่อมีการหลั่งน้ำเมือกออกมาในปริมาณที่ลดลง น้ำหนักของมดลูกลดลง ปีกมดลูกจะเหี่ยวเล็กน้อยและมีการฝ่อของรังไข่ ส่งผลทำให้มีปริมาณฮอร์โมนเพศที่ลดลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) ผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนจึงมีอาการทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น ระบบทางเดินปัสสาวะเพศหญิงพบว่า มีกล้ามเนื้อท่อทางเดินปัสสาวะไม่แข็งแรง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัสสาวะบ่อย ตอนกลางคืน (พรพิมล เท้ชรบุรี, 2559) ส่วนเพศชายจะพบต่อมลูกหมากโต เป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีการฝ่อเหี่ยวของลูกอัณฑะและมีการฝ่อของท่อในการสร้างน้ำอสุจิ ฮอร์โมนเพศชายน้อยลง และพบปัญหาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งทั้งสองสาเหตุนี้ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

(9) ระบบต่อมไร้ท่อ

ในผู้สูงอายุพบว่า ต่อมไร้ท่อต่างๆมีการทำงานของต่อมได้ลดลง ไทรอยด์ฮอร์โมนลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนลดลง ส่งผลให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง และน้ำตาลในเลือดสูง จึงอาจทำให้เป็นเบาหวานเมื่ออายุมากขึ้น (ศิริรญา รอดเจริญ, และคณะ, 2562) นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน aldosterone และ epinephrine ส่งผลให้เครียด หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่ายและซึมเศร้าได้ (เพ็ญญา กุลนภาดล, และจุฑามาศ แทนจอน, 2558)

(10) ระบบภูมิคุ้มกัน

ผู้สูงอายุจะมีการติดเชื้อได้ง่าย และพบอุบัติการณ์ของมะเร็งในวัยผู้สูงอายุค่อนข้างสูง เป็นผลมาจากเซลล์กำจัดเชื้อโรคตามธรรมชาติมีปริมาณลดลง ซึ่งเกิดจากการฝ่อของ

ต่อมไทมัส (thymus) ทำให้มีธัยมิกแฟกเตอร์ (thymic factor) ซึ่งเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลง (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกายในลักษณะที่เสื่อมถอย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพค่อนข้างมาก เช่น มีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆลดลง มีความสามารถในการใช้ระบบประสาทสัมผัสลดลง มีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ซึ่งอาจไม่สะดวกในการเดินทางมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาอย่างลึกซึ้ง เพื่อประโยชน์ในการออกแบบการบำบัดที่เหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม (จันทนา สารแสง, 2561) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีการเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (อิติพันธ์ ธาณีรัตน์, และคณะ, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะมองภาพลักษณ์และมโนทัศน์ต่อตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้สูงอายุบางท่านมองเห็นตัวเองมีริ้วรอย ฟันหลุดร่วง ผมหงอกขาว ไม่สามารถยอมรับได้ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจ (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559) อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา และสิ้นหวัง เป็นต้น นอกจากนี้วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณอายุงาน การลาออกจากงาน การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม (เพ็ญภา กุลนภาดล, และจุฑามาศ แหนจนอน, 2558; Zhang, Norton, Carriere, Ritchie, Chaudieu, & Ancelin, 2015)

ปัจจัยต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆตามมาอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2561; พรพิมล, 2559; ศิรินยา, และคณะ, 2562) เช่น ปัญหาเรื่องของความคิด ความหงุดหงิด รำคาญใจ และรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีคุณค่า (ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การเกิดโรคทางจิต โดยเฉพาะโรคในกลุ่มวิตกกังวล (เมธี สุทธิศิลป์, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2561) เมื่อผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถจัดการได้ ความวิตกกังวลก็จะมีระดับที่สูงขึ้น จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก็จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป มีความวิตกกังวลมากขึ้นในหลายๆ เรื่องราวและเหตุการณ์

และยากต่อการจัดการอาการ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ จึงนำมาสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจตามมา

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยมีการดำรงชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อบุตรโตขึ้นก็จะแต่งงานแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ หรือลูกหลานบางส่วนได้ออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรือถูกทอดทิ้ง ซึ่งผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมักไม่อยากร้ายจากบ้านของตนเองไปอาศัยอยู่กับลูกหลาน ประกอบกับ ผู้สูงอายุจะมีความผูกพันกับบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่นาน เมื่อเมื่อต้องแยกครอบครัวกับลูกหลาน ทำให้ต้องอยู่ห่างไกลกัน จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจ ขาดความเอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูล หรือขาดการแสดงความรักนับถือต่อผู้สูงอายุ (เมธี สุทธิศิลป์, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2561) นอกจากนี้การเสียชีวิตของคู่สมรส จะทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง อีกทั้งมีการเสียชีวิตหรือจากไปของบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ก็ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงที่คู่สมรสเสียชีวิตอาจประสบกับปัญหาการขาดรายได้ หรือผู้สูงอายุเพศชายอาจขาดการปรนนิบัติ และขาดการตอบสนองทางเพศ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล เหงา หว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีศักดิ์ศรี (กรมสุขภาพจิต, 2558)

นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การปลดเกษียณหรือออกจากงาน เมื่อปลดเกษียณ ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกอยากไปทำงาน เพราะการทำงานเป็นการแสดงถึงความสามารถ ศักยภาพของตนเอง และความมั่นคงมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2561) หากมีการปลดเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไป ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจรับการเกษียณ รวมทั้งเกิดจากความสมัครใจและผู้สูงอายุค่อยๆ ถอนตัวเองออกจากงาน จะมีผลทางด้านจิตสังคมต่อผู้สูงอายุไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือผู้สูงอายุนั้นยังยึดติดกับงาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ทัน นำมาซึ่งการเกิดความวิตกกังวล ไม่มีความสุข และเกิดความรู้สึกสูญเสีย (กรมสุขภาพจิต, 2556; เมธี สุทธิศิลป์, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2561) ได้แก่

1. ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและเคยดำรงตำแหน่งต่างๆ เช่น เป็นผู้นำผู้บริหาร มีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนสถานะมาเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งคนหนึ่งในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียและรู้สึกตนเองหมดความสำคัญในสังคม รู้สึกไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (poor self-image) (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

2. ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้พร้อมสภาวะทางการเงินที่ดี รวมทั้งค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ การเงินในการดำรงชีวิต (เมธี สุทธิศิลป์, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2561)

3. สูญเสียการปฏิสัมพันธ์หรือสมาคมกับเพื่อนฝูง หลักจากปลดเกษียณจะมีโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้พบเจอกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวเชิงข้อทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง การมีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วย (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559) ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่ต้องการออกไปนอกบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เหงา เศร้า หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้น้อย ขาดรายได้ ก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุได้พบเจอกับเพื่อนฝูงลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2556)

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง จากการที่ผู้สูงอายุไม่ต้องออกจากบ้านเพื่อเดินทางไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ ซึ่งผู้สูงอายุยังไม่มีความคุ้นเคย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2556)

5. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ประเทศไทยมีการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามามากขึ้น ทำให้วัฒนธรรมเก่าๆถูกกลืนหายไป ผู้สูงอายุบางท่านยังคงยึดติดกับวัฒนธรรมไทย ทำให้เกิดการไม่ยอมรับหรือต่อต้านวัฒนธรรมใหม่ นำมาซึ่งการเกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย เนื่องจากความคิดเห็นไม่ตรงกัน (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงแต่ละด้านมีความเกี่ยวเนื่องและส่งผลถึงกัน หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย นำมาซึ่งการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุจึงเป็นช่วงวัยที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ประคับประคอง และตอบสนองตามความต้องการ (กรมสุขภาพจิต, 2562; ศิริญา รอดเจริญ, และคณะ, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตน และย่อมมีความต้องการในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 4 ประการ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการคำปรึกษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (ฐิติมา ดวงวันทอง, 2560) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นช่วงวัยที่ควร

ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยการดูแลเอาใจใส่การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย การพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เสมอ จัดหาอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้า เป็นต้น (ศิริรญา รอดเจริญ, และคณะ, 2562)

2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความต้องการความรัก ความดูแลเอาใจใส่ ความเคารพและกตัญญูจากบุตรหลาน การยอมรับนับถือ การแสดงออกว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ ด้วยการให้ความรักความเอาใจใส่ พูดคุย สม่่าเสมอ ความเคารพยกย่อง แสดงออกให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีคุณค่า (ฐิติมา ดวงวันทอง, 2560)

3) ความต้องการทางด้านสังคม ได้แก่ ต้องการการยอมรับนับถือจากชุมชนและสังคม ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือชุมชน ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ (ฐิติมา ดวงวันทอง, 2560) จึงควรตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม ด้วยการพาผู้สูงอายุไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ประเพณีต่างๆ หรือการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น (ศิริรญา รอดเจริญ, และคณะ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศาสตราจารย์ (2558) ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคม จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุให้รู้จักพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเองและได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ในการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และรักษาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีความต้องการเงิน เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดูแลตนเองและต้องการที่จะทำงานมีอาชีพ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และมีความมั่นคงในชีวิตเท่าที่ควร จึงควรตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยการให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่่าเสมอ (ฐิติมา ดวงวันทอง, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศาสตราจารย์ สุขเจริญ (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามอัตภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของลูกหลานและสังคม

สามารถสรุปความต้องการของผู้สูงอายุ ได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ 4 ด้าน คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการสนับสนุนและช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร เนื่องจากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการลงมือกระทำ (สุธีรา บัวทอง, สุทธิพงษ์ สภาพัตต์, และศิริมา จิตต์จรัส, 2558) ซึ่งการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจะแตกต่างจากช่วงวัยอื่น ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่การจดจำและการเรียนรู้อาจเป็นไปได้ช้าลง เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ในผู้สูงอายุ ซึ่งการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; จิตติมา ดวงวันทอง 2560) สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเสื่อมโทรมและหย่อนสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำลดลง ความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ เป็นไปโดยเชื่องช้า การเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อต่างๆ ไม่สะดวก ความสามารถในการเรียนรู้ รส กลิ่น เสียงลดลง มือเท้าสั่น มีอาการอ่อนล้าและเหนื่อยง่าย เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงที่ได้กล่าวมาข้างต้น มีผลทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ช้าลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วเหมือนวัยหนุ่มสาว

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านสังคม เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายมีผลกระทบต่อจิตใจและการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ เมื่อพลังกำลังถดถอยจึงต้องลดบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดความเชื่อมั่น อันเป็นผลและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เมื่อบทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากผู้ให้มาเป็นผู้รับ จากผู้ที่ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเสียพลังอำนาจ รู้สึกหมดความสำคัญ และอับอาย ประกอบกับค่านิยมเกี่ยวกับการเคารพนับถือผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นคนล้าสมัย ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุถูกมองว่าไม่มีคุณค่า เมื่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป การรับรู้ของผู้สูงอายุจึงมีอุปสรรคและมีข้อจำกัดตามไปด้วย ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

การจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ (สุธีรา บัวทอง, สุทธิพงษ์ สภาพัตต์, และศิริมา จิตต์จรัส, 2558; พรพิมล, 2559) สามารถสรุปได้ดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ควรเลือกเก้าอี้ให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถลุกนั่งได้อย่างสะดวก มีอุณหภูมิห้องที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ไม่หนาวหรือร้อน

จนเกินไป จัดสถานที่เรียนให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการมองเห็นที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ลดการเพ่งสายตา จัดให้ผู้สูงอายุนั่งใกล้ลำโพงและสื่อโสตทัศน รวมทั้งควรใช้ระบบเสียงที่เหมาะสม ควรจัดที่นั่งเป็นรูปวงกลมหรือครึ่งวงกลม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านริมฝีปากและสังเกตเห็นสีหน้า ท่าทางของผู้บรรยายได้ ผู้บรรยายไม่ควรหันไปทางผู้ฟังหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือปิดปากขณะพูด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านริมฝีปากหรือดูสีหน้าท่าทางของผู้พูดประกอบการฟังได้ เมื่อปิดไฟในห้อง เพื่อเริ่มนำเสนอสื่อ ควรใช้เวลาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อปรับสายตาให้ชินกับความมืด สื่อและเอกสารประกอบการบรรยาย ควรมีขนาดใหญ่และมีสีตัดกัน เห็นได้ชัดเจน และควรเว้นบรรทัดตัวอักษร สำหรับภาพที่ฉายหรือเอกสารประกอบการบรรยายควรเน้นสีแดง สีส้ม และสีเหลือง ถ้าใช้สีฟ้า สีเขียว หรือสีม่วง ควรใช้บนพื้นที่ที่มีสีตัดกันอย่างชัดเจน ไม่ควรใช้กับพื้นที่ที่มีสีใกล้เคียงหรือกลมกลืนกัน ควรปิดประตูห้องถ้ามีเสียงรบกวน เลือกห้องที่สงบห่างจากถนนที่มีการจราจรคับคั่งและไม่มีเสียงรบกวนจากไฟสว่างและเสียงของเครื่องปรับอากาศ

2) การจัดกิจกรรม กิจกรรมการเรียนรู้ควรจัดให้ตรงตามความต้องการและสอดคล้องกับประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุโดยแนะนำให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องระหว่างการเรียนรู้กับประสบการณ์ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมาย อีกทั้งจะต้องพิจารณาถึงศักยภาพทางกายของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงความแข็งแรงของร่างกายและความเปราะบางของกระดูก การสอนและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ไม่ควรมีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ไม่ควรจัดให้ผู้สูงอายุเรียนอย่างต่อเนื่องยาวนาน ควรมีเวลาพัก และมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุได้เหยียดแขนเหยียดขา เคลื่อนไหวยืดเหยียดข้อต่อและกล้ามเนื้อ หรือเข้าห้องน้ำ ซึ่งการพักจะลดความเหนื่อยล้าในการเรียน ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการเรียนรู้ที่มีรูปแบบและตารางเวลาที่ชัดเจน มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการเรียนรู้ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเรียนที่เหมาะสม ผู้บรรยายควรพูดให้ชัดและช้า โดยเฉพาะผู้หญิงควรพยายามพูดด้วยโทนเสียงต่ำ เมื่อจัดการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ควรแยกเป็นกลุ่มย่อยให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนจะได้ช่วยกันฟัง ควรจัดการเรียนรู้แบบจำกัดเวลาให้น้อยที่สุด ไม่ควรทดสอบแบบจับเวลา ควรใช้เวลาผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุควบคุมความก้าวหน้าในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถจะปรับการเรียนรู้ตามศักยภาพของตน ผู้บรรยายควรทวนคำถามที่ผู้สูงอายุถาม ควรรอการตอบสนองและการตอบคำถามสักระยะหนึ่ง เพื่อให้เวลาแก่ผู้สูงอายุได้มีเวลาฟัง ทำความเข้าใจคำถาม ค้นหาคำตอบ คิดทบทวนอย่างรอบคอบ เพื่อให้แน่ใจและตอบคำถาม ถ้าเป็นไปได้ควรวางแผนให้มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ การค้นคว้าวิธีการสอน เช่นการเรียนรู้โดยการค้นพบ ผู้เรียนจะพยายามค้นหาวิธีการของตนเองเพื่อใช้แก้ปัญหา ซึ่งการเรียนรู้โดยการค้นพบไม่ควรจำกัดเวลาในการเรียนรู้ และจะต้องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีประโยชน์ต่อสังคม และมีเป้าหมายในการมีชีวิต ควรทำให้ผู้สูงอายุรู้ถึงความสำคัญและคุณค่าของตนเอง โดยการจัดโปรแกรมการเรียนรู้

ในสิ่งที่ผู้สูงอายุสนใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุตอบสนองสังคมต่อไป ช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ว่า ความคิดเห็น ความต้องการ และความคิดของผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญ

จากที่ได้กล่าวมาถึงการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการเรียนรู้ อีกทั้งยังคงมีความสามารถที่จะเรียนรู้ แต่เนื่องจากการเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง

การใช้ไลน์ (Line) ในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้ไลน์ (Line) ในผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวและเปิดรับกับเทคโนโลยีมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เกศกนก ยิ้มแย้ม (2563) ที่มีการศึกษาการเลือกใช้แอปพลิเคชันในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ Line มากเป็นอันดับ 2 รองจากยูทูป (Youtube) และลำดับ 3 เป็นเฟซบุ๊ก (Facebook) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศปต์ย์ (2560) ที่มีการศึกษาประสบการณ์การใช้ Line ในผู้สูงอายุ พบว่า Line มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย และจากการศึกษาศักยภาพในการใช้ไลน์ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้ Line ได้ทั้งการพิมพ์ การส่งภาพ และการใช้วีดีโอคอล ซึ่ง Line กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปข้อดี ข้อเสียได้ ดังนี้

ข้อดีของการใช้ไลน์ในผู้สูงอายุ พบว่า Line มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ง่ายขึ้น เช่น กับลูกหลาน เพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องที่อยู่ห่างไกลกัน เป็นต้น โดยผู้สูงอายุจะใช้ Line ในการทักทาย สวัสดีตอนเช้า การส่งดอกไม้ และการส่งเข้านอน (วิศปต์ย์ ชัยช่วย, 2560) สอดคล้องกับการศึกษา กิรณา สมวาทสรรรค์, และกุลทิพย์ ศาสตรระจจิ (2559) ที่พบว่า Line มีข้อดีคือ การทำให้ผู้สูงอายุสื่อสารกันง่ายขึ้นและสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างกว้างขวาง สามารถสนทนาโดยไม่เสียค่าโทร อีกทั้งยังสามารถสร้างกลุ่มและสนทนาพร้อมกันได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า Line ช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความเหงา ความว้าเหว่ (นวพร สุนนทะนาม, 2561; วิศปต์ย์ ชัยช่วย, 2560)

ส่วนข้อเสียของการใช้ไลน์ในผู้สูงอายุ พบว่า หากผู้สูงอายุใช้ไลน์มากเกินไป อาจส่งผลต่อสายตาและกระทบต่อการทำภารกิจอื่นๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า Line มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย และสามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อร่างกายได้ด้วยการใช้แต่พอประมาณ สอดคล้องกับ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลกและได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในหลายๆเขตพื้นที่

สอดคล้องกับมาตรการและแผนระวางการระบาดของโรคฯ ของกรมสุขภาพจิต (ฉบับที่1) ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 และ (ฉบับที่2) ลงวันที่13 มีนาคม 2563 ซึ่งกำหนดให้ดำเนินการวิจัยโดยหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่มและการเดินทาง การใช้ไลน์ (Line) จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ให้ความสะดวก ปลอดภัยจากการเดินทาง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ

ความหมายของความวิตกกังวล

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนสามารถพบเจอได้เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นลักษณะอารมณ์ที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคาม ตามการรับรู้และการแปลผลของตน ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายกายและไม่สบายใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล อีกทั้งบุคคลจะคาดหวังถึงสิ่งไม่ดีที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (Mohlman, Eldreth, Price, Staples, & Hanson, 2017)

ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง หรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความวิตกกังวลที่น้อยเกินหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานของคนลดลง (Spielberger, 1970)

จากการศึกษา เรื่องความวิตกกังวล พบว่าได้มีผู้มีความสนใจศึกษากันมานานเกินกว่า 100 ปีมาแล้ว ทั้งกลุ่มนักปรัชญา จิตแพทย์ นักจิตวิทยาและพยาบาล ซึ่งได้ให้ความหมายไว้หลายประการ ได้แก่ ความวิตกกังวล เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบภาวะคับขันหรือภาวะอันตรายเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้ายหรืออันตรายเกิดขึ้นโดยบอกสาเหตุไม่ได้ ซึ่งอาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มโรค (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1) โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder [GAD]) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากเกินไป (Excessive) เป็นอยู่ตลอดเวลา (Persistent) และกังวลแทบทุกเรื่อง (Pervasive) เกิดร่วมกับอาการทางกายอื่นๆ ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ มีอาการของระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด และมีภาวะ Cognitive hypervigilance เช่น ตกใจง่าย ตื่นกลัว

2) โรคแพนิก (Panic Disorder [PD]) และ Agoraphobia ผู้ที่เป็นแพนิกจะมีความวิตกกังวลที่รุนแรง (Panic attack) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค ลักษณะอาการจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีอาการที่แตกต่างกัน ลักษณะที่พบได้บ่อยคือ ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) เกิดขึ้นทันทีทันใด และมีความรุนแรง มึนงง รู้สึกเหมือนไม่ใช่ตนเอง (Depersonalization) รู้สึกว่าสิ่งที่อยู่รอบตัวแปลกออกไป (Derealization) จากนั้นจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ควบคุมตนเองไม่ได้ อาการที่เกิดขึ้นมักเป็นไม่ถี่นัก ไม่เกินชั่วโมง แล้วก็ดีขึ้น ผู้ป่วยบางคนจะเป็น Agoraphobia ร่วมด้วย คือ การกลัวที่จะต้องอยู่ในสถานที่ที่ตนเองอาจเกิดอาการ Panic attack ขึ้นมาแล้วไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือหนีไปไหนไม่ได้

3) โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorder [OCD]) ประกอบด้วยลักษณะ 2 ประการ คือ อาการย้ำคิด (Obsession) ผู้ป่วยจะมีความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นแบบซ้ำๆ ไร้เหตุผล จนทำให้เกิดความกังวลใจ และอาการย้ำทำ (Compulsion) เป็นการกระทำที่ซ้ำๆ เพื่อลดความไม่สบายใจจากความย้ำคิดข้างต้น และเป็นการกระทำไร้เหตุผล เช่น การล้างมือบ่อยๆ เพราะคิดว่ามือสกปรก การสำรวจลูกบิดประตูซ้ำๆ เพื่อให้แน่ใจว่าปิดเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น

4) โรคกลัว (Phobia disorder) มีอาการที่แสดงถึงบางสิ่งบางอย่างมากเกินไป กลัวแบบไร้เหตุผลไม่สัมพันธ์กับอันตรายที่ควรเกิด สิ่งทีกลัวอาจจะเป็นวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่พบได้มากมีดังนี้

(1) Agoraphobia หมายถึง ความกลัวการอยู่ในฝูงชน หรือสถานที่ที่สามารถหลบหรือหนีได้ยาก ไม่มีใครมาช่วยเหลือได้ เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือสถานที่ที่มีคนเบียดเสียดกันแน่น ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลมเมื่ออยู่ในฝูงชน โดยไม่มีประวัติของโรคแพนิก

(2) Social phobia หมายถึง เป็นความกลัวต่อการต้องไปอยู่ในสถานที่ที่อาจถูกจ้องมองจากผู้อื่น กลัวว่าตนจะทำสิ่งที่น่าอับอาย เช่น การพูดในที่ชุมชน การนำเสนอหน้าชั้นเรียน ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว

(3) Specific phobia หมายถึง เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง เช่นกลัว สัตว์สิ่งของ สถานที่ หรือเหตุการณ์บางอย่างเฉพาะ

5) โรควิตกกังวลภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย (Post-traumatic Stress Disorder [PTSD]) ผู้ป่วยจะเกิดอาการภายหลังจากเจอเหตุการณ์ที่รุนแรง ที่เกิดกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด จะเกิดอาการต่างๆ เช่น หวาดกลัวอย่างรุนแรง สิ้นหวัง คิดถึงเหตุการณ์หรือฝันร้ายซ้ำๆ สมาธิแย่งลง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน อาการจะรุนแรงขึ้น และเป็นติดต่อกันยาวนานระยะหนึ่ง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการศึกษาในโรควิตกกังวลทั่วไปเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในหลายๆเรื่อง ลักษณะความวิตกกังวลจะมีมากกว่าเหตุ กังวลแทบทุกเรื่อง และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา ร่วมกับมีอาการไม่สุขสบายทางกาย ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการรักษาจะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆที่รุนแรง ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น

ประเภทของความวิตกกังวล

จากการศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว (Caroline et al., 2020; จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) ที่มีการแบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) **ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety)** เป็นความวิตกกังวล ซึ่งมีลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคิดความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงตามไปด้วย โดยลักษณะประจำตัวดังกล่าว จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่จะเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้า โดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างคงที่

2) **ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety)** คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายกายและไม่สุขสบาย มีการแสดงออกชัดเจนถึงระบบประสาทอัตโนมัติที่ถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติ บุคคลจะตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นมักเกิดขึ้นในระดับที่สูง ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีตแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภท ทั้งความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีความวิตกกังวลประจำตัวที่สูง เป็นลักษณะประจำตัวที่ค่อนข้างแน่นอน จนกลายเป็นนิสัย และมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ซึ่งเป็นลักษณะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะมีผลทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงได้ง่ายกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลประจำตัวและความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557; กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556; อีระนันท์ อินตะเสนา, และคณะ, 2556) ดังนี้

1) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มักเกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน สติสัมปชัญญะจะเพิ่มขึ้น การรับรู้กว้างขึ้น เรียนรู้ดีขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น รู้วิธีบรรเทาความวิตกกังวล ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การหายใจเร็วขึ้น มือและเท้าเย็น ด้านความคิด มีความคิดสร้างสรรค์ วางแผน และนึกคิดสิ่งใหม่ๆ

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ บุคคลยังคงมีสติสัมปชัญญะอยู่ แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การรับรู้แคบลง ความสนใจมีจำกัด เลือกลงสนใจแต่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้การแก้ปัญหาโดยการตั้งคุณสมบัติให้มากขึ้น ด้านความคิด บุคคลคิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ บุคคลจะมีสติสัมปชัญญะลดลงและการรับรู้มากขึ้น หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ กระบวนการคิดและการมองสิ่งต่างๆเกิดความแปรปรวนไปจากความเป็นจริง มีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ด้านความคิด บุคคลเกิดความคิดสับสน หมกมุ่นครุ่นคิด คิดอะไรไม่ออก ความจำ และสมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) บุคคลเกิดความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้ลดลง เกิดการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนถึงจุดที่ไม่สามารถทนได้ต่อไป ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด บุคคลจะคิดอะไรไม่ออก สับสนและตัดสินใจอะไรไม่ได้ เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมาด้วย บุคคลจะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก

ควบคุมตัวเองไม่ได้ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง อาจเกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า และถึงแก่ความตายได้

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์กับบุคคลนั้นๆ ทำให้บุคคลมีการแก้ปัญหาและทำกิจกรรมได้ดีขึ้น สำหรับความวิตกกังวลระดับปานกลาง หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขจะมีระดับสูงขึ้น ซึ่งจะไปขัดขวางการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลได้ หรือหากปล่อยไว้นานเกินไปจะเกิดความเจ็บป่วย และกลายเป็นโรควิตกกังวลในที่สุด ซึ่งจะส่งผลเสียทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจะต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายทฤษฎีอธิบายสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปว่าเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยด้านสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, และคณะ, 2556; พัชรินทร์ ครองธรรม, 2559; Min-Jeong, & Mi Young, 2020) สามารถสรุปได้ ดังนี้

1) ปัจจัยด้านชีววิทยา

สาเหตุสำคัญเกิดจากพันธุกรรม (Genetic factors) เป็นปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factor) ของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีนส์ ซึ่งมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆ ในกลุ่มเครือญาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติที่ใกล้ชิด (พัชรินทร์ ครองธรรม, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุทธศิลป์ (2559) ที่พบว่า บุคคลใดมีบิดามารดาเป็นโรควิตกกังวล ก็จะมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้สูง ถึงร้อยละ 30-40 เมื่อเทียบกับบุคคลที่ญาติไม่เป็นโรควิตกกังวล อีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญ เกิดจากสารสื่อประสาทที่ไม่สมดุล (Neurochemical disturbances factors) จากการศึกษาพบว่าโรควิตกกังวลทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ การหลั่งของสาร catecholamine การเพิ่มขึ้นของ dopamine, norepinephrine, gamma-aminobutyric acid (GABA) และ serotonin มีผลทำให้เกิดโรควิตกกังวลทั่วไป นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Medical factors) ความล้มเหลวหรือเสื่อมถอยของกลไกในร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล และความพึงพอใจในชีวิตลดลง (ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohlman et al. (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็น

โรควิตกกังวลทั่วไปจะเป็นโรคเรื้อรังมาก่อน นำมาสู่การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปตามมา ซึ่งพบอัตราความชุกร้อยละ 1

2) ปัจจัยด้านจิตสังคม

มีทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี ที่ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล (จุฑารัตน์ทองสลับ, 2560; สุกัญญา สุทธิศิลป์, 2559; พัทรินทร์ ครองธรรม, 2559) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud ที่เชื่อว่าอาการวิตกกังวลมีผลมาจากความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกมีความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปลผลต่อเหตุการณ์ เป็นไปในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายและมีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเองต่ำเกินความเป็นจริง ทำให้บุคคลรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ส่วนทฤษฎี Cognitive-behavior เชื่อว่าอาการวิตกกังวล คือ ความผิดปกติในการรับรู้ และแปลผลบิดเบือนไปจากสถานการณ์ต่างๆ การมองโลกในแง่ร้าย ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเองต่ำเกินความเป็นจริง จึงเกิดความกลัวและเกิดอาการวิตกกังวล และทฤษฎีบุคลิกภาพ มีความเชื่อว่าโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากบุคลิกภาพ ส่งผลทำให้การปรับตัวนั้นผิดปกติ ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ประมาณร้อยละ 25-48 มีบุคลิกภาพผิดปกติ ในขณะที่ทฤษฎีอารมณ์ (Affect theory) เชื่อว่าบุคคลที่มีอารมณ์ด้านลบสูงมักจะมองโลกในแง่ร้าย มีมุมมองต่อตนเองและผู้อื่นในด้านลบ มักจะนึกถึงเรื่องราวที่ตนผิดพลาด ล้มเหลว โดยมีอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย ด้านความกลัวและด้านความเศร้า ถ้ามีด้านความเศร้าเด่นจะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า และถ้ามีด้านความกลัวเด่น ก็จะส่งผลทำให้นึกถึงแต่ความไม่แน่นอนในอนาคต และเป็นโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด หรือคิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา เป็นอยู่ระยะเวลานาน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การหมกมุ่นครุ่นคิดนี้จะเกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะไม่ได้มีเจตนาตระหนักถึงและนำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป จากการศึกษาของ Barlow and Dinardo (1991 อ้างตาม กุลปรียา, และคณะ, 2556) พบว่า การหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป และจากการศึกษาของ กันต์ฤทัย, และเพ็ญญา (2561) พบว่า ความหมกมุ่นครุ่นคิด เป็นความคิดที่ทำให้ผู้สูงอายุเป็นทุกข์ ซึ่งสามารถลดลงได้ด้วยการมีสติคิดบวก ทำความเข้าใจกับความคิดทางลบ แล้วใช้สติรู้เท่าทันความคิด ไม่ตัดสินไม่คิดตาม มีผลทำให้สามารถลดการหมกมุ่นครุ่นคิดลงได้

3) ปัจจัยด้านสังคม ประสบการณ์ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและครอบครัว ได้แก่ การพลัดพรากจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือเพื่อน การสูญเสียอำนาจหน้าที่และบทบาททางสังคม การปลดเกษียณจากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล (พรระชมณต์ อธิโชคจารพัชร และคณะ 2560; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

กล่าวโดยสรุปพบว่า โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ มีสาเหตุของการเกิดโรคหลายๆ ปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและสารสื่อประสาท รวมถึงการเจ็บป่วยของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งมีทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎีที่ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล และปัจจัยทางด้านสังคมและประสบการณ์ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และสังคม ต่างก็เป็นสาเหตุที่มีผลต่อการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ

อาการของโรควิตกกังวลทั่วไป

โรควิตกกังวลทั่วไป มีลักษณะอาการที่สำคัญ (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559; พจนีย์ ดวงจรัส, 2559; พชรินทร์ ครองธรรม, 2559) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. อาการจะเกิดขึ้นแผ่กระจายไปหลายๆเรื่อง (Generalized) บางครั้งไม่ทราบสาเหตุ (Free-floating) ไม่เจาะจงกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ ผู้ป่วยมักกลัวและคาดการณ์ต่อเหตุการณ์ต่างๆไปก่อนล่วงหน้า ผู้ป่วยมักมีความคิดวนเวียน ไม่สามารถควบคุมให้หยุดคิดได้ ความวิตกกังวลจะมีมาก (Excessive) เป็นอยู่ตลอด (Persistent) และเป็นแทบกับทุกเรื่อง (Pervasive)
2. อาการตึงเครียดของระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ แขนขาสั่น กล้ามเนื้อกระตุก ปวดตึงศีรษะ มักปวดแบบตึงๆ (Tension Headache) บริเวณระหว่างหัวคิ้วและขมับทั้งสองข้างหรืออาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อ
3. อาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ หายใจไม่เต็มอิ่ม หัวใจเต้นเร็วแรง เหงื่อแตกง่าย ปัสสาวะบ่อย
4. ความผิดปกติของการรับรู้และการแปลผล (Cognitive Hypervigilance) เช่น ตื่นกลัว ตกใจง่าย เป็นต้น

สรุปได้ว่า ลักษณะอาการวิตกกังวลของโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ พบได้ทั้งอาการทางด้านร่างกายและอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากจะดูแลจัดการความวิตกกังวลแล้ว จะต้องให้ความสำคัญในลดอาการทางกาย ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยด้วย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป มี 2 ระบบ (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559) สามารถสรุปได้ดังนี้

1) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5)** (American Psychiatric Association, 2013) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดขึ้นครั้งแรกใน ค.ศ. 1980 ได้รวบรวมเกณฑ์การจัดกลุ่มโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชให้เป็นมาตรฐานสากล ใช้เป็นคู่มือสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและอีกหลายๆประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป ตาม DSM-5 มีดังนี้

A ความวิตกกังวล (Anxiety) หรือความไม่สบายใจ (Worry) เป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Events) หรือกิจกรรม (Activities) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป วันที่เป็นนั้นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็นและเป็นหลายๆเหตุการณ์ เช่น การงานหรือการเรียน

B บุคคลรู้สึกว่ามีอาการไม่สบายใจ (Worry) ของตนควบคุมได้ยาก

C ความวิตกกังวลเกิดขึ้นร่วมกับอาการ 6 ข้อ ต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (วันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) ดังต่อไปนี้

(1) การลุกกลิ้งกลอน ความรู้สึกตึงเครียดและอาการตื่นเต้น

(2) ความรู้สึกอ่อนเพลียง่าย

(3) สมาธิไม่ดีหรือใจลอย

(4) กล้ามเนื้อตึง

(5) อาการหงุดหงิด

(6) การนอนหลับแปรปรวน เช่น นอนหลับยาก นอนหลับๆตื่นๆ ตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ เป็นต้น

D ความวิตกกังวลใจหรืออาการแสดงทางกายทำให้เกิดความทุกข์และมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการทำงานอื่นบกพร่อง

E อาการที่เกิดไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (ยา สารเสพติด) หรือภาวะเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น

F อาการวิตกกังวลมิได้เกิดจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่นอาการวิตกจากโรค panic attack หรือเกิดจากความคิดหลงผิดในผู้ป่วย schizophrenia หรือ delusional disorder เป็นต้น

2) **International Classification of Diseases (ICD-10)** ขององค์การอนามัยโรค โดยเกณฑ์ของ ICD-10 (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559) จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการหลัก มีอาการอยู่เกือบทุกวันอย่างน้อยหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน โดยลักษณะสำคัญของอาการ มีดังนี้

(1) Apprehension (Restlessness or felling keyed up or on edge) คืออาการกระสับกระส่ายรู้สึกเหมือนถูกเร่งหรือเหมือนเกิดเรื่องร้ายแรง สมาธิไม่ดี (Difficulty concentrating)

(2) Motor tension (Restless fidgeting, Tension headache, Trembling, Inability to relax) กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ การสั่นของแขนขา ร่างกายไม่สามารถผ่อนคลายได้

(3) อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติมีมากเกินไป (Lightheadedness, Sweating) เช่น หัวใจเต้นแรงเร็ว เหงื่อออกมาก มือเท้าเย็น หายใจหอบ รู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม ปวดจุกเสียด ท้อง ปากคอกแห้ง โดยทั้งนี้อาการต่างๆที่มีร่วมต้องไม่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยอื่น เช่น Depression เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปออกจากกลุ่มโรควิตกกังวลนั้น มีระบบการวินิจฉัยที่ยอมรับได้ 2 ระบบ คือ ระบบ DAM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโรค การวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 เนื่องจากเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย

การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินอาการวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี (ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557) ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การรับฟัง และการใช้เครื่องมือในการประเมิน เมื่อบุคคลเกิดอาการวิตกกังวลจะมีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ดังนั้นการประเมินอาการวิตกกังวล จึงสามารถประเมินได้ทั้งหมด 3 ประเภท (ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557; สุกัญญา สุทธิศิลป์, 2559; พจณีย์ ดวงจรัส, 2559) ดังนี้

1) การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยกระตุ้นที่ระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจ เป็นต้น แต่เนื่องจากบุคคลจะมีอาการวิตกกังวลที่แสดงออกแตกต่างกันไป ผลการประเมินที่ได้จากการประเมินทางสรีรวิทยาจึงไม่สามารถระบุได้ชัดเจน ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการแสดงความแปรผันในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้และการทำงานในร่างกายที่มีความสอดคล้องกัน มาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ภายในจิตใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความเคร่งเครียด การพูดที่แสดงถึงความไม่สบายใจ กระสับกระส่าย การกัดเล็บกัดปาก เป็นต้น และแบบประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่

- The Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) สร้างขึ้นโดยแคทเทิลและไซเออร์ ในปี ค.ศ.1963 เพื่อใช้ประเมินอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก โดยใช้เป็นแบบวัดที่เกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปและพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Trait anxiety) แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่น 0.73

3) การประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self- report inventories or Questionnaires) ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยวาจา ด้วยการเขียนหรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม (Spielberger & Charles, 1985) เช่น

(1) Anxiety Status Inventory – Self- rating anxiety scale (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971 อ้างตามสุกัญญา, 2559) ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ ASI (Anxiety Status Inventory) และ SAS (Self- rating anxiety scale) แบบวัดทั้งสองแบบนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก มีรายงานว่าสามารถใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน

- Anxiety Status Inventory (ASI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจากซุง (Zung, 1971 อ้างตามสุกัญญา สุทธิศิลป์, 2559) ใช้สำหรับวัดอาการวิตกกังวล ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ใช้ประเมินสภาวะอารมณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางกาย ข้อมูลได้จากการสังเกตที่ตัวผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบ่งระดับความวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ คือ 1= ไม่มีอาการวิตกกังวล 2= มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อย 3= มีอาการวิตกกังวลปานกลาง 4= มีอาการวิตกกังวลรุนแรง การแปลผลคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน มีความวิตกกังวลน้อย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนนมีความวิตกกังวลรุนแรง

- Self- rating anxiety scale (SAS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากซุง (Zung, 1971 อ้างตามสุกัญญา สุทธิศิลป์, 2559) ใช้สำหรับวัดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วไป โดยประเมินด้วยข้อความแสดงความรู้สึกวิตกกังวลหรือพฤติกรรมแสดงออก มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนรวมสูงแสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง ได้นำไปหาความเชื่อมั่น โดยประเมินในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบวัดนี้จะประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะที่เกิดจากความวิตกกังวล ข้อคำถามบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์หรือการกระทำทางด้านบวก มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 5, 9, 13, 17 และ 19 ส่วนข้อความด้านลบ 15 ข้อ มีหลักการให้คะแนนดังนี้

การจัดระดับคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย มาจัดระดับตามการจัดระดับความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971) คือ

คะแนนเฉลี่ย 20-35 อยู่ในระดับ ปกติ/ไม่มีความวิตกกังวล

คะแนนเฉลี่ย 36-47 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเล็กน้อย- ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 48-59 อยู่ในระดับ วิตกกังวลเด่นชัด- รุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 60-80 อยู่ในระดับ วิตกกังวลสูงมากที่สุด

(2) The twenty-item Geriatric Anxiety Inventory (GAI-20) เป็นเครื่องมือที่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะวิตกกังวล (Anxiety Disorder) อีกทั้งยังสามารถแยกภาวะที่มีและไม่มีภาวะวิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) ได้ (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, and Arnold, 2007 อ้างตาม ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม, 2557) มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุตอบ ใช่/ไม่ใช่ มีการหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.91 ในผู้สูงอายุทั่วไป และได้ค่าความเที่ยง 0.93 ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทางจิตเวช และจากการตรวจสอบความตรงตามภาวะสันนิษฐาน (construct validity) ของมาตรวัดพบว่า สามารถประเมินภาวะของความวิตกกังวลได้

(3) State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y) ของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1983) ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ ความวิตกกังวลพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จีน แบร์รี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดาราวรรณ ตีะปินดา, 2535) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- STAI from Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3= ค่อนข้างมาก, 4= มากที่สุด)

- STAI from Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกต่างๆไปของตนเอง โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3= ค่อนข้างมาก, 4= มากที่สุด)

ช่วงคะแนนสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวล ได้ดังนี้

20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย

41-60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับปานกลาง

61-70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับสูง

71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลสูงมาก

สรุปได้ว่า การประเมินอาการวิตกกังวล สามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ 1) ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา แต่ยังคงพบว่าการประเมินไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนที่ชัดเจน 2) ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภายในจิตใจที่สังเกตเห็นได้แต่ยังไม่สามารถสะท้อนอารมณ์ภายในได้มากนัก และ 3) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถวัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบแยกจากกันได้อย่างชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา พบว่า มีงานวิจัยที่มีการนำแบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) มาใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา สามารถวัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ

โรควิตกกังวลทั่วไปที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ อาการเป็นไปอย่างเฉียบพลัน อาจมาด้วยอาการทางกาย ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ การรักษา จะต้องแยกให้ได้ว่าอาการที่พบไม่ได้เกิดจากอาการทางกายมาก่อน (สุกัญญา สุทธศิลป์, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา, 2559) สำหรับการรักษาในปัจจุบัน พบได้ 2 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)

ซึ่งมีการศึกษาของ Elizabeth, Sindy, & Katherine (2017) เกี่ยวกับการจัดการทางเภสัชวิทยาของโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่า อาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุมักจะมาพร้อมกับโรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคประสาทเสื่อมในผู้สูงอายุ และโรคซึมเศร้า ซึ่งยาที่แนะนำให้ใช้รักษาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จะต้องมีความปลอดภัยและให้ประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา ซึ่งยาที่นำมาใช้รักษาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) ยาในกลุ่มต้านเศร้า (Antidepressants) ถือเป็นยากกลุ่มแรกๆ ที่แนะนำให้ใช้รักษาอาการวิตกกังวลในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีเภสัชจลศาสตร์ที่ดีและปลอดภัยในการรักษา โดย

ยาที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ Mirtazapine และ Vortioxetine ส่วนยา Buspirone อาจมีประโยชน์ในการรักษา แต่ยังคงขาดการศึกษาที่เพียงพอในกลุ่มผู้สูงอายุ

2) ยาในกลุ่ม SSRIs และ SNRIs ซึ่งถือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุเช่นกัน

ส่วนยาในกลุ่ม TCAs และ MAOIs อาจมีประสิทธิภาพในการรักษาโรควิตกกังวล แต่ก็ยังมีผลข้างเคียงที่ไม่ปลอดภัย จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงยา ในกลุ่ม Benzodiazepines และยากลุ่ม beta-blockers ในการรักษาโรควิตกกังวล เนื่องจากยังไม่หลักฐานไม่เพียงพอในการศึกษา อาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

สอดคล้องกับการศึกษาของฟลิน (Flint, 2005) ที่พบว่า ยากลุ่ม Antidepressants จะให้ผลที่ดีในการรักษาและเลือกใช้เป็นส่วนใหญ่ในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรควิตกกังวลทั่วไปไปรวมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ก็จะได้รับ การรักษา ร่วมกันโดยใช้อากลุ่ม Antidepressants แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย มีการศึกษาพบว่า Citalopram และ Venlafaxine จะให้ผลในการรักษาผู้สูงอายุได้ดีกว่า และจากการศึกษาพบว่า Escitalopram , Paroxetine และ Trazodone เป็นประโยชน์ในการรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และถึงแม้ยากลุ่ม Benzodiazepines จะมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็ควรใช้อย่างจำกัดในผู้สูงอายุ หากเริ่มใช้ Benzodiazepines ควรพิจารณาข้อจำกัดด้านเภสัชจลศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของเลอเรน, เอลซี, และโดโนแวน (Lauren, Ilse, & Donovan , 2018) ได้มีการศึกษา การใช้ยากลุ่ม Benzodiazepines ตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีหลักฐานชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงหลายประการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยพบว่าการจ่ายยาให้กับผู้สูงอายุหลายกรณี เช่น ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับจากความวิตกกังวล ผู้สูงอายุที่มีอาการทางด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจในภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนอนไม่หลับ วิตกกังวล ผู้สูงอายุที่มีอาการทางด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจในภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า มีการจ่ายยา Benzodiazepines ให้กับผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม เกินกว่าที่พบในหลักฐาน นำมาซึ่งความปลอดภัยในผู้สูงอายุ ซึ่งการทดลองในอนาคตควรมุ่งเน้นในการลดยา Benzodiazepines ในผู้สูงอายุลงทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง และปรับปรุงการเข้าถึงทางเลือกในการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ยาที่ใช้รักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย ได้แก่ ยาในกลุ่มต้านเศร้า ยาในกลุ่ม SSRIs และ SNRIs ส่วนยาในกลุ่ม Benzodiazepines ที่มีการใช้ใน

ผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลาย แต่จากการศึกษาพบว่ากลับมีความปลอดภัยไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้กับ
ผู้สูงอายุ

2.การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Psychological treatment)

โรควิตกกังวลทั่วไปส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก การรักษา
แบบไม่ใช้ยา เป็นวิธีที่ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำก่อนการรักษาแบบใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรม
สามารถสรุปการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (จันทนา สารแสง, 2561; Alka
et al., 2018)

1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle modification)

การจัดการแบบแผนกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น
โรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และกระตุ้นให้มี
ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งควรมี
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องต่างๆ เช่น ควรออกกำลังกายเป็นประจำ การนอนหลับพักผ่อนอย่าง
เพียงพอ ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการนอนหลับในช่วงกลางคืนจะสั้น
ลง ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำเรื่องการนอนหลับเพื่อคลายความวิตกกังวล การรับประทานอาหารที่
ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความอยากรับประทานอาหารลดลง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับ
สารน้ำและสารอาหารไม่สมดุล ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับโซเดียม โพแทสเซียมคลอไรด์และ
วิตามินดี ซึ่งสาเหตุนี้อาจก่อให้เกิดอาการวิตกกังวล ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลภาวะโภชนาการ โดย
การจัดตารางเมนูอาหาร เพื่อควบคุมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

2) การทำจิตบำบัด (psychotherapy) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้ง
ต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้การทำจิตบำบัด ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจที่จะแก้ปัญหาและแก้ไข
พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2561) ที่มีการศึกษาพบว่า การ
บำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัด
พฤติกรรมความคิด การบำบัดด้วยการระลึกความหลัง และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

3) การทำพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) มี 2 รูปแบบ คือ

(1) เทคนิคการลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic
desensitization) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ เผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น
การนั่งเครื่องบิน การอยู่บนที่สูง เป็นต้น ใช้ได้ผลดีในโรค Phobia และโรคกลัวไม่ทราบสาเหตุ

(2) การเผชิญความกลัว (Implosion therapy) หรือ flooding คือ การให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือความกลัวทันที เช่น ผู้ป่วยกลัวความสูง ผู้บำบัดจะให้ผู้ผู้ป่วยยืนบนยอดตึกสูงเพื่อฝึกการเผชิญสิ่งเร้า

4) การบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) เป็นจิตบำบัดที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคลและทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา พัฒนามาจากทฤษฎีทางความคิด การบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational behavior therapy), และพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) กำเนิดจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (Cognitive therapy) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคนิคการรักษาเป็นหลายรูปแบบ แต่ยึดหลักการเดิม คือ ความคิด (Cognition) เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560)

แต่จากการศึกษาของ พัชรินทร์, และคณะ (2561) พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่ผ่านการบำบัดแบบ CBT ยังคงมีความวิตกกังวลหลงเหลืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ninan (2001 อ้างตาม พัชรินทร์ ครองธรรม, และคณะ, 2561) ที่พบว่าหลังการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลลดลงเพียงบางส่วน (partial remission) ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่หายจากอาการวิตกกังวล (full remission) ถึงสองเท่า ทั้งนี้อาจเกิดจากการบำบัดแบบ CBT จะให้ความสำคัญกับการบำบัดในส่วนของเนื้อหาการคิด (content of thought) ที่บิดเบือนไป ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ความคิดหลงผิด ความคิดที่ปราศจากเหตุผล แต่ยังขาดการจัดการกับกระบวนการคิด (process of thought) ในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination)

5) สติบำบัด เป็นการเจริญสติ ฝึกให้จิตใจจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน รับรู้ประสาทสัมผัส มุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ โดยสติมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมาย ไม่เพียงแต่ด้านร่างกาย แต่ยังรวมไปถึงด้านจิตใจและสังคมอีกด้วย นำมาสู่การเกิดความวิตกกังวลและทำให้ความวิตกกังวลนั้นแย่ลง สติบำบัดจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ (พัชรินทร์, เพ็ญพัทธ์, และสมรักษ์, 2561)

6) การบำบัดด้วยการผ่อนคลาย เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ซึ่งเป็นวิธีการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและลดการเร้าอารมณ์ในระบบประสาทส่วนกลาง กล้ามเนื้อและหลอดเลือดทั่วร่างกายจะเกิดการคลายตัว ร่างกายและจิตใจเกิดความสงบ ทำให้มีการหลั่งของสารเอ็นโดฟินซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการผ่อนคลายและมีความสุข มีผลในการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559)

7) การบำบัดแบบอื่นๆ การบำบัดแบบอื่นๆที่มีการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ โยคะ (Yoga) โยคะทำให้ผู้สูงอายุได้ยืดเหยียดร่างกายและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ความเหมาะสมขึ้นอยู่กับ

กับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน ปัจจุบันได้มีการศึกษามากมายในเรื่องโยคะ ซึ่งให้ผลดีในการควบคุมความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Alka et al., 2018) ศิลปะบำบัด (Art therapy) การให้ผู้สูงอายุได้วาดภาพอิสระที่อยากวาด หรือวาดภาพร่วมกับมีการระบายสี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลลงได้ โดยสามารถจัดเป็นกิจกรรมได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือทำเป็นแบบรายกลุ่ม (นฤมล อินทหมื่น, และศิริลักษณ์ ศุภพิติพร, 2557) การบำบัดด้วยการเต้นรำ (Dance therapy) การให้ผู้สูงอายุได้เต้นรำแบบมีโครงสร้างหรือแบบอิสระกับดนตรีสามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้ สามารถบำบัดได้ทั้งในผู้สูงอายุปกติหรือผู้สูงอายุที่นั่งรถเข็น โดยการใช้การขยับร่างกายช่วงบน (วิสาชา แซ่อ้อย, และระวีวรรณ วรรณวิไชย, 2560) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ดนตรีสามารถใช้ประกอบในการทำกิจกรรมได้ เช่น การร้องเพลงต่างๆ ซึ่งดนตรีบำบัดมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีการนำมาใช้ลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ สามารถบำบัดได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบรายกลุ่ม (Alka et al, 2018) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา (Cognitive Rehabilitation) เช่น การเล่นเกมที่มีการจดจำ หรือการจินตภาพ เป็นต้น มีผลในการลดความวิตกกังวลได้ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ และเสรี ชัดรัมย์, 2560)

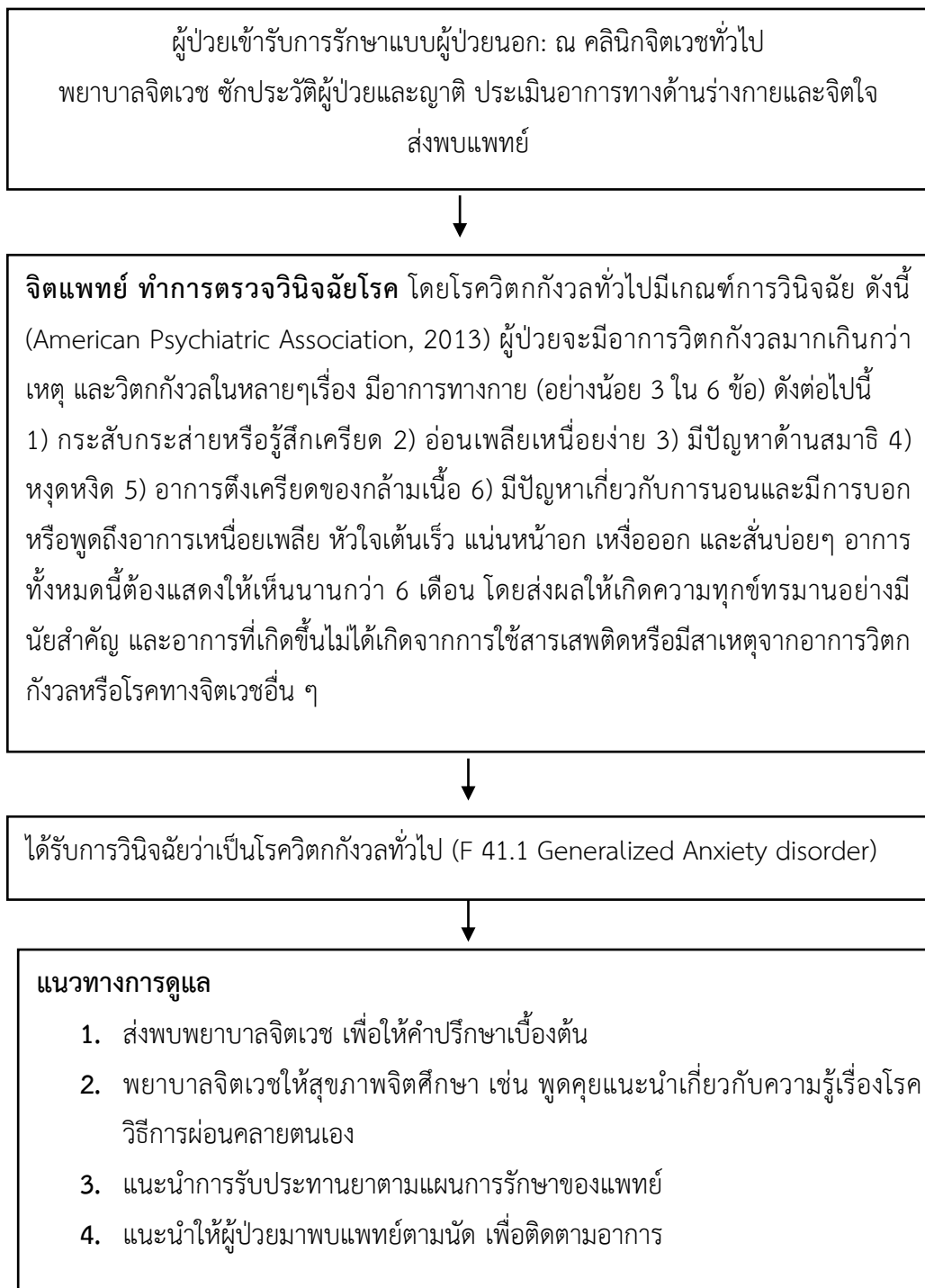
8) กิจกรรมทางสังคมและการเข้าร่วมเครือข่าย (Social activities) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการกระตุ้นที่สำคัญ อีกทั้งยังเป็นการปรับปรุงการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทในสมอง กิจกรรมทางสังคมสามารถทำได้ทั้งในกลุ่มเล็กๆหรือกลุ่มใหญ่ๆ เช่น การพบปะกันในชมรมผู้สูงอายุ ชมรมหัวเราะ ชมรมหนังสือ เป็นต้น มีผลทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงได้ (Alka et al, 2018) และการบำบัดทางเลือก (Alternative Therapies) เช่น การนวดกดจุด เป็นต้น ก็สามารถลดความวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาในแบบต่างๆ จะต้องคำนึงถึงบริบทและความเหมาะสมในผู้สูงอายุนั้นๆ รวมไปถึงการให้ความรู้ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ (Alka et al, 2018)

9) การบำบัดโดยใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization) เทคนิคการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ (Stabilization techniques) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความสงบให้กับจิตใจ โดยใช้ประสบการณ์เชิงบวกของบุคคล (Resource) และจินตนาการเพื่อสร้างความสงบให้กับจิตใจ เมื่อจิตใจสงบลง ความสามารถในการควบคุมความคิดหรือความรู้สึกทางด้านลบก็จะมีมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลาย สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่רבกวนจิตใจได้ดียิ่งขึ้น (EMDR Thailand Association, 2020)

การทำจิตบำบัดมีหลากหลายรูปแบบและมีเทคนิคที่ใช้แตกต่างกันไป เช่น การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งต่างๆที่มีผลให้เกิดความวิตกกังวล ส่วนพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) จะช่วยฝึกผู้ป่วยในการเผชิญสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล และการบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จะ

ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อของบุคคล ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาการบำบัดโดยใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ (Stabilization technique) ซึ่งเป็นการบำบัดที่จะให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสบการณ์เชิงบวก (Resource) ของตนเองที่ผ่านมา หรือจินตนาการเพื่อสร้างความสงบให้กับจิตใจ เมื่อจิตใจสงบ ความสามารถในการควบคุมความคิดหรือความรู้สึกทางด้านลบก็จะมีมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลาย สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่רבกวนจิตใจได้ดียิ่งขึ้น (EMDR Thailand Association, 2020) สอดคล้องกับลักษณะอาการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มีลักษณะอาการหม่นครุ่นคิด คิดซ้ำๆ จนรบกวนจิตใจยากที่จะแก้ไข และการบำบัดนี้สามารถใช้บำบัดได้ในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, จรรย์ สายะสสิต, จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์, และสุวรรณา ภู่อิม (2563) ที่พบว่า การจินตนาการให้เกิดเป็นจินตภาพเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลได้ ซึ่งมีการนำการสร้างจินตภาพมาใช้ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างได้ อีกทั้งยังช่วยลดระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจอีกด้วย และจากการศึกษาการจินตนาการในผู้สูงอายุ พบว่า การจินตนาการจะช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และส่งผลต่อความจำ ยิ่งจินตนาการมาก ก็ยิ่งจดจำได้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีการใช้กลยุทธ์นี้ในการช่วยจำ ซึ่งมีผลต่อสมรรถนะการจำในผู้สูงอายุ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2560)

บริบทการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์



ภาพที่ 2 บริบทการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

แนวความคิดจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ความหมายของภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ หมายถึง ภาวะของจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งปกติเมื่อบุคคลเจอเหตุการณ์ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็จะสามารถปรับตัวเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ดั้งเดิม แต่ภาวะวิกฤตทางจิตใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามต่อตนเองหรือต่อเป้าหมายของตนเอง ทำให้บุคคลมีการเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถที่จะเผชิญหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้จากการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ได้ผลในอดีต (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธิรงค์, 2559) ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบเกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และเป็นภาวะที่ยากต่อการปรับตัว หรือยากต่อการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่สามารถหาทางออกได้ (Poal, 1990) เกิดภาวะสูญเสียสมดุลทางอารมณ์เมื่อบุคคลสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ มีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2562) ซึ่งบุคคลจะอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่หากในภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแล อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตได้ (ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2562) ภาวะวิกฤตทางจิตใจจึงถือได้ว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียดในระดับสูง และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดั้งเดิม บุคคลจะพยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถกลับคืนสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจได้อีกครั้งจากการเผชิญปัญหาที่แตกต่างไปจากเดิม (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559)

สรุปได้ว่าภาวะวิกฤตทางจิตใจเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอันเกิดจากบุคคลจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่คุกคามต่อบุคคลและไม่สามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ในอดีตมาใช้ได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตได้ บุคคลก็จะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น จนความสามารถและประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านบทบาทหน้าที่และสังคม โดยการทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมลดลงและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ประเภทของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ภาวะวิกฤตสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559; วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557; ฉวีวรรณ สัตยธรรม, และคณะ, 2556) ดังนี้

1.ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการเจริญเติบโตแต่ละกลุ่มวัย (Maturation crisis)

เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยต่างๆ ซึ่งแต่ละช่วงวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ นำมาซึ่งการเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และอารมณ์แปรปรวนได้ เนื่องจากเกิดความรู้สึกกัดดันกับบทบาทใหม่ที่สังคมคาดหวัง อาจทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ ซึ่งจะทำให้พัฒนาการในวัยนั้นบกพร่อง ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นสูง มีพฤติกรรมหวาดระแวง เป็นต้น แต่หากบุคคลได้เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่างๆ ก็จะช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการชีวิตที่เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามวุฒิภาวะแต่ละวัย และสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี

วัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล (จันทนา, 2561) ได้แก่ วิตกกังวลว่าจะต้องพึ่งพาลูกหลาน วิตกกังวลเรื่องการถูกทอดทิ้ง วิตกกังวลในเรื่องความตาย วิตกกังวลเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นผู้ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท นอกจากนี้วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณอายุงาน การลาออกจากงาน การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหา (เพ็ญภา กุลนภาดล, และจุฑามาศ แหนจอน, 2558) ผู้สูงอายุคนใดสามารถเผชิญปัญหาได้ ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ แต่หากผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ก็จะเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และเป็นภาวะที่ยากต่อการปรับตัว นำมาซึ่งการเกิดภาวะสูญเสียสมดุลทางอารมณ์

2.ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน (Situational crisis)

เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงกระทบ กระเทือนต่อความรู้สึกของบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวและรับสภาพความเป็นจริงจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นำมาซึ่งการเสียสมดุลทางจิตใจ เช่น การตั้งครุฑไม้พึ่งประสงค์ การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การรักษาอาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ บกพร่องเชิงสังคม หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้และขาดการสนับสนุนประคับประคองทางจิตใจที่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้

3. ภาวะวิกฤตที่เกิดจากภัยพิบัติ (Disaster crisis)

เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดจากการประสบกับภัยพิบัติ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความปลอดภัยของบุคคล ส่งผลให้เกิดความเสียหาย สูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีทั้งภัยพิบัติจากธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว และภัยพิบัติจากมนุษย์ เช่น การจลาจล สงคราม เป็นต้น ภัยพิบัติต่างๆเหล่านี้จะส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัวของบุคคลโดยตรง หากการปรับตัวล้มเหลวก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา โดยพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาการเครียดแบบเฉียบพลัน โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นต้น

ปฏิบัติการทางด้านจิตใจของภาวะวิกฤตทางจิตใจ

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจซึ่งทำให้สูญเสียภาวะสมดุล บุคคลจะมีการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อภาวะที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ เพื่อจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป แม้จะเผชิญเหตุการณ์เดียวกันแต่การรับรู้และความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ซึ่งนำไปสู่การเกิดปฏิบัติการทางด้านจิตใจที่ต่างกันไป (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559) ปฏิบัติการทางจิตใจที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลเป็นปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลเมื่อรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองถูกคุกคาม ซึ่งปกติแล้วความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557) แต่หากความวิตกกังวลนั้นอยู่ในระดับที่สูงและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาคุกคามได้ อาจส่งผลให้บุคคลมีอาการแสดงออกในรูปของการเจ็บป่วย (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559) ซึ่งความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่า โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลมากเกินไป (Excessive) เป็นอยู่ตลอดเวลา (Persistent) และกังวลแทบทุกเรื่อง (Pervasive) รู้สึกไม่สบายใจกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น วิตกกังวลว่าตนเองจะมีการเจ็บป่วย วิตกกังวลว่าจะถูกทำร้าย เป็นต้น อาจแสดงออกต่อปัญหาที่เข้ามาคุกคามอย่างไม่เหมาะสม มีอาการปวดศีรษะ กระสับกระส่าย และมักจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย เช่น อาการใจสั่น หายใจขัด คลื่นไส้ เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยง่าย เป็นต้น (สุกัญญา สุทธิศิลป์, และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังมีปฏิบัติการทางด้านจิตใจอื่นๆที่พบได้เมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เช่น การทำร้ายตนเองและการทำร้ายผู้อื่น ซึ่งเป็นปฏิบัติการโต้ตอบในทางรุนแรง ภาวะซึมเศร้า การเกิดความทุกข์โศกเศร้าเสียใจ

ความรู้สึกผิดและละอาย ความลังเล และการเกิดโรคทางจิตเวชอื่นๆเช่น โรคเครียดเฉียบพลัน โรคเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และภาวะซึมเศร้า (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559)

ระยะของการเกิดวิกฤตทางจิตใจ

ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤตเป็นระยะที่บุคคลสามารถดำรงอยู่ในภาวะสมดุลได้ ซึ่งบุคคลจะใช้วิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ตนหรือที่เคยได้ผลในอดีต (Aguilera, 1994; Frisch & Frisch, 2002 อ้างตาม วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557) อาจเป็นการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หรือการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สามารถทำให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ (Aguilera, 1994)

เป็นระยะที่มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Aguilera, 1994; Caplan, 1964; วันดี สุทธิรงค์, 2556; ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2562)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่บุคคลรับรู้ว่ามีปัญหาหรือเหตุการณ์เข้ามาคุกคามต่อตนเอง อาจเป็นการคุกคามต่อภาพพจน์ (self-image) หรือต่อเป้าหมายในชีวิต (life goals) บุคคลจะใช้วิธีการแก้ปัญหานั้นที่ตนหรือที่เคยใช้แล้วได้ผลในอดีตแต่ไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ บุคคลเริ่มเข้าสู่ภาวะเสียสมดุล (Caplan, 1964) ในระยะนี้บุคคลจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น หากสามารถปรับตัวได้บุคคลจะคืนสู่ภาวะปกติไม่เกิดภาวะวิกฤต แต่ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ และเข้าสู่ระยะที่ 2 (วันดี สุทธิรงค์, 2556)

ระยะที่ 2 บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วันดี สุทธิรงค์, 2556) เนื่องจากไม่สามารถแก้ปัญหานั้นที่เกิดขึ้นได้จากวิธีการเดิม แต่ยังคงพยายามที่จะค้นหาวิธีการแก้ปัญหานั้นที่เกิดขึ้น โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหานั้นในภาวะฉุกเฉิน เช่น การลองผิด ลองถูก (trial and error attempts) แต่หากยังไม่ได้ผล ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง และไร้ประสิทธิภาพ (Caplan, 1964) บุคคลจะเกิดความรู้สึกตึงเครียดมากขึ้น ความวิตกกังวลสูงยิ่งขึ้น เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ตกใจ บุคคลจะพยายามขจัดความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจนี้ออกไป โดยการใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น เพื่อน ญาติผู้ใหญ่ หรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อขอคำปรึกษา หากบุคคลได้รับคำแนะนำช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวและปัญหานั้นคลี่คลายลง บุคคลจะสบายใจขึ้น แต่หากระยะที่ 2 ล้มเหลวก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3 (ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2558)

ระยะที่ 3 ระยะนี้บุคคลจะเข้าสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Caplan, 1964) โดยจะมีความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เกิดความรู้สึกอ่อนไหวและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล

ความเครียด ประสิทธิภาพในการปรับตัวลดลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระตุ้นเพิ่มขึ้น จะทำให้ความวิตกกังวลและความเครียดยิ่งเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4

ระยะที่ 4 เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียสมดุลทางจิตใจ มีความวิตกกังวลสูงและตึงเครียดมาก จนไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาไป (Caplan, 1964) บุคคลจะเสียขวัญ การรับรู้ต่างๆ จะหายไป อารมณ์และพฤติกรรมอาจเปลี่ยนไปด้วย (ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2562) ภาวะที่เกิดขึ้นนี้บุคคลควรได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชได้ (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559)

ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งการเกิดภาวะวิกฤตจะมีระยะเวลาจำกัด โดยทั่วไปภาวะวิกฤตจะคลี่คลายภายในเวลา 6-8 สัปดาห์ (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559) ซึ่งหากบุคคลสามารถหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจได้เอง แต่หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ด้วยตนเอง อาจต้องพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การช่วยเหลือในการรักษาต่อไป (ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ, 2562) ซึ่งความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลกังวลทั่วไป ผู้ป่วยจะวิตกกังวลมากเกินไป อยู่อยู่เกือบตลอดเวลา และวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง นำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ และยากที่จะจัดการ ภาวะวิกฤตทางจิตใจในโรควิตกกังวลทั่วไป อยู่ในระยะวิกฤต (Crisis stage) ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้ง 4 ระยะ จะเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น จนพัฒนาว่าเป็นโรควิตกกังวล รวมถึงโรควิตกกังวลทั่วไป และภายหลังการเป็นโรค ผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้อีกซ้ำๆ

องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ (crisis management) เป็นวิธีการช่วยเหลือในการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต โดยมีกิจกรรมการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ รวมทั้งมีการส่งเสริม ฟันฟู ค้นหาแนวทางในการปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจได้อีกครั้งหลังเจอปัญหาที่เข้ามาคุกคามจิตใจ (จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559)

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจตามแนวคิดของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) เป็นแนวทางการจัดการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา นำไปสู่ความสามารถในการปรับตัวเข้า

สู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ และผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) และการเผชิญปัญหา (coping mechanism) (Aguilera, 1994; จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559; วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) คือ การเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความต้องการ แต่หากมีการรับรู้เหตุการณ์ที่บิดเบือนไม่ตรงตามความเป็นจริง ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ก็จะทำให้การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป เข้าใจและรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามความเป็นจริงก็จะสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) คือ เนื่องจากการได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน อาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้ที่พึ่งพิงได้ ความวิตกกังวล ความเครียดก็จะเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ เมื่อขาดแหล่งสนับสนุนจะทำให้บุคคลเกิดความอ่อนแอ รู้สึกโดดเดี่ยว และจะถูกกระทบได้ง่ายเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด ประกอบกับขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ก็จะส่งผลให้เสียสมดุลทางจิตใจและนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ ดังนั้นการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

3.การเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การใช้วิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งเกิดจากกระบวนการเรียนรู้และปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีการพัฒนาการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจได้ และรอดพ้นจากภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้นแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ จะช่วยให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปลดลง สามารถสรุปได้ว่า แนวคิดจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองวิตกกังวล และมีการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสมตามความเป็นจริง ทำให้เข้าใจปัญหาได้อย่างแท้จริง สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้น ก็จะสามารถนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเอง มาช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น เช่น การปรึกษาคู่ในครอบครัว เพื่อน การใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลง และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ก็จะส่งผลทำให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ภาวะปกติได้

การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization technique)

ความหมายของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization technique) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่รบกวนจิตใจหรือบาดแผลทางใจ (Trauma) เกิดความพร้อมที่จะสร้างความรู้สึกลับคืน ปลอดภัยภายในจิตใจ รับรู้และเชื่อมั่นในคุณค่า ความดี และความแข็งแกร่งของตนเอง จนกระทั่งสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่รบกวนจิตใจได้ดียิ่งขึ้น (EMDR Thailand Association, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพันธ์ ความคำนึง, และมฤษฎ์ แก้วจินดา (2559) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การสร้างความมั่นคงทางจิตใจ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความสงบและความมั่นคงภายใน เสริมสร้างประสบการณ์เชิงบวก และเพิ่มความสามารถในการควบคุมความคิด ความรู้สึกด้านลบด้วยการใช้จินตนาการ ทำให้ผู้ที่อยู่ในภาวะตึงเครียด หรือมีความกลัว หรือมีความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกปลอดภัย ผ่อนคลาย และสงบภายในจิตใจ เป็นเทคนิคที่ช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (วิลาสินี ฝนนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์, 2562; Zehetmair, Kaufmann, Tegeler, Kindermann, Junne, Zipfel, Herpertz, Herzog, & Nikendei, 2018) ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปล่อยประโลมตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Ehrenthal, Schockel, Nikendei, Dinger, Schauenburg, & Lambert, 2020) โดยอีเร็นทาว, และคณะ (Ehrenthal et al., 2020) ได้มีการศึกษาการทำจิตบำบัดร่วมกับการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ออารมณ์ ในผู้ป่วยโรค PTSD ซึ่งมีการใช้รูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม ดำเนินการทั้งหมด 9 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น

สามารถสรุปได้ว่า เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความสงบให้กับจิตใจ สามารถควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลได้ ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้ประสบการณ์เชิงบวกของบุคคล (Resource) และการนึกคิดหรือจินตนาการเพื่อสร้างความสงบให้กับจิตใจ เมื่อจิตใจสงบลง ความสามารถในการควบคุมความคิดหรือความรู้สึกทางด้านลบก็จะมีมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลาย สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่รบกวนจิตใจได้ดียิ่งขึ้น

รูปแบบของการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (EMDR Thailand Association, 2020) มี 4 รูปแบบ ได้แก่ การตั้งหลัก/ ตั้งสติ (Grounding) การกระตุ้นความเข้มแข็งหรือต้นทุนในจิตใจ (Resource Activation) การผ่อนคลาย (Relaxing techniques) และการสร้างระยะห่างจากสิ่งรบกวน (Distancing techniques) ซึ่งเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ประกอบด้วย 10 เทคนิค (วิลาสินี ฝนดี, และคณะ, 2562; จิตติพันธ์ ความค้ำนึ่ง, และมฤษฎ์ แล้วจินดา, 2559; EMDR Thailand Association, 2020) มีรายละเอียดดังนี้

1) สถานที่ปลอดภัยภายในจิตใจ (inner safe place) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปเกิดความมั่นคงภายในจิตใจ ด้วยการจินตนาการหรือนึกถึงสถานที่สงบและปลอดภัย เมื่อจินตนาการถึงแล้ว จะต้องสามารถรับรู้และรู้สึกถึงสภาวะภายในร่างกายและจิตใจของตนเองว่า มีความสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย (EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง คิดซ้ำๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด กลายเป็นปัญหาที่เข้ามารบกวนจิตใจ และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในจิตใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกคลายความวิตกกังวล รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยจากสิ่งที่เข้ามารบกวนจิตใจ (สุชาติ พหลภาคย์, 2553)

2) เทคนิคการตั้งหลัก (grounding) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งการหมกมุ่นครุ่นคิดจะเข้าไปกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความคิดเชิงลบที่เกิดจากตนเองและจากสถานการณ์นั้นๆ ทำให้การกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพลดลง นำมาซึ่งการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่เข้ามากระทบจิตใจ เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทางบวกที่ลดลง ทำให้เกิดเป็นความวิตกกังวล (กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556) ซึ่งเทคนิคการตั้งหลักจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสติ อยู่กับตนเอง และรับรู้สิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน (EMDR Thailand Association, 2020)

3) เทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ (inner container) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยจะคิดซ้ำๆ เรื่องเดิมบ่อยๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด (กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556) ซึ่งเทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ จะให้ผู้ป่วยได้จินตนาการถึงที่เก็บของส่วนตัว ที่มีลักษณะและรูปแบบตามความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถเก็บเรื่องราว ความไม่สบายใจหรือเรื่องที่ไม่อยากเปิดเผยไว้ในนั้น โดยเก็บไว้ในที่ที่มีขีดแล้วจินตนาการว่าได้นำกล่องที่เก็บความไม่สบายใจนี้ไปทิ้งในที่ที่อยู่ไกล และจะไม่ส่งผลใดๆต่อจิตใจอีก เทคนิคนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้ขจัดความทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล (สุชาติ พหลภาคย์, 2553)

4) เทคนิคสวนภายในจิตใจ (inner garden) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นรูปแบบของการตอบสนองต่อความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556) เทคนิคสวนภายในจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยได้จินตนาการถึงสวนที่ตนเองต้องการ โดยจะเป็นสวนแบบใดก็ได้ ซึ่งเป็นสวนที่มีต้นไม้และดอกไม้ ที่ดึงดูดให้อยากเข้าไป อยู่ในที่นั้น เป็นสวนที่ปราศจากผู้คนและสัตว์ใหญ่ที่เป็นอันตราย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้จัดสวนตามความต้องการของตนเอง เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น (วิลาสินี ฝนดี, และคณะ, 2562)

5) เทคนิคลำแสงรักษา (light stream technique) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีอาการระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด (สุภัญญา สุทธิศิลป์, 2559) โดยเทคนิคนี้จะให้ผู้รับการบำบัดมุ่งความสนใจไปที่ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายตามร่างกาย แล้วให้จินตนาการว่ามีลำแสงที่สามารถรักษาอาการไม่สุขสบายนั้นได้ สแกนผ่านร่างกายจากศีรษะจรดปลายเท้าแล้วรักษาความไม่สบายนั้น โดยผู้บำบัดจะใช้คำถามที่เฉพาะในการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้รับการรักษาผ่านการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ชัดจัดความรู้สึกไม่สุขสบายตามร่างกายออกไป (EMDR Thailand Association, 2020)

6) เทคนิควิธีการ 5-4-3-2-1 เป็นเทคนิคลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิอยู่กับปัจจุบัน โดยการให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่เห็นภายในห้องบำบัด 5 อย่าง บอกสิ่งที่ได้ยิน 4 อย่าง บอกสิ่งที่รู้สึก/กำลังสัมผัส 3 อย่าง บอกสิ่งที่ได้กลิ่น 2 อย่าง และให้มองข้อดีในตนเอง 1 อย่าง (EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งการให้ผู้ป่วยได้นึกถึงสิ่งต่างๆแต่ละข้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อ ลดการหมกมุ่นครุ่นคิดและอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2553)

7) เทคนิครวมพลัง (Point of Power) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้เชื่อมกับความรู้สึกทางบวกหรือทรัพยากรทางบวก โดยการให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์หรือเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุข ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เช่น 2 ชั่วโมงที่ผ่านมา 2 ปีที่ผ่านมา หรือในช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งเป็นการติดตั้งความรู้สึกดีๆที่มีต่อประสบการณ์ที่ดี เพื่อจะได้เก็บไว้เป็นทรัพยากร ไว้รับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป เทคนิคนี้ทำให้เกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล (สุชาติ พหลภาคย์, 2553)

8) ที่ปรึกษาภายในจิตใจ (inner adviser) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่ามีพลัง มีคนคอยให้คำปรึกษา คอยให้กำลังใจ เกิดความสบายใจขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการจัดการจิตใจของตนเองให้สมดุล เพื่อให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต (วิลาสินี ฝนดี, และคณะ, 2562)

9) ต้นไม้ภายในจิตใจ (inner tree) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จินตนาการถึงต้นไม้ต้นใหญ่ต้นหนึ่ง ลองเดินไปใกล้ๆ เพื่อสัมผัส แล้วมองดูต้นไม้ใหญ่มีรากแตกแขนง

ลงสู่พื้นดิน ได้รับการหล่อเลี้ยงอาหาร มีใบไม้มากมายรอรับแสงแดดที่แสนอบอุ่น ใต้ต้นไม้ที่สงบร่มเย็น จากนั้นให้ผู้ป่วยจินตนาการว่าเข้าไปกอดต้นไม้ แล้วให้จดจำความรู้สึกอบอุ่นไว้สักครู่เพื่อรับพลัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น (EMDR Thailand Association, 2020)

10) ผู้ช่วยเหลือภายในจิตใจ (inner helper) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ช่วยได้จินตนาการถึงบุคคลที่นึกถึงแล้วมีความอุ่นใจ มีแต่ความสุข และรู้สึกว่าได้รับการปกป้องคุ้มครองดูแล ผู้ช่วยเหลือภายในจิตใจ อาจเป็นบุคคลจริง หรือสัตว์ ที่มีอยู่จริง หรือเป็นบุคคลหรือสัตว์ที่ไม่มีอยู่จริงก็ได้ (วิลาลินี ฝนดี, และคณะ, 2562)

การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจในผู้สูงอายุ

การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความวิตกกังวลประจำตัวได้ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจากกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดที่เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจตามมา ความวิตกกังวลประจำตัว จะเป็นลักษณะนิสัยที่ติดตัวผู้ป่วย เมื่อมีเหตุการณ์หรือปัญหาเข้ามา จะส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงขึ้นไปด้วย และความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไปจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ได้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการจัดการความวิตกกังวลประจำตัวให้ลดลง จากการศึกษาของสมลักษณ์, และคณะ(2563) พบว่า การจินตนาการหรือการจินตภาพเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และสามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลได้ จากการศึกษาพบว่า มีการนำการสร้างจินตภาพมาใช้ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ผลการวิจัยพบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างได้ อีกทั้งยังช่วยลดระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงอีกด้วย และจากการศึกษาพบว่า การจินตนาการจะช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และส่งผลดีต่อความจำ ยิ่งจินตนาการมาก ก็ยิ่งจดจำได้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้กลยุทธ์นี้ในการช่วยจำ ซึ่งมีผลต่อสมรรถนะการจำในผู้สูงอายุ (กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้มีการศึกษาและนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 5 เทคนิค ในทั้งหมด 10 เทคนิค มาใช้ออกแบบเป็นโปรแกรม ซึ่งได้พิจารณาความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในผู้สูงอายุ โดยเทคนิคที่เลือกใช้ มี 5 เทคนิค ประกอบด้วย เทคนิค 5-4-3-2-1, เทคนิคแสงรักษา, เทคนิคที่เก็บภายในใจ, เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ, และเทคนิครวมพลัง โดยมีเหตุผลดังนี้

เทคนิค 5-4-3-2-1 เป็นเทคนิคที่ง่ายไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้ ซึ่งเทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่กำลังวิตกกังวล กลับมามีสมาธิอยู่กับปัจจุบันและมี

สมาธิจดจ่อมากขึ้น โดยการให้บอกสิ่งที่เห็นภายในห้องหรือสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอยู่ขณะบำบัด จำนวน 5 อย่าง บอกสิ่งที่ได้ยิน 4 อย่าง บอกสิ่งที่รู้สึก/กำลังสัมผัส 3 อย่าง บอกสิ่งที่ได้กลิ่น 2 อย่าง และให้มองข้อดีในตนเอง 1 อย่าง ซึ่งเป็นเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อใช้เตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ (EMDR Thailand Association, 2020; สุขชาติ พหลภาคย์, 2553)

เทคนิคลำแสงรักษา ผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีอาการระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559) โดยเทคนิคนี้จะให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตามร่างกาย แล้วให้จินตนาการว่ามีลำแสงที่สามารถรักษาอาการไม่สบายนั้นได้ สแกนผ่านร่างกายจากศีรษะจรดปลายเท้าแล้วรักษาความไม่สบายนั้น โดยผู้บำบัดจะใช้คำถามที่เฉพาะในการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนได้รับการรักษาผ่านการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้จัดความรู้สึกไม่สบายตามร่างกายออกไป (EMDR Thailand Association, 2020)

เทคนิคที่เก็บภายในใจ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยจะคิดซ้ำๆ เรื่องเดิมบ่อยๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด (กุลปรียา ศิริพานิช, และคณะ, 2556) ซึ่งเทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ จะให้ผู้ป่วยได้จินตนาการถึงที่เก็บของส่วนตัวที่มีลักษณะและรูปแบบตามความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถเก็บเรื่องราว ความไม่สบายใจ หรือเรื่องที่ไม่อยากเปิดเผยไว้ในนั้น โดยเก็บไว้ในที่ที่มิดชิดแล้วจินตนาการว่าได้นำกล่องที่เก็บความไม่สบายใจนี้ไปทิ้งในที่ที่อยู่ไกล และจะไม่ส่งผลใดๆ ต่อจิตใจอีก เทคนิคนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้จัดความทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล (สุขชาติ พหลภาคย์, 2553)

เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป เกิดความมั่นคงภายในจิตใจ ด้วยการจินตนาการหรือนึกถึงสถานที่สงบและปลอดภัย เมื่อจินตนาการถึงแล้ว จะต้องสามารถรับรู้และรู้สึกถึงสภาวะภายในร่างกายและจิตใจของตนเองว่า มีความสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย (EMDR Thailand Association, 2020) ซึ่งผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง คิดซ้ำๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด กลายเป็นปัญหาที่เข้ามารบกวนจิตใจ และรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในจิตใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกคลายความวิตกกังวล รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยจากสิ่งที่เข้ามารบกวนจิตใจ (สุขชาติ พหลภาคย์, 2553)

เทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยได้เชื่อมกับความรู้สึกทางบวกหรือทรัพยากรทางบวก โดยการให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์หรือเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุข ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เช่น 2 ชั่วโมงที่ผ่านมา 2 ปีที่ผ่านมา หรือในช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งเป็นการติดตั้งความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อประสบการณ์ที่ดี เพื่อจะได้เก็บไว้เป็นทรัพยากร ไว้รับมือกับ

ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในโอกาสต่อไป เทคนิคนี้ทำให้เกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล (สุชาติ พหลภาคย์, 2553) ทั้ง 5 เทคนิคจะช่วยลดความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

และการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่มีการศึกษา การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ แต่ไม่พบการศึกษาในวัยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่พบมีการศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของอะกิเลรา (วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557; จุฑามาศ สุวรรณรัตน์, และคณะ, 2558) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง ส่วนใหญ่จะเป็นโปรแกรมการบำบัดทางด้านจิตใจโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีการนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของมาร์แรม (Marram, 1978) มาใช้ประกอบ โดยกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ จะประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ การให้ผู้ป่วยได้ฝึกการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่วนใหญ่มีการดำเนินการ 3-5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา พบว่า ภาวะวิกฤตทางจิตใจถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียดในระดับสูง (Poal, 1990) ผู้วิจัยจึงมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี ไต่ะทอง, และทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2562; สมสุข นิธิอุทัย, ประทีป จินนี, และอรพินท์ ชูชม, 2561; อาภรณ์ สิงห์ชาติดา, กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี, 2559) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยวัดค่าความเครียดในภาวะวิกฤติ รูปแบบกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการทำสมาธิ การฝึกหายใจ การฟังดนตรีบรรเลงขณะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรับความคิด และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาสามารถลดความเครียดของผู้สูงอายุในภาวะวิกฤติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อีกทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ระนันท์ อินตะเสนา, และคณะ, 2556; Piadehkouhsar, Ahmadi, Khoshknab., & Rasekhi, 2019) พบงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความ

วิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางใจของอะกิเเลร์ (Aguilera, 1994) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้น แนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจนี้ จึงถือได้ว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปได้ สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ มี 3 ประการ คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) หากผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปมีการรับรู้เหตุการณ์หรือเข้าใจปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงในเรื่องที่ตนเองกำลังหมกมุ่นครุ่นคิดและวิตกกังวล หากมีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องและตรงตามความต้องการ 2. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะเป็นตัวช่วยให้ผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดและคลายความวิตกกังวล สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3. การเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยการใช้วิธีการต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปสามารถจัดการกับปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจและรอดพ้นจากภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ และเนื่องจากผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไป จะมีอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นซ้ำๆ การนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเทคนิคที่จะใช้จัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลให้ลดลง ส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจที่จะเกิดขึ้นซ้ำจากลักษณะอาการของโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการบำบัด ได้ดังนี้

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ ตั้งแต่ 3-12 สัปดาห์
2. จำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรมฯ ตั้งแต่ 3-8 ครั้ง
3. ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 45-120 นาที
4. รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์

การให้ความรู้เรื่องภาวะวิกฤตทางจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเอง และการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การฟังดนตรีบรรเลงขณะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรับความคิด และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมฯ แผนการสอน แผนการเรียนรู้แบบกลุ่ม สมุดบันทึก
6. สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ แผ่นพับ เพลงประกอบ ใบงาน ใบความรู้
7. การประเมินผล การประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เนื่องจากแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ จะช่วยลดความวิตกกังวล ขณะปัจจุบันได้ดี ในขณะที่ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีความวิตกกังวลประจำตัวด้วย ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝน ให้จิตใจเกิดความสงบ และผ่อนคลาย ผู้วิจัยจึงได้มีภารกิจงานวิจัยที่มีการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) มาใช้ลดความวิตกกังวล พบจำนวน 4 เรื่อง (อาจารย์ เมี้ยนกลาง, และมฤษฎ์ แก้วจินดา, 2563; วิลาสินี ฝนดี, และคณะ, 2562; จิตติพันธ์ ความคำนึ่ง, และมฤษฎ์ แก้วจินดา, 2559; Ehrental, Schockel, Nikendei, Dinger, Schauenburg, & Lambert, 2020) ซึ่งมีการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ร่วมกับการทำจิตบำบัดและการให้การปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล มีการศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเทคนิคที่นำมาใช้ ได้แก่ เทคนิคการตั้งหลัก เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในจิตใจ เทคนิคสวนภายในจิตใจ เทคนิควิธีการลำแสง เทคนิค5-4-3-2-1 เทคนิคตัวควบคุมระยะไกล เทคนิคที่ปรึกษาภายในจิตใจ เทคนิคต้นไม้ภายในจิตใจ และเทคนิคผู้ช่วยเหลือภายในจิตใจ ซึ่งเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทั้ง 10 เทคนิคที่นำมาใช้ แต่ละเทคนิคสะท้อนให้เห็นว่า มีผลในการช่วยลดภาวะวิตกกังวลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการบำบัด ได้ดังนี้ คือ

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมตั้งแต่ 4-9 สัปดาห์
 2. จำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม ตั้งแต่ 4-10 ครั้ง
 3. ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 20-90 นาที
 4. เทคนิคที่นำมาใช้ ได้แก่ เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เทคนิคการตั้งหลัก เทคนิคที่เก็บภายในใจ เทคนิคสวนภายในจิตใจ เทคนิควิธีการลำแสง เทคนิค5-4-3-2-1 เทคนิคตัวควบคุมระยะไกล เทคนิคที่ปรึกษาภายในจิตใจ เทคนิคต้นไม้ภายในจิตใจ และเทคนิคผู้ช่วยเหลือภายในจิตใจ
- 5.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม แผนการสอน แผนการเรียนรู้แบบกลุ่ม สมุดบันทึก
 - 6.สื่อที่ใช้ในโปรแกรม แผ่นพับ ใบความรู้
 - 7.การประเมินผล การประเมินผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผลภายหลังการบำบัด 2 เดือน

จากการวิเคราะห์งานวิจัยดังกล่าวและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการเรียนรู้ แต่เนื่องจากการเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การจัดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุจึงควรจำกัดเวลาให้น้อยที่สุด และไม่ควรจัดให้ผู้สูงอายุเรียนรู้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ควรมีเวลาพักเพื่อลดความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง (สุธีรา บัวทอง, และคณะ, 2558; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559) ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ไว้ดังนี้

1. แนวทางในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) มี 3 ประการ คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) 2.การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) และการเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การเผชิญปัญหา(coping mechanism) และใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ทั้งหมด 5 เทคนิค
2. รูปแบบการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ การให้ความรู้ การให้ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม การประเมินการรับรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเอง การฝึกเผชิญปัญหา และการฝึกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอน ใบความรู้
4. สื่อที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม ได้แก่ ใบความรู้ กระดานบอร์ด Power point
5. ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม คือ 3 สัปดาห์ ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมที่จะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. จำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม คือ 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการให้โปรแกรมที่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม
7. ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง คือ 90 นาที เมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมครบ 1 ชั่วโมง จะออกแบบกิจกรรมให้มีการพัก 5-10 นาที เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและเกิดความพร้อมที่จะทำกิจกรรมถัดไป ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการก่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในแต่ละกิจกรรมและสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
8. การประเมินผล คือ ประเมินผลทันทีหลังให้โปรแกรม เป็นการป้องกันปัจจัยอื่นที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ความวิตกกังวลก็จะสูงขึ้น ทำให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด หรือคิดซ้ำๆวนเวียนในเรื่องต่างๆที่เข้ามากระทบจิตใจ และพัฒนาไปเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชอื่น ๆที่มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มสำคัญที่สมควรได้รับดูแลส่งเสริมเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือทางด้านจิตใจหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาเฉพาะด้าน เช่น รูปแบบด้านการจัดการความเครียด รูปแบบการจัดการความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมการเพิ่มสมดุลทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นและเข้าสู่ภาวะปกติได้ อีกทั้งแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือได้ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีความสำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล หากผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งองค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างเหมาะสม ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ร่วมกับการฝึกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ความรู้สึกสงบ ปลอดภัยจากสิ่งที่เข้ามากระทบจิตใจ และให้ความรู้สึกละคลาย ก็จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงได้ และเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่ภาวะวิกฤตทางจิตใจซ้ำ สามารถปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 นาที อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวล ทำให้สามารถรักษาสมดุลทางจิตใจ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest- posttest group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorders : GAD) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัส F 41.1 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสวนราชมรณีย์ จำนวน 105 คน (สำรวจรายชื่อ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorders : GAD) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) รหัส F41.1 ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสวนราชมรณีย์ จำนวน 60 คน โดยได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ จนครบ 30 คู่ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป (F41.1) ที่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง มีอายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี ตามเกณฑ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)
- 2) มีความวิตกกังวลอยู่ระดับปานกลางขึ้นไป มีคะแนน 41-80 คะแนน ประเมินโดยใช้ประเมินจากแบบประเมินความวิตกกังวล (The State- Trait Anxiety Inventory) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี, จีน, และสมโภชน์, (2535 อ้างตาม ดารารวรรณ ต๊ะปินดา, 2535)

- 3) มีการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมาก มีคะแนน 48-88 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554)
- 4) มีภาวะพึงพาเล็กน้อย หรือไม่มีภาวะพึ่งพา มีคะแนน 12-20 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, และคณะ, 2537)
- 5) ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini- Mental State Examination : Thai version (MMSE- Thai 2002) จุดตัดของผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คือ < 17 คะแนน และผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คือ < 22 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)
- 6) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 7) ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาก่อน ยกเว้นได้รับการดูแลตามปกติ
- 8) ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมโปรแกรมผ่าน Line Video call ได้ด้วยตนเองหรือมีญาติเป็นผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) แพทย์ทำการรักษาเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- 2) มีภาวะแทรกซ้อนจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีตัวแปรและกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกันที่สุด คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (พัชรินทร์, ครองธรรม, และคณะ, 2561) โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลของโคเฮน (Cohen, 1998) คำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.89 และผู้วิจัยนำขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อน ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ทำ

การเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (ธานินทร์, 2550) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มกลุ่มละ 30 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่1 เนื่องจากเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี ได้แก่ การประกาศเชิญชวนและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาล โดยเริ่มจาก มีวิธีการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการให้พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในรับยาทางไปรษณีย์ ซึ่งจะมีการโทรศัพท์หรือ Line Video call เพื่อสอบถามอาการผู้ป่วยก่อนส่งยาเดิมไปทางไปรษณีย์ ซึ่งจะเป็นผู้เชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดในเกณฑ์การคัดเลือกและเข้าถึงข้อมูลและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากระบบ HIS ผู้วิจัยมรการประสานงานกับงานเวชระเบียน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากประวัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดก้างวลทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดก้างวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

ขั้นตอนที่3 ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ตามรายชื่อที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการวิจัยและจากรายชื่อที่คัดกรองได้จากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการผ่านทางโทรศัพท์ และขอความยินยอมทางวาจา เมื่อผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอม ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ผ่านทาง Line Video call

โดยเริ่มจากการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ด้วยแบบทดสอบ MMSE- Thai 2002 และทำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งจะคัดกรองรายบุคคลทาง Line Video call คัดกรองโดยผู้วิจัย ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ จะต้องไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองและไม่มีภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จะประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความเกรงใจนักวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีคะแนนความวิตกกังวลขณะ

ปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และมีการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมาก

ขั้นตอนที่ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศที่ต่างกัน มีอุบัติการณ์การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปต่างกัน ซึ่งจากอุบัติการณ์พบว่า โรควิตกกังวลทั่วไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นอัตราส่วน 2:1 (พัชรินทร์ ครองธรรม, 2559) ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนในเรื่อง เพศ ผู้วิจัยจึงทำการจับคู่ (Match paired) กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก โดยผู้ที่จับชื่อได้คนแรกในแต่ละคู่จะได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยคนที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม จนครบ 30 คู่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่มีการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีโอกาสพบกัน ซึ่งมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเพศ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ด้วยคะแนนความวิตกกังวล

คู่ที่	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	เพศ	คะแนนความวิตกกังวล				เพศ	คะแนนความวิตกกังวล			
		ขณะนี้ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ		ขณะนี้ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ
1	ชาย	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง
2	หญิง	54	ปานกลาง	52	ปานกลาง	หญิง	50	ปานกลาง	46	ปานกลาง
3	หญิง	52	ปานกลาง	50	ปานกลาง	หญิง	48	ปานกลาง	52	ปานกลาง
4	ชาย	60	ปานกลาง	58	ปานกลาง	ชาย	53	ปานกลาง	58	ปานกลาง
5	หญิง	61	สูง	67	สูง	หญิง	63	สูง	61	สูง
6	ชาย	56	ปานกลาง	54	ปานกลาง	ชาย	53	ปานกลาง	53	ปานกลาง
7	หญิง	50	ปานกลาง	48	ปานกลาง	หญิง	54	ปานกลาง	52	ปานกลาง
8	ชาย	56	ปานกลาง	58	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง
9	หญิง	67	สูง	64	สูง	หญิง	47	ปานกลาง	45	ปานกลาง
10	หญิง	46	ปานกลาง	48	ปานกลาง	หญิง	61	สูง	62	สูง
11	หญิง	60	ปานกลาง	58	ปานกลาง	หญิง	47	ปานกลาง	45	ปานกลาง
12	ชาย	67	สูง	64	สูง	ชาย	61	สูง	62	สูง

คู่มือ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	เพศ	คะแนนความวิตกกังวล				เพศ	คะแนนความวิตกกังวล			
		ขณะ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ		ขณะ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ
13	หญิง	59	ปานกลาง	49	ปานกลาง	หญิง	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง
14	ชาย	52	ปานกลาง	54	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
15	ชาย	54	ปานกลาง	58	ปานกลาง	ชาย	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง
16	หญิง	64	สูง	62	สูง	หญิง	64	สูง	62	สูง
17	ชาย	59	ปานกลาง	58	ปานกลาง	ชาย	57	ปานกลาง	57	ปานกลาง
18	หญิง	67	สูง	64	สูง	หญิง	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง
19	ชาย	52	ปานกลาง	50	ปานกลาง	ชาย	47	ปานกลาง	48	ปานกลาง
20	หญิง	67	สูง	64	สูง	หญิง	65	สูง	64	สูง
21	ชาย	48	ปานกลาง	48	ปานกลาง	ชาย	50	ปานกลาง	46	ปานกลาง
22	หญิง	62	สูง	60	ปานกลาง	หญิง	48	ปานกลาง	52	ปานกลาง
23	หญิง	56	ปานกลาง	58	ปานกลาง	หญิง	53	ปานกลาง	58	ปานกลาง
24	หญิง	54	ปานกลาง	52	ปานกลาง	หญิง	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง
25	ชาย	47	ปานกลาง	58	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
26	หญิง	54	ปานกลาง	52	ปานกลาง	หญิง	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง
27	หญิง	64	สูง	62	สูง	หญิง	64	สูง	62	สูง
28	ชาย	48	ปานกลาง	50	ปานกลาง	ชาย	57	ปานกลาง	57	ปานกลาง
29	ชาย	54	ปานกลาง	52	ปานกลาง	ชาย	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง
30	หญิง	52	ปานกลาง	50	ปานกลาง	หญิง	47	ปานกลาง	48	ปานกลาง

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยแยกกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อให้ได้จำนวนที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ไม่มากจนเกินไป ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่และเมื่อเสร็จสิ้นการให้โปรแกรม ผู้วิจัยจะสามารถประเมินผลแบบรายบุคคลจากแบบสอบถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นทำการสร้างไลน์กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย ไลน์กลุ่มควบคุม 30 คน และ ไลน์กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

ขั้นตอนที่ 6 ทำการขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยทำการอธิบาย ชี้แจงรายละเอียด และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทางวาจา เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุและญาติซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม จากนั้นผู้วิจัยก็จะทำการ

จัดส่งเอกสารขอความยินยอมไปให้ทางไปรษณีย์ และให้ผู้สูงอายุหรือญาติส่งกลับมายังผู้วิจัยก่อนเริ่มให้โปรแกรม โดยค่าใช้จ่ายในการจัดส่งเอกสารผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบทุกกรณี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง และ 4) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini- Mental State Examination : Thai version (MMSE- Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive impairment) ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนจะต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ (สมรรถภาพสมองบกพร่อง) จะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ จะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ จะมีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยจะต้องไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) ปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัยและคณะ (2537) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 3 และ 1 ถึง 3 เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม โดยคะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ (1) 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (2) 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ (3) 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน (4) 12-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาลเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีภาวะพึ่งพาลเล็กน้อย หรือไม่มีภาวะพึ่งพา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการพักอาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y) ของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1985) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แปรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, 2535) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. STAI from Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3= ค่อนข้างมาก, 4= มากที่สุด)

2. STAI from Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกต่างๆไปของตนเอง โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3= ค่อนข้างมาก, 4= มากที่สุด)

State-Trait Anxiety Inventory form Y เป็นแบบประเมินที่มีทั้งข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวกและความหมายเชิงลบ ซึ่งจะมีคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ (Spielberger, et al., 1983)

Rating scale	คะแนนข้อความทางลบ	คะแนนข้อความทางบวก
1	1	4
2	2	3
3	3	2
4	4	1

การให้คะแนน จะคิดคะแนนรวมในแต่ละชุดคำถาม โดยให้คะแนนแบบประเมินความวิตกกังวล STAI from Y-1 และ STAI from Y-2 ในทิศทางตรงกันข้าม ในข้อต่อไปนี้

STAI from Y-1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

STAI from Y-2 ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, และ 19

การแปลผลระดับความวิตกกังวล ในแต่ละชุดของแบบวัดความวิตกกังวล คะแนนรวมต่ำสุด คือ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 80 คะแนน โดยถือเอาคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลของ (Spielberger, et al., 1983) ดังนี้

20-40 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย
41-60 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
61-70 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับสูง
71-80 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับสูงมาก

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบตามแบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1985) เนื่องจาก เป็นแบบประเมินที่แยกความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่งมีลักษณะตรงกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป อีกทั้งแบบประเมินมีข้อความเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoekema และ Morrow (1991) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากฉบับภาษาไทย แปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเภทประเมินค่า 4 ระดับ โดยเลือกตอบหมายเลขคะแนน 1 ถึง 4 (1= เกือบจะไม่เคยเลย, 2=บางครั้ง, 3=บ่อยครั้ง, 4=เกือบจะสม่ำเสมอ)

แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoekema และ Morrow (1991) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression related) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1,2,3,4,6,8,9,14,17,18,19,22 การครุ่นคิด (Brooding) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5,10,13,15,16 การสะท้อนความคิด (reflection) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 7,11,12,20,21

การให้คะแนน คิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 22 คะแนนต่ำสุด คือ 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 88 คะแนน การแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่ามีการหมกมุ่นครุ่นคิดในระดับสูง ค่าคะแนนมากกว่า 48 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554)

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลร่า (Aguilar, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) พัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป โดยผู้วิจัยสร้างโปรแกรมโดยเริ่มจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลร่า (Aguilar, 1994) และรูปแบบการบำบัดด้วยเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

หลังจากนั้นได้กำหนดโครงสร้างกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไป ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการผ่าน Line Video call โปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการ 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยรูปแบบของโปรแกรมแต่ละสัปดาห์มีลักษณะดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่ม จากนั้นให้เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกวิตกกังวล แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนหรือคิดเชิงลบ การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหา การใช้เทคนิคแสงรักษาเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติในโรคจิตกังวลทั่วไป ซึ่งใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรม “เชื่อมโยงสัมพันธ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย จากนั้นให้ผู้สูงอายุได้แนะนำตนเองและผู้วิจัยใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปลดการหมกมุ่นครุ่นคิด มีสมาธิ จดจ่ออยู่กับการทำกิจกรรม และเพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้สำหรับกิจกรรมถัดไป ใช้ระยะเวลา 20 นาที

2. กิจกรรม “เพื่อนช่วยมอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล ว่าตนเองรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริงหรือมีการรับรู้ที่บิดเบือนไป ซึ่งผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปมักจะมีการรับรู้ที่บิดเบือน หรือมีคิดอัตโนมัติ

ทางลบที่ไม่สร้างสรรค์ กิจกรรมนี้จะฝึกการรับรู้ที่ถูกต้องโดยเริ่มจากให้ผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวที่ทำให้วิตกกังวล และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันมองเรื่องราวหรือเหตุการณ์นั้นและร่วมกันแสดงความคิดเห็น กิจกรรมนี้จะให้ผู้สูงอายุได้เปิดใจและฝึกการยอมรับ สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการแก้ไขการรับรู้ที่ถูกต้องในกิจกรรมถัดไป กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลา 30 นาที

8. กิจกรรม “แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ ซึ่งจะให้ความรู้โดยผู้วิจัย เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจทั้ง 3 องค์ประกอบ ก็จะเกิดความเข้าใจในกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมที่จะช่วยลดความวิตกกังวล และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการใช้เทคนิคแสงรักษาในการบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 2 เป็นการฝึกการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจและทำให้ความวิตกกังวลลดลง ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมใดบ้างที่คอยให้การช่วยเหลือ เพื่อนำมาปรับใช้กับเหตุการณ์ในปัจจุบัน และมีการฝึกใช้เทคนิคเพื่อสร้างความมั่นคงภายในจิตใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัยและคลายความวิตกกังวลลง ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรม “รับรู้ถูกต้องแก้ปัญหาถูกทาง” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจและฝึกการรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงจากสถานการณ์ ได้ทราบถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บิดเบือนไม่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งจะเรียนรู้ผ่านสถานการณ์สมมติ เรื่อง ยายแก้ว แล้วให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นว่ากรณีศึกษาจากสถานการณ์สมมติมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ถูกต้องหรือไม่ แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงแนวทางในการจัดการปัญหาที่ถูกต้อง กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลา 20 นาที

2. กิจกรรม “ต้นไม้แห่งประสบการณ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเองและประเมินแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในประสบการณ์ที่ผ่านมาที่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลและผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงวิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลาย ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการปรับตัว ซึ่งจะเป็นทางเลือกในการนำมาใช้เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง และคงความสมดุลทางจิตใจต่อไป อีกทั้งการได้รับกำลังใจจากทั้งผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการใช้ชีวิต กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลา 30 นาที

3. กิจกรรม “กังวลหายไปใจมั่นคง” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย โดยการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกใช้เทคนิคการสร้าง

ความมั่นคงภายในจิตใจ ประกอบด้วย 2 เทคนิค ได้แก่ เทคนิคที่เก็บภายในใจและเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย ทำให้คลายความวิตกกังวล ใช้ระยะเวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการฝึกเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยจะใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และบูรณาการองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ในการฝึกให้ผู้สูงอายุได้นำมาปรับใช้ในการจัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรม “กังวลหายไปนมั้คง2” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรูสึกมั่นคงทางจิตใจและคลายความวิตกกังวล โดยการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกใช้เทคนิครวมพลัง โดยการนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่ผ่านมาที่ทำให้ตนเองมีความสุขที่สุดในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้รู้สึกมีความสุขและคลายความวิตกกังวล ใช้ระยะเวลา 40 นาที

2. กิจกรรม “เผชิญปัญหาได้ผ่อนคลายจิตใจ” มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้จัดการความวิตกกังวลโดยบูรณาการองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม แล้วให้ผู้สูงอายุประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้เหตุการณ์ การเผชิญปัญหา การเลือกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการเลือกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุจะเกิดความพร้อมในองค์ประกอบทั้ง 3 ประการเพื่อนำไปปรับใช้กับตนเอง ให้สามารถจัดการกับปัญหาและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ใช้ระยะเวลา 50 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมดังกล่าวที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข จากข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ (1) อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ 1 ท่าน (2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป 1 ท่าน (3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน

1 ท่าน เพื่อพิจารณาเนื้อหา ความคิด ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ลักษณะรูปแบบของ โปรแกรม ซึ่งพบว่ามีความค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 อ้างตามบุญใจ, 2553) จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาปรับปรุงแก้ไขใน โปรแกรมที่สร้างขึ้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

จากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีประเด็นที่ต้องแก้ไข ดังนี้

1) จำนวนกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 30 คน ควรแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ให้โปรแกรมกลุ่มละ 8-10 คน ซึ่งเป็นขนาดที่มีความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนการเรียนรู้จากกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำกลุ่ม

2) การให้โปรแกรมทางไลน์ (Line) กลุ่มตัวอย่างควรพิมพ์ชื่อจริงให้ชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถเรียกชื่อสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้อง

3) กิจกรรมที่ 6 และกิจกรรมที่ 7 ควรปรับลดจาก 3 เทคนิค ให้เหลือ 2 เทคนิค เนื่องจากการฝึกทั้ง 3 เทคนิคอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตึงเครียดได้ และจะไม่ใช่ผลดีต่อการคลายความวิตกกังวล และไม่ควรใช้เทคนิคที่คล้ายๆกันในสัปดาห์ถัดไป

4) ควรให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาพักระหว่างกิจกรรม เพื่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่ดี

ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ดังนี้

1) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนการเรียนรู้จากกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำกลุ่ม

2) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมทางไลน์ (Line) กลุ่มตัวอย่างจะต้องพิมพ์ชื่อจริงให้ชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถเรียกชื่อสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้อง

3) กิจกรรมที่ 6 และกิจกรรมที่ 7 ปรับลดจาก 3 เทคนิค ให้เหลือ 2 เทคนิค

4) ให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาพักระหว่างกิจกรรม ประมาณ 5 นาที

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวน

วรรณกรรม มีข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการพักอาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยเป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ ตรวจสอบเครื่องมือและปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ (1) อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ 1 ท่าน (2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตกังวลทั่วไป 1 ท่าน (3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมินที่นำมาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ภาษา และความสอดคล้องกับคะแนนการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นในข้อย่อที่ 6 สภาพการพักอาศัย ให้ปรับตัวเลือก จาก “อยู่กับหลาน” ว่าเป็น “อยู่กับบุตร/หลาน” ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

(2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y) ของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1983) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, จิน แบรี, และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (दारารวรรณ, 2535) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ (1) อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ 1 ท่าน (2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้สูงอายุและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตกังวลทั่วไป 1 ท่าน (3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 1 ท่าน ซึ่งพบว่ามีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ทั้ง 2 แบบประเมิน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 อ้างตามบุญใจ, 2553) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็น ดังนี้

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน:

- 1) ข้อ 8 กับข้อ 16 มีข้อความซ้ำ “ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ”
- 2) ข้อ 2 กับข้อ 19 มีข้อความคล้ายกัน “ข้อ 2 คือ ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย” และ ข้อ 19 คือ ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง
- 3) ข้อ 7 กับข้อ 17 มีข้อความคล้ายกัน “ข้อ 7 คือ ข้าพเจ้าวิตกกังวลกับสิ่งร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น” และ “ข้อ 17 คือ ข้าพเจ้าวิตกกังวล”

ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับแก้ข้อความในแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ปรับข้อความที่ 8 จาก “ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ” ปรับเป็น “ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน” ตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 2) ผู้วิจัยได้ปรับข้อความที่ 19 จาก “ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง” ปรับเป็น “ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต” ตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
 - 3) ผู้วิจัยได้ปรับข้อความที่ 17 จาก “ข้าพเจ้าวิตกกังวล” ปรับเป็น “ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ” ตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
- ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อคิดเห็นในการปรับปรุง

3) เครื่องมือกำกับการทดลอง

1) แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554) เป็นมาตรประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ช่วง ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 22 ข้อ การให้คะแนน คิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 22 คะแนนต่ำสุด คือ 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 88 คะแนน การแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งมาก แสดงว่ามีการหมกมุ่นครุ่นคิดในระดับสูง ค่าคะแนนมากกว่า 48 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ตรวจสอบเครื่องมือและปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ (1) อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ 1 ท่าน (2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตผู้สูงอายุและมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตกกังวลทั่วไป 1 ท่าน (3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมินที่นำมาใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัย ภาษา และความสอดคล้องกับคะแนนการประเมินซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 อ้างตามบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อคิดเห็นในการปรับปรุง

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini- Mental State Examination : Thai version (MMSE- Thai 2002) และ (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถใช้ประเมินในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้นำมาหาความตรงตามเนื้อหา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ภายหลังการได้รับการรับรองจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ผ่านการได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .82, .83, และ.83 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีการนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน จนครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ตลอดจนประเมินความชัดเจนของเนื้อหากิจกรรมภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยพบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการศึกษานำร่อง ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 3 แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 10 คน จินตนาการไม่ออก ถึงภาพลำแสงรักษาความไม่สุขสบายทางกายออกไป ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลองฝึกจินตนาการถึงภาพลำแสงและฝึกสำรวจความไม่สุขสบายทางกายให้ชัดเจน ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างหลับตาและทำตามขั้นตอนของเทคนิคแสงรักษา

2) กิจกรรมที่ 6 กังวลหายไปใจมั่นคง1 กลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 10 คน จินตนาการไม่ออก ถึงการนำเรื่องราวที่วิตกกังวลเก็บใส่กล่องแล้วนำไปทิ้งให้ไกลตัว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างได้จินตนาการถึงเรื่องราวที่วิตกกังวล แล้วจินตนาการให้เป็นภาพหนึ่งรูปสี่เหลี่ยม 1 ภาพ เพื่อให้รู้สึกถึงความวิตกกังวลนั้นๆ และถ่ายทอดการเก็บใส่กล่อง หลังจากนั้นนำภาพใส่ลงไปในกล่องแล้วนำไปทิ้งจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือเรื่องราวที่วิตกกังวลไปทิ้งได้ง่ายขึ้น

ส่วนอีก 6 กิจกรรม มีความชัดเจนของเนื้อหา กิจกรรม ภาษาและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมด้วยตนเองทั้งหมดและมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาระเบียบวิธีวิจัยและเตรียมความรู้เรื่อง การสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization) ในผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมการอบรมความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติกับ EMDR Thailand Association ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อเตรียมพร้อมในการเป็นผู้บำบัดผู้ป่วย

1.2) เตรียมเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย โดยสร้างโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เตรียมความพร้อมในกิจกรรมต่างๆของโปรแกรม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

1.3) ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการเสนอคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อทำจดหมายขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ต่อไป

1.4) การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 1 คน ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ทำงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 ปี ทำการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินกิจกรรม ทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ดังนี้

- เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งก่อนการทดลอง

จะเก็บข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย และหลังทดลองผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพียงคนเดียว เพื่อป้องกันการเกิดตัวแปรแทรกซ้อน จากการที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนไม่ตรงตามความเป็นจริง เนื่องจากเกรงใจผู้วิจัย โดยการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความให้กลุ่มตัวอย่างฟัง 1 รอบ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจให้อ่านข้อคำถามอีก 1 รอบ

- ควบคุมเวลาในการดำเนินกิจกรรม และคอยดูแล ประสานการติดต่อระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล ให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปด้วยความราบรื่น ตลอดจนการดำเนินโปรแกรม

1.5) ประสานงานกับพยาบาลคลินิกจิตเวชทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งจะทำหน้าที่โทรศัพท์หรือ Line Video call เพื่อสอบถามอาการผู้ป่วยก่อนส่งยาเดิมไปทางไปรษณีย์ ตามนโยบายของทางโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลจิตเวชทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก ที่โทรศัพท์หรือ Line Video call คุยกับผู้ป่วย เป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในเบื้องต้น ซึ่งจะต้องมีการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยเพื่อฝากเชิญชวน โดยผู้ป่วยท่านใดสนใจสามารถแจ้งความประสงค์กับพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยจะมีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อที่แจ้งความประสงค์และทำการศึกษาคุณสมบัติเบื้องต้นจากแฟ้มประวัติการรักษา งานเวชระเบียน และผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ป่วยที่สนใจผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ ก่อนเริ่มทำการคัดเลือกเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ได้ระบุในเกณฑ์การคัดเลือกเข้าไป

1.6) ประสานงานกับงานเวชระเบียน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยมากับพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก และจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตกังวลทั่วไป การศึกษาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

2) ขั้นตอนการทดลอง

2.1) ติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ตามรายชื่อที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยมากับพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก และที่คัดกรองได้จากแฟ้มประวัติ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการทำแบบสอบถามจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้สูงอายุและญาติ ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอม ผู้วิจัยจึงทำการคัดกรอง โดยเริ่มจากการทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ด้วย

แบบทดสอบ MMSE- Thai 2002 และทำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะคัดกรองทาง Line Video call โดยผู้วิจัยเอง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการแพทย์บาล สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ จะต้องไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองและมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย หรือไม่มีภาวะพึ่งพา

2.2) ผู้วิจัยทำการขอ ID Line ในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองเพื่อทำแบบประเมินในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งแบบประเมินจะประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด

2.3) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ ทำการควบคุมโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Match pair) (บุญใจ, 2553) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ (พัชรินทร์, 2559) เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลทั่วไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 (สมภพ, 2557) หลังจากจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จึงใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ใช้การจับฉลากรายชื่อ โดยชื่อที่จับได้ครั้งแรกในแต่ละคู่จะให้อยู่ในกลุ่มทดลอง) ดำเนินการสุ่มจนครบทั้ง 30 คู่ และผู้วิจัยทำการสร้าง Line กลุ่ม ออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการดำเนินโปรแกรม

2.4) ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และชี้แจงรายละเอียดตามใบพินัยสิทธิ์ที่ละกลุ่มผ่านทาง Line Video call และขอความยินยอมต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการส่งใบพินัยสิทธิ์ไปทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ผู้ดูแล/ผู้ป่วยส่งกลับมายังผู้วิจัยก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการจัดส่งเอกสาร ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารการยินยอมครบถ้วน จึงเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมต่อไป และผู้วิจัยจะส่งเอกสารใบงาน ใบความรู้ประกอบกิจกรรมไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทางไปรษณีย์ พร้อมกับใบพินัยสิทธิ์ด้วย ในการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการผ่าน Line Video call มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

ซึ่งผู้วิจัยจะทำการทดสอบระบบร่วมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินโปรแกรมทุกครั้ง โดยจะทดสอบระบบก่อนดำเนินโปรแกรมจริง 1 วัน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.5) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 30 คน ดำเนินการ 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที และได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งก่อนดำเนินการโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จากนั้นดำเนินโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพกันภายในกลุ่ม จากนั้นให้เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกวิตกกังวล แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนหรือคิดเชิงลบ การให้ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม การใช้เทคนิคแสงรักษาเพื่อลดความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติในโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 เป็นการฝึกการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จากสถานการณ์สมมติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจและทำให้ความวิตกกังวลลดลง ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมใดบ้างที่คอยให้การช่วยเหลือ เพื่อนำมาปรับใช้กับเหตุการณ์ในปัจจุบัน และมีการฝึกใช้เทคนิคเพื่อสร้างความมั่นคงภายในจิตใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัยและคลายความวิตกกังวลลง ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการฝึกเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยจะใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และบูรณาการองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ในการฝึกให้ผู้สูงอายุได้นำมาปรับใช้ในการจัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง ใช้ระยะเวลา 90 นาที ประกอบด้วย 2 กิจกรรม เป็นการสิ้นสุดโปรแกรม เมื่อกิจกรรมสิ้นสุดผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด สำหรับประเมินผลหลังการทดลอง

2.6) กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ แต่จะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประกอบด้วย การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ พุดคุยแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่อนคลายตนเอง การรับประทานยา และการให้

คำปรึกษาเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม จากประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด โดยผู้วิจัยไม่ได้แจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยขอร่วมมืออีกครั้งจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง รวมทั้งกล่าวขอบคุณสำหรับความร่วมมือในครั้งนี้

ขณะเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้เตรียมการป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียและเตรียมวิธีปฏิบัติกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการทำกิจกรรม เพื่อดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จะต้องเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งจะใช้เวลา 90 นาที โดยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุได้มีการพักระหว่างกิจกรรม เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเกิดความกังวลและรู้สึกถึงความยุ่งยากหลายขั้นตอน ในกิจกรรมที่ตนเองจะต้องปฏิบัติ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังอย่างชัดเจนและเพียงพอก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และจะชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมอย่างชัดเจน กระชับและเข้าใจง่าย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ในส่วนของการเข้าร่วมโปรแกรมและการทำแบบสอบถามผ่านทางไลน์ เพื่อให้การเข้าร่วมโปรแกรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้เตรียมการและออกแบบวิจัยไว้ดังนี้

- ออกแบบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในเกณฑ์การคัดเลือก โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเข้าร่วมโปรแกรมในรูปแบบวีดีโอไลน์ได้
- ผู้วิจัยได้ระบุรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไว้ในใบพิทักษ์สิทธิของญาติ ซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมว่า ญาติซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมจะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องอุปกรณ์สื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ในขณะที่ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรม หากกลุ่มตัวอย่างท่านใดมี
- ปัญหาในการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น สัญญาณขาดหาย เป็นต้น

ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่คอยดูแล ประสานการติดต่อ ให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปด้วยความราบรื่น

4. ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

เล็กน้อยจากการเล่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้มีการออกแบบกิจกรรมภายหลังการเล่าเรื่องราวดังกล่าว เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เล่าเรื่องราวได้ระบายความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มจะรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ฝึกการหาข้อดีที่เกิดขึ้นจากราวนั้น และใช้การชื่นชม เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น

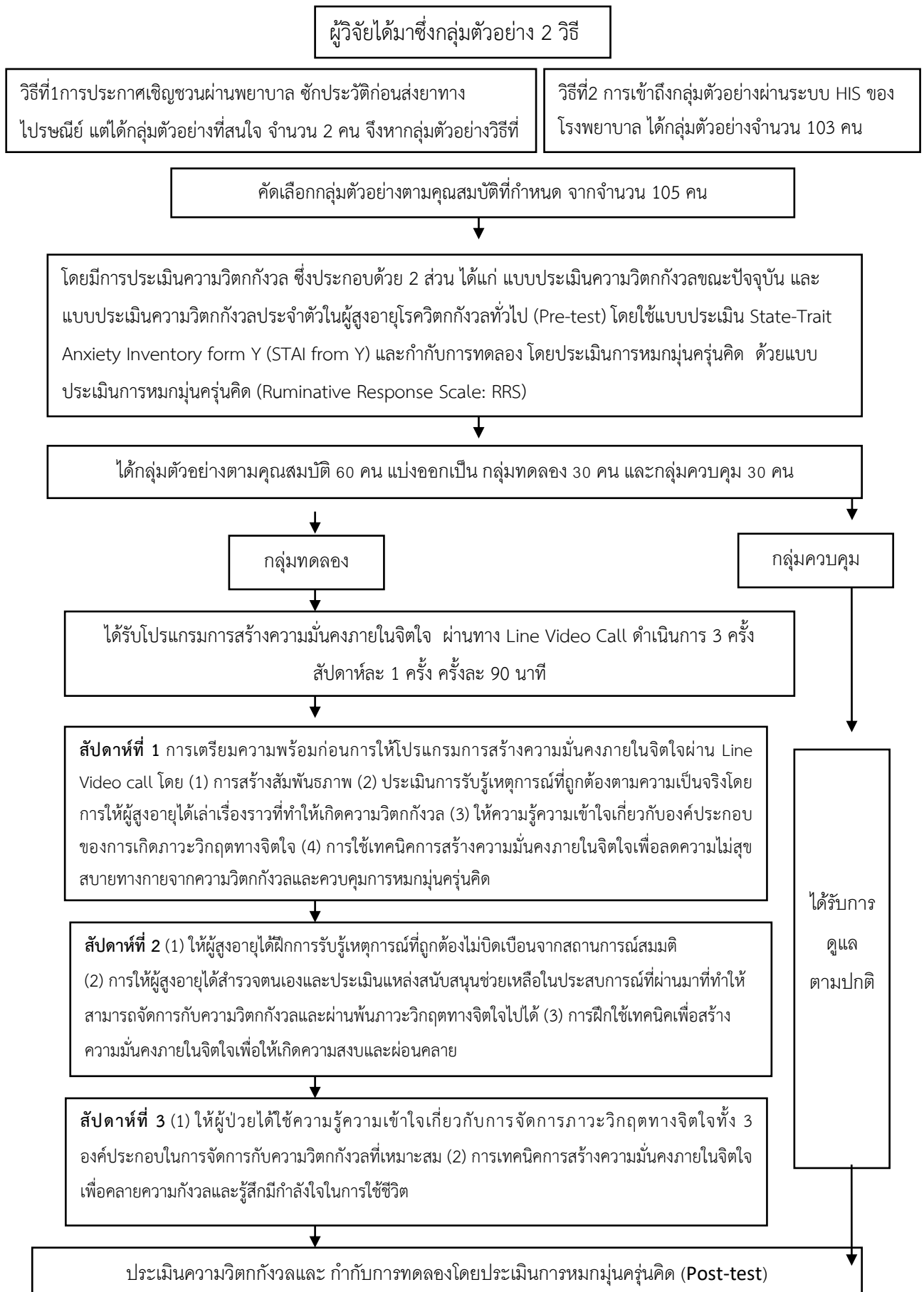
โดยหากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยต่อไป และหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการเข้าร่วมโปรแกรมได้ทันที

3) ชั้นประเมินผล

3.1) ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมผ่านทางโทรศัพท์ โดยแบบประเมินประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยแบบประเมินประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัวและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จากนั้นผู้วิจัยจะทำการสนับสนุนค่าใช้จ่าย Internet คนละ 100 บาท ในผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นโปรแกรม โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตรง

3.2) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด

3.3) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่1 เนื่องจากเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี ได้แก่ การประกาศเชิญชวนและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาล โดยเริ่มจาก มีวิธีการเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการให้พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในรับยาทางไปรษณีย์ ซึ่งจะมีการโทรศัพท์หรือ Line Video call เพื่อสอบถามอาการผู้ป่วยก่อนส่งยาเดิมไปทางไปรษณีย์ ซึ่งจะเป็นผู้เชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนที่2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดในเกณฑ์การคัดเลือกและเข้าถึงข้อมูลและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากระบบ HIS ผู้วิจัยมีการประสานงานกับงานเวชระเบียน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากประวัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดก้นวลทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดก้นวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10

ขั้นตอนที่3 ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ตามรายชื่อที่ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการวิจัยและจากรายชื่อที่คัดกรองได้จากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการผ่านทางโทรศัพท์ และขอความยินยอมทางวาจา เมื่อผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอม ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ผ่านทาง Line Video call

โดยเริ่มจากการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ด้วยแบบทดสอบ MMSE- Thai 2002 และทำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งจะคัดกรองรายบุคคลทาง Line Video call คัดกรองโดยผู้วิจัย ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ จะต้องไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองและไม่มีภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จะประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความเกรงใจนักวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และมีการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมาก

ขั้นตอนที่ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศที่ต่างกัน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดก้นวลทั่วไปต่างกัน ซึ่งจากอุบัติการณ์พบว่า โรคติดก้นวลทั่วไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นอัตราส่วน 2:1 (พัชรินทร์ ครอบธรรม, 2559) ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดตัวแปรแทรกซ้อนใน

เรื่อง เพศ ผู้วิจัยจึงทำการจับคู่ (Match paired) กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก โดยผู้ที่จับชื่อได้คนแรกในแต่ละคู่จะได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยคนที่ 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม จนครบ 30 คู่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่มีการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีโอกาสพบกัน ซึ่งมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ ดังตารางที่ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการประเมินการวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2021 -St-Nur 032 (Internal) และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่โครงการวิจัย DMH.IRB 007/2564

2. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแล ผ่านทางวิดีโอไลน์ (Line Video call) ได้มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งขณะเดียวกัน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้ ในทุกๆขั้นตอน ไม่ว่าจะกรณีใดทั้งสิ้น โดยไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผลหรือคำชี้แจงใด ๆ ซึ่งการถอนตัวออกจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งต่อตัวผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ทางผู้วิจัยได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงแม้ว่าจะถอนตัวไปแล้ว หรือเข้าร่วมวิจัยจนเสร็จสิ้นแล้ว จะเก็บเป็นความลับ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลรับทราบและสมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจะจัดส่งใบพิทักษ์สิทธิไปให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์พร้อมกับใบความรู้ประกอบในทำกิจกรรมในโปรแกรม ในส่วนของใบพิทักษ์สิทธิ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแล ลงลายเซ็นเป็นลายลักษณ์อักษรเรียบร้อยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลส่งกลับคืนมายังผู้วิจัย ซึ่งค่าใช้จ่ายในการจัดส่งเอกสารผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทุกกรณี เมื่อเอกสารใบพิทักษ์สิทธิมาถึงผู้วิจัยจึงเริ่มให้โปรแกรม

3. ผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยในระหว่างได้รับโปรแกรม ซึ่งในโปรแกรม ผู้วิจัยได้ออกแบบให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้เล่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่วิตกกังวลกันภายในกลุ่ม เพื่อประเมินการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งทางผู้วิจัยจะดูแลช่วยเหลือ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจและรู้สึกถึงความไม่สุขสบายทางจิตใจ ดังนี้

- 3.1 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ระบายความรู้สึกถึงความรู้สึกดังกล่าว
- 3.2 รับฟังอย่างตั้งใจและแสดงถึงความเข้าใจ ใส่ใจ พร้อมให้กำลังใจผู้เข้าร่วมวิจัย
- 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มในการค้นหาข้อดีของเรื่องราว และใช้การชื่นชม เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น
- 3.4 หากพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อไป และหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรมได้ทันที ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรม
4. เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้วทางผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมที่สนใจสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม ไม่มีผลต่อผลการวิจัยในครั้งนี้ เพียงเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเท่านั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่ได้ต้องการเข้าร่วมโปรแกรมห้ดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square)
- 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ และเพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งได้นำแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) มาใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป F41.1 Generalized Anxiety Disorder ที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี เข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (41-80 คะแนน) มีคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมาก (48-88 คะแนน) ไม่มีภาวะพึ่งพาหรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง สามารถเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทาง Line Video call ได้ จากจำนวนผู้สูงอายุ 105 คน และได้ผ่านการประเมินคัดกรอง จำนวน 72 คน ซึ่งคัดเลือกเข้ากลุ่มจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2565 ซึ่งนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผล โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ประกอบด้วย

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดก้นวาลทั่วไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติ วิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติทีอิสระและไคสแควร์ ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะคุณสมบัติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี (SD=4.13) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 สถานภาพการพักอาศัย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 60 สถานภาพในครอบครัวใกล้ชิดอบอุ่น ร้อยละ 56.7 อาชีพและการทำงานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 76.7 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 70 ภาวะสุขภาพ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 56.7

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 56.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี (SD=4.13) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.3 สถานภาพการพักอาศัย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 43.4 สถานภาพในครอบครัวใกล้ชิดอบอุ่น ร้อยละ 76.7 อาชีพและการทำงานในปัจจุบัน ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 50 และมีงานทำ ร้อยละ 50 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.4 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 86.7 ภาวะสุขภาพ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 76.7

ตารางที่ 2

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	P
	(n= 30)	(n= 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.00 ^a	1.00
ชาย	13 (43.3)	13 (43.3)		
หญิง	17 (56.7)	17 (56.7)		
อายุ (ปี)			1.84 ^b	.26
60-69	18 (60.0)	17 (56.7)		
70-79	12 (40.0)	13 (43.3)		
ศาสนา			2.96 ^c	.23
พุทธ	27 (90.0)	23 (76.7)		
อิสลาม	3 (10)	4 (13.3)		
คริสต์	0	3 (10.0)		
ระดับการศึกษา			2.70 ^c	.84
ไม่ได้เรียน	8 (26.7)	3 (10.0)		
ประถมศึกษา	16 (53.3)	26 (86.7)		
มัธยมศึกษา	4 (13.3)	1 (3.3)		
อนุปริญญา	2 (6.7)	0		
สถานภาพ			5.89 ^c	.21
โสด	11 (36.7)	10 (33.3)		
สมรส	16 (53.3)	15 (43.4)		
หม้าย	3 (10.0)	7 (23.3)		
สภาพการพักอาศัย			7.60 ^c	.14
อยู่ลำพัง	6 (20.0)	5 (16.7)		
อยู่กับคู่สมรส	18 (60.0)	13 (43.3)		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	6 (20.0)	12 (40.0)		
หลาน				

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	P
	(n= 30)	(n= 30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			2.96 ^b	.19
ใกล้ชิด/อบอุ่น	17 (56.7)	23 (76.7)		
ห่างเหิน/ขัดแย้ง	13 (43.3)	7 (23.3)		
อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน			1.72 ^b	.39
ไม่ได้ทำงาน	23 (76.7)	15 (50.0)		
ทำงาน ประกอบอาชีพ	7 (23.3)	15 (50.0)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			5.36 ^c	.25
0 - 5,000	15 (50.0)	19 (63.4)		
5,001-10,000	10 (33.3)	10 (33.3)		
10,001-20,000	5 (16.7)	1 (3.3)		
ความเพียงพอของรายได้			.82 ^b	.56
เพียงพอ	21 (70.0)	26 (86.7)		
ไม่เพียงพอ	9 (30.0)	4 (13.3)		
ภาวะสุขภาพ			2.37 ^b	.14
ไม่มีโรคประจำตัว	9 (30.0)	5 (16.7)		
มีโรคประจำตัว	21 (70.0)	25 (83.3)		
กิจกรรมทางสังคม			.70 ^b	.66
ไม่มีส่วนร่วม	17 (56.7)	23 (76.7)		
มีส่วนร่วม	13 (43.3)	7 (23.3)		

a=Pearson chi-square b=Fisher's exact test c=Likelihood ratio

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คະแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ($M=48.07$, $SD=5.94$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=56.33$, $SD=4.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.19$, $p<.001$) ในขณะที่ผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ก่อนการทดลอง ($M=54.73$, $SD=4.51$) และหลังการทดลอง ($M=55.57$, $SD=4.07$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.50$, $p=.15$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ($N=30$)

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ขณะปัจจุบัน	ก่อนทดลอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		t	P
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	56.33	4.64	48.07	5.94	9.19	.00
กลุ่มควบคุม	54.73	4.51	55.57	4.07	-1.50	.15

และผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ($M=47.13$, $SD=4.33$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=55.77$, $SD=3.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.39$, $P<.001$) ในขณะที่ผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลอง ($M=54.83$, $SD=4.20$) และหลังการทดลอง ($M=55.83$, $SD=2.98$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.989$, $P=.06$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=30)

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ประจำตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P
	(n=30)		(n=30)			
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	55.77	3.19	47.13	4.33	9.39	.00
กลุ่มควบคุม	54.83	4.20	55.83	2.98	-1.99	.06

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ($M=48.07$, $SD=5.94$) ต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=55.57$, $SD=4.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.71$, $P<.001$) ในขณะที่ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.35$, $P=.18$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N=60)

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ขณะปัจจุบัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P
	(n=30)		(n=30)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	56.33	4.64	54.73	4.51	1.35	.18
หลังทดลอง	48.07	5.94	55.57	4.07	-5.71	.00

และผู้สูงอายุโรคจิตก้ำกวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ($M=47.13, SD=4.33$) ต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจ ($M=56.80, SD=2.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.88, P<.001$) ในขณะที่ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.97, P=.34$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรคจิตก้ำกวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจ โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N=60$)

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	55.77	3.19	54.83	4.19	.97	.34
หลังทดลอง	47.13	4.33	56.80	2.21	-10.88	.00

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตก้ำกวลทั่วไป โดยผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้สูงอายุโรคจิตก้ำกวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างควมมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม จึงอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่งทั้งสองประเภท เป็นความวิตกกังวลเฉพาะในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970) ที่พบว่า ความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็ยิ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางลบ ประกอบกับการไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อวิตกกังวลสูงขึ้น ก็ยิ่งส่งผลให้การเผชิญปัญหาบกพร่องไป เกิดเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจสามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ (Aguilera, 1994; Caplan, 1964) ได้แก่ 1) ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต (Pre-crisis stage) 2) ระยะวิกฤต (Crisis stage) และ 3) ระยะหลังเกิดภาวะวิกฤต (Post-Crisis stage) เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้นซ้ำๆ ก็จะพัฒนาไปเป็นโรคจิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไป จัดอยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ ในระยะวิกฤต คุณค่าการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบใช้แนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) สามารถลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไป ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม กิจกรรมถัดไป ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม และฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่วิตกกังวลให้ถูกต้อง ตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนและได้ฝึกการรับรู้ที่ถูกต้องอีกครั้งจากสถานการณ์สมมติ ทำให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ที่ตนเอง วิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุทธิศิลป์, และคณะ (2559) ที่พบว่า การทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้เกิดการยอมรับและสามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เมื่อเข้าใจปัญหา ความวิตกกังวลจึงลดลง สัปดาห์ที่ 2 ผู้สูงอายุได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเองนั้นมีหลากหลาย สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจเมื่อเกิดความวิตกกังวล อีกทั้งกิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิต ทั้งจากผู้วิจัยและผู้สูงอายุในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคินุช แนะแก้ว (2560) ที่พบว่า การได้รับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้ และในสัปดาห์ที่ 3 ผู้สูงอายุได้สำรวจวิธีการเผชิญปัญหา จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ฝึกนำมาใช้จัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุจะเกิดความพร้อมในองค์ประกอบทั้ง

3 ประการ ทั้งฝึกการรับรู้ที่ถูกต้อง การเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการเลือกวิธีเผชิญปัญหา นำมาสู่การปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพล บรรดาศักดิ์, และคณะ (2562) ที่พบว่า เมื่อบุคคลเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะนำมาสู่การปรับตัว กลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง

เนื่องจากโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้สูงอายุจะวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เป็นเกือบตลอดเวลา และวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง ซึ่งมีสาเหตุสำคัญเกิดจากการมีกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้าน ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลประจำตัวได้สูง ซึ่งจากการศึกษาของ สุกัญญา สุทธิศิลป์, และคณะ (2559) พบว่า ความวิตกกังวลประจำตัวที่สูงจะยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงตามไปด้วย ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) (EMDR Thailand Association , 2020) ในการจัดการกับความวิตกกังวลประจำตัว โดยเทคนิคฯ จะส่งเสริมให้เกิดความสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป อีกทั้งเทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์ที่เข้ามา รบกวนจิตใจ ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี ฝนดี, มฤชฎ์ แก้วจินดา, และวารางคณา โสমনันทน์ (2562) ที่มีการนำเทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ในการให้การปรึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลในนักศึกษา พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิค มาใช้ 5 เทคนิค ประกอบด้วย

1) เทคนิคการตั้งหลัก (grounding) โดยให้บอกสิ่งที่เห็นภายในห้องบำบัด 5 อย่าง บอกสิ่งที่ได้ยิน 4 อย่าง บอกสิ่งที่ กำลังสัมผัส 3 อย่าง บอกสิ่งที่ได้กลิ่น 2 อย่าง และให้มองข้อดีในตนเอง 1 อย่าง เทคนิคตั้งหลักทำให้ผู้สูงอายุมีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบันมากขึ้น สามารถหยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือคิดซ้ำๆในเรื่องที่วิตกกังวล ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ EMDR Thailand Association (2020) ที่พบว่าภายหลังการใช้เทคนิคการตั้งหลัก ผู้รับการบำบัดจะกลับมามีสติอยู่กับตนเอง และรับรู้สิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันมากขึ้น การหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง ความวิตกกังวลจึงลดลง

2) เทคนิคลำแสงรักษา (light stream technique) ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป มักจะมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีอาการระบบ กล้ามเนื้อตึงเครียด (สุกัญญา สุทธิศิลป์, และคณะ, 2561) โดยเทคนิคนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนได้ ขจัดความไม่สบายตามร่างกายออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ พหลภาคย์ (2553) ที่พบว่า เทคนิคลำแสงรักษา จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกได้ขจัดความรู้สึกไม่สบายตามร่างกาย ออกไป

3) เทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ (inner container) ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด เทคนิคนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ EMDR Thailand Association (2020) ที่ได้ศึกษาพบว่า เทคนิคที่เก็บภายในจิตใจพบว่า ช่วยให้เกิดความรู้สึกได้ขจัดความทุกข์ใจ

4) เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในจิตใจ (inner safe place) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ รู้สึกสบายใจ และคลายความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลินี ฝนดี, และคณะ (2562) ที่พบว่าเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกสบายใจ มั่นคงและปลอดภัยจากสิ่งที่เข้ามากระทบจิตใจ

5) เทคนิครวมพลัง (Point of Power) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุข ในช่วงวัยต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข และคลายความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ EMDR Thailand Association (2020) ที่พบว่าเทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล สามารถลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุได้มีการนำเทคนิคไปฝึกใช้ที่บ้าน ระหว่างการให้โปรแกรมแต่ละสัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุจะเลือกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ทั้ง 5 เทคนิค ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ขณะนั้นลดลง แสดงให้เห็นว่า เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมีผลทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง

นอกจากนั้นการออกแบบโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยได้พัฒนาและเชื่อมโยงแนวคิดและเทคนิค กับทั้ง 8 กิจกรรม ดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน ครั้งละ 90 นาที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุและการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (วิลาวรรณ คริสต์รักษา, 2557; จุฑามาต วุวรรณวัฒน์, และคณะ, 2559; สมสุข นิธิอุทัย, และคณะ, 2561; ธีระนันท์ อินตะเสนา, และคณะ, 2556; อาภรณ์ สิงขาดา, และคณะ, 2559; เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, และคณะ, 2562; Piadehkouhsar et al., 2019) ซึ่งพบว่ามีจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม 3-8 ครั้ง ในระยะเวลาตั้งแต่ 3-12 สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 45-120 นาที ดังนั้นจำนวนครั้งและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม จึงมีความเหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ ซึ่งในการดำเนินโปรแกรมแต่ละครั้ง ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงการพัฒนาของผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางบวกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้สูงอายุมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลถูกต้องขึ้น สามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเองได้ อีกทั้งยังสะท้อนความรู้สึกว่า ภายหลังจากฝึกใช้เทคนิค

การสร้าง ความมั่นใจ ภายใจจิตใจ ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ ไม่หมกมุ่นอยู่กับเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลและรู้สึก ผ่อนคลายมากขึ้น

ทั้งนี้มีการดำเนินโปรแกรมผ่านทาง Line Video call เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างปลอดภัยและสะดวกในการเดินทางในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 2019 โดยแบ่งผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองทั้ง 30 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อย่างเต็มที่ ในจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม สามารถแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ได้อย่างทั่วถึงและเกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Marram, 1978) และผู้วิจัยได้ออกแบบให้ผู้สูงอายุได้พักระหว่างกิจกรรมเพื่อลดความเหนื่อยล้า มีการใช้ภาษาที่ ชัดเจนในการสื่อสาร เสียงดังฟังชัด และมีความกระชับ เข้าใจง่าย เพื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (สุธีรา บัวทอง, และคณะ, 2558) การให้โปรแกรมผ่านทาง Line Video call ผู้สูงอายุจะมี ผู้ดูแลคอยอำนวยความสะดวก และให้ความเป็นส่วนตัวในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประโยชน์ในการ บำบัดผู้สูงอายุ จากผลการทดลองพบว่าผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้กิจกรรมทุกกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังจากทดลองคะแนนความวิตกกังวลไม่ลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าการดูแล ตามปกติมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคจิตกังวลทั่วไปมานานมากกว่า 10 ปี ทำให้มีความรุนแรงของอาการ ยากที่จะรักษาด้วยยาและการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ ทองสลับ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีอาการเรื้อรังเป็นปี จะมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูง ซึ่งเป็น ความวิตกกังวลที่มีมากกว่าเหตุในหลายๆสถานการณ์ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต อาการมัก เป็นๆหายๆ และยากต่อการควบคุม ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปรายใหม่ ซึ่งการรักษา ด้วยยาและการดูแลตามปกติ จะยังคงมีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษา

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ได้เรียนรู้ถึงองค์ประกอบในการจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลและฝึกการรับรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนไปในทางที่ไม่สร้างสรรค์ ได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ได้รับคำปรึกษา มีกำลังใจในการข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2559) ที่พบว่า แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งได้ทบทวนประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ผ่านมา ถึงการเผชิญปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล นำมาใช้เผชิญปัญหาในปัจจุบัน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเระ (Aguilera, 1994) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาสู่การปรับตัวที่ดี อีกทั้งกลุ่มทดลองยังได้รับการฝึกเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้รู้สึกสงบ เพิ่มความสามารถในการควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลาย เป็นผลให้ความวิตกกังวลลดลง

ส่วนกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการผ่อนคลายตนเอง และการรับประทานยา รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตามตารางที่ 7 และตารางที่ 8) จะเห็นได้ว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ อีกทั้งได้เรียนรู้การนำประสบการณ์การเผชิญปัญหาที่ผ่านมา มาใช้เผชิญปัญหาในปัจจุบัน เพื่อช่วยให้เกิดสมดุลภายในจิตใจ ลดความวิตกกังวล และป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไปสามารถอยู่กับโรคได้อย่างเข้าใจ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลขณะปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความวิตกกังวลทั้งสองประเภทเป็นลักษณะเฉพาะในผู้สูงอายุโรคจิตกกังวลทั่วไป ช่วยรักษาสมดุลภายในจิตใจและช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (experimental research) แบบวัดสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-79 ปี เป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป มีคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในระดับมากจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน ครั้งละ 90 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination : Thai version (MMSE- Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) ปรับปรุงและพัฒนาโดยสุทธิชัยและคณะ (2537) ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความวิตกกังวล (The State- Trait Anxiety Inventory [STAI]) ของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดาราวรรณ, 2535) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoekema และ Morrow (1991) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (วาริรัตน์, 2554) และส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยเครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82, .83 และ .83

ตามลำดับ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับ (Burns & Grove, 1997) ก่อนนำมาใช้กับกลุ่มทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบด้วยสถิติทีอิสระและไคสแควร์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลผลการทดลอง ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t- test) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t- test) โดยโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ สำหรับการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเเลรา (Aguilera, 1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวข้องกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (Stabilization techniques) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ โดยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลงจากแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ส่วนความวิตกกังวลประจำตัว จะลดลงจากเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

ผลการวิจัยสามารถสรุปสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=48.07, SD=5.94$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=56.33, SD=4.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.19, P<.001$)

ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=47.13, SD=4.33$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=55.77, SD=3.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.39, P<.001$)

2. ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=48.07, SD=5.94$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M=55.56, SD=4.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t=-5.71, P<.001$)

ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ($M=47.13, SD=4.33$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M=56.80, SD=2.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.88, P<.001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนนี้ได้ แต่ถือเป็นประโยชน์ที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ดังนั้นบางกิจกรรมอาจไม่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุตอนปลายซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านความจำ
3. การศึกษานี้ดำเนินโปรแกรมผ่านทางวิดีโอไลน์ (Line Video call) ซึ่งพบข้อจำกัดในเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีผลต่อการให้โปรแกรม ผู้วิจัยควรสนับสนุนค่าอินเทอร์เน็ตให้กับผู้ป่วย เพื่อประสิทธิภาพในการเข้าร่วมโปรแกรม
4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป การนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ อาจจะมีข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถใช้ไลน์ (Line) ได้ เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีโทรศัพท์ มีโทรศัพท์แต่ไม่รองรับแอปพลิเคชันไลน์ (Line) หรือผู้สูงอายุที่มีแอปพลิเคชันไลน์แต่ไม่มีผู้ดูแล ที่จะคอยอำนวยความสะดวกขณะเข้าร่วมโปรแกรม
5. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุ ให้โปรแกรมผ่านทางวิดีโอไลน์ (Line Video Call) มีข้อจำกัดด้านผู้ดูแล ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถใช้ไลน์ (Line) ได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในเรื่องอุปกรณ์สื่อสาร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ผู้นำผลการวิจัยไปใช้ ควรระมัดระวัง เนื่องจาก งานวิจัยไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจากการที่ผู้ช่วยวิจัยทราบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้เก็บข้อมูลหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ควรมีการเผยแพร่ เพื่อให้พยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุและพยาบาลจิตเวชทั่วไปสามารถนำโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป อีกทั้งยังเป็นแนวทางการช่วยจัดการภาวะวิกฤตสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปได้อีกด้วย

2. การนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีทักษะในการบำบัดโดยใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด ซึ่งจะดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพพยาบาลต้องใช้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชร่วมกับทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มที่ดี

3. การสอบถามผู้ป่วยเพื่อติดตามการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจไปใช้ที่บ้านทุกครั้ง ก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละสัปดาห์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเทคนิคที่ได้ฝึกฝน และกลับไปฝึกต่อที่บ้าน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาไปสู่การใช้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมผ่านทางวิดีโอไลน์ (Line Video call) ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ดี เป็นประโยชน์ในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่เสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง เพื่อมารับบริการทางด้านสุขภาพที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังปลอดภัยจากการสัมผัสเชื้อในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่มีความสามารถในการใช้ไลน์ (Line) ควรมีการนำช่องทางนี้ ไปปรับใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการอบรม เพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องการลดความวิตกกังวลและทักษะการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เพื่อประสิทธิภาพในการใช้โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

ด้านการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองในระยะเวลา 3 สัปดาห์และวัดผลการทดลองทันที ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นระยะเวลา 2 เดือนหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวล

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสามารถเป็นแนวทางในการการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจและลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ดังนั้น จึงควรมีการทำวิจัยและพัฒนาต่อ เพื่อความสามารถในการจัดการกับภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและสามารถลดความวิตกกังวลได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, และเสรี ชัดแฉ่ม. (2560). การพัฒนาโปรแกรมฝึกจินตภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ สำหรับเพิ่มความจำความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. การศึกษาศึกษาไฟฟ้าสมองสัมพันธ์กับเหตุการณ์. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 16(1), 87-104.
<http://ojslib3.buu.in.th/index.php/search2/article/view/6178>
- กาญจนา บัวหอม, ศศิกานต์ กาละ, และสุนันทา ย่างวิเศษเศรษฐ์. (2560). ผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(2), 38-51. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/85610>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*.
<https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785>
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *คู่มือแนวทางการดูแลทางด้านจิตใจสำหรับ รพช. รพท. รพศ. ปี 2556*.
<http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/sites/default/files/sw/1.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ*. <http://www.dmh.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ. ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ*.
<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่1)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ*. <http://www.dmh.go.th>
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *การดูแลทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่4)*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กันต์ฤทัย ปานทอง, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารเกื้อการุณ*, 25(2), 105-118. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/160150>
- กิริณา สมวาทสรร์, และกุลทิพย์ ศาสตรระจฺจิ. (2559). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารกับการส่งต่อข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้สูงอายุ. *การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2559*. คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เกศกนก ยิ้มแย้ม. (2563). การเลือกใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีของกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ*, 6(1), 21-39. http://www.mis.tbs.tu.ac.th/wp-content/uploads/6102037345_Keskanok.pdf

- กุลปรียา ศิริพานิช, ธนัช มั่นสวีสกุล, และสรวิศ รัตนชาติชูชัย. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวล โดยมีสติเป็นตัวแปรกำกับ*. {เอกสารต้นฉบับไม่ได้ตีพิมพ์}. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิตติพันธ์ ความคะนิง, และมฤชฎี แก้วจินดา. (2559). การปรึกษาแบบกลุ่มด้วยเทคนิคการสร้าง ความมั่นคงทางจิตใจเพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาสำหรับเยาวชนที่ถูกรังแกผ่านโลก ไชเบอร์. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(2), 40-52. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JournalGradVRU/article/view/64509>
- จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruejournal/article/view/90779>
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, สาริณี โต้ะทอง, และทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2562). ผลของโปรแกรม การจัดการความเครียดต่อความสามารถในการจัดการความเครียดและระดับความเครียดของ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 66-77. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/111335/155547/763971>
- จุฑารัตน ทองสลับ. (2560). โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 7(1), 40-51. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/198177>
- จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธิรงค์. (2559). ผลของโปรแกรมการ เรียนรู้แบบกลุ่มในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบ จากสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้. *วารสารสงขลานครินทร์*. 36(3), 131-149. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/73421/59319>
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/74194/59886>
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผล จันท์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผล จันท์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคม*. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม2. (หน้า45-52). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

- ฐิติมา ดวงวันทอง. (2560). *การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์สถาปัตยกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพมหานคร.
- ดารารวรรณ ต๊ะปินดา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์ดุสิตบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ทรงศักดิ์ รักพ่วง, และภุชงค์ เสนานุช. (2562). นวัตกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ความสำคัญต่อ สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 7(2), 205-215.
<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jcosci/article/view/233328>
- ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม, และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(1), 82-89. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/download/146471/127865/>
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วย SPSS ครั้งที่ 7*. กรุงเทพฯ: บริษัท วี. อินเทอร์เน็ตพริ้นท์.
- ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ต้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, และปิยนุช กิมเสาว์. (2559). ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 319-330.
<http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/61-4/05%20Thitiphan.pdf>
- ธีระนันท์ อินต๊ะเสนา, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, พงศกร เล็งดี, และดวงพร หุ่นตระกูล. (2556). ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 45-54. [http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.7%20No.2/%E0%B8%9B%E0%B8%81%207\(2\).pdf](http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.7%20No.2/%E0%B8%9B%E0%B8%81%207(2).pdf)
- นวพร สุนนทะนาม. (2561). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุผ่านการใช้แอปพลิเคชันไลน์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 84-92. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/244643/165969/>
- นฤมล อินทหมื่น, และศิริลักษณ์ ศุภปติพร. (2557). ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 57(6), 751-763.
http://clmjournals.org/_fileupload/journal/32-7.pdf
- นงนุช แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยฯ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/97673>

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5).

กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

ปิยพัฒน์ วงศ์สินอุดม. (2557). *ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การเผชิญปัญหา และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40-51.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/63588/52202/147950>

พัชรินทร์ ครองธรรม. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสมรภัช สันติเบญจกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(1), 23-34. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/120556/92032>

พรพรรณ อธิโชคจรรุพัชร, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2560). ผลการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเอื้ออาทรต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 14-23. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/download/107950/85437/274809>

พจณีย์ ดวงจรัส. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

พิมพ์จรัส บุญเลิศ. (2560). *การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านเกมส์ออนไลน์*. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เพ็ญญา กุลนภาดล, และจุฑามาศ แหนจอน. (2558). *การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุโดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม* (ข้อตกลงเลขที่ RAC56007). <http://164.115.27.97/digital/files/original/>

6974347931_a3b4ccc4dd828246c1104c.pdf

ภารดี นานาศิลป์. (2558). แขนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุ หรือ ปัจจัยใดช่วยกำหนด. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 156-162. <https://he02.tcithaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57311/47524>

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมช สุนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: ภาคจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เมธี สุทธิศิลป์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2561). ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 100-108. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/132194>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558*. นครปฐม: บริษัท พรินเทอร์ จำกัด.

รพินท์ภัทร์ ยอดหล่อชัย, สุชาลินี ยมจินดา, และสุรียพร รักการ. (2556). *อิทธิพลส่งผ่านการหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับอารมณ์โกรธระหว่างประสบการณ์การเจอเหตุการณ์ที่ไม่ยุติธรรมและการให้อภัยผู้อื่น*. {เอกสารต้นฉบับไม่ได้ตีพิมพ์}. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). *การบำบัดจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วารินทร์ ถาน้อย, รุ่งนภา ภาณิตรัตน์, กอบกุลพันธ์ เจริญวรกุล, ทอมสัน อเลน อี และเดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2554). แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 29(2), 29-38.

วัชรภรณ์ ชิวโสภิชฐ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาจุฬานาครทรรคน์*, 6(1), 38-54. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/download/168865/129227/526376>

วันดี สุทธิรังษี. (2556). ประเด็นจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(2), 47-54. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/143967/106508/383697>

วินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2563). *เอกสารประกอบการเรียนการสอน เรื่อง โรควิตกกังวลและPTSD*. {PowerPoint slides}. SlideShare. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิลาวรรณ คริสต์รักษา, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธิรังษี. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลา*

- นครินทร์, 34(3), 75-96. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/27523/23642/60809>
- วิลาสินี ฝนดี, มฤชฎ์ แก้งจินดา, และวรางคณา โสমনันท์. (2562). การลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเสริมเทคนิคความมั่นคงภายใน: กรณีศึกษานิสิตระดับปริญญาตรี. *วารสารวิชาการศิลปะศาสตร์ประยุกต์*, 12(2), 3-13.
- วิสาชา แซ่อ้อย, และระวีวรรณ วรรณวิชัย. (2560). การเคลื่อนไหวบำบัด : กิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 3(2), 1-12.
- วิศปต์ย์ ชัยช่วย. (2560). การใช้ Line ของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสาร Veridian E Journal ฯ สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ และวารสาร*, 10(1), 905-918.
- วรวิฑูมิ ชมภูพาน, วรางคณา ชมภูพาน, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ฐาณกร เกษิต, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์, และวรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี. (2564). ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 81-92.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *ประชากรไทยในอนาคต*. <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article02.htm>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และพันธ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2564). ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(3), 259-272. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/247226>
- สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์, จริญญา สายะสถิต, จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์, และสุวรรณา ภู่ทิม. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 109-123. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/download/243984/166003/846921>
- สมสุข นิธิอุทัย, ประทีป จินนี้, และอรพินทร์ ชูชม. (2560). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพหุศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 9(2), 73-92. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBSD/article/view/83631>

- สิริพร รังสิตเสถียร. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความจำใช้งาน การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การคิดอย่างยืดหยุ่นและความซึมเศร้าที่มีการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นตัวแปรส่งผ่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุกัญญา สุทธิศิลป์. (2559). *ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุกัญญา สุทธิศิลป์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). *ผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา*. *พุทธชินราชเวชสาร*, 33(3), 337-346.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/100807/78327>
- สุชาติ พหลภาคย์. (2553). *เทคนิคในการทำให้จิตใจของผู้ป่วยที่เคยได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมั่นคงขึ้น* (พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตรา บุณนาค. (2537). *ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย*. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์และแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 77(5), 231-238.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/browse?type=author&value>
- สุธีรา บัวทอง, สุทธิพงษ์ สภาออตต์, และศิริณา จิตต์จรัส. (2558). *ผู้สูงอายุกับเหตุผลในการเรียนรู้วิธีการเรียนรู้ และสิ่งที่ต้องการเรียนรู้*. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 12(1), 6-17.
<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/suedujournal/article/view/94932/74181>
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ชिरศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). *ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 89-98.
http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/63-1/09_Suwit.pdf
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด.
- ศิริณยา รอดเจริญ, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, และวิณา คันฉ่อง. (2562). *ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(3), 91-106. https://ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol37/issue3/Abstract__Siranya.pdf
- ศาสน์ สุขประเสริฐ. (2558). *มาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะ*. (รหัสโครงการ SUT7-712-55-24-27). <http://sutir.sut.ac.th:8080/jspui/bitstream/123456789/5883/2/Fulltext.pdf>

- เศรษฐกร หงส์ศิริ. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรและภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อาจารย์ เมี้ยนกลาง, และมณัฏฐ์ แก้วจินดา. (2563). การปรึกษารายบุคคลโดยใช้เทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจเพื่อช่วยเหลือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกรังแกผ่านโลกโซเชียล. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 15(1), 248-262.
- อาภรณ์ สิงห์ขาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการ ความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 19(38), 49-60.
- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. St.Louis, MO: Mosby.
- Flint, J. A. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients. *Drugs & aging*, 22(2), 101-114. <https://link.springer.com/article/10.2165/00002512-200522020-00002>
- Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P., Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for Geriatric anxiety Disorder. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl3), 371-382. DOI: 10.4103/0019-5545.224476
- Caroline, M., Luisa, W. B., Eduardo, L. N., Paula, E., Alfredo, C. N. (2020). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(2), 126-130. <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852020005002202&script>
- Caplan, C. (1964). *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (2 nd ed.). Philadelphia, PA:Lippincott.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2 nd ed.). Erbaum, NI: Hillisdale.
- Ehrenthal, J. C., Schockel, A., Nikendei, C., Dinger, U., Schauenburg, H., & Lambert, L. (2020). Group psychotherapy for stabilization and self-regulation in posttraumatic stress disorder (STABILI-T) A feasibility study. *Psychotherapeut*, 65, 264-271. <https://scholar.google.com/scholar>
- Elizabeth, A., Sindy, J., & Katherine, C. (2017). Pharmacological Management of Anxiety Disorders in the Elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4, 33-36. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-017-0102-4>

- EMDR Thailand Association. (2020). *Psychotraumatology & Stabilization techniques*, Chulalongkorn Hospital.
- Coplan, J. D., Hodulik, S., Mathew, S. J., Mao, X., Hof, P. R., Gorman, J. M., & Shungu, D. C. (2012). The relationship between Intelligent & Anxiety: Associate with subcortical white matter metabolism. *Frontiers in Evolutionary Neuroscience*, 3(5), 38-52.
- Gerlach, L. B., Wiechers, I. R., & Maust, D. T. (2018). Prescription benzodiazepine use among older adults: a critical review. *Harvard review of psychiatry*, 26(5), 1-18. https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q=Lauren
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). St. Louis, MO: The C. V. Mosby.
- Park, M. J., Chung, M. Y. (2020). Effects of Anxiety on Health Related Quality of Life of the Elderly: Multiple Mediating Effects of Self – esteem and Social Support. *Journal of Koean Academy of Community Health Nursing*, 31(1), 24-33. https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q=social+support
- Mohlman, J., Eldreth, D. A., Price, R. B., Staples, A. M., & Hanson, C. (2017). Prefrontal-limbic connectivity during worry in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & mental health*, 21(4), 426-438. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26566020/>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorder and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-role-of-rumination-in-depressive-disorders-and-Nolen-Hoeksema/a7373e186cc2211c4d2fe1620>
- Piadehkouhsar, M., Ahmadi, F., Khoshknab, M. F., & Rasekhi, A. A. (2019). The effect of orientation program based on activities of daily living on depression, anxiety, and stress in the elderly. *International journal of community based nursing and midwifery*, 7(3), 170, https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q
- Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 10, 121-140, https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q=caplan+1964+crisis+problem+focus&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DO0G

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosen, S., Svensson, M. & Nilsson, U. (2008). Calm or not calm: The question of Anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 237-246.
- Spielberger, C. D. (1985). The measurement of state & trait anxiety: Conceptual & Methodologic Issues. *In Emotions Their Parameters and Measurement*, 44(5), 713-724.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Zhang, X., Norton, J., Carriere, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk factors for Late-Onset Generalized Anxiety Disorder: Results from a 12-Year Prospective Cohort (the ESPRIT study), *Transl Psychiatry*, 5(3), e536.
- Zehetmair, C., Kaufmann, C., Tegeler, I., Kindermann, D., Junne, F., Zipfel, S., Herpertz, S. C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2018). Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques—A Pilot Study in a German. *Front. Psychiatry*, 9, 533. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00533>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen as cited in Polit & Beck, 2014 ดังนี้

$$\text{Effect size} = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{\sqrt{(SD_E^2 + SD_C^2)/2}}$$

ผู้วิจัยได้นำฐานข้อมูลจากงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป (พัชรินทร์, 2559) มาใช้ในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล ดังนี้

\bar{x}_E คือค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.75

\bar{x}_C คือค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.70

SD_E คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.33

SD_C คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.01

$$\begin{aligned} \text{Effect size} &= \frac{46.75 - 52.70}{\sqrt{(6.33^2 + 7.01^2)/2}} \\ &= \frac{-5.95}{\sqrt{(40.07 + 49.14)/2}} \\ &= \frac{-5.95}{\sqrt{44.61}} \\ &= \frac{-5.95}{6.68} \\ &= -0.89 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.89 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่ (large effect size) อีกทั้งจากการศึกษาครั้งนี้ มีความแตกต่างจากงานวิจัยเดิม ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ $.80$ ซึ่งเป็นค่าที่มีค่าอิทธิพลในระดับสูงของตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค (Polit&Beck, 2014) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ $.80$ ในระดับความคลาดเคลื่อนที่ $.05$ โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลของโคเฮน (Cohen, 1998) คำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.89 และผู้วิจัยนำขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2012) กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อน ที่ $.05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (ธานินทร์, 2550) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน

ภาคผนวก ข

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired T-test) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent T-test) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ และสำหรับการใช้สถิติทีอิสระ (Independent T-test) ความแปรปรวนของข้อมูลจะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล มีดังนี้

1. การทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality)

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ของกลุ่มทดลอง มีดังนี้

1.1 การดูค่า Skewness/Kurtosis

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

Pretest :	Skewness/SE : .072/.427	= 0.17
	Kurtosis/SE : -.157/.833	= -0.19
Posttest	Skewness/SE : .035/.427	= 0.09
	Kurtosis/SE : -.211/.833	= -0.25

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลประจำตัว

Pretest :	Skewness/SE : -.176/.427	= 0.41
	Kurtosis/SE : -.043/.833	= 0.05
Posttest	Skewness/SE : -.149/.427	= 0.35
	Kurtosis/SE : -.427/.833	= 0.51

ค่าที่ได้อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้น ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง มีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ

ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ของกลุ่มควบคุม มีดังนี้

1.1 การดูค่า Skewness/Kurtosis

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

Pretest : Skewness/SE : $-.110/.427 = -0.26$

Kurtosis/SE : $-.164/.833 = -0.20$

Posttest Skewness/SE : $-.316/.427 = -0.74$

Kurtosis/SE : $.024/.833 = 0.29$

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลประจำตัว

Pretest : Skewness/SE : $-.070/.427 = -1.64$

Kurtosis/SE : $-.678/.833 = -0.81$

Posttest Skewness/SE : $-.042/.427 = -0.10$

Kurtosis/SE : $-.088/.833 = -0.11$

ค่าที่ได้อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้น ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม มีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ

2. การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of variance)

พิจารณาจากค่า p-value ของ Lavené's test

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่า $F=0.11, p=0.74$

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่า $F= 1.00, p= 0.32$

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่า $F= 0.00, p=0.99$

- ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่า $F= 6.07, p=0.17$

พิจารณาจากค่า p-value ของ Lavené's test ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่า non Sig. ยอมรับสมมติฐานนัล คือ คะแนน ความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนภายในกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถสรุปได้ว่า การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของชุดข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบปกติ และมีความแปรปรวนภายในของแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ได้

ภาคผนวก ค.

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรค
วิตกกังวลทั่วไป (The Effect of Stabilization- based Program on Anxiety in Elderly
patients with Generalized Anxiety Disorder)

วันที่คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจาก
การวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดย
ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว
ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูล
ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดย

การตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการรวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตทำนั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางกาญจนา สุภศรี) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(Informed Consent Form)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรค
วิตกกังวลทั่วไป (The Effect of Stabilization- based Program on Anxiety in
Elderly patients with Generalized Anxiety Disorder)

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่..... ซึ่งมี
ความสัมพันธ์เป็นของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว
.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียด
จากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....แล้ว
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามใน
ใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและ
โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง
ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วม
การวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการ
วิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการ
ชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการรวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของ
 ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดง
 ความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(นางกาญจนา ศุภศรี) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง
เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ: 2021 – St – Nur – 036 (Internal)
ชื่อโครงการ: ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
โรคโรคกึ่งวลทั่วไป
รหัสหนังสือรับรอง: PSU IRB 2021 - St – Nur 032 (Internal)
ชื่อหัวหน้าโครงการ: นางกาญจนา สุขศรี
หน่วยงานที่สังกัด: หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย
3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง: 19 ตุลาคม 2564
วันที่หมดอายุ: 19 ตุลาคม 2566

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการ
เบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)..... นวรัตน์ พงษ์สง

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มศวดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก จ
เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

หมายเลขโครงการ SSR REC ๑/๒๕๖๕



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
ที่อยู่ ๒๙๕ ถนน ธาราบดี ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
โรคจิตกึ่งวลทั่วไป
เลขที่โครงการวิจัย : DMH.IRB ๐๐๗/๒๕๖๕
ผู้วิจัยหลัก : นางกาญจนา ศุภศรี และคณะ
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เอกสารที่ได้รับการรับรอง : ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในคน
๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์วัชรพล สุกวิโรจน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(นายอาทิตย์ เล่าสู่อังกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่รับรอง: ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ
ใบรับรองผ่านการอบรม
การบำบัดด้วยการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามชุดที่

() ก่อนการทดลอง

() หลังการทดลอง

คำชี้แจงแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความวิตกกังวล โดยขอความร่วมมือท่านในการอ่านคำถามและตอบคำถามทุกข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini- Mental State Examination : Thai version (MMSE- Thai 2002)

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI])

ส่วนที่2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.แบบประเมินความวิตกกังวล (The State- Trait Anxiety Inventory [STAI])

ส่วนที่3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS

2. กรูณาตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

3. ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการตอบแบบสอบถามในภาพรวมเท่านั้น และเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ ยกเว้นได้รับอนุญาตจากเจ้าของชื่อและไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านหรือการได้รับบริการทางสุขภาพแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยต่อไป

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

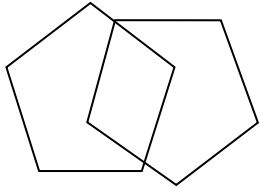
1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini- Mental State Examination :
Thai version (MMSE- Thai 2002)

1. ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....
2. ระดับการศึกษา ◦ ไม่ได้เรียน ◦ ประถมศึกษา ◦ มัธยมศึกษา ◦ อนุปริญญา/
ปริญญาตรีขึ้นไป
3. ปัญหาด้านการสื่อสารของผู้ตอบ ◦ หู ◦ ตา ◦ อื่นๆ.....
4. ***ในกรณีที่ผู้ถูกถามอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนนข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำ ข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และชื่อ/บ้านเลขที่ อะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์ (กรณีทำซ้ำใน 2 เดือน)		
แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์ (กรณีทำซ้ำใน 2 เดือน)		
4. Attention /Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ตอบข้อ 4.2		
“ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร บอกมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) สะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย, ...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...)สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก”คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ ว ำ น ะ ม	
5.Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า“ของสิ่งนี้เรียกว่า		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
อะไร”		
6.2 ชี้นำพิกษาข้อมือให้ผู้สูงอายุดูแล้วถามว่า “ของสิ่ง นี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ตา, ยาย,...)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีละคำเดียว ” “ใคร ใคร ชาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะ เตี่ยผม (ดิฉัน)จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา,ยาย,..)รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่. (พื้น,โต๊ะ, เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ – 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ () รับด้วยมือขวา () พับ ครึ่ง () แล้ววางที่.... (พื้น,โต๊ะ,เตียง)		
9. Written command (1คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้ คุณ (ตา,ยาย,..) อ่านแล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย,..) จะ อ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษ ให้ผู้สูงอายุดู หลับตา () หลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้ เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค		
11. Visuo-construction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง”ในที่ ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง		

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
 <p>รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูปสี่เหลี่ยมด้านในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน</p>		
คะแนนรวม		
ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่เดือน.....พ.ศ.....		

การแปลผล จุดตัด Cut-off สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Congenital impaired)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
- ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ต้องไม่ทำข้อ 4,9,10)
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
- ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI])

ข้อความ	คะแนน
<p>1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ว่างหน้า</p> <p><input type="checkbox"/>2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>	
<p>2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/>1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p>3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. ทำได้เอง</p>	
<p>4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	

ข้อความ	คะแนน
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p><input type="checkbox"/>1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>	
<p>7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องการคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>	
<p>8. Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p><input type="checkbox"/>1. อาบน้ำเองได้</p>	
<p>9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p><input type="checkbox"/>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	
<p>10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)</p> <p><input type="checkbox"/>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	

ส่วนที่2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ()

หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นเส้นประ.....

1. เพศ

1. () ชาย

2. () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

1. () พุทธ

2. () คริสต์

3. () อิสลาม

4. () อื่น (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

1. () ประถมศึกษา

2. () มัธยมศึกษา

4 () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา

4 () ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5 () ไม่ได้เรียนหนังสือ

4. สถานภาพ

1. () โสด

2. () สมรส

3 () หย่าร้าง/ แยก

4 () หม้าย

5. สภาพการพักอาศัย

1. () อยู่ลำพัง

2. () อยู่กับคู่สมรส

3 () อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน

4 () อยู่กับบุตร/หลาน

6 () อยู่กับญาติ/บุคคลอื่น

6.ความสัมพันธ์ในครอบครัว

1. () ใกล้ชิด อุ่น

2. () ห่างเหิน/ ชัดแย้ง

7.อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน

1 () ไม่ได้ทำงาน ระบุ ()ว่างงาน ()แม่บ้าน ()ผู้เกษียณอายุ

ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ

2 () ทำงาน ระบุอาชีพ.....

8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

9.ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย

1. () เพียงพอ

2. () ไม่เพียงพอ

10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. () ไม่มี

2. () มี ระบุ.....

11. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

1. () ไม่มี

2. () มี (ระบุกิจกรรม)

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เลือกลง / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด ในขณะที่ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเลย
มีบ้าง	หมายถึงท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง
ค่อนข้างมาก	หมายถึงท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบ่อย
มากที่สุด	หมายถึงท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเสมอ

ความรู้สึกทั่วไป	ประสิทธิภาพ			
	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				
คะแนนรวม				

แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เล็ก / ตรงช่องกับความรู้สึกต่างๆไปของท่าน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบ่อย
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเสมอ

ความรู้สึกต่างๆไป	ประสิทธิภาพ			
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวาย				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกมีความพอใจในตนเอง				
4. ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเท่ากับที่คนอื่นๆเป็นอยู่				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนเป็นคนล้มเหลว				
6.				
7.				
8.				
9.....				
10.....				
11.....				
12.....				
19. ข้าพเจ้าเป็นคนมั่นคง				
20. เมื่อข้าพเจ้าคิดถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือสนใจในระยะหลังๆนี้ ทำให้ข้าพเจ้าอยู่ในภาวะความตึงเครียด และสับสน				
คะแนนรวม				

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Sale)

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความคิดของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความคิด ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด เลือกลง / ตรงช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกือบจะไม่เคยเลย	หมายถึง ท่านเกือบจะไม่มีความคิดดังกล่าวเลย
บางครั้ง	หมายถึง ท่านมีความคิดดังกล่าวบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีความคิดดังกล่าวบ่อย
เกือบจะสม่ำเสมอ	หมายถึง ท่านมีความคิดดังกล่าวเกือบจะเสมอ

ความคิด	เกือบจะไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบจะสม่ำเสมอ
1. คิดซ้ำๆถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวของตนเอง				
2. คิดซ้ำๆ ว่าตนเองทำงานไม่ได้				
3. คิดซ้ำๆเกี่ยวกับความอ่อนล้าและความรู้สึกเจ็บปวดของคุณ				
4. คิดซ้ำๆว่ามันเป็นการยากที่จะมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
5.....				
6.....				
7.....				
19. คิดซ้ำๆถึงความรู้สึกที่ไม่อยากจะทำอะไรของตนเอง				
20. วิเคราะห์บุคลิกภาพของคุณเพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกซึมเศร้า				
21. ไปบางสถานที่ตามลำพังเพื่อที่จะคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง				
22. คิดซ้ำๆถึงความรู้สึกโกรธตัวเอง				
คะแนนรวม				

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

ประกอบด้วย

- 1.1 สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม: ดำเนินการผ่านไลน์วีดีโอคอล
- 1.2 ผู้วิจัย คือ ผู้นำกลุ่ม
- 1.3 กลุ่มทดลอง คือ สมาชิกกลุ่ม ทั้งหมดมี 30 คน
แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

2. การดำเนินโปรแกรม ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่1 ประกอบด้วยกิจกรรม

- (1) “เชื่อมโยงสัมพันธ์”
- (2) “เพื่อนช่วยมอง”
- (3) “แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล”

2.2 สัปดาห์ที่2 ประกอบด้วยกิจกรรม

- (1) “รับรู้ถูกต้องแก้ไขถูกทาง”
- (2) “ต้นไม้แห่งประสบการณ์”
- (3) “กังวลหายไปใจมั่นคง1”

2.3 สัปดาห์ที่3 ประกอบด้วยกิจกรรม

- (1) “กังวลหายไปใจมั่นคง2”
- (2) สู่อุณหภูมิมั่นคงและสมดุลทางใจ

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ

ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดในองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ และได้รับการบำบัดโดยใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทั้ง 5 เทคนิค ซึ่งสามารถสรุปโปรแกรม ได้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปองค์ประกอบของโปรแกรม

กิจกรรม	องค์ประกอบที่ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัด	เทคนิค
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>1. กิจกรรม “เชื่อมโยงสัมพันธ์” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 ในการสร้างความพร้อมในการเรียนรู้</p> <p>2. กิจกรรม “เพื่อนช่วยมอง” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลว่าตนเองรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องตามความเป็นจริงหรือมีการรับรู้ที่บิดเบือนไป โดยผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวที่ทำให้วิตกกังวล และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันมองเรื่องราว</p> <p>3. กิจกรรม “แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจองค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง การเผชิญปัญหาที่</p>	<p>องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้เหตุการณ์</p>	<p>เทคนิค 5-4-3-2-1 จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสติอยู่กับตนเอง มีสมาธิจดจ่อ ลดการหมกมุ่นครุ่นคิด และรับรู้สิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน</p> <p>เทคนิคแสงรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ขจัดความรู้สึกไม่สุขสบายตามร่างกายจากความวิตกกังวลออกไป</p>

กิจกรรม	องค์ประกอบที่ผู้ป่วยจะได้รับ การบำบัด	เทคนิค
<p>เหมาะสม และการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ ซึ่งจะให้ความรู้โดยผู้วิจัย และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการใช้เทคนิคแสงรักษาในการบรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล</p>		
<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>1. กิจกรรม “รับรู้ถูกต้อง แก้ปัญหาถูกทาง” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจและฝึกการรับรู้เหตุการณ์ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ</p> <p>2. กิจกรรม “ต้นไม้แห่งประสบการณ์” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเองและประเมินแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในประสบการณ์ที่ผ่านมาที่สามารถการจัดการกับความวิตกกังวลและผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้</p> <p>3. กิจกรรม “กังวลหายไปใจมั่นคง” เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย</p>	<p>องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้เหตุการณ์</p> <p>องค์ประกอบที่ 2 การใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ</p>	<p>เทคนิคที่เก็บภายในใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้ขจัดความทุกข์ใจ ทำให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น และคลายความวิตกกังวล</p> <p>เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ มั่นคงและปลอดภัยจากสิ่ง que สามารถบกรวน ทำให้คลายความวิตกกังวล</p>

กิจกรรม	องค์ประกอบที่ผู้ป่วยจะได้รับ การบำบัด	เทคนิค
<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>1. กิจกรรม “กังวลหายไป มันคง2” เพื่อให้เกิดความรู้สึก มั่นคงทางจิตใจและคลายความ วิตกกังวล โดยการให้ผู้สูงอายุได้ ฝึกใช้เทคนิครวมพลัง โดยการใช้ มือถึงประสบการณ์เชิงบวกที่ ผ่านมาที่ทำให้ตนเองมีความสุข ที่สุดในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้รู้สึก มีความสุขและคลายความวิตก กังวล</p> <p>2. กิจกรรม “เผชิญปัญหาได้ ผ่อนคลายจิตใจ” เพื่อส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุได้จัดการความวิตก กังวล โดยบูรณาการ องค์ประกอบการจัดการภาวะ วิกฤตทางจิตใจ โดยผู้วิจัยจะให้ ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา ที่เหมาะสม แล้วให้ผู้สูงอายุ ประเมินความวิตกกังวลที่เกิด ขึ้นกับตนเอง เกี่ยวกับการรับรู้ เหตุการณ์ การเผชิญปัญหา การ เลือกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการเลือกใช้เทคนิคการ สร้างความมั่นคงภายในจิตใจ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ภายในกลุ่ม ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุ จะเกิดความพร้อมใน องค์ประกอบทั้ง 3 ประการเพื่อ</p>	<p>องค์ประกอบที่1 การรับรู้ เหตุการณ์</p> <p>องค์ประกอบที่ 2 การใช้แหล่ง สนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้ผ่าน พ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ</p> <p>องค์ประกอบที่3 การเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยได้ฝึกการนำทั้ง 3 องค์ประกอบมาปรับใช้ในการ จัดการกับความวิตกกังวลของ ตนเอง</p>	<p>เทคนิครวมพลัง จะช่วยให้ ผู้ป่วยนึกถึงประสบการณ์ที่ดีใน อดีต แล้วทำให้เกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความ วิตกกังวล</p>

กิจกรรม	องค์ประกอบที่ผู้ป่วยจะได้รับ การบำบัด	เทคนิค
นำไปปรับใช้กับตนเอง ให้สามารถจัดการกับปัญหาและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ		

โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ดำเนินการ 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมในโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1	1	เชื่อมโยงสัมพันธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน 2. เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ขั้นตอน ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม
		เพื่อนช่วยมอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจความคิดความรู้สึก และมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม
		แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวล 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้บรรเทาความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติในโรควิตกกังวลทั่วไปและคลายความวิตกกังวล

สัปดาห์	ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
2	1	รับรู้ถูกต้องแก้ไขถูกทาง	1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ 2.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจความสำคัญของการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง
		ต้นไม้แห่งประสบการณ์	1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นถึงความสำคัญของการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความวิตกกังวล 2.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสมเมื่อเกิดความวิตกกังวล
		กังวลหายไปใจมั่นคง1	1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล
3	1	กังวลหายไปจิตใจมั่นคง2	1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล
		สู่ความมั่นคงและสมดุลทางใจ	1.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม 2.เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลของตนเองที่ได้ผลดี

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่1 “เชื่อมโยงสัมพันธ์”

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน
 2. เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ขั้นตอน ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการดำเนินโปรแกรม

สาระสำคัญ กิจกรรมเชื่อมโยงสัมพันธ์ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ซึ่งผู้สูงอายุโรคจิตกังวลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีความหมกมุ่นครุ่นคิดและวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป ผู้วิจัยจึงได้นำเทคนิค 5-4-3-2-1 มาใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมในกิจกรรมเชื่อมโยงสัมพันธ์ โดยให้ผู้สูงอายุ ได้สังเกตตัวเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

อุปกรณ์/ สื่อ -

ระยะเวลา 20 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 5 นาที	1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิและทักทายผู้สูงอายุด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนน้อมและให้ความเคารพ กล่าวแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม และชี้แจงกฎกติกาในการทำกลุ่ม จากนั้นพูดเกริ่นนำเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ด้วยเสียงดังฟังชัด กระชับและเข้าใจง่าย 2. แนะนำการเลือกสถานที่ในบ้าน บริเวณที่ปลอดภัย	-	- เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีและไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุและระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน - ผู้สูงอายุทราบเป้าหมายของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ - ผู้สูงอายุทราบกฎกติกาในการเข้าร่วมกลุ่ม

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	<p>เสียบสกรู และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม และผู้วิจัยแจ้งผู้ดูแลให้ทราบว่าผู้สูงอายุกำลังเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อขอความเป็นส่วนตัว ป้องกันการรบกวนและสามารถดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์</p> <p>3. ให้ผู้สูงอายุแนะนำตัวเอง โดยบอกชื่อเล่น และจังหวัดที่อยู่ จากนั้นให้สมาชิกทุกคนประมอให้กับตนเอง</p>		
<p>ดำเนินกิจกรรม</p> <p>10 นาที</p>	<p>1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมกิจกรรมต่อไป โดยการให้ผู้สูงอายุนั่งในท่าที่สบาย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (เทคนิค 5-4-3-2-1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลดการหมกมุ่นครุ่นคิดและมีสติสนใจอยู่กับปัจจุบัน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นตามลำดับชื่อที่ผู้วิจัยเรียก วนไปจนครบทุกคนและได้คำตอบครบ ตามคำถามดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ให้บอกสิ่งที่เห็นในห้อง 5 อย่าง 2) ให้บอกสิ่งที่ร่างกายกำลังสัมผัสอยู่ 4 อย่าง 3) ให้บอกบอกสิ่งที่ได้ยิน 3 อย่าง 	<p>-</p>	<p>- ผู้สูงอายุลดการหมกมุ่นครุ่นคิด มีสติอยู่กับปัจจุบัน เกิดความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	4) ให้ออกสิ่งที่ได้กลิ่นในขณะนี้ 2 อย่าง 5) ให้ออกข้อดีของตนเอง คนละ 1 อย่าง 2. ผู้วิจัยชื่นชมผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุทุกคนปรบมือให้กับตนเอง		
ปิดกลุ่ม ประเมินผลจากการทำ กิจกรรม 5 นาที	1. ผู้วิจัยถามความรู้สึกของผู้สูงอายุ “หลังจากทำกิจกรรม 5-4-3-2-1 2. ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมและกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งสรุปประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ ก่อนเริ่มกิจกรรมต่อไป	-	- ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกหลังใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 - ผู้สูงอายุรู้สึกมีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบันมากขึ้น

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 “เพื่อนช่วยมอง”

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจความคิด ความรู้สึก และการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม

สาระสำคัญ ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดเชิงลบไม่สร้างสรรค์ ทำให้มีมุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามความสุขของตน เมื่อรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลไม่ถูกต้อง ก็จะแก้ปัญหาไม่ถูกต้องเช่นกัน โดยกิจกรรมเพื่อนช่วยมอง จะทำให้ผู้สูงอายุได้ประเมินการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะใช้กระบวนการกลุ่มในการช่วยมองปัญหา

อุปกรณ์/ สื่อ -

ระยะเวลา 30 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 5 นาที	1 ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้ 2. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุเลือกสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม โดยเลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย ผู้วิจัยแจ้งสมาชิกในครอบครัวให้ทราบว่าผู้สูงอายุกำลังเข้าร่วมกิจกรรมต้องให้ความเป็นส่วนตัวเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเล่าเรื่องราวที่วิตกกังวล ซึ่งเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อความรู้สึกหรือกระทบกระเทือนจิตใจ	-	- ผู้สูงอายุได้มีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล - ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจความคิด ความรู้สึก และการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ตรงตามความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้อง

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	3. เมื่อผู้สูงอายุเตรียมสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่เหมาะสมเสร็จเรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการทำกิจกรรม		เหมาะสม
ดำเนินกิจกรรม 20 นาที	<p>1. ผู้วิจัยพูดเกริ่นถึงเรื่องความวิตกกังวลว่าเป็นปัญหาที่กระทบจิตใจของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อไม่ให้นำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุ สลับกันเล่าเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองวิตกกังวล</p> <p>3. จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นๆได้ให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม และผู้วิจัยหาข้อดีจากเรื่องราวที่เล่าและกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุ เพื่อลดการกระทบกระเทือนจิตใจภายหลังการเล่าเรื่องราว</p> <p>4. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวที่ได้รับฟัง ว่าสมาชิกกลุ่มที่เล่าเรื่องราวมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่</p>	-	<p>- ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการเล่าเหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเกี่ยวกับการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความวิตกกังวล</p> <p>-ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เหตุการณ์บิตเพื่อนมีการยอมรับเพื่อการพัฒนาตนเอง</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p style="text-align: center;">ปิดกลุ่ม</p> <p style="text-align: center;">ประเมินผลจากการทำ</p> <p style="text-align: center;">กิจกรรม</p> <p style="text-align: center;">5 นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นการรับรู้ต่อเหตุการณ์และชี้ให้เห็นว่าการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องต่อไป แต่ในทางกลับกันหากเรามีการรับรู้เหตุการณ์ที่บิดเบือนไปไม่ตรงกับความเป็นจริง ก็จะส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้อง เมื่อปัญหาที่แท้จริงไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ 2. ผู้วิจัยบอกถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง และให้สมาชิกกลุ่มพัก 5 นาที เพื่อเพิ่มความพร้อมในการทำกิจกรรมต่อไป 	-	<p>-ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง</p>

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 3 “แสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล”

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวล
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้บรรเทาความรู้สึกไม่สบายทางกายที่เกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติในโรควิตกกังวลทั่วไปและคลายความวิตกกังวล

สาระสำคัญ ผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการทางกาย ที่เกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ กิจกรรมแสงรักษาพาใจเรียนรู้สมดุล จึงเป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ และช่วยจัดความไม่สบายทางกายออกไป

อุปกรณ์/ สื่อ ใบความรู้ที่ 1

ระยะเวลา 40 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 5 นาที	1. ผู้นำกลุ่มกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม	ใบความรู้ที่ 1	- ผู้สูงอายุเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบกิจกรรม
ดำเนินกิจกรรม 30 นาที	1. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดจากความวิตกกังวล 2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ จากนั้นผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปความรู้อีกครั้ง และให้สมาชิกกลุ่มประมอให้ตนเอง	-	- ผู้สูงอายุให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมประเมินจากการที่สมาชิกกลุ่มสามารถฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคแสงรักษาได้

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	<p>3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกายด้วยเทคนิคแสงรักษา โดยเริ่มจากให้ผู้สูงอายุ นั่งในท่าที่ผ่อนคลายแล้วหลับตา หายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ 5 ครั้ง จากนั้นให้มุ่งความสนใจไปที่ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายตามร่างกาย แล้วให้จินตนาการว่ามีลำแสงที่สามารถรักษาอาการไม่สุขสบายนั้นได้ ส่องลงมาจากข้างบน ผ่านศีรษะแล้วรักษาความไม่สุขสบายนั้น โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5</p> <p>4. ให้สมาชิกกลุ่มลืมนตาแล้วสะท้อนความรู้สึกจากกิจกรรม</p>		
<p>ปิดกลุ่ม ประเมินผลจากการทำ กิจกรรม 5 นาที</p>	<p>1. ผู้วิจัยสรุปประเด็น และทบทวนกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมที่ได้ทำผ่านไป และให้ผู้สูงอายุนำไปฝึกปฏิบัติ แล้วพบกันใหม่ สัปดาห์ที่ 2</p>	-	- ภายหลังการฝึกเทคนิคแสงรักษา ผู้สูงอายุรู้สึกโล่งขึ้น สบายตัวขึ้น

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 “รับรู้ถูกต้อง แก้ปัญหาถูกทาง”

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ
 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจความสำคัญของการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง

สาระสำคัญ ผู้สูงอายุโรคติดกั่วงวลทั่วไป จะมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือน หรือความคิดเชิงลบไม่สร้างสรรค์ ทำให้มีมุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามความสุขของตน กิจกรรม “รับรู้ถูกต้อง แก้ปัญหาถูกทาง” จะทำให้ผู้สูงอายุโรคติดกั่วงวลทั่วไปได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง ทำให้เข้าใจปัญหาที่ทำให้ตนเองวิตกกังวลมากขึ้น นำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ถูกวิธี

อุปกรณ์/ สื่อ -

ระยะเวลา 20 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 8 นาที	1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิ์ผู้สูงอายุด้วยความสุภาพอ่อนน้อมและให้ความเคารพ พุดเกริ่นเรื่องทั่วไป และสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา 2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะการดำเนินกิจกรรม	-	- ได้ติดตามการนำกิจกรรมไปใช้ลดความวิตกกังวลที่บ้านของผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ก่อนทำกิจกรรม
ดำเนินกิจกรรม 8 นาที	1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลและอธิบายถึงความสำคัญของการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง และผลเสียที่เกิดจากการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บิดเบือนไม่ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ไม่ถูกต้อง	-	- ผู้สูงอายุได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	<p>2. ผู้วิจัยเล่าสถานการณ์สมมติให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในหัวข้อ ดังนี้</p> <p>1) จากสถานการณ์สมมติ ยายแก้วมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ถูกต้องหรือไม่</p> <p>2) การรับรู้ที่ถูกต้องจะต้องเป็นอย่างไร</p> <p>3. ผู้วิจัยเชื่อมโยงการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องกับโรควิตกกังวลทั่วไป ว่าหากเรามีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องว่าวิตกกังวลในเรื่องใดก็จะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลในเรื่องนั้นๆได้ เมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขถูกต้องตามเรื่องราวที่เป็นความจริง ก็จะทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้</p>		
<p>ปิดกลุ่ม</p> <p>ประเมินผลจากการทำกิจกรรม</p> <p>4 นาที</p>	<p>1. ให้ผู้สูงอายุสะท้อนความรู้สึกภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุพักเพื่อผ่อนคลายตนเอง 5 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรมต่อไป</p>	-	<p>- ผู้สูงอายุมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องมากขึ้น</p> <p>-ผู้สูงอายุได้พัก 5 นาที เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ในกิจกรรมต่อไป</p>

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “ต้นไม้แห่งประสบการณ์”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นถึงความสำคัญของการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความวิตกกังวล
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสมเมื่อเกิดความวิตกกังวล

สาระสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเอง ได้ทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและฝึกนำมาใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

อุปกรณ์/ สื่อ ใบความรู้ที่ 1

ระยะเวลา 40 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 5 นาที	1. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และลักษณะการดำเนินกิจกรรม	- กระดาษแผ่นใหญ่ - ปากกาเมจิก	- ผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์และลักษณะการดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p data-bbox="344 384 524 496">ดำเนินกิจกรรม 30 นาที</p>	<ol data-bbox="611 379 1267 1372" style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตนเองถึงประสบการณ์ที่ผ่านมามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมใดบ้างที่คอยช่วยเหลือทำให้ตนเองสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้ผ่านพ้นไปได้ แล้วเมื่อได้รับการช่วยเหลือแล้วผลเป็นอย่างไรบ้าง 2. ผู้นำกลุ่มเขียนแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของทุกคนลงในกระดาษแผ่นใหญ่ โดยในกระดาษจะเป็นรูปต้นไม้ที่แตกกิ่งก้านสาขามากมาย แล้วให้สมาชิกกลุ่มบอกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของแต่ละคน ใส่ลงในตำแหน่งกิ่งไม้ โดยผู้นำกลุ่มจะชมเพื่อขยายให้สมาชิกกลุ่มเห็นได้อย่างชัดเจนผ่านทาง Line Video call 3. ผู้นำกลุ่มอ่านสรุปความคิดเห็นที่ได้ให้สมาชิกกลุ่มฟัง พร้อมกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่ม จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มลองเลือกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในแผ่นภาพต้นไม้ มาใช้จัดการกับความวิตกกังวลในเหตุการณ์ปัจจุบัน 4. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เลือกนำมาใช้จัดการกับความวิตกกังวลในปัจจุบัน 		<p data-bbox="1597 384 2009 643">-ผู้สูงอายุได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่หลากหลาย</p> <p data-bbox="1597 491 2009 643">- ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลโดยใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p style="text-align: center;">ปิดกลุ่ม</p> <p style="text-align: center;">ประเมินผลจากการทำ</p> <p style="text-align: center;">กิจกรรม</p> <p style="text-align: center;">5 นาที</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนความรู้สึกภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม 2. ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่มและสรุปความสำคัญของการมีแหล่งสนับสนุน 3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มพักเพื่อผ่อนคลายตนเอง 5 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรมต่อไป 		<p>- ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดการกับความวิตกกังวล</p>

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 “กังวลหายไปใจมั่นคง”

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล

สาระสำคัญ เทคนิคที่เก็บภายในใจ ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยจะคิดซ้ำๆ เรื่องเดิมบ่อยๆ ในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหมือนได้ขจัดความทุกข์ใจ ความไม่สบายใจออกไป เป็นผลให้คลายความวิตกกังวล และเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงสถานที่ที่ทำให้รู้สึกสบายใจ แล้วจินตนาการว่าได้พาตนเองเข้าไปอยู่ในสถานที่นั้น ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย

อุปกรณ์/ สื่อ -

ระยะเวลา 40 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม</p> <p>5 นาที</p>	<p>1.ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและลักษณะการดำเนินกิจกรรม</p> <p>2.ผู้วิจัยแนะนำให้สมาชิกกลุ่มเลือกสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่เหมาะสมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเลือกสถานที่ในบ้านที่เป็นส่วนตัวและสงบ ผู้วิจัยแจ้งสมาชิกในครอบครัวให้ทราบว่าผู้สูงอายุกำลังเข้าร่วมกิจกรรมต้องให้ความเป็นส่วนตัว เพื่อป้องกันการรบกวนและสามารถดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์</p>	-	<p>1.ผู้นำกลุ่มประเมินจากการให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2.ผู้นำกลุ่มประเมินจากการสะท้อนความรู้สึกหลังเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่ม</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p data-bbox="344 384 524 496">ดำเนินกิจกรรม</p> <p data-bbox="389 464 479 496">30 นาที</p>	<p data-bbox="613 384 1265 528">1.ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งจะมีการฝึกใช้ประกอบด้วย 2 เทคนิค ได้แก่</p> <p data-bbox="613 544 860 584">เทคนิคที่เก็บภายในใจ</p> <ul data-bbox="636 600 1265 1031" style="list-style-type: none"> - ผู้นำกลุ่มนั่งในท่าที่รู้สึกผ่อนคลายแล้วหลับตา หายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ 5 ครั้ง จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกเทคนิคที่เก็บภายในจิตใจ (inner container) โดยการให้สมาชิกกลุ่มได้จินตนาการถึงที่เก็บของส่วนตัว ที่มีลักษณะและรูปแบบตามความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถเก็บเรื่องราวความไม่สบายใจหรือเรื่องที่ไม่อยากเปิดเผยไว้ในนั้น โดยเก็บไว้ในที่ที่มีดซิด ซึ่งจะช่วยให้ความไม่สบายใจนั้นไม่ส่งผลใดๆต่อจิตใจ <p data-bbox="613 1046 1205 1142">-ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p data-bbox="613 1158 987 1198">เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ</p> <ul data-bbox="636 1214 1265 1366" style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุฝึกเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ โดยการให้จินตนาการหรือนึกถึงสถานที่ตนเองรู้สึกสงบและปลอดภัยแล้วจินตนาการว่าตัวเองได้เข้าไปอยู่ในสถานที่นั้น 		<p data-bbox="1599 384 1957 472">ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ ปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	<p>ผู้วิจัยจะใช้คำถามเฉพาะในการทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัสเหมือนได้เข้าไปอยู่ในสถานที่นั้นจริงๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับความรู้สึกที่สงบ ปลอดภัยและผ่อนคลายในสถานที่นั้น สัก 1 นาที ให้ผู้สูงอายุตั้งชื่อสถานที่ปลอดภัยนั้นซึ่งสามารถกลับมาอีก....(ชื่อสถานที่) นั้นได้เสมอ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ</p>		
<p>ปิดกลุ่ม ประเมินผลจากการทำ กิจกรรม 5 นาที</p>	<p>1.ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุสะท้อนความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม 2.ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมอีกครั้ง และชื่นชมสมาชิกกลุ่ม จากนั้นทำการนัดหมายเวลาในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป</p>		<p>-ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดงความรู้สึกหลังการใช้เทคนิคที่เก็บภายในใจและเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ</p>

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 1 “กังวลหายไปใจมั่นคง2”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล

สาระสำคัญ เทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ให้ผู้ป่วยได้เชื่อมกับความรู้สึกทางบวก โดยการให้ผู้ป่วยได้นึกถึงประสบการณ์หรือเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุข ในช่วงวัยต่างๆ ได้แก่ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น เทคนิคนี้ทำให้เกิดความสุข ความสบายใจ และคลายความวิตกกังวล (สุชาติ, 2553)

อุปกรณ์/ สื่อ -

ระยะเวลา 40 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม</p> <p>5 นาที</p>	<p>1. วิทยกรกล่าวสวัสดิ์ผู้สูงอายุด้วยความสุภาพอ่อนน้อมและให้ความเคารพ พุดเกริ่นเรื่องทั่วไป และสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>2. วิทยกรแนะนำให้ผู้สูงอายุเลือกสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่เหมาะสมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยเลือกสถานที่ในบ้านที่เป็นส่วนตัวและสงบ วิทยกรแจ้งสมาชิกในครอบครัวให้ทราบว่าผู้สูงอายุกำลังเข้าร่วมกิจกรรมต้องให้ความเป็นส่วนตัว เพื่อป้องกันการรบกวนและสามารถดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์</p> <p>3. วิทยกรชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และลักษณะการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะเป็นการใช้เทคนิครวมพลัง เพื่อให้</p>		<p>1. ผู้สูงอายุได้ทราบวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม และเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	สมาชิกกลุ่มได้ใช้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองในการจัดการกับความวิตกกังวลที่เข้ามากระทบจิตใจ		
<p>ดำเนินกิจกรรม</p> <p>30 นาที</p>	<p>1.ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุนั่งในท่าที่รู้สึกผ่อนคลายแล้วหลับตาหายใจเข้าออกถี่ๆยาวๆ 5 ครั้ง จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกเทคนิครวมพลัง (Point of Power) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้สูงอายุนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกหรือประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองมีความสุขในช่วง วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และในวัยผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนึกถึงภาพเหตุการณ์ต่างๆ</p> <p>2.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้บอกเล่าประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองมีความสุขและสะท้อนความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรม</p>	-	-เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกสงบปลอดภัย ผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวล
<p>ปิดกลุ่ม</p> <p>ประเมินผลจากการทำ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>5 นาที</p>	1.ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมและกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่ม		

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 2 “เผชิญปัญหาได้ผ่อนคลายจิตใจ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความวิตกก

กังวลของตนเองที่ได้ผลดี

สาระสำคัญ เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลที่ถูกต้องตามความเป็นจริง และทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเอง ก็จะทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงส่งเสริมความรู้เรื่องทักษะการเผชิญปัญหา และให้ผู้สูงอายุได้นำทักษะต่างๆมาฝึกใช้ นำมาสู่การผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจในที่สุด

อุปกรณ์/ สื่อ -ใบความรู้ที่ 2

-แผ่นภาพประเมินตนเอง

ระยะเวลา 50 นาที

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
เปิดกลุ่ม/เตรียมความพร้อมก่อนทำกิจกรรม 10 นาที	1.ผู้นำกลุ่มกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและลักษณะการดำเนินกิจกรรม โดยเชื่อมโยงความต่อเนื่องของโปรแกรม ว่าเป็นกิจกรรมการฝึกเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ครั้งที่ 2 ต่อจากสัปดาห์ที่ผ่านมา 2.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลที่ตนเองเคย	-ใบความรู้ที่2 -แผ่นภาพประเมินตนเอง	-ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
	นำมาใช้แล้วได้ผล จากนั้นผู้นำกลุ่มชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่ร่วมแสดงความคิดเห็น		
<p align="center">ดำเนินกิจกรรม</p> <p align="center">30 นาที</p>	<p>1.ผู้วิจัยนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>2.ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุร่วมกันประเมินและวิเคราะห์ตนเองถึงความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สะท้อนความคิดเห็นตามหัวข้อที่กำหนดซึ่งประกอบ ด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วิตกกังวลเรื่องอะไร แล้วรับรู้เรื่องนั้นว่าอย่างไร 2) จะเผชิญปัญหาอย่างไร 3) จะใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้บ้าง 4) เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจที่จะนำไปใช้ ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุจะเกิดความพร้อมในองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ เพื่อนำไปปรับใช้กับตนเองในการลดความวิตกกังวลและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ 		<p>-ผู้สูงอายุเข้าใจองค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจทั้งการรับรู้ต่อเหตุการณ์แหล่งสนับสนุนและการเผชิญปัญหา</p> <p>-ผู้สูงอายุสามารถบอกสิ่งที่ได้เรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้</p>
<p align="center">ปิดกลุ่ม</p>	<p>1.ผู้นำกลุ่มสรุปการประเมินตนเองของสมาชิกกลุ่ม โดยเขียนลงในแผ่นภาพประเมินตนเอง</p>		<p>ผู้สูงอายุสนใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม</p>

ระยะเวลา/กลุ่ม	ขั้นตอนกิจกรรม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>ประเมินผลจากการทำ กิจกรรม 10 นาที</p>	<p>และzoomให้สมาชิกกลุ่มเห็นได้อย่างชัดเจนผ่าน Line Video call จากนั้นชื่นชมสมาชิกกลุ่มและสรุปผลการทำกิจกรรม</p> <p>2.เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกจากการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้นำกลุ่มรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3.ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>4. ผู้นำกลุ่มกล่าวยุติการดำเนินโปรแกรม</p>		

ใบความรู้ที่ 1 (ประกอบกิจกรรมที่3)

“ภาวะวิกฤตทางจิตใจ”

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ คือ ภาวะของจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เมื่อบุคคลเจอปัญหาแต่ไม่สามารถที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นก็จะนำไปสู่การเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เกิดภาวะสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ จะต้องได้รับการช่วยเหลือ แต่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแล ก็จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตได้

ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยต่างๆ ซึ่งแต่ละช่วงวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ นำมาซึ่งการเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และอารมณ์แปรปรวนได้ เนื่องจากเกิดความรู้สึกกดดันกับบทบาทใหม่ที่สังคมคาดหวัง อาจทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ ซึ่งจะทำให้พัฒนาการในวัยนั้นบกพร่อง ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นสูง มีพฤติกรรมหวาดระแวง เป็นต้น แต่หากบุคคลได้เตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่างๆ ก็จะช่วยให้บุคคลมีพัฒนาการชีวิตที่เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามวุฒิภาวะแต่ละวัยและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี

โดยวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล (จันทนา, 2561) ได้แก่ วิตกกังวลว่าจะต้องพึ่งพาลูกหลาน วิตกกังวลเรื่องการถูกทอดทิ้ง วิตกกังวลในเรื่องความตาย วิตกกังวลเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท นอกจากนี้วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณอายุงาน การลาออกจากงาน การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหา (เพ็ญญา, จุฑามาศ, 2558) ผู้สูงอายุคนใดสามารถเผชิญปัญหาได้ ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

ทางจิตใจ แต่หากผู้สูงอายุคนใดไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ก็จะเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และเป็นภาวะที่ยากต่อการปรับตัว นำมาซึ่งการเกิดภาวะสูญเสียสมดุลทางอารมณ์

องค์ประกอบที่เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

1. การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) คือ การเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความเป็นจริง ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความต้องการ แต่หากมีการรับรู้เหตุการณ์ที่บิดเบือนไม่ตรงตามความเป็นจริง ก็จะทำให้การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคติดก่วงลทั่วไป เข้าใจและรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามความเป็นจริงก็จะสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) คือ เนื่องจากการได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน อาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้ที่พึ่งพิงได้ ความวิตกกังวล ความเครียดก็จะเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ ดังนั้นการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

3. การเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การใช้วิธีการต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด หากบุคคลมีการพัฒนาการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจได้ และรอดพ้นจากภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ดังนั้น หากผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดก่วงลทั่วไปสามารถเข้าใจและรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเหมาะสมตามความเป็นจริงก็จะเข้าใจปัญหาได้อย่างแท้จริง สามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่ได้เหมาะสม ร่วมกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ก็จะส่งผลทำให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นภาวะวิกฤตเข้าสู่ภาวะปกติได้

ใบความรู้ที่ 2 (ประกอบกิจกรรมที่ 8) “เรียนรู้เรื่องการเผชิญปัญหา”

ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองอย่างต่อเนื่องต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความวิตกกังวลหรือความเครียด และสามารถจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลหรือความเครียดหรือที่เกิดขึ้นได้

รูปแบบการเผชิญปัญหา

1.การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา (Problem- focused coping) คือ การจัดการปัญหาที่สาเหตุของปัญหาโดยตรง เช่น โกรธกับลูก ก็ไปพูดคุยเพื่อปรับความเข้าใจกับลูก เพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหานี้จะช่วยให้ปัญหาหรือสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

2.การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotion- focused coping) คือ การมุ่งจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อลดความทุกข์ ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เช่น โกรธกับลูก แล้วเลือกที่จะแยกตัวไปอยู่คนเดียวสักพัก การระบายอารมณ์ด้วยการร้องไห้ หรือพยายามควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น หาวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการไปดูหนัง ฟังเพลง ฟังธรรมมะ เป็นต้น ซึ่งการเผชิญปัญหาในรูปแบบนี้จะทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น แต่ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

สถานการณ์สมมติ (ประกอบกิจกรรมที่ 4)

นำเสนอในรูปแบบ Power point

ยายแก้ว เป็นหญิงไทยอายุ 65 ปี อาศัยอยู่ในบ้านหลังใหญ่ เนื่องจากมีฐานะที่ร่ำรวย สามีของยายแก้วเสียชีวิตไปแล้วเมื่อ 2 ปีก่อน ยายแก้วมีลูกทั้งหมด 3 คน ลูกคนที่1และคนที่2 แยกย้ายออกไปแต่งงานมีครอบครัวใหม่ ได้แต่ส่งเงินมาให้ยายแก้วใช้จ่ายทุกๆเดือน ลูกทั้ง 2 คนจะได้กลับมาเยี่ยมยายแก้วเฉพาะในช่วเทศกาลสำคัญเท่านั้น ทำให้บ่อยครั้งที่ยายแก้วรู้สึกน้อยใจลูกๆที่ไม่ค่อยมาหา ปัจจุบันยายแก้วอาศัยอยู่กับลูกชายคนสุดท้อง วันหนึ่งมีเพื่อนข้างบ้านมาบอกยายแก้วว่า ได้ข่าวว่าลูกชายคนสุดท้องของยายแก้วจะแต่งงานกับแฟน ยายแก้วเชื่อในสิ่งที่เพื่อนข้างบ้านบอก และยังไม่เคยถามเรื่องนี้กับลูกชายตนเลย ยายแก้วรู้สึกวิตกกังวลมาก คิดหมกมุ่นซ้ำๆ เรื่องไม่ยอมให้ลูกชายแต่งงาน เนื่องจากกังวลว่าลูกชายจะย้ายออกจากบ้านไปมีครอบครัวใหม่อีกคน ยายแก้วจึงพยายามแกล้งป่วยเพื่อให้ลูกชายคอยดูแล พักหลังมานี้ยายแก้ววิตกกังวลมากขึ้น คิดซ้ำๆว่าลูกชายไม่รัก ไม่อยากอยู่ด้วย กลางคืนคิดมากนอนไม่หลับ มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ

1. ท่านคิดว่ายายแก้วมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์เป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่ายายแก้วมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 3.ท่านมีวิธีการหรือแนวทางในการการปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของยายแก้วให้มีความถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลได้อย่างไร

ภาคผนวก ข
ผลการกำกับการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนทำแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) พบว่า มีคะแนนต่ำสุด 42 คะแนน และคะแนนสูงสุด 47 คะแนน หมายถึง ทุกคนมีระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่า 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น ทุกคนสามารถจัดการกำกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองได้ ดังนั้น จึงถือได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลอง ได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง ที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (n=30)

การหมกมุ่นครุ่นคิด					
คนที่	ก่อนทดลอง		คนที่	หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล		คะแนน	การแปลผล
1	48	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	1	44	ผ่านเกณฑ์
2	50	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	2	42	ผ่านเกณฑ์
3	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	3	46	ผ่านเกณฑ์
4	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	4	47	ผ่านเกณฑ์
5	48	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	5	46	ผ่านเกณฑ์
6	50	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	6	47	ผ่านเกณฑ์
7	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	7	47	ผ่านเกณฑ์
8	58	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	8	47	ผ่านเกณฑ์
9	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	9	46	ผ่านเกณฑ์
10	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	10	47	ผ่านเกณฑ์
11	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	11	47	ผ่านเกณฑ์
12	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	12	47	ผ่านเกณฑ์
13	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	13	46	ผ่านเกณฑ์
14	48	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	14	44	ผ่านเกณฑ์

การหมกมุ่นครุ่นคิด					
คนที่	ก่อนทดลอง		คนที่	หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล		คะแนน	การแปลผล
15	50	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	15	46	ผ่านเกณฑ์
16	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	16	44	ผ่านเกณฑ์
17	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	17	47	ผ่านเกณฑ์
18	48	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	18	42	ผ่านเกณฑ์
19	56	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	19	46	ผ่านเกณฑ์
20	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	20	44	ผ่านเกณฑ์
21	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	21	42	ผ่านเกณฑ์
22	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	22	44	ผ่านเกณฑ์
23	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	23	47	ผ่านเกณฑ์
24	56	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	24	41	ผ่านเกณฑ์
25	56	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	25	47	ผ่านเกณฑ์
26	52	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	26	44	ผ่านเกณฑ์
27	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	27	47	ผ่านเกณฑ์
28	54	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	28	47	ผ่านเกณฑ์
29	48	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	29	42	ผ่านเกณฑ์
30	50	หมกมุ่นครุ่นคิดระดับสูง	30	46	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ มีคะแนนต่ำสุด 42 คะแนน และคะแนนสูงสุด 47 คะแนน ซึ่งถือว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์ที่น้อยกว่า 48 คะแนน (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554) แสดงว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทุกคนสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของตนเองได้

ภาคผนวก ฅ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร. รักษ์ ชุณหกาญจน์ | สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ ม. |
| เกษตรศาสตร์ | |
| 2. นางสาวภา ปานเพชร | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 3. นางเมตตา เลิศเกียรติรัชตะ | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางกาญจนา ศุภศรี	
รหัสนักศึกษา	6210420003	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	ปี พ.ศ. 2556

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ได้รับทุนสนับสนุนบัณฑิตศึกษา ศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติราชการที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช