

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON ANXIETY
IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Miss Patcharin Krongtham



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ทั่วไป
โดย	นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(นายแพทย์ สมรักษ์ สันติเบญจกุล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีตรัตน์)

พัชรินทร์ ครอบธรรม : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: นพ. สมรักษ์ สันติเบญจกุล, 141 หน้า.

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2) ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และคะแนนความวิตกกังวล และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด คือ 1) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล STAI form Y และ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เครื่องมือชุดที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัว และแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777317836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY / ANXIETY / GENERALIZED ANXIETY DISORDER

PATCHARIN KRONGTHAM: THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY PROGRAM ON ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., CO-ADVISOR: SOMRUK SUNTIBENCHAKUL, M.D., 141 pp.

This research is a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were to compare: 1) state and trait anxiety of patients with generalized anxiety disorder before and after received the mindfulness-based cognitive therapy program, and 2) state and trait anxiety of patients with generalized anxiety disorder who received mindfulness-based cognitive therapy program and those who received regular nursing care. The samples of 40 patients with generalized anxiety disorder, who met the inclusion criteria, were receiving services in out-patient department, psychiatric clinic in King Chulalongkorn Memorial Hospital. They were matched-pairs by gender and anxiety scores and then randomly assigned to either the experimental or control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the mindfulness-based cognitive therapy program, while the control group received regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) the experimental tool is the mindfulness-based cognitive therapy program, 2) data collection tools including demographic data form and the State-Trait Anxiety Inventory form Y, and 3) the experimental monitoring tool is the Ruminative Response Scale. The content validity of the 1st and 3rd instruments had verified by 5 professional experts. The STAI form Y-1, the STAI form Y-2 and Ruminative Response Scale had Cronbach's Alpha reliability as of .87, .88 and .85, respectively. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

The conclusions of this research are as follows:

1. the mean scores on state and trait anxiety of the experimental group after received the mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than that before at the .05 level;

2. the mean scores on state and trait anxiety of the experimental group after received the mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ นพ. สมรักษ์ สันติเบญจกุล ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และสร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่มอบเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้เกิดความสมบูรณ์แบบ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมและเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้สอนวิชาความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้คำแนะนำที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในเรื่องเอกสารดำเนินการวิจัยต่างๆ รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ ที่คอยให้การช่วยเหลือ แนะนำ และเป็นกำลังใจที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่สนับสนุนทุนการศึกษา และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล และการดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์ จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อเกศริน ทรงธรรม และคุณแม่พะเยาว์ ทรงธรรม บิดา และมารดาผู้ให้กำเนิดที่คอยเป็นแรงสนับสนุนและกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่เป็นกำลังใจตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บิดามารดา อาจารย์ที่เคารพรัก และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีความสุขความเจริญในชีวิต มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลทั่วไป	16
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล	28
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ.....	32
4. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.....	34
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	99
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก.....	108
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	109
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	111
ภาคผนวก ค การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย	113
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก จ หนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน.....	133
ภาคผนวก ฉ หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ.....	136
ภาคผนวก ช ใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดเบื้องต้น	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	141

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป.....	36
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเพศและคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	47
ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ.....	57
ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (n=20).....	76
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศอายุ ระดับการศึกษา.....	81
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	82
ตารางที่ 7 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test).....	83
ตารางที่ 8 คะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test).....	84
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (n=20) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20).....	85
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและการพยาบาลตามปกติ.....	86

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	78
--	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบมากที่สุดและพบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 3-5 ของประชากรทั่วไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) จากข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาของกรมสุขภาพจิตในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยทางสุขภาพจิต 1,082,407 คน และ 1,070,206 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป 106,997 คน และ 124,992 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.89 และ 11.68 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่ากลุ่มโรควิตกกังวลในประชากรไทยทั้งประเทศมีความชุกร้อยละ 3.1 โดยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุดคิดเป็นอัตราร้อยละ 1.9 และเมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครพบว่ามีความชุกของโรควิตกกังวลทั่วไปถึงร้อยละ 1.0 โดยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ 19.4 และ 4.1 ตามลำดับ (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) นอกจากนี้ ข้อมูลสถิติสำนักเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชสูงที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวลทั้ง 3 ปี คือในปี พ.ศ. 2557-2559 โดยมีจำนวน 1,560 1,540 และ 1,620 ราย ตามลำดับ

การเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป ถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ามารักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากผิดปกติเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากเป็นเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเรื่องที่ตนเองกำลังกังวลอยู่นั้นมากเกินไป หรือไม่สมเหตุสมผล และสังเกตได้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลนี้ได้ โดยลักษณะความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่อนข้างสม่ำเสมอแทบทุกวันและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา ทำให้ชีวิตผู้ป่วยตกอยู่ในความวิตกกังวล หวาดหวั่น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นปัญหา โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจไม่ออก แน่นอึดอัดขึ้นมาอย่างเฉียบพลัน ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมือเท้าเย็น เกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจแล้วอาจจะตายได้ นอกจากนี้ยังมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อตึงหรือปวด แขน-ขาสั่น ความวิตกกังวลดังกล่าวของผู้ป่วยทำให้

เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว โมโหง่าย สมาธิไม่ดี เนื่องจากจิตใจหมกมุ่นแต่เรื่องที่ตนกังวล ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันเช่นคนปกติได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม แพ จันท์สุข และศุภรใจ เจริญสุข, 2556; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; APA, 2013)

อาการเด่นของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปคือ มีความวิตกกังวล (Anxiety) อย่างมาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) โดย Spielberg (2004) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ หวาดหวั่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเฉพาะเวลาที่มีเหตุการณ์มากระทบ ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระสับกระส่าย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีต และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety) คือ ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแฝงอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคล สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และการแสดงออกทางสรีระซึ่งมักจะไม่ได้แสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ซึ่ง Hirsch et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมักจะมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวที่สูง ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย เนื่องจากความวิตกกังวลสองตัวนี้มีความสัมพันธ์กัน โดยความวิตกกังวลประจำตัวที่สูงขึ้นมีผลไปเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันให้สูงขึ้นด้วย

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีสาเหตุจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ

- 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา อันเกี่ยวข้องกับด้านพันธุกรรม การเพิ่มของสารสื่อประสาท gamma-aminobutyric acid (GABA) และ serotonin และการคุกคามต่อความมั่นคงของร่างกาย และ
- 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม อันได้แก่ ความไม่กลมกลืนของความคิดเกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ความไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ และการเร้าเกินระดับ เป็นต้น (วาทีณี สุขมาก, 2556; Stein, Hollander and Rothbaum, 2009) ทั้งนี้พบว่าการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) เป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคม ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนจำนวนมากว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ผลการศึกษาของ Barlow and Dinardo (1991) ที่พบว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Segerstrom, Tsao, Alden and Craske (2000) พบว่ากระบวนการคิดในลักษณะ

การหมกมุ่นครุ่นคิด หรือการคิดแบบซ้ำๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความวิตกกังวล อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Muris, Roelofs, Meesters and Boomsma (2004) พบว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวล

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ไม่ได้รับการดูแลและบำบัดรักษาที่เหมาะสม จะเกิดผลกระทบต่างๆ ตามมาทั้งทางร่างกาย เนื่องจากพบว่าคนที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคทางกายตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไมเกรน โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น (สาธนิ ธรรมรักษา, 2551) อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ไม่ได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 อาจพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคตื่นตระหนก โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงอาจจะมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ (Antai-Otong, 2003) นอกจากนี้การป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไปยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันได้ง่ายขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Henning, Turk, Mennin, Fresco & Heimberg, 2007)

ปัจจุบันการรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศไทย จะเน้นการรักษาด้วยยาเพื่อคลายความวิตกกังวล (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) ซึ่งยาจะไปช่วยออกฤทธิ์ในการปรับความสมดุลของสารสื่อประสาท แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่กล่าวข้างต้น ไม่ได้เกิดจากปัจจัยความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองเท่านั้น แต่เกิดจากปัจจัยทางด้านจิตสังคมด้วย จึงจำเป็นต้องมีการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของต่างประเทศ พบว่า การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ทั้งหมด จำเป็นต้องมีการช่วยเหลือและบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อจัดการกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) และการบำบัดทางเลือก (Alternative therapy) เป็นต้น (Power et al., 1990; Rickels and Schweizer, 1998)

ที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ (Borkovec & Ruscio, 2001; Borkovec, Newman, Lytle, & Pincus, 2002; Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Ladouceur et al., 2000) โดย Borkovec and Ruscio (2001) ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะเน้นที่การพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดักจับสาเหตุของความวิตกกังวล ทั้งสาเหตุที่มาจากภายในตนเองและสาเหตุจากภายนอก เพื่อหาวิธีการจัดการกับสาเหตุเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องจนทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ ซึ่งในประเทศไทย

พบว่ามีการศึกษาของ อิตาร์ตัน ซีนเอี่ยม (2554) ที่ใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป แล้วพบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมนี้

แม้ว่าการบำบัดด้วย CBT อย่างเดียว จะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ แต่ในระยะต่อมา Evans et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในรูปแบบนี้แล้วยังมีความวิตกกังวลหลงเหลืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ninan (2001) ที่ชี้ให้เห็นว่าภายหลังการบำบัดด้วย CBT มีจำนวนผู้ป่วยที่อาการวิตกกังวลลดลงเป็นบางส่วน (partial remission) มากกว่าผู้ป่วยที่หายจากอาการวิตกกังวล (full remission) ถึงเกือบสองเท่า สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังมีอาการวิตกกังวลหลงเหลืออยู่ภายหลังการบำบัดด้วย CBT ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบำบัดด้วย CBT ในรูปแบบเดิมที่ผ่านมา จะเน้นที่การบำบัดในส่วนของเนื้อหาความคิด (content of thought) ที่บิดเบือนหรือผิดปกติก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ความคิดหลงผิด หรือความคิดปราศจากเหตุผล เป็นต้น แต่ยังไม่มีการบำบัดที่มุ่งจัดการกับกระบวนการคิด (process of thought) ในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) ซึ่งเป็นความคิดซ้ำๆ วกไปวนมาไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ดังที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ในระยะต่อมาจึงมีนักวิชาการที่สนใจพัฒนาการบำบัดที่จะแก้ไขจุดอ่อนนี้ เช่น Roemer and Orsillo (2002) ได้เสนอให้มีการนำแนวคิดการเจริญสติ (mindfulness based) มาผสมผสานเข้ากับการบำบัดด้วย CBT ในรูปแบบเดิม เนื่องจากเห็นว่าการเจริญสติเป็นการฝึกให้บุคคลได้มีการรับรู้อย่างเปิดกว้างสู่เนื้อหาของจิตใจ นำไปสู่การตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันโดยไม่ตัดสิน ช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากสาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่มาจากการที่คนเราหมกมุ่นครุ่นคิดกับเรื่องในอนาคตทางด้านลบที่ยังมาไม่ถึง

ในระยะต่อมา Evans, Ferrando and Findler (2008) ได้นำแนวคิดการเจริญสติมาพัฒนา ร่วมกับการบำบัดทางความคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้น และเรียกรูปแบบการบำบัดที่ผสมผสานนี้ว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) แล้วนำมาทดลองใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยอธิบายว่าการบำบัดในรูปแบบใหม่จะสามารถแก้ไขกระบวนการคิดแบบการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) อันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดหลักของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดตามขั้นตอนหลักของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ทุกขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาการหมกมุ่นครุ่นคิด การตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด และการปรับเปลี่ยนการหมกมุ่นครุ่นคิด โดยมีการนำกลยุทธ์ทางจิต คือ การเจริญสติ (mindfulness meditation) เข้ามาร่วมใช้ในขั้นตอนของการบำบัดทางความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดการตระหนักถึงความคิดทั้งหมดที่เกิดขึ้นของตนเอง

แล้วเกิดการยอมรับ โดยไม่เข้าไปยึดติดหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดและมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบน้อยลง แล้วแทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การฝึกสติทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่กำลังเกิดขึ้นของตนเอง แล้วเปลี่ยนปฏิกิริยาของตนจากลักษณะของการคิดแบบวณนนั้นให้เป็นการคิดแบบพินิจพิจารณาแทน (Felder, Dimidjian and Segal, 2012)

Segal, Teasdale, and Williams (2002) กล่าวว่า การเจริญสติจะอธิบายถึงรูปแบบหลักของจิตใจ 2 แบบ คือ แบบแรก Doing Mode (แบบ “ทำ”) หรือ เรียกอีกอย่างว่า driven mode (แบบ “มีแรงจูงใจ”) เป็นรูปแบบจิตใจที่มีเป้าหมาย (goal-oriented) ซึ่งมักจะทำงานเมื่อเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ใจต้องการให้เป็นหรือต้องการให้เกิดขึ้น กับสิ่งที่ เป็นหรือเกิดขึ้นจริงๆ นำไปสู่การตอบสนองโดยอัตโนมัติด้วยการพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงกับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น จิตใจในรูปแบบนี้ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต เมื่อประสบกับสถานการณ์ใดเคยหมกมุ่นครุ่นคิดแบบใด ก็จะหมกมุ่นครุ่นคิดอย่างนั้นตามความเคยชิน จนเกิดเป็นความคิดยึดติด และแบบที่สอง Being Mode (แบบ “เป็น”) คือ รูปแบบจิตใจที่ไม่ได้สนใจการเข้าถึงเป้าหมาย แต่เน้นที่การยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่คาดหวังและไม่มี ความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงเป็นการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ไม่หมกมุ่นครุ่นคิด ดังนั้น กระบวนการบำบัดของ MBCT จึงเริ่มจากในช่วงแรกของการบำบัดจะเป็นการพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อสอนให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับ Doing Mode และเข้าใจกลไกการทำงานของจิตรวมถึงการหมกมุ่นคิดของตนเอง จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่โดยอาศัยการฝึกสติการอยู่กับปัจจุบัน พิจารณาการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ Doing Mode จากนั้นเป็นการฝึกในการค่อยๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก Doing Mode มาสู่ Being Mode ผู้ป่วยจะมีสติพิจารณาความคิดได้ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ว่าความคิดนั้นเป็นเพียงการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือการคิดคาดเดาไปเองกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยมีสติจะเกิดการระลึกได้ เกิดการทบทวนความคิดที่เกิดขึ้น ไม่ไปยึดติดหรือให้ความสำคัญจนสามารถปล่อยวางจากการหมกมุ่นครุ่นคิดนั้นได้ การหมกมุ่นครุ่นคิดนั้นก็ลดลง ผู้ป่วยจะหันกลับมาอยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึก และมีการนำมาใช้เพื่อให้อยู่ปัจจุบันได้อย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไปในอนาคตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าแนวความคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปอย่างได้ผล เช่น Evans, Ferrando and Findler (2008)

ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ นอกจากนี้ Kim et al. (2009) ได้ศึกษาการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปลดลงภายหลังเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำแนวคิดตามการศึกษาของ Evans, Ferrando and Findler (2008) มาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ทั้งนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศไทย อันจะนำไปสู่การลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมถึงป้องกันการพัฒนาไปสู่การป่วยด้วยโรคจิตเวชร้ายแรงอื่นๆต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลเป็นอาการเด่นในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) โดย Spielberg (2004) อธิบายว่า ความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ หวาดหวั่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และระบบประสาท

อัตโนมัติ ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์ว่าจะจะเป็นอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปมีสาเหตุสำคัญจากกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) โดยผู้ป่วยมักจะรับรู้และประเมินเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อตนเองเกินความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง (Barlow and Dinardo , 1991; Muris et al., 2004) ตามแนวคิดของ

จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาความวิตกกังวล พบว่าจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมผสมผสานรวมกับการรักษาด้วยยา จึงจะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปเนื่องจากการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิดให้เกิดความคิดที่เหมาะสมตามหลักความเป็นจริงของเหตุการณ์ อันนำไปสู่การลดความวิตกกังวล การบำบัดรูปแบบนี้ได้รับการพัฒนามาจากโปรแกรมลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction or MBSR) ของ Kabat-Zinn ในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งเห็นว่าการทำหน้าที่ของสติเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของกายและจิต โดยสาระที่สำคัญเป็นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ จากนั้น Evans, Ferrando and Findler (2008) จึงได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดทางความคิดมาทำการบำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปเรียกว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 2008 เกิดผลตามเป้าหมายคือสามารถลดความวิตกกังวลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตกังวลทั่วไปได้ โดยแนวคิดหลักของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT) เป็นการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และนำเรื่องของสติ (mindfulness meditation) เข้ามาร่วมในการบำบัดด้วย โดยการเจริญสติจะช่วยให้เกิดการตระหนักถึงความคิดทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วยอมรับ โดยไม่เข้าไปยึดติดหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้หยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดและให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาน้อยลงต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ แล้วแทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี การฝึกสติทำให้สามารถสังเกตกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่กำลังเกิดขึ้น แล้วเปลี่ยนปฏิริยาของตนให้เป็นความพินิจพิจารณา (Felder, Dimidjian and Segal, 2012) ซึ่งการเจริญสติจะอธิบายถึง Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยทั่วไปบุคคลจะพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงกับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต เมื่อประสบกับสถานการณ์ใดเคยรับรู้ว่าจะอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะ

รับรู้อย่างนั้นตามความเคยชิน และ Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็นโดยไม่มี ความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ นอกจากอยู่กับปัจจุบันเปิดรับสิ่งต่างๆที่เกิด Being Mode คือการทำด้วยสติ มีความตระหนักรู้กับปัจจุบัน ส่วน Doing Mode คือปฏิบัติยาตอบสนองตามความ เคยชิน โครงสร้าง MBCT เป็นการสอนให้ผู้ช่วยทำความเข้าใจกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการเกิด การหมกมุ่นครุ่นคิด การทำงานของจิต และความเป็นไปที่เกิดขึ้น จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่ โดยอาศัยหลักการฝึกสติ ดังนี้ ฝึกการไม่ตัดสิน ฝึกความอดทน ฝึกจิตใจแบบผู้ เริ่มต้น ฝึกความเชื่อใจ ฝึกการยอมรับ และฝึกปล่อยให้เป็นไปตามที่เป็น พิจารณา Ruminatation ที่ เกิดขึ้นและปฏิบัติที่ถูกระงับ จากการทำงานของ Doing Mode ค่อยๆเรียนรู้ที่จะดึงตนเองออก จาก Doing Mode มาสู่ Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ช่วยได้ บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการ กลับเป็นซ้ำ โดยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในการวิจัยครั้งนี้ มีการ ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มๆละ 10 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที มอบหมายการบ้านทุกครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป กิจกรรมบำบัดเป็นการให้โอกาสผู้บำบัดกับผู้ช่วยได้สร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ซึ่งการสร้าง สัมพันธภาพทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มกล้าแสดงความคิดเห็นของ ตนเอง (White and Freeman, 2000) จากนั้นเริ่มอธิบายแนวคิด รูปแบบการบำบัด เป็นการเตรียม ความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ช่วยเข้าใจยอมรับ สร้างข้อตกลงกับผู้ช่วยให้พร้อมที่จะเปิดเผย ความคิดและความรู้สึกร่วมกับผู้บำบัดในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด รวมทั้งยอมรับว่า จะต้องได้รับมอบหมายการบ้านกลับไปทำที่บ้าน ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปเป็น การอธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวล ทั่วไปของผู้ป่วยแต่ละคน ส่งผลให้เกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการดูแล ตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อความร่วมมือในการบำบัดและ ตอบสนองต่อการบำบัด (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) นำไปสู่การสร้างเป้าหมายในการลดความวิตก กังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

ขั้นตอนที่สอง ระยะเวลาการบำบัด (Working Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่น ครุ่นคิด กิจกรรมบำบัดเป็นการให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน เนื่องจากสมาธิเป็นสภาวะจิตพักโดย รู้ตัวตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง นอกจากนี้สมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย

คลาย การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการหมกมุ่นครุ่นคิดและประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดลงของการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปได้ (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode สติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน สติจะทำให้เราไม่วกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น สติขั้นพื้นฐานอาศัยการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมต่างๆ โดยทำเป็นลำดับขั้น ก่อนเริ่มการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา ว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Seok and Tiam, 2003) และฝึกให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินด้วยสติ ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ รับรู้สถานการณ์ขณะนั้นตามจริง ไม่เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปลดลงตามมา

กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode สามารถฝึกควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและอารมณ์ให้สงบลง โดยหันกลับมาที่ลมหายใจให้มากขึ้น และสนใจเหตุการณ์และสิ่งเร้าอื่นๆ เท่าที่จำเป็น ผู้รับการบำบัดฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบันร่วมกัน หมกมุ่นครุ่นคิดกับปัญหาลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being ผู้รับการบำบัดได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง โดยให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้รับการบำบัด แล้วผู้บำบัดบอกให้ค่อยๆปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด และให้อภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของแต่ละคน การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูกด้วยการทำสมาธิกำหนดลมหายใจ และใช้แต่ละลมหายใจเข้าออกเพื่อรับสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้เกิดสติกลับมาสู่การตระหนักรู้ตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการแก้ไขปัญหาได้ หมกมุ่นอยู่กับปัญหาลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปมีความวิตกกังวลลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้ออกคล้อยกับความเป็นจริง กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode การฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดกับความจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงและสิ่งที่เป็นความคิดได้ (Stuart and Laraia, 2005) มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง โดยตระหนักถึงความคิดกับความจริงทำให้การหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง นำไปสู่ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode ยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดมาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ ผู้บำบัดช่วยเหลือโดยให้ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับความจริง (Stuart and Laraia, 2005) อันนำไปสู่การลดลงของการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode การทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้ติดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิคและความรู้ที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการหมกมุ่นครุ่นคิด และนำไปสู่การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำการสรุปโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ จากนั้นทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ทั้ง 8 กิจกรรมนี้จะช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป หลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

2. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Groups Design) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ทำการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีอายุ 20-59 ปี มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 41- 70 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ทำให้รู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ซึ่งเกิดจากกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดจนเกิดการประเมินเหตุการณ์ว่าอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลขณะที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบ ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระสับกระส่าย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น

ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait- Anxiety) หมายถึง ลักษณะความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแฝงอยู่ในบุคลิกภาพ

ซึ่งประเมินความวิตกกังวลได้จากแบบประเมินความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ จิน แบรีและสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (दारारวรรณ ต๊ะปินดา, 2535) ประกอบด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI form Y-1) และความวิตกกังวลประจำตัว (STAI form Y-2)

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 (DSM V) และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมทางการพยาบาลตามขั้นตอนในโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวทางการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Evans, Ferrando and Findler (2008) ให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลอย่างมีสติ ไม่หมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในปัจจุบันยอมรับปัญหา สามารถเชื่อมโยงกระบวนการคิดกับการหมกมุ่นครุ่นคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เหมาะสมสอดคล้องกับความเป็นจริง โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 หมายถึง กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดให้ผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไปของผู้รับการบำบัดแต่ละคน จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง จากแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนสอง ระยะการบำบัด (Working Sessions of MBCT) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 2 หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด การให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด Doing mode ของตนเอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการประเมินตนเอง จากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดความวิตกกังวล สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน เริ่มต้นกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน สติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบันก่อให้เกิด Being mode และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริง และให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำตาม อริยาบถต่างๆในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยฝึกรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของผู้ป่วยภายในกลุ่ม และมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกสติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูก ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิด

ตามมา สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิด ปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้อุดคล้องกับความเป็นจริง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้ป่วยได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงกับสิ่งที่เป็นความคิดได้ สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 7 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้บำบัดยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมด มาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 หมายถึง กิจกรรมการเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ เป็นการทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้คิดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) และประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินตนเองถึงความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สรุปโปรแกรม และทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้รับกิจกรรมการดูแลจากพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาและคำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การประเมินความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และการออกชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปควบคู่กับการรักษาด้วยยา

2. เกิดรูปแบบการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติเพื่อลดความวิตกกังวล และป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ เป็นหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 1.2 การจำแนกโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.4 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.5 การวินิจฉัยแยกโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.6 การรักษาโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.7 การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 2.1 ประเภทความวิตกกังวล
 - 2.2 ระดับความวิตกกังวล
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
 - 2.4 การประเมินความวิตกกังวล
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
 - 3.1 ความเป็นมาของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
 - 3.2 แนวคิดหลักของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
 - 3.3 โครงสร้างของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
 - 3.4 ขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
4. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลทั่วไป

1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Graham and Conley (1971) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือการทํานายเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตรายได้ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าวจะมีทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ และเป็นส่วนหนึ่งของปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อความวิตกกังวลนั้น

Barry (2002) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกคลุมเครือ กํากวม ไม่สุขสบาย ซึ่งมีผลต่อร่างกายตั้งแต่ระบบประสาทตึงเครียด สั่น หัวใจเต้นแรง แน่นท้อง กระสับกระส่าย รู้สึกถึงอันตราย

Spielberger (2004) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด กังวลใจ หวาดหวั่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง

Varcolis and Halter (2009) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกกลัว ไม่สุขสบาย ไม่แน่นอน คลางแคลง หรือหวาดกลัวจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น วิตก อึดอัด ไม่สะดวกใจ ไม่แน่ใจ ตึงเครียด ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่ใจ สถานที่แปลกใหม่ สิ่งที่ไม่รู้จัก หรือสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

ดังนั้น ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่ทำให้บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่แน่นอน ไม่สบายใจ เกิดจากกระบวนการทางความคิดในการประเมินเหตุการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจจะทำให้เป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม

1.2 การจำแนกโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) แบ่งเป็นออกเป็น 5 กลุ่มโรค (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556) ได้แก่

1.2.1 โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) มีลักษณะที่สำคัญคือ มีความวิตกกังวลอย่างมาก เป็นอยู่ตลอด และเป็นไปกับแทบทุกเรื่อง มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย เช่น กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หงุดหงิด มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน อาการไม่เกิดจากสารเสพติด หรือการเจ็บป่วยทางกาย ลักษณะที่พบ เช่น วิตกกังวลในการทำงาน การเรียน สมาชิกครอบครัว เศรษฐกิจ จนส่งผลกระทบต่อการทำงาน สังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

อาการและอาการแสดง ได้แก่ มีความวิตกกังวลมากเกินไปในหลายๆเรื่องพร้อมๆกัน และมีความลำบากในการควบคุมความวิตกกังวล กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมาธิลดลง ยากที่จะตั้งใจทำกิจกรรมใด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การนอนแปรปรวน หงุดหงิดง่าย

1.2.2 โรคแพนิค (Panic disorder) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความกลัวหรือตื่นตระหนกอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นทันที พร้อมกับอาการทางกายหลายอย่าง (panic attack) การรับรู้เหตุการณ์ และเหตุผลมีน้อยลง อาการที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาการจะคงอยู่เป็นนาที หรืออาจจะอยู่นานเป็นชั่วโมงถึงหลายๆชั่วโมง ความรุนแรงของอาการที่เกิดในแต่ละบุคคลหรือในคนเดียวกันไม่แน่นอน บางครั้งมีอาการมาก บางครั้งมีอาการไม่มาก

อาการและอาการแสดง ได้แก่ หายใจลำบาก หายใจถี่เร็ว ใจสั่น ตัวสั่น มือสั่น เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก รู้สึกมีก้อนมาจุกที่คอ รู้สึกวิงเวียน คล้ายจะเป็นลม คลื่นไส้ มวนในท้อง เหงื่อออกมาก ร้อนวูบวาบตามตัว มือเท้าชา มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ใช่ตนเองที่แท้จริง นอนไม่หลับ

1.2.3 โรคกลัว (Phobias) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความกลัวรุนแรงเกินกว่าเหตุไม่สมเหตุสมผล ไม่สามารถระงับความกลัวนั้นได้ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่หวาดกลัว มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความพร่องในการทำหน้าที่การทำงาน แบ่งเป็น 3 ชนิด

1) Agoraphobia มักมีอาการกลัวการอยู่ในฝูงชน หรืออยู่ในสถานการณ์ที่มีลักษณะที่สามารถจะหลบ หรือหนีออกจากสถานที่นั้นได้ยาก ไม่มีใครมาช่วยเหลือได้ เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือสถานที่ที่มีคนมากเบียดเสียดกันแน่น ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลมเมื่ออยู่ในฝูงชน หรือผู้ป่วยมักมีอาการกลัวการอยู่ในที่กว้างๆโล่งๆ เช่น สะพานลอยยาวๆที่ไม่มีหลังคาข้ามถนนกว้างๆ โดยที่ไม่มีประวัติของ panic disorder

2) Social phobia มีความกลัวที่จะต้องไปอยู่ในสถานการณ์ที่อาจถูกจับตามองจากคนอื่น หรือการตกเป็นเป้าสายตา ทำให้กลัวว่าตนเองจะแสดงพฤติกรรมที่น่าอับอายออกไป เช่น การพูดในชุมชน การนำเสนอหน้าชั้นเรียน การไปงานเลี้ยงสังสรรค์แม้ในหมู่เพื่อน ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ดังกล่าว

3) Specific phobia ความกลัวที่เฉพาะเจาะจง กลัววัตถุหรือกลัวสิ่งของเฉพาะ หรือกลัวสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น กลัวสัตว์บางชนิด กลัวเลือด กลัวเข็มฉีดยา ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งของ หรือวัตถุ หรือสัตว์ที่กลัว แบ่งออกเป็น

3.1) กลัวสัตว์ (Animal type) มักเป็นตั้งแต่วัยเด็ก เช่น กลัวงู แมลงสาบ หนู แมงมุม

3.2) กลัวปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Natural environment type) เช่น กลัวพายุ กลัวฟ้าร้อง

3.3) กลัวเลือด หรือการฉีดยา หรือการบาดเจ็บ (Blood-Injection-Injury type)

3.4) กลัวสถานการณ์เฉพาะ (Situation type) เช่น กลัวความสูง (Acrophobia) กลัวที่แคบ (Claustrophobia) กลัวเชื้อโรค (Pathophobia) กลัวความมืด (Nyctophobia)

1.2.4 โรควัยคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive disorder) มีลักษณะอาการย้ำคิดย้ำทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำๆโดยที่หยุดไม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยตระหนักดีว่าเป็นเรื่องที่ไร้สาระ ไม่สมเหตุผล พยายามฝืนแต่ฝืนไม่ได้ และผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด และมีอาการซึมเศร้า

อาการและอาการแสดง

การย้ำคิด (Obsessive) เป็นการหมกมุ่นกับความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่สมัครใจและเป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล หรือรู้สึกไม่สบายใจ เรื่องที่ย้ำคิดมักเกี่ยวข้องกับ ความคิดสงสัยไม่แน่ใจ สิ่งสกปรก ความรุนแรง ความตาย เรื่องเพศ หรือเป็นคำพูดซ้ำ

การย้ำทำ (Compulsive) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ทำเพื่อลดความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดจากการย้ำคิด เช่น การล้างมือ การจัดสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ การตรวจสอบความเรียบร้อย คำพูดซ้ำๆ บุคคลตระหนักว่าเป็นการกระทำที่ไม่สมเหตุผล แต่ไม่สามารถหยุดการกระทำนั้นได้ จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมซ้ำๆต่อไป

1.2.5 โรคทางจิตเวชเนื่องจากภัยอันตราย (Traumatic Stress disorder) เป็นโรควิตกกังวลที่เกิดขึ้นหลังจากการเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือภัยอันตราย เช่น สงคราม การถูกจับเป็นตัวประกันหรือเรียกค่าไถ่ ถูกทรมาน การถูกข่มขืน รวมทั้งภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว หรือภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ เช่น ไฟไหม้ ดึกถล่ม ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง รู้สึกขาดที่พึ่ง สิ้นหวัง

อาการและอาการแสดง ลักษณะอาการที่สำคัญ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆหลังจากการเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด เช่น หวาดกลัวอย่างรุนแรง การนอนแปรปรวน ตกใจง่าย หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย ยังคงรู้สึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นอยู่ (Flash back) ฝันร้ายบ่อยๆ (Nightmares) มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ เช่น ไม่คิด ไม่พูดคุย เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดเหตุ บุคคล กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้สมาธิและความจำไม่ดี บางรายมีอาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึมเศร้า (Depression) อาการต่างๆเหล่านี้รุนแรงจนเกิดปัญหาในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้ามีอาการนาน 2 วัน ถึง 4 สัปดาห์ จัดว่าเป็น Acute stress disorder ถ้ามีอาการนานกว่า 4 สัปดาห์ จัดว่าเป็น Posttraumatic stress disorder

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ผู้วิจัยจะกล่าวถึงสาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปเท่านั้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้

1.3 สาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

จากหลายทฤษฎีอธิบายสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556; วาทินี สุขมาก, 2556)

1.3.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.3.1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) เป็นปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factor) ของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยเฉพาะบุคคลที่มีบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลจะมีโอกาสสูงมากกว่า บุคคลที่ไม่มีญาติมีอาการวิตกกังวล

1.3.1.2 สารสื่อประสาทไม่สมดุล (Neurochemical disturbances factors) การศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ การหลั่งของสาร catecholamine การเพิ่มขึ้นของ serotonin dopamine norepinephrine และ gamma-aminobutyric acid (GABA) แต่จากการที่มีผลการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปได้ด้วยยา Benzodiazepines และ Buspirone จึงทำให้เกิดสมมติฐานความผิดปกติของระบบ gamma-aminobutyric acid (GABA) และ serotonin ทำให้เกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

1.3.1.3 ความเจ็บป่วย (Medical factors) พบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากความเครียดทั้งภายในและภายนอกจำนวนมากเกินกว่าบุคคลจะสามารถเผชิญกับมันได้ หรือในภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงจากสาเหตุบางประการ แนวคิดต่างๆที่ใช้อธิบายอาการวิตกกังวล ดังนี้

1.3.2.1 แนวคิดจิตวิเคราะห์ อธิบายว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเกิดจากมีแรงขับที่เก็บไว้ในจิตไร้สำนึก (sex drive, aggressive drive) ego พยายามใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) เพื่อขจัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น กลไกทางจิตแรกๆที่บุคคลใช้คือ repression เมื่อไม่ได้ผล ขบวนการทางจิตใจจะหาทางขจัดโดยใช้กลไกทางอื่นในรูปแบบต่างๆ

1.3.2.2 แนวคิดพฤติกรรมนิยม อธิบายว่าโรควิตกกังวลทั่วไปมีสาเหตุจากการเรียนรู้ต่อสิ่งที่ทำให้เกิดอันตราย ซึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวต่อสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลา เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะปรับตัวได้เหมาะสมตามสภาพการณ์ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจึงเกิดจากการเรียนรู้การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์และสถานการณ์ในอดีต และถูกนำมาใช้กับสถานการณ์ที่คล้ายๆกันในอนาคต

1.3.2.3 แนวคิดด้านจิตวิญญาณ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ที่ว่างเปล่าในชีวิตมักนำไปสู่ความวิตกกังวลและอาจทำให้บุคคลคิดถึงความตาย

1.3.2.4 บุคลิกภาพ ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปบางส่วนประมาณร้อยละ 25-48 ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแบบ Personality trait, Avoidant หรือ Disorder เสมอไป

1.3.2.5 การหมกมุ่นครุ่นคิด เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลจากกระบวนการคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา สภาวะอารมณ์ในปัจจุบัน หรือการล้มเหลวในอดีต อยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนานและความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะไม่ได้มีเจตนาตระหนักถึงและนำไปสู่ความวิตกกังวล การศึกษาของ Barlow and Dinardo (1991) การหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.3.3 ด้านสังคม ประสบการณ์ในชีวิต เช่น ความตายของบุคคล การหย่าร้าง ภาวะตกงาน อุบัติเหตุ หรือ การเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลต่อทัศนคติและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ประสบการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เช่น ความยากจน ความรุนแรง เป็นความเสี่ยงที่จะทำให้อาการวิตกกังวลที่ผิดปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสนใจจัดกระทำกับปัจจัยด้านจิตสังคม โดยปัจจัยเรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากกระบวนการคิดซ้ำๆ อยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนานและความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะไม่ได้มีเจตนาที่จะตระหนักถึง

1.4 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา อาการอาจมีเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆได้ในกลางวันและอาการสำคัญ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพทย์จันทร์สุข และศุภรีใจ เจริญสุข, 2556; วาทีณี สุขมาก, 2556) มีดังนี้

1.4.1 อาการวิตกกังวล ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแผ่กระจายไปในหลายเรื่อง (Generalized) โดยไม่ทราบสาเหตุ (Free-floating) ไม่เฉพาะเจาะจงไม่ผูกพันอยู่กับเหตุการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัวหรือหวาดหวั่นและคาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลายๆเรื่อง ผู้ป่วยอาจบอกว่ามีความคิดวนเวียนไปมา คิดกลับไปกลับมาว่าจะมีสิ่งที่เป็นอันตรายเกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด แต่ความเป็นจริงนั้นผู้ป่วยรู้ว่าบุคคลหรือเหตุการณ์นั้นมีได้เป็นอันตรายตามที่ตนคิดวิตกกังวล แต่ผู้ป่วยไม่สามารถบังคับให้ตนเองหยุดคิดได้หรือหันไปสนใจเรื่องอื่นแทนได้ยากลำบาก เรื่องที่ผู้ป่วยกังวลเป็นส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับชีวิตครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนั้นอาจพบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายของตนเองที่เกิดขึ้น อาจเกี่ยวข้องกับการเรียน การเข้าสังคมพบผู้อื่น

1.4.2 อาการตึงเครียดระบบกล้ามเนื้อหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ อาการสั่นของแขนและขา กล้ามเนื้อกระตุก ปวดตามกล้ามเนื้อ มักพบอาการปวดศีรษะแบบตึงๆตื้อๆ (Tension headache) บริเวณขมับทั้งสองข้างหรือบริเวณหน้าผากระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง อาจมีอาการปวดตึงจากกล้ามเนื้อต้นคอขึ้นมาและมีศีรษะ

1.4.3 อาการที่แสดงถึงระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว หายใจไม่สะดวก รู้สึกหายใจได้ไม่อิ่ม มีอาการอึดอัดหน้าอก เหงื่อออกง่าย ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย แต่อาการดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นไม่รุนแรงมักจะเกิดอาการเป็นช่วงๆ

1.4.4 การมีความระแวงระวังหรือพินิจพิเคราะห์มากเกินไป ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการตกใจง่ายโดยเป็นบ่อยมากกว่าปกติ เช่น เวลาเสียงดัง มีการขาดสมาธิโดยเฉพาะเวลาทำงานหรืออ่านหนังสือ จะคิดวอกแวกไปเรื่องอื่นไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งที่ทำได้ มีอาการนอนหลับไม่สนิท นอนหลับๆตื่นๆ ผู้ป่วยมักคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเรื่องนั้นเรื่องนั้นระหว่างนอน

จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความเชื่อมโยงกัน เนื่องจากสมองเป็นตัวควบคุมร่างกายและจิตใจ เมื่อสมองคิดในเรื่องไม่ดีจิตใจก็จะเกิดความวิตกกังวล และร่างกายก็จะเกิดความแปรปรวนทำงานผิดปกติไปด้วย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมาได้ แต่เมื่อความวิตกกังวลหมดไปอาการการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจก็จะค่อยๆหายไป

1.5 การวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลทั่วไป

การวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลทั่วไปออกจากโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ สามารถใช้ระบบการวินิจฉัยที่ยอมรับได้ 2 ระบบ คือ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาและระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

เกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ดังนี้

A. มีความวิตก และกังวลใจอย่างมาก เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่มีอาการมีมากกว่าวันที่ไม่มีอาการ และเป็นกับหลายเหตุการณ์ หรือหลายๆ กิจกรรม (เช่น การงาน หรือการเรียน)

B. ผู้ป่วยรู้สึกว่าการควบคุมความกังวลใจที่เกิดขึ้น

C. ความวิตกและความกังวลใจนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (โดยอย่างน้อยมีวันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มีอาการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

- | | |
|--|------------------|
| 1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเหมือนถูกเร่ง | 2) อ่อนเพลียง่าย |
| 3) ตั้งสมาธิยาก หรือใจลอย | 4) หงุดหงิด |
| 5) กล้ามเนื้อตึงตัว | 6) มีปัญหาการนอน |

D. ความวิตกและความกังวลใจหรืออาการทางกายก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ บกพร่องลง

E. อาการมีได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย เช่น hyperthyroidism

F. อาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวลหรือกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับการเกิด panic attack การมีพฤติกรรมที่น่าอับอายท่ามกลางผู้คน การติดเชื่อโรคการต้องจากบ้าน หรือญาติใกล้ชิด การกระตุ้นเตือนถึงภัยอันตราย การมีน้ำหนักเพิ่ม การมีอาการทางร่างกายต่างๆ การรับรู้ข้อบกพร่องของร่างกาย การมีโรคร้ายแรง หรือเป็นส่วนหนึ่งของความหลงผิด

แนวทางการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์ ICD-10 จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการหลักปรากฏอยู่เกือบทุกวันอย่างน้อยหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน มีลักษณะอาการสำคัญดังนี้

1) Apprehension (Restlessness or feeling keyed up or on edge) คืออาการกระสับกระส่าย รู้สึกเหมือนถูกเร้าหรือเหมือนจะเกิดเรื่องไม่ดีร้ายแรง สมาธิไม่ดี

2) Motor tension (Restless fidgeting, Tension headache, trembling, inability to relax) มีการตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เกิดการสั่นของแขน-ขา ร่างกายไม่สามารถผ่อนคลายได้

3) อาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำหน้าที่มากเกินไป Lightheadedness, Sweating เหงื่อออกมากกว่าปกติ มือและเท้าเย็น หัวใจเต้นเร็วและแรง รู้สึกหายใจไม่อิ่ม ปวดจุกเสียดท้อง มึนงปากคอแห้ง โดยทั้งนี้อาการต่างๆ ที่มีร่วมต้องไม่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยอื่น

การวินิจฉัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แล้วทางกาารวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาเนื่องจากเป็นที่ยอมรับและนิยมนกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย นอกจากนี้สถานที่ที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระบบการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกาด้วยเช่นกัน

1.6 การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป

ส่วนมากเป็นการรักษาด้วยยา โดยแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาในกลุ่มคลายความวิตกกังวล (Antianxiety drug) เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความวิตกกังวลลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1.6.1 กลุ่มยาBenzodiazepines เช่น Diazepam, Oxazepam, Lorazepam เป็นยาที่นิยมใช้กันมากที่สุด เนื่องจากความปลอดภัยค่อนข้างสูงช่วยคลายความกังวลได้ดี มีผลทำให้เกิดการลึ้มแบบชั่วคราว อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย มึนศีรษะ ง่วงซึม เป็นต้น

1.6.2 กลุ่มยา Heterocyclic Antidepressants เช่น Amitriptyline, Imipramine หรือยาต้านเศร้าพบว่า ยาต้านเศร้าในขนาดต่ำๆมีฤทธิ์ในการช่วยคลายกังวล แต่การตอบสนองต่อยาอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงเห็นผล นิยมใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวลเรื้อรังหรือต้องใช้ยาเป็นระยะ

เวลานาน ได้ผลดีในการลดอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน นิยมให้ก่อนนอนทำให้นอนหลับได้ดีและสามารถลดอาการวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้นได้ อาการข้างเคียงของยาที่พบ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หรือตาพร่ามัว เป็นต้น

1.6.3 กลุ่มยา Beta-Blockers เช่น Propranolol พบว่าได้พบดีเฉพาะต่ออาการใจสั่นและมือสั่นไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลแต่อย่างใด ควรใช้เฉพาะในรายที่มีอาการใจสั่นมากเท่านั้น

1.6.4 กลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) เช่น Paroxetine, Fluvoxamine เป็นยาที่มีผลต่อ Serotonin โดยตรงใช้เพื่อควบคุมอาการวิตกกังวลในระยะยาว

การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่แพทย์นิยมใช้กันเป็นส่วนใหญ่ เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยในขั้นแรก แต่การรักษาด้วยยาอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลเพียงพอจึงต้องมีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย (Power et al.,1990; Rickels and Schweizer, 1998)

1.7 การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

จิตบำบัดเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดสำหรับอาการวิตกกังวลเนื่องจากเป็นการส่งเสริมและป้องกันความรุนแรงที่อาจตามมาประกอบด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข และ ศุภรีใจ เจริญสุข, 2556; วาทีนี สุขมาก, 2556)

1.7.1 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เทคนิคนี้เน้นไปที่การสร้างจินตนาภาพ การฝึกการผ่อนคลาย การควบคุมความเครียดและความตึงของกล้ามเนื้อ (biofeedback) การลดความวิตกกังวลอย่างมีระบบ (systematic desensitization) การให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดเผชิญกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรงโดยตรง เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้รับบริการจะเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวระยะแรกอาจเป็นสภาพการณ์จริงหรือในการจินตนาการก็ได้ ต่อมาจึงเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์โดยตรง โดยมีผู้บำบัดช่วยเหลือสนับสนุน

1.7.2 พฤติกรรม-ปัญญาบำบัด (cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นการบำบัดโดยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ในการเผชิญกับความกลัวจากความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลโดยขจัดความเชื่อหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การบำบัดประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของความคิด ที่ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนรูปแบบความคิดเพื่อเอาชนะความวิตกกังวล และส่วนของพฤติกรรมเพื่อเปลี่ยนปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า เมื่อผู้รับบริการเผชิญกับความวิตกกังวล การบำบัด CBT เป็นการปรับความคิดและความรู้สึกโดยอัตโนมัติเมื่อเกิดความวิตกกังวล หรือมีพฤติกรรมปรับตัวไม่เหมาะสม

1.7.3 การบำบัดทางจิต เป็นการแก้การคับข้องใจและความเครียด รวมถึงพัฒนาการที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลโดยการสนทนา การบำบัดทางจิตประกอบด้วย การพูดกับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝน เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือ ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การบำบัดจิตแบบจิตวิเคราะห์

การบำบัดแบบนี้เป็นการค้นหาแหล่งของพฤติกรรมผิดปกติจากความคับข้องใจในอดีตที่มีแรงขับจากจิตใต้สำนึก ให้ขึ้นมาในระดับจิตสำนึก

1.7.4 ครอบครัวยุติ โดยเน้นไปที่ครอบครัว จากสมมุติฐานว่าเราไม่สามารถเข้าใจผู้รับบริการได้หากไม่เข้าใจครอบครัวของเรา ดังนั้น สมาชิกครอบครัวจะร่วมกันแก้ปัญหา

1.7.5 การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy or MBCT) เป็นการบำบัดโดยพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคิดกับความจริงตามสถานการณ์ เป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้จากการบำบัดมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปัจจุบันอยู่อย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

1.7.6 การบำบัดรักษาด้วยวิธีทางเลือกอื่น

การรักษาด้วยวิธีอื่นเรียกว่า Alternative therapy เพื่อลดความวิตกกังวล การให้ผู้มีปัญหาเรียนรู้อาการของความวิตกกังวลและการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยวิธีนี้ผู้มีปัญหาจะสามารถควบคุมความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และได้ประสบการณ์ใหม่ที่จะเอาชนะความวิตกกังวลนั้น นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ถึงสาเหตุที่ซ่อนแฝงอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมปัญหาถ้าหากได้ใช้วิธีการทำจิตวิเคราะห์ร่วมด้วย

เทคนิคการลดความวิตกกังวลมีหลายอย่าง การจะใช้เทคนิคใดนั้นต้องพิจารณาปัญหาและลักษณะบุคคลเลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับผู้มีปัญหาแต่ละคน เทคนิคการลดความวิตกกังวลที่นิยมใช้ดังนี้

1) Visual imagery การสร้างจินตภาพ เป็นการสร้างภาพในจินตนาการ อาจเป็นภาพสถานที่หรือเหตุการณ์ใดก็ได้ ที่บุคคลนั้นคิดขึ้นมาแล้วมีความสุข มีความสบายใจ เช่น ภาพชายหาด ป่าเขาลำเนาไพร ธารน้ำตก สวนดอกไม้ พุทธรักษาเขียวขจี หรือภาพเหตุการณ์ในอดีตที่น่าประทับใจ เป็นต้น

2) Change of pace or scenery การเปลี่ยนย้ายสถานที่อยู่เป็นการเปลี่ยนจากสถานที่เดิมๆที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลไปสู่สถานที่ใหม่ที่สงบ ปลอดภัย บรรยากาศสดชื่น ส่งผลให้คลายวิตกกังวล

3) Exercise or massage การออกกำลังกายหรือการนวดเพื่อคลายความวิตกกังวล การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดเป็นการเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทุกส่วนของร่างกายเพื่อการบำบัดรักษา ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย หรือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น การนวดเป็นการใช้มืออย่างมีสติและสัมปชัญญะ เพื่อกระทำบนร่างกายโดยมีวัตถุประสงค์ในการบำบัด ซึ่งการนวดในบรรยากาศที่สบายในสปาทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสบาย ลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียดของจิตใจ และส่งผลช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งเป็นผลร่วมกันของจิตใจระบบประสาทและภูมิคุ้มกันโรค

4) Transcendental meditation การทำสมาธิในขณะที่นั่งหลับตาสบายๆ จะทำให้ความคิดจิตใจไปถึงระดับการคิดที่ละเอียดอ่อนยิ่งขึ้น จนผ่านพ้นกระบวนการความคิดนั้นไป ความคิดจิตใจก็ได้ขยายการรับรู้ของมันออกไประหว่างการฝึก ประโยชน์ของการทำสมาธิแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ทางความคิด ทางร่างกาย และการประสานการทำงานของร่างกายและจิตใจ

5) Biofeedback การใช้เครื่องไบโอฟีดช่วยตรวจสอบความวิตกกังวล เป็นการรักษาโดยการควบคุมทางจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพที่ส่งย้อนกลับมาให้ผู้ป่วยรู้ เช่น เวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ถ้าจับชีพจรหรือได้ยินเสียงหัวใจเต้นจากเครื่องมอนิเตอร์ ผู้ป่วยก็จะรู้ว่ามันเต้นเร็วและไม่ดีต่อสุขภาพ แต่เมื่อผู้ป่วยรักษาโดยการควบคุมความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง

6) Systematic desensitization วิธีเผชิญกับภาวะวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ จะเน้นการเผชิญหน้ากับสิ่งเร้าอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากสิ่งเร้าที่กังวลน้อยไปสู่สิ่งเร้าที่กังวลมาก อย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกควบคุมกล้ามเนื้อและควบคุมการหายใจ เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานรวดเร็วเกินไป

7) Relaxation exercise ฝึกหัดคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายมีผลทำให้จิตใจและอารมณ์ผ่อนคลายตามไปด้วย เพราะกายกับจิตเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ได้

8) Therapeutic touch or laying on of hands การใช้พลังสัมผัสกระบวนการแลกเปลี่ยนพลังงานระหว่างผู้ให้และผู้รับพลัง โดยผ่านมือทั้งสองข้างของผู้ให้ การส่งพลังเป็นการส่งลมปราณหรือความมีชีวิต ที่สิ่งมีชีวิตมีอยู่เหมือนกับการหายใจและการย่อย เมื่อร่างกายและจิตใจอยู่ภายใต้ความวิตกกังวล ประสาท sympathetic จะถูกกระตุ้นอย่างมาก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว กล้ามเนื้อตึงเกร็ง เมื่อทำพลังสัมผัส ผู้รับจะหายใจลึก กล้ามเนื้อหย่อนคลาย หลับตาลง แสดงให้เห็นถึงการหย่อนคลาย พลังสัมผัสยังช่วยทำให้ประสาทซิมพาเธติกสงบลง พลังงานถูกนำไปใช้ในกระบวนการหาย (healing process) ทำให้ร่างกายหลังสารเอ็นดอร์ฟินส์ ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมา เพื่อลดความวิตกกังวล

9) Hypnosis การสะกดจิตสภาวะที่ผู้ถูกสะกดจิตตอบสนอง ต่อคำบอกกล่าว ผู้ถูกสะกดจิตจะอยู่ในภาวะยอมรับคำบอกกล่าวโดยอัตโนมัติ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเงื่อนไขที่ผู้สะกดจิตทำขึ้น หากผู้ถูกสะกดจิตรู้ว่าตัวเองกำลังตอบสนองคำบอกกล่าว ผู้ถูกสะกดจิตจะได้ยิน ได้เห็น และรู้สึกไปตามที่ผู้สะกดจิตกำหนด นอกจากนี้ ความทรงจำและความตื่นตัวก็จะถูกควบคุมได้เช่นเดียวกัน และการตอบสนองเหล่านี้ก็อาจยังคงอยู่แม้หลังการสะกดจิตผ่านไปแล้วก็ตาม ดูคล้ายกับว่าการสะกดจิตสามารถแยกผู้ถูกสะกดออกจากโลกแห่งความจริงในสภาวะหนึ่งๆ ได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy or MBCT)

เป็นการบำบัดโดยพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคิดกับความจริงตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลดีในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ฉวีวรรณ สัตยธรรม แผ จันทร์สุข และศุภรใจ เจริญสุข (2556) อธิบายเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1.8.1 การประเมินผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.8.1.1 ด้านร่างกาย มีอาการ เช่น หายใจไม่เต็มอิ่ม ใจสั่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

1.8.1.2 ด้านอารมณ์ มีความวิตกกังวล ทุกข์ใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตหลายๆเรื่อง กระสับกระส่าย

1.8.1.3 ด้านความคิด ผู้ป่วยอาจมีความคิดฆ่าตัวตายเพราะต้องการหนีความทุกข์ใจ

1.8.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผู้ป่วยแล้ว พยาบาลนำข้อมูลที่ได้มาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล ข้อมูลที่รวบรวมได้มักเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการใช้วิธีการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดจากกระบวนการคิดที่ไม่เหมาะสม มีอาการแสดงทางร่างกาย

1.8.3 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีเป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยที่ในระยะแรกจำเป็นต้องให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจัดการเพื่อลดระดับความวิตกกังวลในระยะต่อมาจึงช่วยผู้ป่วยให้แก้ไขปัญหาต่อไป

1.8.3.1 การพยาบาลเพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวล

1.8.3.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

1.8.3.1.2 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่สงบ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายๆ สั้นๆ ชัดเจน

1.8.3.1.3 ให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึก ค้นหาสาเหตุ ตระหนักถึงว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตน

1.8.3.1.4 สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ

1.8.3.1.5 อยู่กับผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องไห้ให้นั่งเงียบๆ ซึ่งเป็น
การยอมรับการแสดงอารมณ์ตั้งเครียดที่สามารถทำได้

1.8.3.1.6 ประเมินความคิดที่จะทำอันตรายต่อตนเอง โดยใส่ใจกับ
คำพูด การกระทำที่แสดงถึงความรู้สึกหม่นหมองและความรู้สึกหมดหวัง

1.8.3.1.7 เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง

1.8.3.2 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไข้ปัญหา

1.8.3.2.1 พุดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาและความขัดแย้งที่มีอยู่เพื่อ
ช่วยให้ประเมินความรุนแรงของปัญหาและผลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวในทางลบของผู้ป่วย

1.8.3.2.2 พุดคุยกับผู้ป่วยให้เพิ่มการตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้สึกไม่สบายใจ และอาการทางกายหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

1.8.3.2.3 ช่วยผู้ป่วยสำรวจทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา และ
วิธีการปรับตัวที่เหมาะสม

1.8.3.2.4 สอนและให้การปรึกษาเกี่ยวกับหลักการการบำบัดด้าน
ความคิด (cognitive therapy) และเทคนิควิธีการผ่อนคลายเพื่อลดระดับความวิตกกังวลด้วยตนเอง

1.8.3.2.5 ส่งเสริมให้ทำงานอดิเรก และทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน
หย่อนใจ

1.8.4 การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ สามารถประเมินจากการบอกเล่า
ของผู้ป่วย การสังเกตของพยาบาลและแบบวัดความวิตกกังวล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ผลใน
ทางบวก คือ

1.8.4.1 ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความวิตกกังวล ความตึงเครียดทางกาย
ลดลง สามารถบอกวิธีที่เหมาะสมในการผ่อนคลายความคิดวิตกกังวล เช่น การฝึกมองปัญหาใน
แง่มุมใหม่ที่สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น การผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอทุกวันเป็นต้น

1.8.4.2 ผู้ป่วยบอกสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวลของตนเองได้ รวมทั้ง
แนวทางการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสมในการแก้ไข้ความวิตกกังวลนั้น

1.8.4.3 ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการนอนหลับที่ดียิ่งขึ้น มีการปฏิบัติตนที่
ส่งเสริมการนอนหลับอย่างถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

1.8.4.4 ผู้ป่วยบอกแหล่งช่วยเหลือ เมื่อไม่สามารถแก้ไข้ความวิตกกังวลได้
สรุป ความวิตกกังวลเป็นภาวะปกติของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลที่
สูงจนบุคคลไม่สามารถจัดการได้ จะแสดงอาการที่ผิดปกติ อันมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลคือ
เป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ ปัจจัยที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ปัจจัย

ทางด้านชีวภาพและปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สำหรับการบำบัดที่นำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปนั้นเป็นการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ร่วมกับการรักษาด้วยยาเป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดสอดคล้องกับความเป็นจริงตามสถานการณ์ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง

2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.1 ประเภทความวิตกกังวล

Spielberger and Krasner (1988) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1.1 ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลขณะที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบ ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระสับกระส่าย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีต

2.1.2 ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety) คือ ลักษณะความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแฝงอยู่ในบุคลิกภาพ สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และการแสดงออกทางสรีระ

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะปัจจุบันกับความวิตกกังวลประจำตัว Spielberger and Krasner (1988) ได้อธิบายไว้ว่า ระดับความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความถี่ของสิ่งเร้า ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลและระดับความวิตกกังวลประจำตัว ดังนั้น บุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงกว่าบุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ ซึ่งจากการศึกษาของ Hirsch et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมักจะมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวที่สูง จึงเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงขึ้น

2.2 ระดับความวิตกกังวล

Peplau (1991) และ Stuart and Laraia (2001) แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มักเกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน สติสัมปชัญญะจะเพิ่มขึ้น การรับรู้กว้างขึ้น เรียนรู้ดีขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น รู้วิธีการบรรเทาความวิตกกังวล ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่น

อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การหายใจเร็วขึ้น มือและเท้าเย็น ด้านความคิด มีความคิดสร้างสรรค์ วางแผน และนึกคิดสิ่งใหม่ๆ

2.2.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลยังคงมีสติสัมปชัญญะอยู่แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การรับรู้แคบลง ความสนใจมีจำกัด เลือกลงใจแต่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้การแก้ปัญหาโดยการต้องควบคุมสมาธิให้มากขึ้น ด้านความคิด บุคคลคิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น

2.2.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะมีสติสัมปชัญญะลดลง และการรับรู้มากขึ้น หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ กระบวนการคิดและการมองสิ่งต่างๆเกิดความแปรปรวนไปจากความเป็นจริง มีอาการย้ำคิดย้ำทำนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ด้านความคิด บุคคลเกิดความคิดสับสน หมกมุ่นครุ่นคิด คิดอะไรไม่ออก ความจำและสมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้

2.2.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) บุคคลเกิดความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้ลดลง เกิดการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่ไม่สามารถทนได้ต่อไป ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด บุคคลจะคิดอะไรไม่ออก สับสนและตัดสินใจอะไรไม่ได้ เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมาด้วย บุคคลจะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก ควบคุมตนเองไม่ได้ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง อาจเกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า และถึงแก่ความตายได้

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยจะก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์กับบุคคลนั้นๆ ทำให้บุคคลมีการแก้ปัญหาและทำกิจกรรมได้ดีขึ้น สำหรับความวิตกกังวลระดับปานกลางหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขจะมีระดับสูงขึ้น ซึ่งจะไปขัดขวางการทำกิจกรรมต่างๆของบุคคลได้หรือถ้าหากปล่อยไว้นานเกินไปจะเกิดความเจ็บป่วย และกลายเป็นโรควิตกกังวลในที่สุด ซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจะต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยหลัก 2 ประการที่ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวล (Stein, Hollander and Rothbaum, 2009: วาทีนี สุขมาก, 2556) มีดังนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

2.3.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาของ Isaac (1986) พบว่าความวิตกกังวลถูกควบคุมทางยีนส์ และมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆในกลุ่มญาติของผู้มีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าในกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในญาติที่ใกล้ชิด

2.3.1.2 สารเคมี สารบางอย่าง เช่น Caffeine, Lactate, Isoproterenol, Epinephrine และ Piperoxane สารเหล่านี้จะเพิ่มการทำงานของสมองบริเวณ Locus ceruleus บุคคลที่ได้รับสารเหล่านี้จะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2.3.1.3 การคุกคามต่อความมั่นคงของร่างกาย เกิดจากมีสิ่งคุกคามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย สิ่งคุกคามนั้นอาจจะมาจากภายในการทำกิจกรรมประจำวัน หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย สิ่งคุกคามนั้นอาจจะมาจากภายในหรือภายนอกของร่างกาย เช่น ความล้มเหลวของกลไกของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายการติดเชื้อ ได้รับสารพิษ การขาดสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต เป็นต้น

2.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

2.3.2.1 เกิดจากการเร้าเกินระดับ การเร้าดังกล่าวนี้เป็นการเร้าทางกายภาพ ซึ่งมีมากเกินขีดความสามารถที่อินทรีย์จะรับไว้ได้ปฏิกิริยาตอบสนองที่อินทรีย์แสดงออกต่อการเร้านี้เป็นการตอบสนองที่ถูกวางเงื่อนไขมาจากความเจ็บปวดทางกายภาพแล้วก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลขึ้นและขีดของความสามารถที่อินทรีย์จะต้านรับสิ่งเร้าที่เร้าขึ้นขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญของอินทรีย์แก่สิ่งเร้าที่ว่าอินทรีย์เคยถูกวางเงื่อนไขอย่างไร

2.3.2.2 ความไม่กลมกลืนของความคิด กล่าวคือ โดยปกตินั้นมนุษย์มีความต้องการโดยธรรมชาติ ที่จะจัดประสบการณ์ของตนให้สอดคล้องกับความคาดหวัง ระบบการสร้าง ความคาดหวังนี้เป็นกระบวนการทางความคิด และหากความคาดหวังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงก็จะก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่เป็นตัวเร้าทำให้เกิดความกดดัน เกิดกระบวนการทางความคิดรูปแบบการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อยู่เป็นระยะเวลานาน และความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะไม่ได้มีเจตนาตระหนักถึง และนำไปสู่ความวิตกกังวลได้ (Nolen-Hoeksema, 2000; Barlow and Dinardo, 1991)

2.3.2.3 ความไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ เนื่องด้วยเงื่อนไขต่างๆ ที่ปิดกั้นไว้ ได้แก่ การไม่รู้ต้นตอของตัวเร้าที่ชัดเจน การตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้นจะต้องใช้ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน มีความขัดแย้งกันระหว่างการตอบสนองที่ต้องเลือก หรือการตอบสนองที่ควรจะเป็น ไม่อยู่ในวิสัยที่บุคคลจะจัดให้มีขึ้นได้ เงื่อนไขเหล่านี้ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และนำมาสู่ความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสนใจปัจจัยในเรื่องความไม่กลมกลืนของความคิด อันก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อยู่เป็นระยะเวลานาน และความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะไม่ได้มีเจตนาตระหนักถึง และนำไปสู่ความวิตกกังวลได้ (Nolen-Hoeksema, 2000; Barlow and Dinardo, 1991)

2.4 การประเมินความวิตกกังวล

Barry (2002) ได้สรุปไว้ว่าวิธีการประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี ดังนี้

2.4.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการประเมินการ แสดงออกทางร่างกายได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต การขยาย ของรูม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเกร็งของผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จาก เครื่องมือวัดทางกายภาพทั่วไป

2.4.2 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการ แสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ กระสับกระส่าย พุดเร็ว พุดมาก ไม่พุด การแสดงออกทางสี หน้า ย้ำคิดย้ำทำ แยกตัว ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือสังเกตพฤติกรรม เช่น TBCL (Timed Behavioral Check List) หรือแบบวัดอัตราการพุด BAT (Behavioral Avoidance Tests) เป็นต้น

2.4.3 การประเมินจากการให้บุคคลรายงานความวิตกกังวลด้วยตนเอง ซึ่งมีรูปแบบ ที่หลากหลายได้แก่ มาตรฐานวิตกกังวล (Visual analogue scale) หรือแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ซึ่งนิยมใช้กัน เช่น The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The Taylor Manifest-Anxiety Scale (TMAS), Minnesota Personality Inventory (MMP) เป็น ต้น

แบบวัดความวิตกกังวลที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบ STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger ฉบับปรับปรุงแก้ไขใหม่ปี ค.ศ. 1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมิน ความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety) และแบบวัด ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety)

จะเห็นได้ว่า การวัดความวิตกกังวลสามารถกระทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของ การศึกษา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) เนื่องจากนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายใน บุคคลหลายกลุ่ม และเป็นแบบวัดใหม่ (Grimm, 1997) ยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้าม วัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่นและเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ (Spielberger and Krasner, 1988) ผู้ป่วย สามารถตอบแบบประเมินความวิตกกังวลได้ทั้งสองประเภทด้วยตนเอง แบบวัดชุดนี้ได้รับการแปล เป็นฉบับภาษาไทยและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือ และภาษา

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

3.1 ความเป็นมาของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

แนวคิดการบำบัดวิธีนี้เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1990 เกิดจากการพัฒนาโปรแกรมการลดความเครียดด้วยพื้นฐานสติ (Mindfulness - Based Stress Reduction Program: MBSR) ของ Kabat-Zinn ที่เล็งเห็นว่าการทำหน้าที่ของสติสามารถเป็นตัวควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของกายและจิตได้ โดยโปรแกรมนี้นี้จะเน้นเรื่องของการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ (Mindfulness Meditation) เป็นเรื่องสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มประสบการณ์ของการตระหนักรู้ในปัจจุบันของผู้ป่วย จากนั้น Evans et al. (2008) จึงได้บูรณาการ MBSR เข้ากับการบำบัดทางความคิด เพื่อใช้ในมาทำการบำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปโดยเรียกชื่อการบำบัดในรูปแบบนี้ว่า การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy or MBCT) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 2008 และเมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป พบว่าเกิดผลตามเป้าหมาย คือ สามารถลดความวิตกกังวลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตกังวลทั่วไปได้

3.2 แนวคิดหลักของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (MBCT) เป็นการใช้เทคนิคของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และเพิ่มกลยุทธ์ทางจิตวิทยาเรื่องการเจริญสติ (mindfulness meditation) การเจริญสติจะช่วยให้เกิดการสำนึกถึงความคิดและความรู้สึกทั้งหมดแล้วยอมรับ โดยไม่เข้าไปยึดติดหรือมีปฏิกิริยาตอบโต้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้หยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดและให้ผู้ป่วยมีปฏิริยาน้อยลงต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา แล้วแทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี การฝึกสติทำให้สามารถสังเกตกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่กำลังเกิดขึ้น แล้วเปลี่ยนปฏิกิริยาของตนให้เป็นความพินิจพิจารณา (Felder, Dimidjian and Segal, 2012) ซึ่งการเจริญสติประกอบด้วยหลักการดังนี้

3.2.1 Doing Mode เป็นรูปแบบการตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยปกติทั่วไปบุคคลจะพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น น่าจะเป็น อยากให้เป็น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความคาดหวังในอนาคต กระบวนการนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจไม่มีการตระหนักรู้ ในที่สุดความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ บุคคลก็วนเวียนอยู่อย่างนี้เรื่อยไป คือเมื่อประสบกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เคยรับรู้ว่าจะอย่างไรก็มีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้นตามความเคยชิน ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่พอใจ คับข้องใจ เป็นต้น

3.2.2 Being Mode เป็นการยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ นอกจากอยู่กับปัจจุบัน ยอมรับสิ่งที่ต่างๆที่เกิดขึ้น

โดยสรุปคือ ลักษณะของ Being Mode คือการทำอะไรอย่างมีสติยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนลักษณะของ Doing Mode คือปฏิบัติตอบสนองตามความเคยชินที่เป็นนิสัยและถ้าหาก Doing Mode มาเชื่อมโยงกับการเกิดการหมกมุ่นครุ่นคิดแล้ว จะเกิดการปรับตัวที่ผิดปกติ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลและปัญหาทางจิตตามมาได้

3.3 โครงสร้างของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

ในช่วงแรกการพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นการสอนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับ Doing Mode เข้าใจกลไกการทำงานของจิตและการหมกมุ่นคิดของตนเอง จากนั้นก็เริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่โดยอาศัยการฝึกสติการอยู่กับปัจจุบัน พิจารณาการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นและปฏิบัติที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ The Doing Mode ค่อยๆเรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก Doing Mode มาสู่ Being Mode และในตอนท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกมาใช้เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันอย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไปในอนาคตได้ สิ่งสำคัญที่เน้นสำหรับโปรแกรมนี้คือ ประสบการณ์การฝึกของผู้ได้รับการบำบัดในโปรแกรมนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าผู้ได้รับการบำบัดเองยังฝึกไม่สม่ำเสมอ

3.4 ขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

3.4.1 ขั้นตอนแรกเป็นการแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)

ขั้นตอนนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ต่อจากนั้นเริ่มด้วยการอธิบายหลักปรัชญา หรือแนวคิดการบำบัดและการฝึกเพื่อบำบัดขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมายการบำบัดและความคาดหวัง กิจกรรมการบำบัดเป็นการเชื่อมโยงให้รู้จักการหมกมุ่นครุ่นคิด ให้รู้จักความคิดของตนเอง ทำความรู้จักสถานการณ์ และปฏิบัติตอบสนองของตน

3.4.2 ขั้นตอนที่สอง ระยะเวลาการบำบัด (Working Sessions Of MBCT)

ในช่วงต้นนี้ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในอาการและอาการแสดงของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาให้เคยชินกับการสังเกตความคิด ตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และการรับสัมผัสทางกาย ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความคิด การเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจ โดยเฉพาะให้เรียนรู้จากการแยกแยะอาการสำคัญๆ ที่จะทำนายได้ว่า จะก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวลในอนาคต ในช่วงกลางเน้นการส่งเสริมพัฒนาวิธีการจัดการประสบการณ์ที่ยากขึ้นโดยใช้สติ การฝึกประสบการณ์ทำสมาธิและการฝึกสติ และในช่วงท้ายเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการเปลี่ยน

ความคิดเพื่อป้องกันการกลับทรุดของการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ค้นหาความคิดและความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพัฒนาทางเลือกให้ตนเองใหม่เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสุข

3.4.3 ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Sessions of MBCT)

มีเป้าหมายการส่งเสริมการสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ที่ได้รับการบำบัด ต่อทักษะการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการหมกมุ่นครุ่นคิด การตอบสนองต่อความวิตกกังวลของตนเอง ผู้บำบัดร่วมอธิบายถึงแผนกิจกรรมแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความวิตกกังวลต่างๆที่เกิดขึ้นและส่งเสริมให้เกิดความสุข เพื่อให้เกิดความรู้ที่จะนำวิธีการทางจิตบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การบำบัดเริ่มด้วยการประเมินเบื้องต้นจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้บำบัดได้เรียนรู้ปัจจัยที่ทำให้เกิดและคงอยู่ของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่จะเข้าร่วมโปรแกรมแต่ละคน และเพื่ออธิบายภูมิหลังของ MBCT พร้อมเน้นให้เข้าใจว่าเป็นการฝึกที่ต้องใช้ความอดทน ซึ่งการบำบัดมีการพบกันทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ในระยะแรก ครั้งที่ 1-4 เป็นการเน้นเรื่องการฝึกการเจริญสติ ระยะที่สอง ครั้งที่ 5-8 เป็นระยะที่พัฒนาสติได้ระดับหนึ่งแล้ว จะฝึกให้ผู้เข้ารับการบำบัดรับรู้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้ และสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้มาจากการฝึกในช่วงแรกมาใช้จัดการกับความคิด อารมณ์ และความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม และท้ายสุดจะได้รับการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้มากขึ้นจนสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของความวิตกกังวล การฝึกการเจริญสติจะเป็นเครื่องมือช่วยผู้ฝึกเชื่อมโยงแบบแผนทางความคิด อารมณ์ และความเคยชิน จนสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด อันนำไปสู่ความวิตกกังวลที่ลดลงด้วย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

4. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy: MBCT) จากการศึกษาของ Evans, Ferrando and Findler (2008) ที่ได้ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนแรกเป็นการแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) ขั้นตอนนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ต่อจากนั้นเริ่มด้วยการอธิบายหลักปรัชญา หรือแนวคิดการบำบัดและการฝึกเพื่อบำบัดขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมายการบำบัดและความคาดหวัง

2) ขั้นตอนที่สอง ระยะเวลาการบำบัด (Working Sessions Of MBCT) ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในอาการและอาการแสดงของตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วยทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาให้เคยชินกับการสังเกตความคิด ตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และการรับสัมผัสทางกาย ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวลในอนาคต ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้ค้นหาความคิด และความรู้สึกของตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพัฒนาทางเลือกให้ตนเองใหม่เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสุข 3) ขั้นตอนที่สุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Sessions of MBCT) มีเป้าหมายการส่งเสริมการสะท้อนความรู้สึกต่อประสบการณ์ที่ได้รับการบำบัด ต่อทักษะการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการหมกมุ่นครุ่นคิด การตอบสนองต่อความวิตกกังวลของตนเอง ผู้บำบัดร่วมอธิบายถึงแผนกิจกรรมแต่ละบุคคลที่จะจัดการกับความวิตกกังวลต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้ที่จะนำวิธีการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม การเจริญสติทุกขั้นตอนตั้งแต่กิจกรรมครั้งแรกจนถึงกิจกรรมครั้งสุดท้าย ได้แก่ การฝึกสมาธิ การฝึกสติขั้นพื้นฐาน การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) การทำโยคะ เป็นต้น การดำเนินกิจกรรม กิจกรรมละ 1 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาตลอดการบำบัด 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง มีการมอบหมายการบ้านให้กลับไปฝึกปฏิบัติและบันทึกการฝึกปฏิบัติของตนเองทุกสัปดาห์

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness - Based Cognitive Therapy) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปมาพัฒนา โดยการบำบัดที่พัฒนาขึ้นจะประกอบด้วยแนวคิดหลักสำคัญในการดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับการศึกษาของ Evans, Ferrando and Findler (2008) แต่จะมีการปรับเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปตามบริบทในประเทศไทย โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 8 กิจกรรมเช่นเดิม แต่ปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมโดยการฝึกการเจริญสติที่ละขั้นตอน เริ่มจากการเจริญสติด้วยการทำสมาธิ ในครั้งต่อไปจึงเริ่มการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน จากนั้นเป็นการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) จำเป็นต้องมีการฝึกการเจริญสติที่ละขั้นตอนเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้รับการฝึกเจริญสติเต็มรูปแบบมาก่อน ปรับการดำเนินกิจกรรมเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรมและลดโอกาสการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที มีการมอบหมายการบ้านให้กลับไปฝึกปฏิบัติและบันทึกการฝึกปฏิบัติของตนเองทุกสัปดาห์

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติ (Evans, Ferrando and Findler 2008)	การพัฒนาโปรแกรมของผู้วิจัย
<p>ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)</p> <p>ขั้นตอนนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพเริ่มด้วยการอธิบายหลักปรัชญา หรือแนวคิดการบำบัดและการฝึกเพื่อบำบัด ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา วิธีการบำบัด การตั้งเป้าหมายการบำบัด และความคาดหวัง กิจกรรมการบำบัดและการให้ความรู้เรื่องโรค</p>	<p>ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การแนะนำตัว เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยลดความกังวลในการพบกันครั้งแรก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ระยะเวลาในการรับการบำบัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม 2. สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการบำบัด และปฏิบัติตามแผนการบำบัดในการประเมินความคิดและร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วย ขณะที่ได้รับการบำบัดจะต้องมีการเปิดเผยความคิด ความรู้สึกภายในกลุ่ม และยอมรับว่าจะต้องได้รับการบ้านกลับไปทำที่บ้าน 3. การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรคจิตกังวลทั่วไปของสมาชิกแต่ละคนและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น 4. มอบหมายการบ้าน สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

<p>แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติ (Evans, Ferrando and Findler 2008)</p>	<p>การพัฒนาโปรแกรมของผู้วิจัย</p>
<p>ขั้นตอนสอง ระยะการ บำบัด (Working Session of MBCT) การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับ ปัจจุบันมากกว่าการครุ่นคิด เกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวล ในอนาคต พัฒนาวิธีการ จัดการปัญหาการหมกมุ่น ครุ่นคิดด้วยการใช้สติ ค้นหา แนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้อง กับความเป็นจริงในช่วงกลาง เน้นการส่งเสริมพัฒนา วิธีการจัดการประสบการณ์ ที่ยากขึ้นด้วยใช้สมาธิ การ ฝึกประสบการณ์ทำสมาธิ และในช่วงท้ายเป็นการช่วย ให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการ เปลี่ยนความคิดเพื่อป้องกัน การกลับทรุดของการ เจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยได้รับ การส่งเสริมให้ค้นหา ความคิด และความรู้สึกรู้สึกของ ตนเองที่เป็นตัวกระตุ้นให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง</p>	<p>ขั้นตอนสอง ระยะการบำบัด (Working Session of MBCT) กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและ ตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความรู้เกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการทำสมาธิ จะ เป็นการอธิบายถึงความหมายของการเจริญสติ ความเกี่ยวข้องกัน ของโรควิตกกังวลทั่วไปกับการเจริญสติ ประโยชน์ของการเจริญสติ และวิธีสร้างสมาธิ 2. ให้ผู้ป่วยค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อัน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการให้ความรู้และให้ ผู้ป่วยประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้ เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง 3. มอบหมายการบ้าน สรุปลักษณะ และนัดครั้งต่อไป <p>กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเจริญสติด้วย การฝึกสติขั้นพื้นฐาน อธิบายถึงความหมายของการเจริญสติ ประโยชน์ของการเจริญสติ และวิธีสร้างสติขั้นพื้นฐาน 2. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกวิเคราะห์ความคิดของตนเองกับความจริง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของการหมกมุ่น ครุ่นคิดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา เพื่อให้เกิดความตระหนักได้ว่า ต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป 2. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจาก สถานการณ์จำลอง 3. ผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง คือ การให้ความสนใจ ให้ กำลังใจหรือการให้คำชม ถ้าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความคิดของ ตนเองกับความจริงได้

<p>แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติ (Evans, Ferrando and Findler 2008)</p>	<p>การพัฒนาโปรแกรมของผู้วิจัย</p>
<p>อารมณ์ และพัฒนา ทางเลือกให้ตนเองใหม่เพื่อ ส่งเสริมให้เกิดความสุข</p>	<p>4. มอบหมายการบ้าน สรุปลักษณะและนัดครั้งต่อไป</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำ 2. ฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของผู้รับการบำบัดภายในกลุ่ม <p>3. มอบหมายการบ้าน สรุปลักษณะและนัดครั้งต่อไป</p> <p>กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. ผู้ป่วยฝึกวิธีการปล่อยวาง โดยให้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้ป่วย แล้วผู้บำบัดบอกให้ค่อยๆปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด 3. การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูกยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมา <p>4. มอบหมายการบ้าน สรุปลักษณะและนัดครั้งต่อไป</p> <p>กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้อึดคล่องกับความเป็นจริง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)

<p>แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติ (Evans, Ferrando and Findler 2008)</p>	<p>การพัฒนาโปรแกรมของผู้วิจัย</p>
	<p>2. การให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่</p> <p>3. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง โดยตระหนักถึงความคิดกับความจริง</p> <p>4. สรุปกิจกรรมและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป</p>
<p>ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้าย ของการบำบัด (Final Session of MBCT) ขั้นตอนนี้มีเป้าหมาย เป็นการส่งเสริมการสะท้อน ความรู้สึกต่อประสบการณ์ ที่ได้รับการบำบัด ต่อ ทักษะการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ เกิดขึ้น และพัฒนาความ เข้าใจเกี่ยวกับการหมกมุ่น ครุ่นคิด การตอบสนองต่อ ความวิตกกังวลของตนเอง ผู้บำบัดร่วมอธิบายถึงแผน กิจกรรมแต่ละบุคคลที่จะ จัดการกับความวิตกกังวล ต่างๆที่เกิดขึ้นและส่งเสริม ให้เกิดความสุข เพื่อให้เกิด ความรู้ที่จะนำวิธีการทางจิต</p>	<p>ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT) กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา ทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด</p> <p>1. การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)</p> <p>2. ผู้บำบัดยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการที่ ได้เรียนรู้ทั้งหมด มาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามา จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ว่าควรจะทำอย่างไรถึงจะสอดคล้องกับ ความเป็นจริง</p> <p>3. ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และ ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p>4. มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยพิจารณาปัญหาใน ชีวิตประจำวัน และเลือกตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการที่ได้เรียนรู้ มา</p> <p>5. สรุปกิจกรรมและนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป</p>

<p>แนวคิดการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของ การเจริญสติ (Evans, Ferrando and Findler 2008)</p>	<p>การพัฒนาโปรแกรมของผู้วิจัย</p>
<p>บำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน</p>	<p>กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้คิดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ 3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ 4. ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิคและความรู้ที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และทำการสรุปโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ จากนั้นทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Segerstrom et al. (2000) ทำการศึกษาในประเทศแคนาดาเรื่องผลของกระบวนการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด พบว่ากระบวนการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด หรือการคิดแบบซ้ำๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความวิตกกังวล

Muris et al. (2004) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล 337 คน ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวล

Evans et al. (2008) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder โดยการบูรณาการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของ

การเจริญสติมาใช้ทำการบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยผู้ป่วยเพศหญิง 6 คน เพศชาย 5 คน โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ และช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วย รวมถึงลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

Craigie et al. (2008) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation โดยการบูรณาการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมาใช้ทำการบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นครั้งแรกในประเทศออสเตรเลีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 9 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลสัปดาห์สุดท้าย 6 สัปดาห์ และ 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติช่วยลดความวิตกกังวลลงได้

Kim et al. (2009) ได้ทำการศึกษาในประเทศเกาหลี เรื่อง Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with generalized anxiety disorder โดยการบูรณาการโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมาใช้ทำการบำบัดแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเปรียบเทียบกับการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยยา โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลสัปดาห์สุดท้าย และ 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ในส่วนของการบำบัดผู้ป่วยด้วยยาใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์เท่ากันโดยให้ยาทุกสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าทั้งสองวิธีการช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ แต่โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติช่วยลดความวิตกกังวลลงได้มากกว่าการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ผล โดยทำการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เหมือนกัน แต่ใช้ระยะเวลาทั้งหมดในการบำบัดผู้ป่วยต่างกัน โดยที่ Evans et al. (2008) และ Kim et al. (2009) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดทั้งหมด 8 สัปดาห์ ในขณะที่ Craigie et al. (2008) ใช้ระยะเวลาการบำบัด 9 สัปดาห์ การประเมินผลการทดลองประเมินหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และ 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

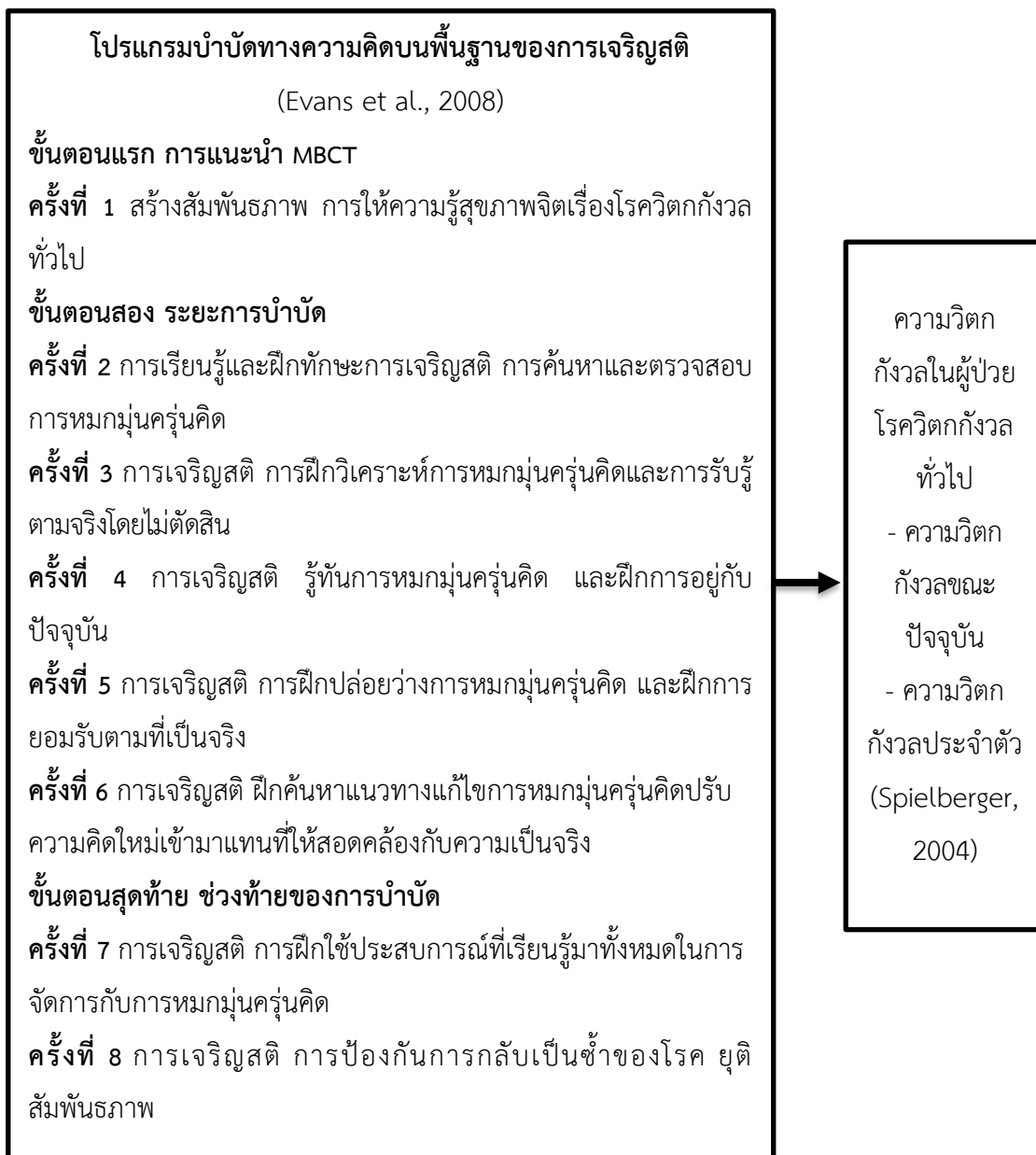
พรเพ็ญ อารีกิจ (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า โดยได้มีการใช้โปรแกรม MBCT ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลมะเร็ง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ (2553) ได้ทำการศึกษาการบำบัดรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยการเจริญสติในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยการเจริญสติ

กงจักร สอนลา (2555) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา โดยได้ใช้โปรแกรมการฝึกสติในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์จังหวัดปทุมธานี หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกสติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติที่สามารถส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ในต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยพบมีการนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมาใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการนำมาบำบัดในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ตามแนวคิดของ Evans et al. (2008) มาพัฒนาเพื่อศึกษากับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 สัปดาห์ ดังแสดงในกรอบแนวคิด

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
	O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม
X	หมายถึง โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ			
O ₁	หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ			
O ₂	หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ			
O ₃	หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O ₄	หมายถึง การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ			

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน โดยได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ และคะแนนความวิตกกังวลจนครบ 20 คู่ จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูง (คะแนนระหว่าง 41-70 คะแนน)
- 3) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย
- 4) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) มีความยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรมการบำบัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Power Analysis of Sample Size (PASS) ด้วยการนำผลการศึกษาของ Evans, Ferrando and Findler (2008) ที่ทำการศึกษาเรื่อง Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 10.09 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.7 โดยกำหนดให้อำนาจทดสอบ 80% ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2004) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ เนื่องจากอุบัติการณ์พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) และคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-70 คะแนน) (Spielberger et al., 1983) หลังจากจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจนครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (โดยชื่อที่จับได้ครั้งแรกในแต่ละคู่จะให้อยู่ในกลุ่มทดลอง) ดำเนินการสุ่มจนครบ ทั้ง 20 คู่

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป พร้อมทั้งประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือเพื่อเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยคัดเลือกคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้ทั้งหมด 64 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงเหมือนกัน (Match paired) ในเรื่องของเพศ และคะแนนความวิตกกังวล จำนวน 20 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับการพยาบาลตามปกติได้ชัดเจนขึ้น โดยมีรายละเอียดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ดังนี้

3.1 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศที่ต่างกันมีอุบัติการณ์การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปต่างกัน ซึ่งจากอุบัติการณ์พบว่าโรควิตกกังวลทั่วไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่มีเพศเดียวกัน

3.2 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระดับคะแนนความวิตกกังวลมีหลายระดับสามารถแบ่งระดับได้ 4 ระดับ (Spielberger et al., 1983) ดังนี้

20 – 40 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย
41 – 60 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
61 – 70 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับสูง
71 – 80 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับเดียวกัน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่มีการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีโอกาสพบกัน ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก โดยผู้ป่วยที่ถูกจับชื่อได้คนแรกในแต่ละคู่จะได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยคนที่สองจะได้รับการเลือกให้เป็นกลุ่มควบคุม ดำเนินการเช่นนี้จนครบ 20 คู่ มีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเพศและคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ ที่	เพศ	กลุ่มทดลอง				เพศ	กลุ่มควบคุม			
		คะแนนความวิตกกังวล					คะแนนความวิตกกังวล			
		ขณะ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ		ขณะ ปัจจุบัน	ระดับ	ประจำ ตัว	ระดับ
1	หญิง	67	สูง	65	สูง	หญิง	65	สูง	64	สูง
2	หญิง	56	ปานกลาง	54	ปานกลาง	หญิง	53	ปานกลาง	53	ปานกลาง
3	หญิง	54	ปานกลาง	53	ปานกลาง	หญิง	48	ปานกลาง	52	ปานกลาง
4	หญิง	47	ปานกลาง	54	ปานกลาง	หญิง	48	ปานกลาง	50	ปานกลาง
5	ชาย	49	ปานกลาง	47	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง
6	ชาย	47	ปานกลาง	49	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
7	หญิง	59	ปานกลาง	57	ปานกลาง	หญิง	57	ปานกลาง	57	ปานกลาง
8	หญิง	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง	หญิง	50	ปานกลาง	47	ปานกลาง
9	หญิง	54	ปานกลาง	53	ปานกลาง	หญิง	52	ปานกลาง	47	ปานกลาง
10	ชาย	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง	ชาย	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
11	ชาย	63	สูง	61	สูง	ชาย	61	สูง	62	สูง
12	หญิง	61	สูง	61	สูง	หญิง	61	สูง	62	สูง
13	หญิง	68	สูง	70	สูง	หญิง	64	สูง	61	สูง
14	หญิง	46	ปานกลาง	44	ปานกลาง	หญิง	47	ปานกลาง	48	ปานกลาง
15	หญิง	44	ปานกลาง	46	ปานกลาง	หญิง	43	ปานกลาง	45	ปานกลาง
16	หญิง	67	สูง	61	สูง	หญิง	63	สูง	61	สูง
17	หญิง	56	ปานกลาง	55	ปานกลาง	หญิง	53	ปานกลาง	58	ปานกลาง
18	หญิง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง	หญิง	48	ปานกลาง	52	ปานกลาง
19	หญิง	48	ปานกลาง	46	ปานกลาง	หญิง	50	ปานกลาง	46	ปานกลาง
20	หญิง	45	ปานกลาง	50	ปานกลาง	หญิง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามเพศ คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 4 คู่ และเพศหญิง จำนวน 16 คู่ คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 15 คู่ และในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 5 คู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย หนังสืออนุมัติเลขที่ COA No. 422/2017 IRB No. 147/60 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560 (ดังเอกสารในภาคผนวก จ)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยมีสิทธิจะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยจะพึงได้รับต่อไป รวมทั้งหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับในการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์มาจากแนวคิดในการศึกษาของ Evans et al. (2008)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และแบบวัดความวิตกกังวล STAI form Y ของ Spielberger et al. (1983) ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยธาดรี นนทศักดิ์ จิน แบร์และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, 2535)

3. เครื่องมือกำกับการทดลองคือแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (2554)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้วยการประยุกต์มาจากโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติของ Evans et al. (2008) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและรูปแบบของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ Evans et al. (2008) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.2. สร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยใช้แนวคิดของ Evans et al. (2008) ในการสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป หลังจากนั้นกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในการบำบัดประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดให้ผู้รับการบำบัด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไป ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดสำรวจคะแนนของตนเองจากแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ที่ได้ทำการประเมินก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เกิดความตระหนักในการลดคะแนนความวิตกกังวล สรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนสอง ระยะเวลาการบำบัด (Working Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด การให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักกับปัจจุบัน การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดความวิตกกังวล สรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน สติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน ฝึก

วิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริง เพื่อให้เกิดความตระหนักได้ว่าต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป และให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง สรุปลงกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของผู้รับการบำบัดภายในกลุ่ม สรุปลงกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้รับการบำบัดได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง โดยให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้รับการบำบัด แล้วผู้บำบัดบอกให้ค่อยๆ ปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด และให้อภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของแต่ละคน การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูก สรุปลงกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ สรุปลงกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดมารวบรวมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ สรุปลงกิจกรรม มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ทำการสรุปโปรแกรม ประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Sale) และประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) เพื่อให้ผู้รับบริการประเมินตนเองถึงความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้สร้างขึ้น นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขรายละเอียดของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมแล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรม ความตรงเชิงโครงสร้างของแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีประเด็นต้องแก้ไข ดังนี้

- 1) ควรปรับลดระยะเวลาจาก 8 สัปดาห์ ลดลงเหลือ 4 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นการบำบัดในผู้ป่วยนอก หากใช้ระยะเวลามากเกินไป อาจเกิดการสูญหายของประชากรกลุ่มตัวอย่างได้
- 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป ควรเน้นให้ผู้ป่วยดึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของแต่ละคนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้
- 3) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มกิจกรรม บางกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยฝึก ควรให้ผู้ป่วยพักเป็นช่วงๆ และกิจกรรมต้องใช้คำพูดหรือสอนที่เข้าใจง่าย เพื่อลดความวิตกกังวลจากการเข้าร่วมกิจกรรม
- 4) ในกิจกรรมการตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ควรเน้นการเชื่อมโยงสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญ ดังนี้

- 1) ปรับลดระยะเวลาของโปรแกรมจาก 8 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 1 กิจกรรม
- 2) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป ผู้วิจัยปรับเพิ่มกิจกรรมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตกังวลทั่วไปตามความเข้าใจของผู้ป่วย ก่อนเริ่มกิจกรรมการสอนเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป
- 3) เพิ่มช่วงเวลาพักก่อนการเริ่มกิจกรรมต่อไป และปรับคำพูดและรูปแบบการสอนที่เข้าใจง่าย การยกตัวอย่างประกอบการสอน

4) กิจกรรมการตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ผู้วิจัยเน้นการเชื่อมโยงสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 คน จนครบทั้ง 8 ขั้นตอน ในระหว่างวันที่ 18-19 พฤษภาคม 2560 เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ตลอดจนประเมินความชัดเจนของเนื้อหาของกิจกรรมภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจากการทดลองใช้โปรแกรมหลังการดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 ขั้นตอนพบว่าผู้ป่วยเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางครั้งต้องมีการการยกตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้มองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนก่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และปรับคำพูดที่เข้าใจง่ายขึ้น การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเป็นไปตามเวลาที่กำหนดประมาณ 90 นาที ใบกิจกรรมได้เพิ่มคำชี้แจงในส่วนที่ผู้ป่วยอ่านแล้วไม่เข้าใจ ผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรมไปปรึกษาอาจารย์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของโปรแกรมมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โดยเป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (दारारวรรณ ต๊ะปินดา, 2535) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. STAI form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความมีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความมีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเภทประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3=ค่อนข้างมาก, 4=มากที่สุด)

2. STAI form Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความมีความหมายเชิงบวก 9 ข้อ และข้อความมีความหมายเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วน

ประเภทประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกทั่วไปของตนเอง โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3=ค่อนข้างมาก, 4=มากที่สุด)

State-Trait Anxiety Inventory form Y เป็นแบบประเมินที่มีทั้งข้อความที่มีความหมายเชิงบวกและความหมายเชิงลบ ซึ่งจะมีคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ (Spielberger et al., 1983)

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

การให้คะแนนจะคิดคะแนนรวมในแต่ละชุดคำถาม โดยให้คะแนนแบบประเมินความวิตกกังวล STAI form Y-1 และ STAI form Y-2 ในทิศทางตรงกันข้าม ในข้อต่อไปนี้

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

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

การแปลผลระดับความวิตกกังวล ในแต่ละชุดของแบบวัดความวิตกกังวล คะแนนต่ำสุด คือ 20 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 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	มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบร์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (ดาราวรรณ ต๊ะปินดา, 2535) โดยธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม (2553) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .95 เท่ากัน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์และสามารถนำไปใช้

กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ และเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ซ้ำอีกครั้ง

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างวันที่ 18-19 พฤษภาคม 2560 ขณะนำไปทดลองใช้พบว่า มีข้อคำถามบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ คือ ในแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว ข้อที่ 4 ฉะนั้นอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสุขอยู่แล้วต้องตอบว่า ไม่เลย หรือ มากที่สุด จึงได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ถ้ามีความสุขอยู่แล้ว และไม่ได้อยากมีความสุขเหมือนใคร ก็ให้ตอบว่า ไม่เลย แต่ถ้าตนเองมีความสุขอยู่แล้ว และอยากมีความสุขให้เหมือนคนอื่นอีก ให้ตอบว่า มากที่สุด เป็นต้น แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) สำหรับการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Ruminative Response Scale (RRS) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเภทประเมินค่า 4 ระดับ โดยเลือกตอบหมายเลขคะแนน 1 ถึง 4 (1=เกือบจะไม่เคยเลย, 2=บางครั้ง, 3=บ่อยครั้ง, 4=เกือบจะสม่ำเสมอ)

แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด Ruminative Response Scale (RRS) ของ Nolen-Hoekseman & 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

การให้คะแนนคิดคะแนนรวมตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 22 คะแนนต่ำสุดคือ 22 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 88 คะแนน

การแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีการหมกมุ่นครุ่นคิดในระดับสูง ค่าคะแนนมากกว่า 48 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง ความเหมาะสมและความรัดกุมในการใช้ภาษา และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะโดยอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

1) ข้อ 2 คำถาม “คิดซ้ำๆว่าคุณไม่สามารถทำงานของตนเองได้ ถ้าคุณไม่ปลดปล่อยความรู้สึกนี้” ควรปรับให้เข้าใจง่ายและสื่อความหมายได้ชัดเจน ปรับเป็น “คิดซ้ำๆว่าตนเองทำงานไม่ได้”

2) ข้อ 6 คำถาม “คิดซ้ำๆถึงความไม่กระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจของตนเอง” ควรปรับให้เข้าใจง่ายและสื่อความหมายได้ชัดเจน ปรับเป็น “คิดซ้ำๆว่าตนเองขาดแรงจูงใจ ไม่มีความกระตือรือร้น”

3) ข้อ 7 คำถาม “วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เพื่อพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึงอยู่ในภาวะซึมเศร้า” ควรปรับให้เข้าใจง่ายและสื่อความหมายได้ชัดเจน ปรับเป็น “วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น เพื่อพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกเศร้า”

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตตกกังวลทั่วไปแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างวันที่ 18-19 พฤษภาคม 2560 แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach' Alpha Coefficient สำหรับการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด มีค่าความเที่ยง (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

เพื่อให้สามารถดำเนินการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมการอบรมความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการเป็นผู้บำบัดเบื้องต้นเต็มตามหลักสูตร Mindfulness-Based Therapy and Counseling โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 2 วัน และฝึกปฏิบัติสมาธิ สติ และบันทึกการปฏิบัติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ตั้งเอกสารในภาคผนวก ข) ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และได้มีการฝึกพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ภายใต้งานนิเทศงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นระยะเวลา 7 วัน

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 จัดทำแผนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 64 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา และคำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การประเมินความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และการออกชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ณ ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการตามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินการในช่วงเช้า ระหว่างเวลา 9.00-10.30 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินการในช่วงบ่าย ระหว่างเวลา 13.00-14.30 น. ของแต่ละวันที่นัดหมาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

กลุ่มที่	วัน/เดือน/ปี เวลา	กิจกรรม
1	20 พฤษภาคม 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป
2	20 พฤษภาคม 60 13.00-14.30	

กลุ่มที่	วัน/เดือน/ปี เวลา	กิจกรรม
1	23 พฤษภาคม 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด
2	23 พฤษภาคม 60 13.00-14.30	
1	27 พฤษภาคม 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน
2	27 พฤษภาคม 60 13.00-14.30	
1	30 พฤษภาคม 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน
2	30 พฤษภาคม 60 13.00-14.30	
1	3 มิถุนายน 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นอย่างจริง
2	3 มิถุนายน 60 13.00-14.30	
1	6 มิถุนายน 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ปัญหาคารหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง
2	6 มิถุนายน 60 13.00-14.30	
1	10 มิถุนายน 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด
2	10 มิถุนายน 60 13.00-14.30	
1	12 มิถุนายน 60 9.00-10.30	กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ ประเมินการกำกับการทดลอง และประเมินผลการทดลอง
2	12 มิถุนายน 60 13.00-14.30	

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผล ดังนี้ (ส่วนรายละเอียดเนื้อหาแต่ละกิจกรรมแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดด้วยตนเองให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มบำบัด
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรคจิตกังวลทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้บำบัด และผู้รับการบำบัดในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไปในหัวข้อ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรคได้
3. ผู้รับการบำบัดแสดงความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของตนเองได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม โดยจะรวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมของการบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ และผู้รับการบำบัดมีความยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมบำบัด และเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่อไป การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตกังวลทั่วไปเป็นการอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรคจิตกังวลทั่วไปของผู้รับการบำบัดแต่ละคน ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การสอน/อุปกรณ์

1. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
2. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป
3. ใบกิจกรรมที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวล
4. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 แบบบันทึกอาการ และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาล และผู้ป่วยด้วยตนเอง สังเกตได้จากสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีความสนใจ ผู้ป่วยเรียกชื่อสมาชิกได้ถูกต้อง ทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและประโยชน์ของการบำบัด มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 1 เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปส่วนมากสามารถอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปในหัวข้อ ความหมาย สาเหตุ อาการการดูแลตนเอง ผลกระทบของโรคได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 4 “จากที่ฉันเข้าใจ กับความรู้ที่ได้รับวันนี้ โรคที่ฉันเป็นจะมีอาการวิตกกังวลในหลายๆเรื่อง ดิฉันเองก็วิตกกังวลทั้งเรื่องสอบ เรื่องพ่อแม่ และเรื่องเพื่อน อาการจะมีหายใจเร็ว บางครั้งมีปวดกล้ามเนื้อ ผลกระทบต่อตัวฉัน ฉันขัดแย้งกับคนในบ้าน การดูแลตนเองที่ได้เรียนรู้ในวันนี้การฝึกหายใจกับการทำสมาธิ”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 5 “วันนี้ผมได้เข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรค คือ มีความวิตกกังวลอย่างเป็นอยู่ตลอด มีอาการขั้นต่ำ 6 เดือน สาเหตุอาจเกิดจากพันธุกรรม สิ่งที่พบเจอในชีวิต อาการจะมีความวิตกกังวลในหลายเรื่อง มีปวดเมื่อย สามารถดูแลตนเองได้ด้วยการพักผ่อน นวด ออกกำลังกาย การทำสมาธิ ผลกระทบมีผลต่อคนที่อยู่กับเรา คนในครอบครัวเรา”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 16 “ฉันเข้าใจเหมือนเพื่อน ฉันวิตกกังวลหลายเรื่อง ทุกเรื่องสำคัญฉันจึงคิดอาการที่ฉันเป็นคือ ไม่มีสมาธิในการทำงาน คิดวนไปวนมา การดูแลตนเองที่ฉันคิดว่าจะน่ากลับไปใช้การทำสมาธิ”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ประเมินคะแนนความวิตกกังวลของตนเองและทราบถึงระดับความวิตกกังวลของตนเอง ก่อให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาความวิตกกังวลของตนเอง สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 1 “ฉันได้คะแนน 67 และ 65 คะแนนอยู่ระดับสูงเลยคะ ฉันต้องหาวิธีที่จะทำให้คะแนนความวิตกกังวลลดลงให้เหมือนคนปกติให้ได้”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 10 “ผมได้คะแนน 45 และ 44 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคะแนนของผมไม่สูงมาก ผมว่าผมสามารถทำให้คะแนนตนเองลดลงได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 18 “ฉันได้คะแนน 45 เท่ากันทั้งสองชุดเลย ระดับปานกลาง ฉันต้องพยายามลดคะแนนที่เกินมา 5 คะแนนให้ได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 19 “ของฉันได้คะแนน 48 กับ 46 ระดับปานกลาง ฉันทราบว่าคะแนนเกินเกณฑ์ปกติ ฉันควรจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น”

4. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 แบบบันทึกอาการ และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยสามารถประเมินอาการ วิธีการดูแลตนเอง และผลที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึกดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 1

อาการ: ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว

วิธีการดูแลตนเอง: หายใจเข้าออกลึกๆ นับ 1-10

ผลที่เกิดขึ้น: หัวใจเต้นช้าลง

ผู้ป่วยชายคนที่ 5

อาการ: คิดเรื่องที่ผิดพลาดเต็มๆ ซ้ำๆ

วิธีการดูแลตนเอง: หาอะไรทำ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ

ผลที่เกิดขึ้น: สบายใจขึ้น คิดน้อยลง

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 9

อาการ: นอนไม่หลับ

วิธีการดูแลตนเอง: สวดมนต์

ผลที่เกิดขึ้น: นอนหลับได้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 14

อาการ: หงุดหงิด

วิธีการดูแลตนเอง: นับ 1- 10 ในใจ

ผลที่เกิดขึ้น: อารมณ์เย็นลง จิตใจสงบมากขึ้น

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 16

อาการ: ไม่มีสมาธิในการอ่านหนังสือสอบ

วิธีการดูแลตนเอง: นั่งสมาธิก่อนนอน

ผลที่เกิดขึ้น: มีสมาธิมากขึ้น แต่ก็ยังมีคิดไปเรื่องอื่นบ้างบางครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ

3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตระหนักรู้ถึงปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวลของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการทำสมาธิได้
2. ผู้ป่วยสามารถประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดกับตนเองได้

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน เนื่องจากสมาธิเป็นสภาวะจิตพักโดยรู้ตัวตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง นอกจากนี้สมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยลดการหมกมุ่นครุ่นคิดต่างๆที่สะสมไว้ในจิตใต้สำนึก หลังการฝึกสมาธิแล้ว สมาธิเป็นตัวนำหน้าหรือเป็นตัวชักนำให้ผู้ป่วยมีสติในการดำเนินชีวิต ค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่การลดความวิตกกังวล

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2 เรื่องการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ
2. ใบกิจกรรมที่ 2 ประสพการณ์การฝึกสมาธิ
3. ใบความรู้ที่ 3 เรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิด
4. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 2 การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 2 เรื่องการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 3 “ฉันเข้าใจว่าสมาธิ จะเกิดได้เมื่อเราทำจิตใจให้สงบ ไม่คิดเรื่องฟุ้งซ่าน สามารถฝึกได้โดยรู้ลมหายใจ ควบคุมความคิด”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 5 “ผมคิดว่าการฝึกสมาธิทำได้ด้วยการรู้ลมหายใจเข้า-ออก ไม่คิดฟุ้งซ่าน ถ้ามีความคิดก็ให้พยายามกลับมารู้ลมหายใจแทนครับ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 12 “ฉันรู้ว่าสมาธิทำให้จิตใจสงบ ร่างกายผ่อนคลาย ต้องรู้จักการจัดการกับความ คิด ความง่วงให้ได้จึงจะเกิดสมาธิ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 17 “การฝึกสมาธิสามารถทำได้ด้วยการฝึกรู้ลมหายใจ ยิ่งฝึกฝนบ่อยๆจะทำให้จิตใจสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2 ประสบการณ์การฝึกสมาธิ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิได้ สังเกตจากการปฏิบัติจริงในกลุ่ม แบบประเมินประสบการณ์การฝึกสมาธิด้วยตนเอง และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 4 “รู้ลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่ชัดเจนคือ ด้านขวา มีคิดถึงเรื่องที่ทะเลาะกับคนที่บ้านบ่อยครั้ง แต่ก็พยายามกลับมาที่ลมหายใจ ผมรู้วิธีปฏิบัติ แต่ยังคงจذبลมหายใจไม่ได้ตลอด”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “ในระหว่างที่ฝึกสมาธิ ฉันพยายามจับลมหายใจ แต่ก็ยังคงมีเรื่องอื่นเข้ามาให้คิดอยู่เรื่อยๆ เลยจับลมหายใจได้บ้างไม่ได้บ้าง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 16 “ฉันรู้สึกง่วงเมื่อทำสมาธิไปสักพัก แต่ก็พยายามยืดตัวตรง และหายใจยาวๆ ตามที่ได้เรียนมาก็กลับมาจับลมหายใจที่ปลายจมูกได้อีกครั้ง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 20 “ฉันรู้ลมหายใจตนเอง แต่สักพักก็มีความคิดเรื่องลูกแทรกเข้ามา ฉันจึงทำตามความรู้ที่ได้เรียนมาโดยพยายามหายใจยาวๆ 1-2 ครั้ง เพื่อให้กลับมาจับลมหายใจของตัวเองอีกครั้ง”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 3 เรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิด และใบกิจกรรมที่ 3 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ประเมินคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองก่อให้เกิดความตระหนักถึงการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เป็นสาเหตุเชื่อมโยงให้เกิดความวิตกกังวลสังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 1 “หลังจากที่ฉันได้รับความรู้เรื่องการหมกมุ่นครุ่นคิดและได้ทำแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิดแล้ว ฉันได้คะแนน 52 คะแนน ซึ่งเกินเกณฑ์ เช่นเดียวกับคะแนนความวิตกกังวลในครั้งที่แล้ว ฉันจะต้องหาวิธีลดคะแนนลง”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 5 “ผมรู้ว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดมีความเชื่อมโยงกับความวิตกกังวล ครั้งนี้ผมได้คะแนน 49 คะแนนเกินมา 1 คะแนน ผมคิดว่าผมสามารถทำให้คะแนนลงมาได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “ฉันได้คะแนน 60 คะแนน คงเป็นเพราะฉันคิดเรื่องคนที่บ้าน เรื่องงานเยอะไป ฉันจะต้องทำอะไรสักอย่างเพื่อให้คะแนนลดลงเหมือนเพื่อนๆ ในกลุ่ม”

4. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 2 การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปพัฒนาทักษะการฝึกสมาธิ และเกิดความสงบจากการฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึกในช่วงวันแรกๆของการฝึกสมาธิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บันทึกระดับความสงบ/รู้ตัว ที่ระดับ 3-4 อยู่ในระดับน้อย ระบุข้อคิดเห็นว่า รู้ลมหายใจสักครู่หนึ่ง หลังจากนั้นจะเริ่มคิดเรื่องต่างๆ นึกถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ช่วงเช้าจะมีสมาธิมากกว่าช่วงก่อนนอน ช่วงวันหลังๆของการฝึกสมาธิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บันทึกระดับความ

สงบ/รู้ตัว ที่ระดับ 7-9 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ระบุข้อคิดเห็นว่า มีสมาธิ รู้ลมหายใจที่ปลายจมูก ได้นานขึ้น วอกแวกน้อยลงอยู่กับลมหายใจได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยิ่งฝึกมากขึ้นระดับความสงบ/รู้ตัวยิ่งมากขึ้นแสดงว่าผู้ป่วยมีสมาธิเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดกับความเป็นจริง และฝึกทักษะการรับรู้ตามความเป็นจริงโดยไม่ตัดสิน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานได้
2. ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน สติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน สติจะทำให้เราไม่วอกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น สติขั้นพื้นฐานอาศัยการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมต่างๆ โดยทำเป็นลำดับขั้น กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริง เพื่อให้เกิดความตระหนักได้ว่าต้องดำเนินการอย่างไรต่อไป และให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง โดยผู้บำบัดใช้หลักการเสริมแรง คือ การให้ความสนใจ ให้กำลังใจหรือการให้คำชมเมื่อผู้รับการบำบัดสามารถวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริงได้

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4 การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน
2. ใบกิจกรรมที่ 4 สถานการณ์จำลอง เรื่อง ท่องไปบนถนนคนเดิน
3. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 3 การฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 4 การเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 9 “สติ ตามที่ผมได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งนี้ คือ การรับรู้อยู่กับปัจจุบัน รู้ในสิ่งที่ทำ โดยฝึกสติได้จากการรับรู้ลมหายใจอย่างต่อเนื่องทั้งสี่มิตาและหลับได้”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 12 “ฉันคิดว่าสติ คือการที่จิตใจเราไม่วอกแวก รับรู้อยู่กับปัจจุบัน สามารถฝึกได้ด้วยการรับรู้ลมหายใจของตนเอง ยิ่งเรามีสติเราจะเก็บรายละเอียดได้มาก”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 15 “ฉันรู้ว่าสติทำให้ตัวเราได้อยู่กับปัจจุบัน ไม่วอกแวกไปกับสิ่งรอบตัวได้ง่าย การฝึกสติขั้นพื้นฐานบ่อยๆจะช่วยให้เราสงบ ทำงานไม่ผิดพลาด”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 4 สถานการณ์จำลอง เรื่อง ท่องไปบนถนนคนเดิน ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปฝึกการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ และฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 4 “จากสถานการณ์ ฉันคิดว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดของฉันคือ เขาคงโกรธหรือไม่พอใจเรา รู้สึกไม่สบายใจที่ทักเขาไปแล้วเขาไม่สนใจ ทำไมเขาต้องทำกับเราแบบนี้ การรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน เขาอาจสนใจสิ่งแวดล้อมอยู่เลยมองไม่เห็นที่เราทัก”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 11 “ผมคิดว่า เขามองไม่เห็นเราจริงๆ หรือเขาไม่ต้องการคำทักทายจากเรา ผมคิดซ้ำๆว่าเป็นเพราะอะไรกันแน่ ผมไปทำอะไรให้เขาโกรธหรือเปล่า เขาจึงไม่รับคำทักทายจากผม”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “ฉันไปทำอะไรให้เขาไม่พอใจแน่เลย เขาจึงไม่สนใจเรา หรือเราลองเดินเข้าไปทักทายเขาใกล้ๆ”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 3 การฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปพัฒนาทักษะการฝึกสมาธิและสติ จนเกิดความสงบจากการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึกดังนี้ ในช่วงวันแรกๆของการฝึกสมาธิที่บ้านรอบที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่บันทึกระดับความสงบ/รู้ตัว ที่ระดับ 5-7 ระดับปานกลาง แต่สำหรับการฝึกสติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บันทึกระดับการรู้ในกิจที่ทำ ที่ระดับ 2-4 ระดับน้อย ระบุสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า รู้สึกสงบ รู้ตัว มีนี่ถึงเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันในขณะที่ฝึก ช่วงวันหลังๆของการฝึกสมาธิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บันทึกระดับความสงบ/รู้ตัว และระดับการรู้ในกิจที่ทำ ที่ระดับ 6-8 ระดับปานกลางถึงมาก ระบุสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า รู้ลมหายใจที่เข้า-ออก สงบอยู่กับตนเอง จิตใจแจ่มใส มีสติ หลับสบายขึ้น เป็นต้น ซึ่งค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่า มีสมาธิและสติดี ในวันหลังๆของการฝึกผู้ป่วยมีสมาธิและสติที่ดี

กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน

2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด เรียนรู้ในการอยู่กับปัจจุบัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานได้

2. ผู้รับการบำบัดรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และมีสติอยู่กับปัจจุบันได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำเป็นสิ่งที่สามารถฝึกให้เป็นไปอย่างเป็นพลวัตรที่แตกต่างกัน ใน 2 ลักษณะ กิจภายนอกขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องให้ความสนใจกับงานที่ทำมากหรือน้อย ขณะที่คนตั้งใจทำงานคนสามารถจดจ่อกับงานที่ทำได้โดยมีฐานสติอยู่กับลมหายใจเพียงเล็กน้อยเพื่อเป็นเครื่องผูกสติไม่วอกแวกไป ส่วนกิจภายใน ขึ้นกับสถานการณ์ที่ต้องควบคุมความคิดและอารมณ์มากน้อยต่างกัน ขณะที่คนทำกิจใดๆอยู่ก็ตาม บางครั้งจะมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ความรู้สึกที่รุนแรง คนสามารถฝึกควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและอารมณ์ให้สงบลง โดยหันกลับมาที่ลมหายใจให้มากขึ้น และสนใจเหตุการณ์และสิ่งเร้านั้นๆ เท่าที่จำเป็น ผู้รับการบำบัดฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นที่ที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของผู้รับการบำบัดภายในกลุ่ม และมอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นที่ที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกสติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5 การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน
2. ใบกิจกรรมที่ 5 รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด
3. ใบมอบหมายการบ้านที่ 4 สติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 5 การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 2 “ฉันเข้าใจว่าการฝึกสติตามการใช้งาน คือการรับรู้ลมหายใจไปพร้อมๆกับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 9 “ฉันได้เรียนรู้วิธีการฝึกสติกับการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เราสามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ ไม่ค่อยตามไปกับเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “การฝึกสติไปกับการทำงานในชีวิตประจำวันจะช่วยให้เราทำงานได้ละเอียด เกิดข้อผิดพลาดได้น้อย เนื่องจากเรามีสติอยู่ตลอดเวลา”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 5 รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด เรียนรู้ในการอยู่กับปัจจุบัน สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 4 “ขณะที่ฉันไปสนามบิน มีผู้หญิงคนหนึ่งเดินมาชนแล้วเดินหายไป ฉันรู้ว่าตัวฉันโกรธ ทำไมเขาถึงไม่ขอโทษเรา แต่พยายามรับรู้ลมหายใจ และคิดได้ว่าผู้หญิงคนนั้นคงรีบเลยไม่ทันได้มอง”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 7 “ที่ทำงานของฉัน เพื่อนร่วมงานไม่พอใจจากงานที่ฉันได้มอบหมายให้ จึงกล่าวคำไม่สุภาพกับฉัน และบ่นว่างานที่เขาได้รับหนักกว่าคนอื่น ฉันพยายามมีสติ นิ่งคิดไม่กล่าวโต้ตอบ และเดินออกจากสถานการณ์นั้นมา และคิดทบทวนกับตนเองว่ามอบหมายงานได้ถูกต้องหรือไม่”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 20 “วันหนึ่งขณะที่ฉันไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะ ฉันเจอเพื่อนเก่าเดินมากับแฟนของเขา ฉันจึงยิ้มให้และพูดทักทาย แต่เพื่อนไม่สนใจเราและเดินผ่านไป ฉันรู้สึกไม่พอใจทำไมเพื่อนไม่คุยกะเรา เขาโกรธเราตั้งแต่สมัยเรียนหรือเปล่า พอตั้งสติสักพักก็คิดว่าเขาคงคุยกับแฟนจนไม่ทันได้สังเกตเรา ครึ่งหน้าเจอค่อยทักทายใหม่”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านที่ 4 สติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปพัฒนาทักษะการฝึกสติตามการใช้งาน สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึกดังนี้ ในช่วงวันแรกๆของการฝึกสติตามการใช้งาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับที่ระดับระดับการรู้ในกิจที่ทำ ที่ระดับ 2-4 ระดับน้อย ผู้ป่วยมีระดับการรู้ในกิจที่ทำเพิ่มขึ้นทุกวัน จนถึง 7-9 คะแนน ระดับปานกลางถึงมาก ระบุสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองคือ มีสติในการทำงานมากขึ้น จิตใจเบิกบาน จิตใจจดจ่อกับงานที่ทำมากขึ้น มีอารมณ์ขัน ความคิดและอารมณ์นิ่งขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยมีการพัฒนาระดับการรู้ในกิจที่ทำมากขึ้น

4. หลังการดำเนินกิจกรรมตาม ทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปรู้ถึงการหมกมุ่นครุ่นคิดในชีวิตประจำวันของตนเอง สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึกของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 2

เหตุการณ์: การล้อม้นัด หรือผิดสัญญาที่ให้ไว้กับผู้อื่น

ความคิดที่เกิดขึ้น: รู้สึกไม่พอใจตนเอง รู้สึกผิด คิดว่าไม่สมควรทำแบบนี้ ถ้าเราไม่สามารถทำได้ตามที่ตกลงไว้ก็ควรบอกผู้อื่นไปเลย

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 7

เหตุการณ์: ไปทำงานสาย

ความคิดที่เกิดขึ้น: ไม่พอใจ คิดว่าตนเองไม่มีความรับผิดชอบ กลัวหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน
ลำบากเพราะเรา

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 16

เหตุการณ์: ความคิดเห็นไม่ตรงกับเพื่อน แต่ไม่ได้ทะเลาะกัน

ความคิดที่เกิดขึ้น: ดีที่ได้พูดอธิบายความคิดเห็น แต่ก็คิดว่าไม่เห็นด้วยกับความคิดของอีก
ฝ่าย

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 20

เหตุการณ์: ขณะไปจ่ายตลาดตอนเช้า มีเด็กวิ่งเข้ามาชนเราจนของหลุดมือเสียหาย

ความคิดเห็นที่เกิดขึ้น: เด็กต้องไม่ชอบเราเลยตั้งใจวิ่งเข้ามาชนเราแน่ๆ เนื่องจากเราไม่ถูกกับ
แม่ของเด็ก

กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ ปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)
2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะการปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และ
การยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดบอกถึงการหมกมุ่นครุ่นคิดจากเหตุการณ์ในชีวิต ประจำวันได้
2. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกวิธีการและปฏิบัติตามขั้นตอนของฝึกการเจริญสติด้วยการดู
ความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ได้
3. ผู้รับการบำบัดบอกวิธีการปลอ่ยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และยอมรับตามที่เป็น
จริงได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้รับการบำบัดได้ฝึกวิธีการ
ปลอ่ยวาง โดยให้ผู้รับการบำบัดคิดถึงปัญหาในสถานการณ์ของผู้รับการบำบัด แล้วผู้บำบัดบอกให้
ค่อยๆปลอ่ยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอ่ยวางความคิด และให้อภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์
ของแต่ละคน การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่
ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูก ทวนประโยคในใจว่า ไม่เป็นไร ไม่ว่าจะอะไรที่เกิดขึ้นในตอนี้ ตัวฉันรู้สึก
ได้ พร้อมทั้งติดป้ายความคิด (Labelling) และใช้แต่ละลมหายใจเข้าออกเพื่อรับสัมผัสอย่าง
อ่อนโยน เพื่อให้เกิดสติกลับมาสู่การตระหนักรู้ตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิด
ตามมา

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6 การเจริญสติด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan)
2. ใบกิจกรรมที่ 6 ประสบการณ์การมีสติกับความคิด
3. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6 การฝึกจิตการมีสมาธิและสติทั่วร่างกาย

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 6 การเจริญสติด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body scan) ได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 8 “จากความรู้ที่ได้รับวันนี้ ฉันไม่เคยรู้มาก่อนเลย ว่าแค่การสังเกตตามจุดต่างๆของร่างกายก็ทำให้เราสงบนิ่งได้ ไม่คิดฟุ้งซ่าน”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 9 “การสังเกตความรู้สึกของร่างกาย ทำให้ฉันได้เรียนรู้การปล่อยวางจากสิ่งแวดล้อมที่มากระทบร่างกาย และทำให้เกิดสมาธิและสติ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 15 “ฉันรับรู้ได้ถึงสิ่งที่เกิดกับส่วนต่างๆของร่างกาย ฉันพยายามรับรู้ และปล่อยวาง ไม่ตอบโต้กับสิ่งที่มากระทบ ฉันรู้สึกสงบ ได้อยู่กับตนเอง”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 6 ประสบการณ์การมีสติกับความคิด ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดได้ด้วยตนเอง และยอมรับตามที่เป็นจริง สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 9 “หลังจากที่ฉันระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ฉันสังเกตความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนแปลง และหมดไปได้”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 11 “ผมระลึกถึงเหตุการณ์ที่ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน ผมสังเกตความคิดที่เกิดขึ้นในตอนนั้น ฉันคิดว่าตนเองเป็นฝ่ายถูกต้องเอาชนะให้ได้ จึงเกิดการทะเลาะกัน แต่ตอนนี้ผมปล่อยวางไม่ยึดติดกับความคิดนั้น ความคิดจะเอาชนะก็หมดไป”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 6 การฝึกจิตและการมีสติทั่วร่างกายในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปพัฒนาทักษะการฝึกการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายจนเกิดสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน สังเกตได้จากตัวอย่างการบันทึก ระดับความสงบและการรู้ตัวเมื่อได้ฝึกสติทั่วร่างกาย มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นทุกวัน ตั้งแต่ 2-3 จนเพิ่มถึง 8-9 คะแนน สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ รู้สึกสงบ ได้อยู่กับตนเอง มีสติ รู้ตัวว่าตอนนี้ตนเองกำลังทำอะไร มีจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำไม่แวกแวกไปกับสิ่งแวดล้อม รู้ตัวขณะทำกิจกรรมไม่คิดนอกเรื่อง เป็นต้น

กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการสำรวจปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาคารหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่จากสถานการณ์ของตนเองกับสิ่งที่เป็นความจริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้
2. ผู้รับการบำบัดบอกแนวทางการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ได้สอดคล้องกับตามความจริงได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคารหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ ฝึกให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความคิดกับความจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงกับสิ่งที่เป็นความคิดได้ มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคารหมกมุ่นครุ่นคิดในชีวิตประจำวันของผู้รับการบำบัด โดยตระหนักถึงความคิดกับความจริง

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 7 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิด
2. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 7 การแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้ สังเกตได้จากการฝึกได้ครบทุกขั้นตอน ไม่ลืมหัดก่อนกำหนดเวลา และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 1 “ฉันปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน แต่ฉันให้คะแนนตนเองในการฝึกครั้งนี้ 7 คะแนน มีบางครั้งที่ฉันไม่รับรู้สังเกตลมหายใจที่ปลายจมูก ฉันคิดเรื่องอื่น และในขณะที่สังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายฉันเผลอเภาที่แขนตนเอง”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 10 “ผมปฏิบัติไปพร้อมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ในช่วงการฝึกการสังเกต ความรู้สึกทั่วร่างกายผมเกาศีรษะไป 2 ครั้งเนื่องจากรู้สึกคันมาก ทนไม่ไหว”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 7 การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่น ครุ่นคิดผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปสามารถปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดได้ด้วยตนเอง และยอมรับ ตามที่เป็นจริง สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 8 “ฉันนึกถึงสถานการณ์ที่เพื่อนร่วมงานใช้คำพูดและแสดงกริยาไม่สุภาพ กับฉัน อาจเป็นเพราะเขาไม่ชอบเรา เขาอิจฉาเรา แนวทางการแก้ไขโดยปรับความคิดใหม่ เขาอาจจะ ไม่ได้ตั้งใจกระทำ เขาอาจมีความเครียดทุกขใจ”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 17 “มีครั้งหนึ่งที่ฉันขอลาพักร้อนกับหัวหน้า เพื่อไปเที่ยวต่างจังหวัด แต่ หัวหน้าไม่ให้ลา ฉันรู้สึกเสียใจคงเป็นเพราะหัวหน้าไม่ชอบเรา หรือต้องการแกล้งเรา เลยไม่ให้ลา แนวทางการปรับความคิดใหม่ วันที่ฉันจะลาเป็นวันทำงานเยอะและคนน้อยเลยไม่สามารถหยุดได้ หัวหน้า คงเห็นศักยภาพของเรามากกว่าเหมาะกับงานในวันนี้”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 7 การแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาทักษะการใช้วิธีการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ สังเกตได้จากตัวอย่างบันทึก ของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 3

ปัญหาในชีวิตประจำวัน: ความคิดเห็นไม่ตรงกับเพื่อน

ความคิดเกี่ยวกับปัญหา: อาจเกิดปัญหาหรือทะเลาะกันได้

การปรับความคิดใหม่: ทุกคนมีความคิด ความรู้สึกที่ต่างกัน ความเห็นไม่ตรงกันจึงไม่แปลก ถือเป็นโอกาสที่ดีในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 8

ปัญหาในชีวิตประจำวัน: บุคคลวิจารณ์การกระทำของเราที่เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ได้เป็นปัญหา ของบุคคลอื่นทำไมต้องมาวิจารณ์

ความคิดเกี่ยวกับปัญหา: คิดว่าไม่ได้เป็นปัญหาของคนอื่นทำไมต้องมาวิจารณ์

การปรับความคิดใหม่: คิดว่าที่เขาวิจารณ์เพราะเขาเป็นห่วง สนใจในตัวเรา

ผู้ป่วยชายคนที่ 11

ปัญหาในชีวิตประจำวัน: ผมชอบผู้หญิงคนหนึ่ง แต่เธอไปชอบผู้ชายอีกคน

ความคิดเกี่ยวกับปัญหา: ผู้ชายคนนั้นต้องเล่นเสน่ห์ใส่เธอ คนที่ผมชอบแน่ๆ

การปรับความคิดใหม่: เธอคงชอบผู้ชายแบบนั้นมากกว่าผม

กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหาทั้งจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้
2. ผู้รับการบำบัดบอกวิธีการที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้บำบัดยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้รับการบำบัดใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดมาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ ว่าควรจะทำอย่างไรถึงจะสอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้บำบัดสรุปสิ่งที่ผู้รับการบำบัดได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และให้แรงเสริมชมเชย ให้กำลังใจ และให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้รับการบำบัด มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาปัญหาในชีวิตประจำวัน และเลือกตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการที่ได้เรียนรู้มา

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 8 เหตุการณ์สมมติให้เลือกคิดและเลือกรู้สึก
2. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 8 การหาแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดในเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้ สังเกตได้จากการฝึกได้ครบทุกขั้นตอน และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 12 “ครั้งนี้รู้สึกกว่าตนเองปฏิบัติได้ดีกว่าครั้งที่แล้ว ไม่วอกแวกกับสิ่งแวดล้อมภายนอก รับรู้ลมหายใจที่ปลายจมูกได้นานขึ้น”

ผู้ป่วยชาย คนที่ 6 “วันนี้ผมให้คะแนนตนเอง 8 คะแนน ผมทำได้ดีกว่าครั้งที่แล้ว รู้สึกผ่อนคลาย สงบ”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 8 เหตุการณ์สมมติให้เลือกคิดและเลือกรู้สึกผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปมีทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหาทั้งจากสถานการณ์จำลองได้ สังเกตได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 ขณะคุณกำลังนั่งอยู่ในที่ทำงาน คุณกำลังวิตกกังวลและรู้สึกแย่เพราะคุณเพิ่งทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน หลังจากนั้นในเวลาอันสั้น คุณเห็นเพื่อนร่วมงานอีกคนที่อยู่ในที่ทำงาน วิ่งตรงมาทางที่คุณนั่งอยู่และเดินผ่านคุณไปด้วยความรวดเร็วโดยไม่ได้พูดอะไรกับคุณ

สถานการณ์ที่ 2 คุณกำลังนั่งนิกอย่างมีความสุขเพราะนี่ถึงการได้รับคำยกย่องชมเชยในงานที่ออกมาดี หลังจากนั้นในเวลาอันสั้น คุณเห็นเพื่อนร่วมงานอีกคนที่อยู่ในที่ทำงานและเขากำลังวิ่งตรงมาทางที่คุณนั่งอยู่และเดินผ่านคุณไปด้วยความรวดเร็วโดยไม่ได้พูดอะไรกับคุณ

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “จากสถานการณ์ที่ 1 ความคิดแรกคือเขามีอะไรไม่พอใจเราหรือเปล่า แต่อีกความคิดหนึ่ง เขากับเราก็ไม่ได้มีปัญหาอะไรกัน เขาอาจรีบไปทำธุระ (การปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่)”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 13 “จากสถานการณ์ที่ 2 คิดว่าเพื่อนร่วมงานคนนั้นน่าจะมีเหตุการณ์หรือธุระเร่งด่วนจึงรีบไปและไม่ได้พูดกับเรา”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 8 การหาแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดในเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจากการตรวจสอบการบ้านพบว่าผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองในชีวิตประจำวันจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา สังเกตได้จากตัวอย่างบันทึกของผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 4

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน: คิดว่าวันนี้เราให้การช่วยเหลือคนอื่นได้ไม่เต็มที่เลย

แนวความคิด ทางเลือกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด: ปรับความคิดตนเอง ว่าปัญหาหนึ่งๆ อาจใช้มากกว่า 1 คนแก้ไข เราควรพัฒนาศักยภาพของตนเอง หากมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นอีก เราอาจจะช่วยได้มากกว่านี้

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 12

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน: ทำรายงานกับเพื่อน แต่เพื่อนให้เราทำคนเดียวไม่ช่วยเราเลย

แนวความคิด ทางเลือกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด: ถือว่าเป็นการหาความรู้โดยตัวเอง จะได้มีความรู้เยอะๆ

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 14

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน: รู้สึกโกรธ เมื่อเพื่อนร่วมงานพูดเชิงตำหนิงานที่เราทำ

แนวความคิด ทางเลือกแก้ปัญหาคำถามกลุ่มครุ่นคิด: เราควรระวังอารมณ์ และเก็บคำตำหนิ
ของเขามาปรับปรุงงานของเราให้ดีขึ้น

ผู้ป่วยหญิงคนที่ 19

เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน: โกรธพี่ชายที่ชอบสร้างปัญหาให้พ่อแม่หนักใจ

แนวความคิด ทางเลือกแก้ปัญหาคำถามกลุ่มครุ่นคิด: ยังไงเขาก็เป็นคนในครอบครัวของเรา
เราก็ต้องช่วยมากกว่าซ้ำเติม

กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการ
สังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)

2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนวิธีการในการลดความวิตกกังวลและพัฒนาทักษะที่จำเป็น
ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ
และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้

2. ผู้รับการบำบัดผู้รับการบำบัดบอกวิธีการที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหาได้

สาระสำคัญ

การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan)
ผู้บำบัดทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้รับการบำบัดได้คิดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้รับการ
บำบัดในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแล
ตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ให้ข้อมูลผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อีก
และกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดว่าเป็น
สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดนำเทคนิคและความรู้ที่ได้
เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และทำการสรุปโปรแกรมการบำบัด
ทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ จากนั้นทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด

การสอน/อุปกรณ์

1. ดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 9 แบบประเมินความวิตกกังวล
2. ใบกิจกรรมที่ 10 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด

การประเมินผล

1. หลังการดำเนินกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ได้ สังเกตได้จากการฝึกได้ครบทุกขั้นตอน และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 1 “ฉันรู้สึกถึงความสงบขณะฝึก ความคิดฟุ้งซ่านน้อยลงกว่าครั้งแรกๆที่เริ่มฝึก มีสติมากขึ้น”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 4 “ฉันรู้ลมหายใจที่ปลายจมูกได้นานขึ้น มีสติในการทำกิจกรรมทั้งการนั่ง การเดิน การสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกายสามารถจัดการได้ดี ไม่ตอบโต้กับสิ่งที่มากระทบจากภายนอก”

2. หลังการดำเนินกิจกรรมทบทวนวิธีการในการลดความวิตกกังวลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการกลับเป็นเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยรู้วิธีการและทักษะที่จำเป็นในการลดความวิตกกังวลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 2 “หลังจากวันนี้ฉันจะนำวิธีการที่ได้เรียนรู้มา เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกสติ การปล่อยวาง การปรับความคิดใหม่ มาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลที่รุนแรงในระยะยาว”

ผู้ป่วยหญิง คนที่ 19 “ฉันจะนำวิธีที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่ครั้งแรกไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อตัวของฉันเอง และเพื่อครอบครัวของฉัน ฉันอยากหายขาดจากโรคนี้อีก”

3. หลังการดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 9 แบบประเมินความวิตกกังวล และใบกิจกรรมที่ 10 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด พบว่า ในส่วนของคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของผู้ป่วยทุกคน ลดลงมาน้อยกว่า 48 คะแนนทุกคน ถือว่าผ่านเกณฑ์ทุกคน คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนลดลงจากครั้งแรก

การกำกับการทดลอง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนทำแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) พบว่ามีคะแนนต่ำสุด 42 คะแนน และคะแนนสูงสุด 47 คะแนน หมายถึง ทุกคนมีระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่า 48 คะแนน ซึ่งแสดงว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทุกคนสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองได้ ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (n=20)

กลุ่มตัวอย่างคนที่	คะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิด	แปลผล
1	44	ผ่านเกณฑ์
2	46	ผ่านเกณฑ์
3	42	ผ่านเกณฑ์
4	44	ผ่านเกณฑ์
5	45	ผ่านเกณฑ์
6	47	ผ่านเกณฑ์
7	46	ผ่านเกณฑ์
8	45	ผ่านเกณฑ์
9	47	ผ่านเกณฑ์
10	43	ผ่านเกณฑ์
11	47	ผ่านเกณฑ์
12	45	ผ่านเกณฑ์
13	45	ผ่านเกณฑ์
14	45	ผ่านเกณฑ์
15	44	ผ่านเกณฑ์
16	45	ผ่านเกณฑ์
17	46	ผ่านเกณฑ์
18	43	ผ่านเกณฑ์
19	46	ผ่านเกณฑ์
20	43	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีคะแนนต่ำสุด 42 คะแนน และคะแนนสูงสุด 47 คะแนน ซึ่งถือว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติแล้วกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์ที่น้อยกว่า 48 คะแนน (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2554) แสดงว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทุกคนสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของตนเองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินคะแนนความวิตกกังวลในครั้งที่ 1 และ วัดซ้ำหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมบำบัดในครั้งที่ 8 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มทดลอง

3.1.1 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

3.1.2 ภายหลังจากการตอบแบบประเมินความวิตกกังวลแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ซึ่งดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90 นาที จำนวน 8 กิจกรรม

3.1.3 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ในครั้งที่ 8 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนการกำกับการทดลองโดยแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวล (Post-test) โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y)

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

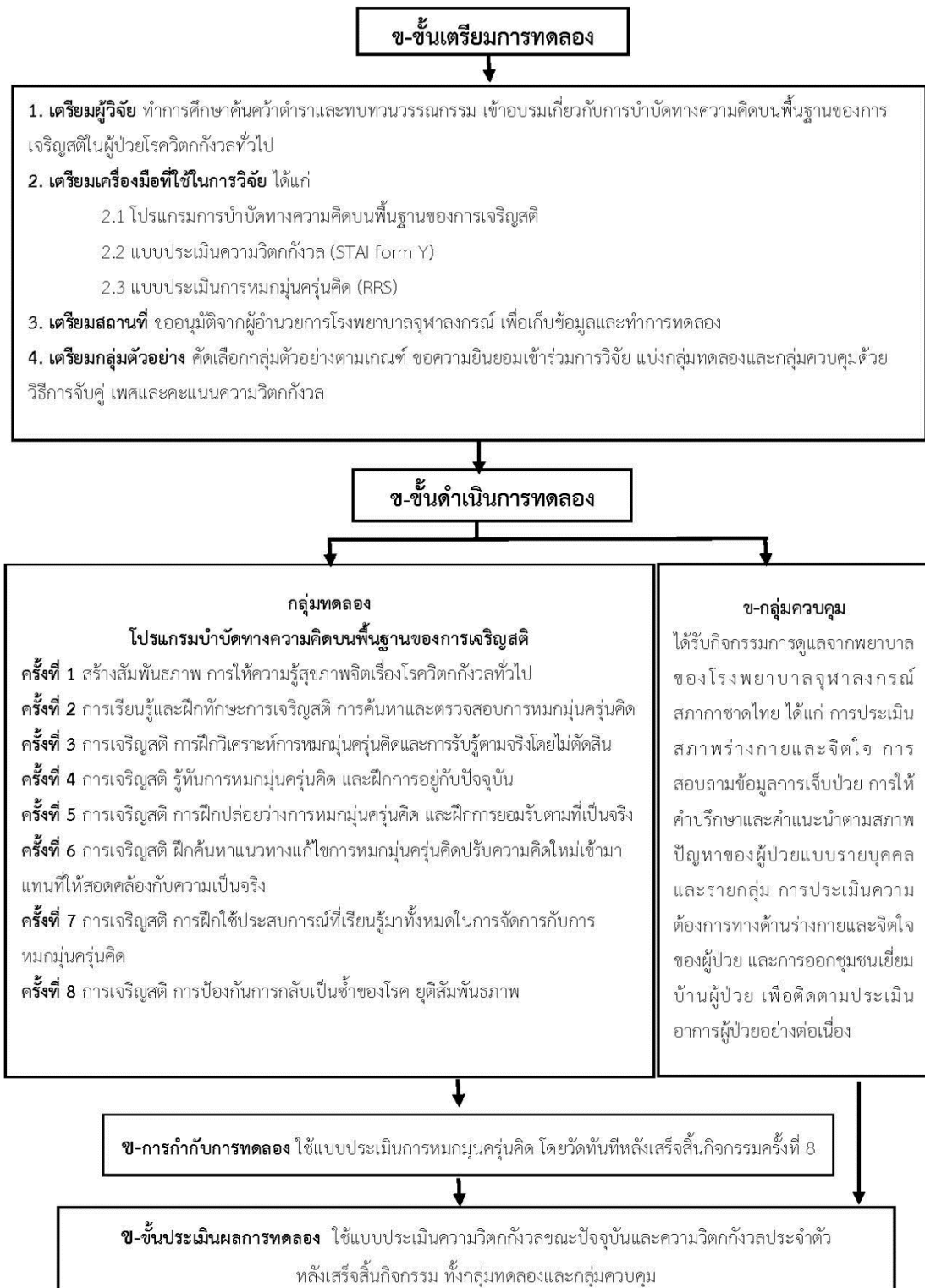
3.2 กลุ่มควบคุม

3.2.1 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมารับบริการจากพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และให้ตอบแบบประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 พร้อมกันกับกลุ่มทดลอง

3.2.2 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยอีกครั้งในวันเดียวกับที่กลุ่มทดลองเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 8 เพื่อตอบแบบประเมินความวิตกกังวล (Post-test) พร้อมกันกับกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยได้แจ้งกำหนดการ นัดหมายวัน และเวลาในการนัดพบให้ผู้ป่วยได้รับทราบ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป โดยเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กับคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตอนที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ						
20 – 29 ปี	7	35.0	7	35.0	14	35.0
30 – 39 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
40 – 49 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.0
50 – 59 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15.0	2	10.0	5	12.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	1	5.0	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	15.0	6	30.0	9	22.5
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	2	10.0	2	5.0
ปริญญาตรี	13	65.0	7	35.0	20	50.0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	2	10.0	2	5.0
ไม่ได้เรียน	1	5.0	0	0	1	2.5

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.0 เท่ากัน และส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 35.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ในด้านระดับการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 65.0 และ 35.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45.0	8	40.0	17	42.5
คู่	8	40.0	10	50.0	18	45.0
หม้าย	2	10.0	2	10.0	4	10.0
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	1	5.0	0	0	1	2.5
อาชีพ						
รับจ้าง	6	30.0	7	35.0	13	32.5
เกษตรกร	0	0	1	5.0	1	2.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ค้าขาย	3	15.0	1	5.0	4	10.0
นิสิต/นักศึกษา	8	40.0	7	35.0	15	37.5
แม่บ้าน	2	10.0	3	15.0	5	12.5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	8	40.0	10	50.0	18	45.0
ไม่เพียงพอ	12	60.0	10	50.0	22	55.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	4	20.0	8	40.0	12	30.0
1 – 2 ปี	6	30.0	2	10.0	8	20.0
3 – 4 ปี	1	5.0	4	20.0	5	12.5
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	9	45.0	6	30.0	15	37.5

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 45.0 ส่วนกลุ่มควบคุมสถานภาพคู่ร้อยละ 50.0 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพนิสิต/นักศึกษา ร้อยละ 40 และร้อยละ 35 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอเท่ากันร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 45.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 40.0

ตอนที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-post test)

ตารางที่ 7 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	67	สูง	52	ปานกลาง	65	สูง	68	สูง
2	56	ปานกลาง	44	ปานกลาง	53	ปานกลาง	52	ปานกลาง
3	54	ปานกลาง	43	ปานกลาง	48	ปานกลาง	50	ปานกลาง
4	47	ปานกลาง	39	เล็กน้อย	48	ปานกลาง	49	ปานกลาง
5	49	ปานกลาง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง	44	ปานกลาง
6	47	ปานกลาง	39	เล็กน้อย	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
7	59	ปานกลาง	50	ปานกลาง	57	ปานกลาง	58	ปานกลาง
8	52	ปานกลาง	48	ปานกลาง	50	ปานกลาง	51	ปานกลาง
9	54	ปานกลาง	47	ปานกลาง	52	ปานกลาง	52	ปานกลาง
10	45	ปานกลาง	41	ปานกลาง	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง
11	63	สูง	53	ปานกลาง	61	สูง	59	ปานกลาง
12	61	สูง	56	ปานกลาง	61	สูง	61	สูง
13	68	สูง	58	ปานกลาง	64	สูง	62	สูง
14	46	ปานกลาง	41	ปานกลาง	47	ปานกลาง	50	ปานกลาง
15	44	ปานกลาง	41	ปานกลาง	43	ปานกลาง	43	ปานกลาง
16	67	สูง	59	ปานกลาง	63	สูง	63	สูง
17	56	ปานกลาง	51	ปานกลาง	53	ปานกลาง	53	ปานกลาง
18	45	ปานกลาง	41	ปานกลาง	48	ปานกลาง	50	ปานกลาง
19	48	ปานกลาง	45	ปานกลาง	50	ปานกลาง	52	ปานกลาง
20	45	ปานกลาง	42	ปานกลาง	45	ปานกลาง	43	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 15 คู่ และในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 5 คู่ แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลงกว่าเดิมทุกคนในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) จำนวน 2 คน และในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 18 คน แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันอยู่ในระดับเดิม มีเพียง 1 คนที่มีระดับคะแนนลดลง

ตารางที่ 8 คะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ
1	65	สูง	50	ปานกลาง	64	สูง	67	สูง
2	54	ปานกลาง	42	ปานกลาง	53	ปานกลาง	54	ปานกลาง
3	53	ปานกลาง	44	ปานกลาง	52	ปานกลาง	50	ปานกลาง
4	54	ปานกลาง	45	ปานกลาง	50	ปานกลาง	49	ปานกลาง
5	47	ปานกลาง	40	ปานกลาง	44	ปานกลาง	45	ปานกลาง
6	49	ปานกลาง	44	ปานกลาง	47	ปานกลาง	47	ปานกลาง
7	57	ปานกลาง	50	ปานกลาง	57	ปานกลาง	55	ปานกลาง
8	47	ปานกลาง	40	ปานกลาง	47	ปานกลาง	46	ปานกลาง
9	53	ปานกลาง	45	ปานกลาง	47	ปานกลาง	48	ปานกลาง
10	44	ปานกลาง	38	เล็กน้อย	47	ปานกลาง	49	ปานกลาง
11	61	สูง	56	ปานกลาง	62	สูง	62	สูง
12	61	สูง	48	ปานกลาง	62	สูง	64	สูง
13	70	สูง	65	สูง	61	สูง	61	สูง
14	44	ปานกลาง	40	ปานกลาง	48	ปานกลาง	44	ปานกลาง
15	46	ปานกลาง	40	ปานกลาง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง
16	61	สูง	50	ปานกลาง	61	สูง	59	ปานกลาง
17	55	ปานกลาง	50	ปานกลาง	58	ปานกลาง	57	ปานกลาง
18	45	ปานกลาง	43	ปานกลาง	52	ปานกลาง	55	ปานกลาง
19	46	ปานกลาง	43	ปานกลาง	46	ปานกลาง	47	ปานกลาง
20	50	ปานกลาง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง	45	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 15 คู่ และเท่ากันในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 5 คู่ แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 18 คน และในระดับสูง 1 คน แต่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับเดิม มีเพียง 1 คนที่มีระดับคะแนนลดลง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Dependent t-test)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (n=20) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ			
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน									
กลุ่มควบคุม	52.15	7.18	ปานกลาง	52.70	7.01	ปานกลาง	19	-1.53	.14
กลุ่มทดลอง	53.65	8.16	ปานกลาง	46.75	6.33	ปานกลาง	19	8.95	.00
ความวิตกกังวลประจำตัว									
กลุ่มควบคุม	52.40	6.82	ปานกลาง	52.45	7.17	ปานกลาง	19	-.13	.90
กลุ่มทดลอง	53.10	7.50	ปานกลาง	45.90	6.42	ปานกลาง	19	9.44	.00

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำซึ่งน้อยกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวนั้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำซึ่งน้อยกว่าก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t	p-value
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ		
ความวิตกกังวล								
ขณะปัจจุบัน								
ก่อนการทดลอง	52.15	7.18	ปานกลาง	53.65	8.16	ปานกลาง	.62	.54
หลังการทดลอง	52.70	7.01	ปานกลาง	46.75	6.33	ปานกลาง	-2.82	.01
ความวิตกกังวล								
ประจำตัว								
ก่อนการทดลอง	52.40	6.82	ปานกลาง	53.10	7.50	ปานกลาง	.31	.76
หลังการทดลอง	52.45	7.17	ปานกลาง	45.90	6.42	ปานกลาง	-3.05	.00

จากตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

2. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีอายุ 20-59 ปี มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 41- 70 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Power Analysis of Sample Size (PASS) ด้วยการนำผลการศึกษาของ Evans, Ferrando and Findler (2008) ที่ทำการศึกษาเรื่อง Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 10.09 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.7 โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับ (Polit & Beck, 2004) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องเพศ และคะแนนความวิตกกังวล หลังจากจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันจนครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการสุ่มจนครบ ทั้ง 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Evans, Ferrando and findler (2008)

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และแบบวัดความวิตกกังวล STAI form Y ของ Spielberger et al. (1983) ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยธาดรี นนทศักดิ์ จิน แบร์และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดราวารรณ ต๊ะปินดา, 2535)

3) เครื่องมือกำกับการทดลองคือแบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วาริรัตน์ ถาน้อย (2554)

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

เพื่อให้สามารถดำเนินการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมการอบรมความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติในโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการเป็นผู้บำบัดตามหลักสูตร Mindfulness-Based Therapy and Counseling โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 2 วัน ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และได้มีการฝึกพัฒนาทักษะการทำกลุ่มโดยปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง ภายใต้การนิเทศงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นระยะเวลา 7 วัน

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 นำเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 จัดทำแผนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์

ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อทำการขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ 64 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จำนวน 40 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรมฯละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ณ ตึก ภปร.ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป เป็นการทำให้ผู้บำบัดและผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ระยะเวลาในการรับการบำบัดเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัดให้ผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไปของผู้รับการบำบัดแต่ละคน จากนั้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบคะแนนความวิตกกังวลของตนเอง จากแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ที่ได้ทำไปแล้ว สรุปกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด การให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยการประเมินตนเองจากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง อันนำไปสู่

การลดความวิตกกังวล สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยมอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน เริ่มต้นกิจกรรมการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน สติจะช่วยให้รู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองกับความจริง และให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์จำลอง สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน การเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน การใช้ลมหายใจเป็นพื้นฐานและรู้ในกิจที่ทำ ผู้ป่วยฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน โดยยกตัวอย่างจากสถานการณ์ของผู้ป่วยภายในกลุ่ม และมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยการฝึกสติตามการใช้งานในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง การเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูก ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมา สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิด ปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้อึดคล่องกับความเป็นจริง การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) การให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงกับสิ่งที่เป็นความคิดได้ สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด การเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) ผู้บำบัดยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้รับการบำบัดใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมด มาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มอบหมายการบ้าน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมการเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธ์ภาพ เป็นการทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้ติดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด จากแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale) และประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดประเมินตนเองถึงความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สรุปรูปโปรแกรม และทำการยุติสัมพันธ์ภาพในการบำบัด

2.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา และคำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การประเมินความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และการออกชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) เกณฑ์การคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 22 คะแนนต่ำสุดคือ 22 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 88 คะแนน ต่อจากนั้น ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ทั้ง 2 ฉบับ คิดคะแนนตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 20 คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน และคะแนนสูงสุด 80 คะแนนจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยดำเนินการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีผลทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปน้อยลง และน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม (2553) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 และสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทิภาพร อังคกุล (2543) ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่การศึกษจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.0 สำหรับสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 45.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิภาพร อังคกุล (2543) และธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม (2553) พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80.0 และ 55.0 ตามลำดับ ข้อมูลในด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพนิสิตนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.5 ความเพียงพอรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 55.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม (2553) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 65.0 ในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศवास ชูลิขิต (2552) พบว่าส่วนใหญ่ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดดังนี้

1. จากผลการศึกษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีโครงสร้าง ขั้นตอน กระบวนการบำบัดที่ชัดเจน (Evans, Ferrando and Findler, 2008) โดยโปรแกรมจะมีกระบวนการฝึกการเจริญสติจนทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดจากระยะ Doing mode ไปสู่ระยะ Being mode ในระยะของ Being mode ผู้ป่วยจะเกิดสติ โดยสติจะช่วยให้สามารถพิจารณาความคิดได้ ทำให้ตระหนักรู้ว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการหมกมุ่นครุ่นคิดจนเกิดความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งสติจะช่วยให้ผู้ป่วยถอยออกจากการหมกมุ่นครุ่นคิดได้โดยไม่ต้องไปยึดติด หรือไปให้ความสำคัญกับความคิดเช่นนั้น โดยขณะที่มีสติ ผู้ป่วยจะสังเกตเห็นความคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น รู้เท่าทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นมานั้น รู้จักปล่อยวางและหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความคิดและสิ่งที่เป็นความจริงได้ (Being mode) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสติแทรกไปในชีวิตประจำวันในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ การเดิน ยืน นั่ง นอน และการพูด ด้วยการกำหนดลมหายใจในอิริยาบถนั้นๆ ทำอะไรก็ให้รู้ลมหายใจเข้าและออก จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักไตร่ตรองกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอย่างรอบคอบ (Chiesa and Serretti, 2010) ผู้ป่วยจึงสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดได้ การหมกมุ่นครุ่นคิดเหล่านั้นก็จะลดหรือหมดอิทธิพลไป ส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษา Evans, Ferrando and Findler (2008) กล่าวว่า การบูรณาการเรื่องการเจริญสติจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นขณะปัจจุบัน ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน มากกว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดและการใช้วิธีการเดิมๆ ในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การหมกมุ่นครุ่นคิดของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากรับรู้ตามความเป็นจริงต่อสถานการณ์มากขึ้น อันนำไปสู่การลดลงของความวิตกกังวล

นอกจากนี้การบำบัดแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการจัดการกับความวิตกกังวลร่วมกัน เกิดการเรียนรู้วิธีการลดความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพร่วมกันภายในกลุ่ม เกิดการสนับสนุนของผู้รับการบำบัดในกลุ่มเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยตั้งใจฝึกการเจริญสติและอยากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนสามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายการลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากผู้รับการบำบัดในกลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับ Brookfield (1986) กล่าวว่า การเรียนรู้ การ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินชีวิตไปในทางที่เหมาะสมได้

2. จากผลการศึกษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลกระทบต่อผลการวิจัย คือ เพศและคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในช่วงก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีผลให้การหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง อันนำไปสู่ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงด้วย โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการที่มีผลต่อการลดลงของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ดังนี้

ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป
กิจกรรมบำบัดเป็นการเตรียมความพร้อมในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับ สร้างข้อตกลงกับผู้ป่วยให้ยอมรับว่าจะต้องได้รับการบ้านกลับไปทำ พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และร่วมกับผู้บำบัดในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลและให้ความร่วมมือเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา (สมบัติ รียาพันธ์, 2552) ผู้บำบัดนำเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไป โดยการดึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไปของผู้ป่วยแต่ละคน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รู้จักและเข้าใจโรคที่ตนเป็นจนเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อความร่วมมือในการบำบัดและตอบสนองต่อการบำบัด (จันทิมา องค์กรโฆสิต, 2545) นำไปสู่การสร้างเป้าหมายในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Evans, Ferrando and Findler, 2008; กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

ขั้นตอนที่สอง ระยะเวลาบำบัด (Working Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด กิจกรรมบำบัดเป็นการให้ข้อมูลและฝึกทักษะผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้กับปัจจุบัน เนื่องจากสมาธิเป็นสภาวะจิตที่ปกติโดยรู้ตัวตลอดเวลา เกิดจากการทำจิตให้ว่างจากความคิดทั้งปวง นอกจากนี้สมาธิช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยจะได้ประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความตระหนักในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง การที่ผู้ป่วยเข้าใจการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเองจะเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่เป้าหมายของโปรแกรม คือ การปรับเปลี่ยนความคิดจากระยะ Doing mode ไปสู่ Being mode เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิดไปสู่ความคิดที่ประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปได้ (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐานจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode ระยะเวลาจะทำให้ผู้ป่วยมีสติรู้ในสิ่งที่ทำหรือการอยู่กับปัจจุบัน สติจะทำให้ผู้ป่วยไม่วอกแวก ไม่ถูกสอดแทรกด้วยอารมณ์ ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น สติขั้นพื้นฐานอาศัยการรู้ลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมต่างๆ โดยทำเป็นลำดับขั้น ก่อนเริ่มการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ความคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิด ว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนความคิด (Seok and Tiam, 2003) และฝึกให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินด้วยสติ ก่อให้เกิดการตระหนักรู้รับรู้สถานการณ์ขณะนั้นตามจริง ไม่เกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปลดลงตามมา

กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งานจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode สามารถฝึกควบคุมการหมกมุ่นครุ่นคิดและอารมณ์ให้สงบลง โดยหันกลับมาที่ลมหายใจให้มากขึ้น และสนใจเหตุการณ์และสิ่งเร้านั้นๆ เท่าที่จำเป็น ผู้รับการบำบัดฝึกรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น และฝึกการอยู่กับปัจจุบันร่วมกัน หมกมุ่นครุ่นคิดกับปัญหาลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being ผู้ป่วยได้ฝึกวิธีการปล่อยวาง เพื่อให้ผู้ป่วยปล่อยวางความคิด และให้อภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ของแต่ละคน การฝึกการยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับกับสิ่งที่ผ่านเข้ามาได้ทั้งทางบวกและลบ ไม่ตัดสินความคิดนั้นผิดหรือถูกด้วยการกำหนดลมหายใจ และใช้แต่ละลมหายใจเข้าออกเพื่อรับสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้เกิดสติกลับมาสู่การตระหนักรู้ตามที่เป็นจริง ยอมรับปัญหาและผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการแก้ไขปัญหาได้ หมกมุ่นอยู่กับปัญหา ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความวิตกกังวลลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้อดคล้องกับความเป็นจริง กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode การฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจ และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ของตนเองโดยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ ฝึกให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดกับความจริง รับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความจริงและสิ่งที่เป็นความคิดได้ (Stuart and Laraia, 2005) มอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยได้ฝึกค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความคิดกับความจริง การหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง นำไปสู่ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT)

กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode ยกสถานการณ์ตัวอย่างให้ผู้ป่วยใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดมาร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ ผู้บำบัดช่วยเหลือโดยให้ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้ป่วยได้พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับความจริง (Stuart and Laraia, 2005) อันนำไปสู่การลดลงของการหมกมุ่นครุ่นคิด ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป ยุติสัมพันธภาพ กิจกรรมบำบัดเริ่มด้วยการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) จนกว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Being mode การทบทวนถึงกิจกรรม

ที่ผ่านมาให้ผู้ป่วยได้ติดตาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับความเป็นจริง และมีความพร้อมในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้อีก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำเทคนิคและความรู้ที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทั้งหมดไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการหมกมุ่นครุ่นคิด และนำไปสู่การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำการสรุปโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ จากนั้นทำการยุติสัมพันธภาพในการบำบัด (Evans, Ferrando and Findler, 2008)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีทักษะการบำบัดทางความคิดร่วมกับการเจริญสติ รวมทั้งมีทักษะและประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด ซึ่งการจะดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องใช้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มที่ดี

1.2 จากการดำเนินการทดลองโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ อาจมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มได้ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะระยะเวลาในการเจริญสติอาจใช้เวลาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากการฝึกจนทำให้เกิดสติในแต่ละคนใช้เวลาในการฝึกไม่เท่ากัน

1.3 การทบทวนการบ้านของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนเริ่มกิจกรรมต่อไป เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กลับไปฝึกที่บ้านว่าถูกต้องหรือไม่ และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการฝึกทักษะที่ได้รับ การพัฒนาไปใช้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป

2.2 ควรมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมพิเศษนอกเวลา โดยเน้นแนวคิดการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่แก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการดำเนินกิจกรรมเนื่องจากความวิตกกังวลของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นควรมีการวิเคราะห์ผลเพื่อดูแนวโน้มของปัญหาและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยอื่นๆ ว่ามีผลลดความวิตกกังวลได้หรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ ทาสอน. (2545). ผลของกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กมลจรรย์ สอนลา. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับการรักษา แบบผู้ป่วยใน ระยะบำบัดด้วยยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. กองแผนงาน. (2558). สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตคนไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp> [2 มิถุนายน 2560].

งานสารสนเทศโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2558). สถิติผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ปี 2556-2558. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

จันทิมา องค์เมษิต. (2545). จิตบำบัด การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม แฝ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม แฝ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ทิภาพร อังคกุล. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรคจิตกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม. (2554). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นดา. (2535). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

- ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- พรเพ็ญ อารีกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2553). การฝึกสติแนวพุทธธรรมร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14: 60-68.
- พิศवास ชูลิขิต. (2552). ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยเทคนิคการปรับโนสภาพตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 40: 36-45.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- รวีวรรณ นิเวตพันธ์. (2545). Anxiety disorder. ใน บุรณี กาญจนฉวีลย์ และนันทิกา ทวิชาชาติ (บรรณาธิการ). พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต (หน้า 84-87). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สมบัติ รियाพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพด้วยการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. วารสารกองการพยาบาล 36(2): 68-76.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาธนี ธรรมรักษา. (2551). ผลของโปรแกรมไปโอพีเคแบบคร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สินเงิน สุขสมปอง ปทานนท์ ขวัญสนิท สุทธา สุปัญญา วรวรรณ จุฑา พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ดุษฎี อุดมอิทธิพงษ์ วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ สาวิตรี แสงสว่าง และคณะทำงานสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ. (2559). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต

- ของคนไทยระดับชาติ ปี 2556: ความชุกของโรคจิตเวชของคนในเมือง, กรุงเทพมหานคร.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(1), 75-88.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2552). *คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive Behavior
Therapy)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อำไพวรรณ พุ่มศิริสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2013). Desk reference to the diagnostic criteria from
DSM-5™ (5th ed, text revision). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, A. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of
Psychosocial nursing & Mental health Services*, 41: 20-29.
- Bare, R.A. (2006). *Mindfulness Based Treatment Approaches: clinician's guide to
evidence based and applications*. California: Elsevier Academic Press
publication.
- Barlow, D. H. and Dinardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder:
Development, current status, and future directions. In R. M. Rapee, & D. H.
Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed
anxiety-depression* (pp. 95–118). New York: Guilford Press.
- Barry, D. P. (2002). *Mental Health and Mental Illness*. 7th ed. New York: Lippincott,
Williams and Wilkins.
- Borkovec, T. D. and Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety
disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl.11), 37–42.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Lytle, R. and Pincus, A. (2002). A component analysis
of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role
of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70,
288–298.
- Brookfield, L.D. (1986). *Understanding and Facilitating Adult Learning*. Sanfancisco:
Jossey-Bass.

- Brown, T. A. and Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: the role of mindfulness in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. and Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Calmes, C. A. and Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 343-356.
- Chiesa, A. and Serretti, A. (2010). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders. *Journal of Psychiatry Res.* Sep 14.
- Evans, S., Ferrando, S. and Findler M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 22(4):716-721.
- Felder, J. N., Dimidjian, S. and Segal, Z. (2012). Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 68 (2): 179-186.
- Graham, L. E. and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adute surgical patients. *Nursing Research*. 20: 113-122.
- Grimm, P. M. (1997). "Measuring anxiety" In frank-Stromborg, M. and Olsen, S. J., (eds.). *Instrument for clinical health-care research*. 2th ed. (pp. 329-341). Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. and Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24: 342-349.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G. and Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44: 388-395.
- Isaac M. Mark. (1986). *Living with fear*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Bantam Doubleday Group.
- Kim YW, Lee SH, Choi, et al. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patient with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 26(7):601-606.

- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., & Thiboeau, N. (2000). Efficacy of a new cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 957–964.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C. and Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in non-clinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research, 28*: 539–554.
- Ninan, P. T. (2001). General anxiety disorder: why are we failing our patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl. 19), 3–4.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*: 504–511.
- Peplau, H. E. (1991). *International releasing in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer publishing Co, Inc.
- Polit, D. and Beck. (2004). *Nursing research: Principles and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V. and Wallace, L. A. (1990). (a) Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Brit J Gen Pract, 40*(5): 289-294.
- Rickels, K. and Schweizer, E. (1998)” The spectrum of generalized anxiety in clinical practice: the role of short-term intermittent treatment. *British Journal of Psychiatry, 173*: 49-54.
- Roemer, L. and Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 54–68.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. and Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E. and Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 671–688.

- Seok – Man Kwon and Tiam, P.S.Oei. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy. *Journal of Therapy and Experimental Psychiatry*. 34: 73-85.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic.
- Spielberger, C. D. (1972). "Anxiety as an emotional state" in D.C. Spielberger, (ED.). *Anxiety: Current trend in theory and research*. New York: Academic press.
- Spielberger, C. D. (1989). Stress and anxiety in sport In D. Hackfoet and C. D. Spielberger, (eds.) *Anxiety in sport: An international perspective* (pp.3-10). New York: Hemisphere.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P R. and Jacobs, G.A. (1983). *Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (From Y): "Self-Evaluating Questionnaire"*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (2004). *Encyclopedia of applied psychology*. Oxford UK: Elsevier Academic press.
- Spielberger, C. D. and Krasner, S. S. (1988). The assessment of state and trait anxiety. In R. Jr.Noyes, M. Roth and G.D. Burrow (Eds.), *Handbook of anxiety* (pp. 31-52). New York: Elsevier Science Publishers B. V.
- Stein, D.J., Hollander E. and Rothbaum, B.O. (2009). *Textbook of Anxiety Disorders*. 2nd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis: C. V. Mosbt.
- Thanoi W, Phanchaoenworakul K, Thompson EA, et al. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 14, 187-202.
- Varcarolis, E.M. and Halter, J.M. (2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evedence – Base Care*. Missouri: Sauder, an Imprint of Elsevier Inc.
- White, J. R. and Freeman, A.S. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and population*. 1st ed. Washington, DC: American psychological Association.

WHO. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Diagnostic Criteria for Research Geneva*. World Health Organization.

Yook K, Lee SH, Ryu M, et al. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorder: a pilot study. *J Nerv Ment Dis*, 196960:501-503.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภูขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. สุจรรยา โลหาชีวะ	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พันโทหญิง สรินทร เชี่ยวโสธร	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
นางสาวยุภาภรณ์ มีหนองหว่า	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางรวินันท์ ทองขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศีรสถิตย์นรากร, 2553)

$$CVI = \text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 หรือ 4} / \text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}$$

1. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

$$CVI = 8/8 = 1$$

2. แบบประเมินความหมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale)

$$CVI = 21/22 = .95$$





1. การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI form Y-1)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.866	.873	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stai1.1	50.17	51.661	.526	.858
stai1.2	50.20	51.683	.514	.858
stai1.3	50.37	54.102	.346	.864
stai1.4	50.47	55.430	.262	.867
stai1.5	50.13	51.085	.756	.851
stai1.6	50.70	54.010	.401	.862
stai1.7	50.77	50.806	.623	.854
stai1.8	50.20	52.028	.667	.854
stai1.9	50.70	49.321	.575	.856
stai1.10	50.23	54.254	.442	.861
stai1.11	50.17	53.109	.459	.860
stai1.12	50.37	58.171	-.048	.881
stai1.13	50.37	51.344	.481	.860
stai1.14	50.43	57.289	.051	.874
stai1.15	50.13	50.602	.744	.850
stai1.16	50.17	53.316	.604	.857
stai1.17	50.47	52.395	.549	.857
stai1.18	50.53	50.671	.634	.853
stai1.19	50.23	54.185	.363	.864
stai1.20	50.20	53.821	.514	.859

2. การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI form Y-2)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.867	.871	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stai2.1	50.03	57.826	.053	.877
stai2.2	50.07	52.616	.537	.858
stai2.3	50.17	55.385	.322	.866
stai2.4	49.93	52.064	.488	.861
stai2.5	50.53	54.120	.366	.865
stai2.6	49.87	51.637	.615	.855
stai2.7	49.97	52.516	.682	.854
stai2.8	50.43	52.599	.546	.858
stai2.9	50.00	52.000	.614	.855
stai2.10	49.97	52.171	.723	.853
stai2.11	50.20	50.786	.747	.850
stai2.12	50.33	52.506	.628	.856
stai2.13	49.87	53.775	.534	.859
stai2.14	50.03	56.378	.192	.871
stai2.15	50.43	53.978	.414	.863
stai2.16	49.97	53.895	.523	.859
stai2.17	50.07	55.857	.257	.868
stai2.18	50.20	54.372	.360	.865
stai2.19	50.13	56.947	.253	.867
stai2.20	49.73	52.754	.537	.858

3. การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.848	.855	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
RRS1	54.80	47.338	.538	.836
RRS2	54.93	48.961	.410	.842
RRS3	55.00	47.379	.600	.834
RRS4	55.10	50.300	.351	.844
RRS5	54.80	47.131	.706	.831
RRS6	55.33	49.954	.375	.843
RRS7	55.40	48.041	.521	.837
RRS8	54.93	49.926	.478	.840
RRS9	55.47	47.844	.458	.840
RRS10	54.87	49.568	.492	.839
RRS11	54.80	48.717	.474	.839
RRS12	55.00	52.690	.041	.858
RRS13	55.20	50.372	.240	.850
RRS14	55.00	51.172	.259	.847
RRS15	54.83	48.282	.610	.835
RRS16	54.87	50.878	.375	.843
RRS17	55.17	50.075	.424	.841
RRS18	55.20	47.614	.566	.835
RRS19	54.87	50.326	.350	.844
RRS20	54.80	49.476	.480	.839
RRS21	54.93	51.444	.169	.852
RRS22	55.00	49.310	.396	.842



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ป.ว.ส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
6. รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
----------------------------------	-------------------------------------
7. ระยะเวลาที่การเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y)

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของตนเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดในขณะนี้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบ่อย
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเสมอ

ความรู้สึกต่างๆไป	ประสิทธิภาพ			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ฉันรู้สึกดีใจ				
4. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ฉันรู้สึกพอใจตนเอง				
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ฉันรู้สึกตื่นตัวง่าย				
13. ฉันรู้สึกกระวนกระวาย				
14.				
15.				
16.				
17.				
18. ฉันรู้สึกสับสน				
19. ฉันรู้สึกแจ่มใส				
20. ฉันรู้สึกเบิกบานใจ				
คะแนนรวม				

แบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของตนเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุดซึ่งตรงกับความรู้สึกทั่วไป โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกดังกล่าวเลย

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง

ค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวบ่อย

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวเสมอ

ความรู้สึกทั่วไป	ประสิทธิภาพ			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ฉันเป็นคนน่าคบ				
2. ฉันประหม่าและตื่นตัวง่าย				
3. ฉันพอใจในตนเอง				
4.				
5.				
6. ฉันรู้สึกปลอดภัย				
7. ฉันรู้สึกสงบ				
8.				
9.				
10.				
11. ฉันมักคิดในสิ่งที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ				
12. ฉันขาดความมั่นใจในตนเอง				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18. ฉันพึงใจกับความผิดหวังของตนเอง				
19. ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่อคิดถึงสิ่งที่เป็นห่วง				
คะแนนรวม				

แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale)

คำชี้แจง

ข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความคิดของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ ที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความคิด ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เลือกลง / ตรงช่อง ความคิดของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

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

ความคิด	เกือบจะ ไม่เคยเลย	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกือบจะ สม่ำเสมอ
1. คิดซ้ำๆถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวของตนเอง				
2. คิดซ้ำๆว่าตนเองทำงานไม่ได้				
3.				
9. คิดว่าทำไมคุณจึงไม่สามารถทำอะไรต่อไปได้				
10. คิดว่าทำไมคุณจึงมีปฏิกิริยาออกมาในลักษณะนี้				
11.				
13. นึกถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น และปรารถนาที่จะให้มันเป็นไปได้ดีกว่าที่มันเป็นอยู่				
14.				
15. คิดว่าทำไมคุณจึงมีปัญหามากมายในขณะที่คนอื่นไม่มี				
16.				
20. วิเคราะห์บุคลิกภาพของคุณเพื่อที่จะพยายามทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณจึงรู้สึกซึมเศร้า				
21. ไปบางสถานที่ตามลำพังเพื่อที่จะคิดถึงเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง				
22. คิดซ้ำๆถึงความรู้สึกโกรธตัวเอง				
คะแนนรวม				

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
(คู่มือสำหรับพยาบาล)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์ทั่วไป ดังต่อไปนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
<p>ขั้นตอนแรก การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) ขั้นตอนนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บำบัดกับ ผู้รับการบำบัดสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกันกัน ตั้งเป้าหมายของการบำบัดร่วมกัน และการให้ความรู้เรื่องโรค</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป</p>	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มบำบัด</p> <p>2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายสาเหตุ อากาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรควิตกกังวลทั่วไป</p>	(90 นาที)
<p>ขั้นตอนที่สอง ระยะเวลาการบำบัด (Working Session of MBCT) การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจริญสติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบันมากกว่า การครุ่นคิดเกี่ยวกับอดีตหรือวิตกกังวลในอนาคต พัฒนาวิธีการจัดการปัญหาการ จัดการปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วย</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจริญสติด้วยการฝึกสมาธิ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติ ด้วยการฝึกสมาธิ</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ปัญหาการ หมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งนำไปสู่ปัญหา ความวิตกกังวลของตนเอง</p>	(90 นาที)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
การใช้สติ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง	กิจกรรมที่ 3 การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติขั้นพื้นฐาน 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกทักษะการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสินจากสถานการณ์ตัวอย่าง 	(90 นาที)
	กิจกรรมที่ 4 การเจริญสติรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะพื้นฐานของการเจริญสติด้วยการฝึกสติตามการใช้งาน 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะรู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด เรียนรู้ในการอยู่กับปัจจุบัน 	(90 นาที)
	กิจกรรมที่ 5 การเจริญสติปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดและยอมรับตามที่เป็นจริง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดรู้หลักวิธีการและฝึกทักษะการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิดของตนเอง และการยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง 	(90 นาที)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
	<p>กิจกรรมที่ 6 การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ปัญหาคาการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติ ด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการสำรวจปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาคาการหมกมุ่นครุ่นคิดจากสถานการณ์ของตนเองกับสิ่งที่เป็ความจริง 	(90 นาที)
<p>ขั้นตอนสุดท้าย ช่วงท้ายของการบำบัด (Final Session of MBCT)</p> <p>การนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการบำบัดมาปรับใช้ในจัดการกับปัญหาคาการหมกมุ่นครุ่นคิด และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตรประจำวันเป็นแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ุติสัมพันธ์ภาพ</p>	<p>กิจกรรมที่ 7 การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับคาการหมกมุ่นครุ่นคิด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติ ด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะในการจัดการกับคาการหมกมุ่นครุ่นคิด โดยใช้ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับปัญหาทั้งจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลอง 	(90 นาที)

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ทั่วไป	ระยะเวลา
	<p>กิจกรรมที่ 8 การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป และ ยุติสัมพันธ์ภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการเจริญสติ ด้วยการฝึกสมาธิ การฝึกสติ และการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย (Body Scan) 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนวิธีการในการลดความวิตกกังวลและ พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป และ ยุติสัมพันธ์ภาพ 	(90 นาที)

ขั้นตอนที่ 1 การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดด้วยตนเองให้เกิดความไว้วางใจ ยอมรับ และให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มบำบัด
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรควิตกกังวลทั่วไป

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด และผู้รับการบำบัดด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่มีการปฏิบัติในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรม โดยจะรวมถึงการแนะนำตนเอง การชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมของการบำบัด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ และผู้รับการบำบัดมีความยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมบำบัด และเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมต่อไป การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นการอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไปของผู้รับการบำบัดแต่ละคน ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดความตระหนักในผลกระทบจากโรคและมีแนวทางในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรมย่อยและสาระสำคัญ	การดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ	การประเมินผล
ขั้นตอนที่ 1 การแนะนำ MBCT (Introductory Phase of MBCT) (90 นาที)				
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป (90 นาที) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ดังนี้				
1.1 การสร้างสัมพันธภาพ				
1. ผู้รับการบำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดในกลุ่มได้อย่างเหมาะสม	1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดและการระหว่างผู้รับการบำบัดในกลุ่มจะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการทำกลุ่มบำบัด	(ระยะเวลา 30 นาที) 1. เริ่มต้นกลุ่มโดยผู้บำบัดแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้ากลุ่มและประโยชน์ของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ 2. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทุกคนในกลุ่มทำการแนะนำตนเอง 3. ผู้บำบัดปฐมนิเทศและสอบถามความคาดหวังของผู้รับการบำบัด รวมทั้งขอคำยืนยันในการให้ความร่วมมือจะทำกิจกรรมต่างๆ และสร้างข้อตกลงร่วมกับผู้รับการบำบัดในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัดร่วมกันว่าขณะที่ได้รับการบำบัดจะต้องมีการเปิดเผยความคิด ความรู้สึกภายในกลุ่ม และจะต้องยินดีรับการบ้านกลับไปทำที่บ้าน 4. ผู้บำบัดสรุปประเด็นความคาดหวังของผู้รับการบำบัดทุกคน และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถาม	1. ป้ายชื่อสมาชิกกลุ่ม 2. ปากกาเคมี	1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง 2. ผู้รับการบำบัดทุกคนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการแสดงความคิดเห็นและการคาดหวังภายในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรมย่อยและสาระสำคัญ	การดำเนินกิจกรรม	เครื่องมือ	การประเมินผล
1.2 การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป				
<p>2. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปในหัวข้อ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรคได้</p> <p>3. ผู้รับการบำบัดแสดงความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวลของตนเองได้</p>	<p>2. การให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปแก่ผู้ป่วยในหัวข้อความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโรควิตกกังวลทั่วไป รวมถึงปัญหาความวิตกกังวลที่ตนเองมีอยู่ และให้ความสำคัญในการบำบัด โดย การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม</p>	<p>(ระยะเวลา 60 นาที)</p> <p>1. ผู้บำบัดกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ตามประเด็น ดังนี้ ความรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบของโรค เพื่อตรวจสอบความรู้เรื่องโรคของผู้รับการบำบัดทุกคน</p> <p>2. ผู้บำบัดแจกใบความรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป และให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัดตามใบความรู้ ซึ่งจะเป็นการอธิบายเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง และผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไป เพื่อเพิ่มเติมความรู้ของผู้รับการบำบัด</p> <p>3. ผู้บำบัดแจกแบบประเมินความวิตกกังวลให้ผู้รับการบำบัดประเมินตนเอง และแปลผลการประเมินความวิตกกังวล</p> <p>4. ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดรายงานระดับความรุนแรงความวิตกกังวลของตนเอง และบอกแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งให้คำยืนยันในการแก้ไขความวิตกกังวล</p> <p>5. สรุปลักษณะร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด มอบหมายการบ้านตามใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 แบบบันทึกอาการ และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป</p>	<p>1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป</p> <p>2. ใบกิจกรรมที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y)</p> <p>3. ใบมอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 แบบบันทึกอาการและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน</p>	<p>1. ผู้รับการบำบัดสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับและอธิบายความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลตนเอง ผลกระทบจากโรควิตกกังวลทั่วไปได้ถูกต้อง</p> <p>2. ผู้รับการบำบัดพูดถึงและให้คำยืนยันที่จะแก้ไขปัญหาความวิตกกังวลของตนเอง</p> <p>3. ผู้รับการบำบัดทุกคนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้ความร่วมมือภายในกลุ่ม</p>





COA No. 422/2017

IRB No. 147/60

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 3 Date 3 May 2017
 2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 9 March 2017
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 13 April 2017
 4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 3 Date 3 May 2017
 5. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย Version 1 Date 9 March 2017
- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



- ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y)
- ชุดที่ 3 แบบประเมินการหมั่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale)
- 6. Curriculum Vitae
- 7. GCP Training

ลงนาม *Dr. Srinob*
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม *Dr. Praphan*
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 18 พฤษภาคม 2560
 วันหมดอายุ : 17 พฤษภาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ฉ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
แผนกวิชาการ	
เลขที่หนังสือรับ	๐/๐๙
ว.ศ.ป.	11 มี.ค. 60
เวลา	10.43 น.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๓๐๙-๓๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๑๑ มี.ค. ๖๐
วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๙
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
ฝ่ายวิชาการ	
เลขที่หนังสือรับ	๐๐๐/๑๐
ว.ศ.ป.	๑๑.๑๒.๖๐
เวลา	๑๖.๕๘ น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๗๖๔ ลงวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๓๐๖๙๒ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๙

ด้วย บัณฑิตวิทยาลัย ได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่า น.ส.พัชรินทร์ คลองธรรม
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นส่วน
หนึ่งของงานวิจัยของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารินทร์ ถาน้อย และคณะฯ ภาควิชาสุขภาพและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (๒๕๕๔)

โดยปกติแล้วเครื่องมือวิจัยที่จะขอใช้ ถ้าไม่ใช่ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ที่จะขอใช้
เครื่องมือวิจัยต้องทำหนังสือส่งไปยังต้นสังกัดหรือเจ้าของเครื่องมือวิจัยโดยตรง แต่ครั้งนี้บัณฑิตวิทยาลัยได้ส่งหนังสือ
ติดต่อบริษัทไปให้แล้ว และได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ดังรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1100
วันที่	19 ต.ค. 59
เวลา	16.55 น.
ผู้รับ	PP-100-

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม รหัสประจำตัว 5777317836 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 083-1797040

หัวข้อวิทยานิพนธ์โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory from Y (STAI from Y)
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมก่อนนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม พัชรินทร์ ครองธรรม ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม)

19 / 10 / 2559

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p><u>นันทา</u></p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u></p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญทศกร อุทิศ)</p> <p>19 / 10 / 2559</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <u>[Signature]</u></p> <p>(จศ. ดร. ฐพรพรณ วัฒนธรรม)</p> <p>.....</p>
--	--

อนุญาต

[Signature]

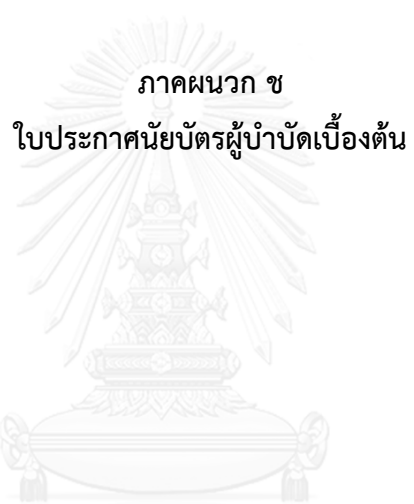
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....

[Signature]
21 ต.ค. 59



ภาคผนวก ข

ใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดเบื้องต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



มอบใบประกาศนียบัตรผู้บำบัดเบื้องต้นไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวพัชรินทร์ ครองธรรม

เป็นผู้ผ่านการอบรม โดยมีการฝึกปฏิบัติ ตามหลักสูตรสตินำบัณฑิตภายใต้รายการข้อกำหนด
(Mindfulness-Based Therapy and Conuseling)

ผู้บำบัดเบื้องต้น

- ๑.เข้าอบรมสตินำบัณฑิตตามหลักสูตร
- ๒.ฝึกปฏิบัติเป็นผู้บำบัดแบบกลุ่ม ภายใต้ Supervision พร้อมบันทึกประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ
- ๓.ฝึกปฏิบัติสมาธิ สติ และบันทึกการปฏิบัติ (๘ สัปดาห์)
- ๔.เข้าร่วมเครือข่ายสตินำบัณฑิต พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย(CoP สตินำบัณฑิต)



มีศักดิ์ และสิทธิ ในการเป็นผู้บำบัดด้วยวิธีสตินำบัณฑิตเบื้องต้นได้
ขอชื่นชมในความวิริยะ อุตสาหะ มุ่งมั่น เพื่อการเป็นผู้บำบัดที่ดี
ขอให้หน้าความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติสืบไป

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ เดือน กันยายน พุทธศักราช ๒๕๕๙


(นายชยยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์)
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต


(นายเจษฎา โชคดำรงสุข)
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัชรินทร์ ครอบธรรม เกิดเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2533 ภูมิลำเนาจังหวัด ปทุมธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ) จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2554 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

