

ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น  
ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง



นายสีบพงศ์ ฉัตรธัมมลักษณ์

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.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING BASED ON BRIEF  
ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON GERIATRIC ANXIETY OF OLDER ADULTS  
WITH CHRONIC ILLNESS

Mr. Suebpong Chatdharmmaluck



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Psychology  
Faculty of Psychology  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2015  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการ  
บำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความ  
วิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง  
โดย นายสีบพงศ์ ฉัตรธัมมลักษณ์  
สาขาวิชา จิตวิทยา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์

---

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะจิตวิทยา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันตนา มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ สุภาพรณ โคตรจรัส)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังขการ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาค)

สืบพงศ์ ฉัตรธัมมลักษณ์ : ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING BASED ON BRIEF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON GERIATRIC ANXIETY OF OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.อรัญญา ตัญคำภีร์, 219 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง ที่ผ่านการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน ด้วยวิธีการสุ่ม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 60 นาที รวม 5 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาใด ๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample *t*-test) และการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample *t*-test) ผลการวิจัย พบว่า

1. หลังทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สาขาวิชา จิตวิทยา

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577903338 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS: INDIVIDUAL COUNSELING / ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY / GERIATRIC ANXIETY

SUEBPONG CHATDHARMMALUCK: THE EFFECT OF INDIVIDUAL COUNSELING BASED ON BRIEF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON GERIATRIC ANXIETY OF OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS. ADVISOR: ASSOC. PROF. DR.ARUNYA TUICOMEPEE, 219 pp.

This study was to examine the effect of individual counseling based on brief acceptance and commitment therapy on geriatric anxiety of older adults with chronic illness. A quasi-experiment with pretest-posttest control group design was employed. Participants, 42 older adults lived in Bang La Mung Elderly Center, were selected purposively according to inclusion criteria. Older adults were randomly assigned into the experimental and the control group (21 persons per group). Participants in the experiment group attended a weekly individual counseling sessions of 60-minute five sessions while participants in the control group received no treatment. Measure of geriatric anxiety was administered to participants at before and after treatment. Data obtained were analyzed using an paired sample *t*-test and independent sample *t*-test. Findings were as follows:

1) When compared with their scores prior to group participation, participants in the experimental condition obtained significantly lower score on geriatric anxiety ( $p < .001$ ).

2) When compared with their scores between experiment and control group, participants in the experimental condition obtained significantly higher score than control group on geriatric anxiety ( $p < .001$ ).

Field of Study: Psychology

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตากรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ดุ้ยคำภีร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ครูผู้ให้โอกาส ให้คำแนะนำ สนับสนุน เอื้อเฟื้อและห่วงใย ตลอดระยะเวลาการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ ข้าพเจ้ารู้สึกทราบบังใจเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณครู

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โคตรจรัส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิสิทธิ์สังขการ และรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้เกียรติพิจารณาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นพ. ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการปรับปรุง แก้ไขตลอดกระบวนการพัฒนามาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย ขอขอบพระคุณ คุณพัชรา ลิ้มอำไพ ดร.เสาวณีย์ นพปราชญ์ และอาจารย์ ดร.เบน เวเนสไตน ที่ให้การปรึกษาและคำแนะนำในการพัฒนารูปแบบการปรัษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และปลูกฝังความเป็นนักจิตวิทยาการศึกษาให้แก่ข้าพเจ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.โสรัจ โหธิแก้ว ที่ทำให้ข้าพเจ้าได้ตระหนักถึงคุณค่าของการรับใช้ประชาชนด้วยวิชาทางการศึกษาเชิงจิตวิทยา และเป็นแรงบันดาลใจให้ยืนหยัดบนหนทางแห่งวิชาชีพนี้

ขอขอบพระคุณ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ข้าพเจ้าในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแคและบ้านบางละมุง ขอขอบพระคุณ คุณขวัญเมือง บวรอัศวกุล อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่กรุณาแนะนำและติดต่อให้ข้าพเจ้าได้เข้าดำเนินการทดลองที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง ขอขอบพระคุณ คุณวรรณปวีณ์ อิมพิชัย หัวหน้าหน่วยพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม และคุณกรกันยา งามวิสัย นักสังคมสงเคราะห์และผู้ประสานงาน ที่อำนวยความสะดวกและดูแลเอาใจใส่ตลอดการดำเนินงานวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณปกรณ์ ไยมณี และคุณพัฒนาพร เดชอมรรัตน์ สำหรับการทำงานในฐานะผู้ช่วยวิจัย และเป็นเพื่อนร่วมเดินทางตลอดระยะเวลาทำวิจัย ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในการช่วยเหลืออย่างสุดกำลังความสามารถ การใฝ่เรียนรู้พัฒนาตน และการมีจิตอาสาเพื่อบำบัดทุกข์บำรุงสุขให้กับผู้ด้อยโอกาสในสังคม

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้โครงการทุนวิจัยมหาบัณฑิต สกว. ด้านมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ คุณตา คุณยาย ที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัย แบ่งปันประสบการณ์ และถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่ข้าพเจ้าด้วยความเมตตากรุณา ข้าพเจ้าจะจดจำ รักษา และถ่ายทอดสิ่งดีงามที่ได้ประสบสุนันทารุ่นหลังต่อไป

ท้ายที่สุดนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ที่ให้เลือดเนื้อและชีวิตแก่ข้าพเจ้า ให้ความรัก ความเข้าใจ และให้โอกาสอย่างที่มีอาจมีผู้ใดเทียบเทียมได้ ขอขอบคุณ คุณเพ็ญระพี จินตติ ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ข้าพเจ้าได้ทำในสิ่งที่หลงใหล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ .....	ฐ
บทที่1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ศึกษา.....	8
กลุ่มตัวอย่าง.....	8
เครื่องมือในการวิจัย .....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น แบบสั้น .....	9
ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ .....	11
ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น .....	12

1.1 ประวัติความเป็นมา .....	12
1.2 โครงสร้างของจิตใจ.....	17
1.3 เป้าหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา .....	30
1.5 แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล.....	32
1.6 การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น (Brief therapy) .....	35
1.7 การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล และความวิตกกังวล.....	42
2. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (Geriatric Anxiety).....	43
2.1 นิยามและขอบเขต .....	43
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	44
2.3 ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ .....	48
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการหลักตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น กับปัญหาทางด้านจิตใจ .....	53
3.2 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
กลุ่มตัวอย่าง .....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	71
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล.....	71
2. มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ.....	71
3. รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล .....	74
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย .....	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	87



การวิเคราะห์ข้อมูล .....	88
การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง .....	88
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง .....	90
2. ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	92
2.1 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	93
2.2 ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในช่วงก่อนและหลังการทดลอง .....	95
2.3 การทดสอบสมมติฐาน .....	96
3. สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน .....	98
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	100
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	101
ส่วนที่ 1 ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับ และความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความ เจ็บป่วยเรื้อรัง .....	101
1.1 ประเด็นที่เป็นผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่ เน้น การยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดความวิตกกังวลของ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง.....	101
1.2 ประเด็นที่เป็นผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่ เน้น การยอมรับและความมุ่งมั่น ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม .....	149
ส่วนที่ 2 ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ .....	153
2.1 ประเด็นเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในการวิจัยนี้.....	153
2.2 ประเด็นการควบคุมสิ่งรบกวน หรือ การควบคุมสภาพการณ์ในการดำเนินการ วิจัย.....	155

2.3 ประเด็นกลุ่มควบคุมที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง .....	157
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	158
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ .....	159
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป .....	162
รายการอ้างอิง .....	164
ภาคผนวก.....	171
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	172
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	174
ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ .....	176
ภาคผนวก ง การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด .....	180
ภาคผนวก จ ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายคู่ตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง.....	196
ภาคผนวก ฉ การเปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย .....	198
ภาคผนวก ช โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลง ตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับ และความมุ่งมั่นแบบสั้น .....	202
ภาคผนวก ซ ตัวอย่างการสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีปรึกษา .....	215
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	219

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ความหมายโดยย่อของกระบวนการหลัก 6 ประการในการศึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น .....	28
ตารางที่ 2	แนวทางในการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและ ความมุ่งมั่น .....	33
ตารางที่ 3	แง่มุมชีวิต คำถามหลักต่อแง่มุมชีวิต และรูปแบบจิตใจ 2 ประการ.....	38
ตารางที่ 4	แนวทางสำหรับการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับ และ ความมุ่งมั่น สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวล .....	62
ตารางที่ 5	โครงสร้างและรายละเอียดของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มี ความวิตกกังวล .....	64
ตารางที่ 6	รูปแบบการวิจัย.....	66
ตารางที่ 7	ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ .....	73
ตารางที่ 8	การปรับปรุงกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้น การยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังการ นำไปทดลองใช้ .....	81
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี และระยะเวลาที่รักษา (n = 42).....	91
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าความเบ้ (SK) ค่าความโด่ง (KU) และ การทดสอบการแจกแจงปกติ ค่า Kolmogorov-Smirnov ของตัวแปรความวิตก กังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนและหลังทดลอง (n = 42).....	94
ตารางที่ 11	การทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม ค่า Levene's ของตัวแปรความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนและหลังทดลอง (n = 42).....	95
ตารางที่ 12	ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนต่ำสุด (Min) คะแนนสูงสุด (Max) และพิสัย (Range) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนทดลอง (n = 42).....	95

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) คะแนนต่ำสุด (Min) คะแนนสูงสุด (Max) และพิสัย (Range) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงหลังทดลอง (n = 42).....	96
ตารางที่ 14 ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample t-test) ในกลุ่มทดลอง (n = 21).....	97
ตารางที่ 15 ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ของตัวแปร ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ก่อนทดลอง (n = 42).....	98
ตารางที่ 16 ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังทดลอง (n = 42).....	98
ตารางที่ 17 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย .....	99
ตารางที่ 18 ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย.....	112
ตารางที่ 19 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัด .....	181
ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ .....	188
ตารางที่ 21 ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายคู่ตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง .....	196
ตารางที่ 22 ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลอง.....	198
ตารางที่ 23 ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มควบคุม .....	200
ตารางที่ 24 โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น.....	203

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างของจิตใจที่ขาดความยืดหยุ่น (Hayes และคณะ, 2013, หน้า 184) .....	19
ภาพที่ 3 แสดงโครงสร้างของจิตใจที่มีความยืดหยุ่นและกระแสนการเปลี่ยนแปลงในการศึกษา เชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (Hayes และคณะ, 2013, หน้า 185) .....	27
ภาพที่ 4 แสดงเป้าหมายของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้น การยอมรับและความมุ่งมั่น (Harris, 2009, หน้า 33) .....	31
ภาพที่ 5 แสดงการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและ ความมุ่งมั่น แบบสั้น (Harris, 2009, หน้า 13) .....	35
ภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนในการคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย .....	68

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากการเกิดและการตายที่ลดน้อยลง ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม ทำให้สังคมปัจจุบันกลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่มีลักษณะสังคมรวมหมู่ กลายเป็นสังคมที่มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ต่างวัฒนธรรมต่างภาษาถิ่นต่างถิ่น เป็นปัจเจกชนมากขึ้น และที่สำคัญพบว่า คนส่วนใหญ่ละเลยหรือให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุลดน้อยลง ดังผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 โดยผู้สูงอายุหญิงจะอยู่คนเดียวมากกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.8 มักมีปัญหาความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ รองลงมา ร้อยละ 26.5 มีปัญหาไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

งานวิจัยในประเทศไทยจำนวนหนึ่งได้นำเสนอปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทย เช่น อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2545) ศึกษาผู้สูงอายุ 1,390 คน ใน 35 ชุมชน จาก 4 เขตรอบบริเวณโรงพยาบาลศิริราช คือ เขตบางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ตลิ่งชัน และบางพลัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยดังกล่าวมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 12.78 โดยมีอาการเช่น มีความรู้สึกเสียใจหรือเศร้า มีความรู้สึกเชิงหรือเบื่อหน่ายอ่อนเพลีย มีความรู้สึกหมดหวัง ไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกหงุดหงิดมีอาการกระวนกระวาย สมาธิไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงด้านการนอน เป็นต้น ซึ่งอาการที่แสดงออกนี้มีอาการของภาวะวิตกกังวลร่วมด้วย

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญด้านหนึ่งที่เราพบเห็นได้ทั่วไปในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย แต่ในผู้สูงอายุนั้นจะมีลักษณะอาการเฉพาะที่แตกต่างไปจากความวิตกกังวลของคนช่วงวัยอื่น จึงเรียกสภาวะนี้ว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (Geriatric anxiety) โดยนักวิชาการด้าน

การสูงวัยระบุว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบควบคู่ไปกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะมีความเชื่อมโยงกับ สมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง การรับรู้ถึงสุขภาพที่แย่งของตนเอง การลดลงของความพึงพอใจในชีวิต การเพิ่มขึ้นของความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะไร้ความสามารถทางกายที่เพิ่มขึ้น และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Stanley et al., 2003; Wetherell & Gatz, 2005; Wetherell et al., 2004)

นอกจากนี้ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มักประสบกับความเปลี่ยนแปลงของบริบทชีวิตครั้งสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียสิ่งสำคัญต่อชีวิตตน ไม่ว่าจะสมาชิกในครอบครัว อาชีพการงาน สัมพันธภาพทางสังคม ฯลฯ ผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาด้านจิตใจจากการสูญเสียอาจใช้กลไกหลีกเลี่ยงการรับรู้ปัญหาโดยไม่รู้สึกตัว และมักไม่ตระหนักถึงคุณค่าชีวิต จนทำให้ขาดหลักยึดเหนี่ยวในการแก้ไขปัญหา โดยพฤติกรรมเหล่านี้บ่งบอกถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือขาดทักษะความสามารถในการจัดการปัญหา อีกทั้งยังสะท้อนถึงสภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ เนื่องจากขาดความยืดหยุ่นจึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหรือสถานการณ์ที่กำลังประสบอยู่ได้

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุพบว่า มีการนำหลักการ กระบวนการ และเทคนิควิธีการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) มาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลเป็นจำนวนไม่น้อย อีกทั้งยังแสดงถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้แนวทางของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น มาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล (Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013) โดยมุ่งเน้นที่การเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับมากกว่าการเผชิญปัญหาด้วยการควบคุมและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับคุณค่าชีวิต ทั้งนี้การเลือกใช้แนวทางการยอมรับของผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับสมรรถภาพในหน้าที่ที่ลดลงซึ่งสวนทางกับวัยที่สูงขึ้น (Wetherell et al., 2011)

เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ด้วยตนเอง การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงตามช่วง

วัย และจัดการกับความวิตกกังวลด้วยการสำรวจตนเองอย่างถี่ถ้วน จนกระทั่งเกิดเป็นความเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ และสามารถยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามจริง ควบคู่ไปกับการตรวจพินิจคุณค่านำชีวิตเอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่มีคุณค่าความสำคัญต่อตน มีความเข้าใจในคุณค่านำชีวิตซึ่งเป็นแรงจูงใจระดับลึกซึ้งที่ผลักดันพฤติกรรม สามารถใช้ประโยชน์คุณค่านำชีวิตที่ประจักษ์ชัดนี้ในทางที่เป็นหลักยึดเหนี่ยวในการแก้ไขปัญหาและกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิต รวมถึงใช้ในการวางแผนใจเพื่อเสริมแรงพฤติกรรม สร้างและรักษาความมุ่งมั่น และให้กำลังใจในระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การศึกษาของ Wetherell และคณะ (2011) ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ที่มีต่อการลดลงของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Wetherell et al., 2011) อีกทั้ง Petkus และ Wetherell (2013) ได้ทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอแนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล โดยเน้นการปรึกษาที่มีจำนวนครั้งไม่เกิน 5 ครั้ง หรือ Brief therapy ใน 5 ประเด็นหลัก ตามลำดับ ดังนี้ (1) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิต (2) การยอมรับหรือพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง (3) การปล่อยวางทางความรู้สึก (4) การมีสติรู้สำนึกและการเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต และ (5) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Petkus & Wetherell, 2013) จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะนิสิตสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษามีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการ กล่าวคือ

ประการแรก งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายเรื่องระบุว่า การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ความทุกข์ด้านจิตใจจะทำให้ผู้สูงอายุประสบกับความทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น (Petkus & Wetherell, 2013) การที่ผู้สูงอายุใช้การหลีกเลี่ยงประสบการณ์เป็นวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหานั้นมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของความวิตกกังวล (Ayers, Petkus, Patterson, & Wetherell, 2010) และการเพิ่มขึ้นของความซึมเศร้า (Andrew & Dulin, 2007) นอกจากนี้ งานศึกษาส่วนใหญ่ยังชี้ตรงกันอีกว่าการหลีกเลี่ยงประสบการณ์มีอิทธิพลทางลบต่อโลกการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Petkus & Wetherell, 2013) การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและ



ความมุ่งมั่น เป็นแนวทางบำบัดที่มุ่งลดการหลีกเลี่ยงที่ประสบการณ์และปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ไม่ว่าปัญหาด้านจิตใจจะแสดงอาการด้านวิตกกังวลหรือซึมเศร้า โดยกระบวนการจะเน้นที่องค์ประกอบด้านการยอมรับและคุณค่าชีวิต และเอื้อให้ผู้มาปรึกษาเกิดความเข้าใจในกลไกการหลีกเลี่ยงที่ประสบการณ์ของตนก่อนเป็นขั้นตอนพื้นฐาน จนสามารถเกิดการยอมรับและก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่อไป (Petkus & Wetherell, 2013; Wetherell et al., 2011) การปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลตามแนวทางนี้จึงมีความสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาและบริบทโดยทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงคุณค่าชีวิตของผู้วิจัย

ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพด้านร่างกายเสื่อมถอยและมีมักประสบกับปัญหาสุขภาพ ทั้งเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือความพิการ (Baxter, Samnaliev, & Clark, 2009) และประสบกับปัญหาสุขภาพจิต อันเกี่ยวเนื่องกับการรับมือกับความสูญเสีย (Carbonare et al., 2009) รวมไปถึงมีความกังวลใจในเรื่องการเป็นภาระการดูแลของผู้อื่น และการเผชิญหน้ากับความตายโดยไม่ได้เตรียมความพร้อมล่วงหน้า เป็นต้น ประสบการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเพิ่มความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และเป็นการเพิ่มแรงกดดันต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้มากยิ่งขึ้น (Whitbourne & Meeks, 2011) ซึ่งประสบการณ์ดังนี้นำไปสู่การสิ้นหวังและขาดแรงจูงใจในการใช้ชีวิตอันเป็นลักษณะที่พบเห็นได้โดยทั่วไป การใช้วิธีการควบคุมเพื่อต่อสู้กับปัญหาเหล่านี้เป็นการฝืนความเป็นไปตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ การมุ่งจับจ้องแต่ความเสื่อมสุญที่เกิดขึ้นแล้วพยายามปรับการรับรู้หรือความคิดที่มีต่อประสบการณ์เจ็บปวดเพียงวิถีทางเดียวนั้น มักเป็นเหตุหน้าที่คอยซ้ำเติมสภาพปัญหาให้เลวร้ายลงกว่าเดิม โดยงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุที่พยายามฝืนกำจัดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้นั้นจะมีความเสี่ยงต่อความซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น (Isaacowitz & Seligman, 2002) และการทำงานกับเนื้อหาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่วนเวียนอยู่กับเรื่องสุขภาพหรือความสูญเสียที่นับวันมีแต่จะแย่ลงเรื่อย ๆ นั้น ยิ่งแต่จะซ้ำเติมความกังวลใจที่ผู้สูงอายุมีอยู่ให้มากยิ่งขึ้น (Diefenbach, Tolin, Gillian, & Meunier, 2008; Petkus & Wetherell, 2013) ในทางตรงกันข้ามการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงทรัพยากรที่ยังคงเหลืออยู่ของตน พร้อมไปกับเรียนรู้ที่จะใช้ทรัพยากรที่มีนั้นอย่างมีคุณค่าและคุ้มค่า จะเป็นวิถีทางที่เป็นประโยชน์และเอื้อต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุมากกว่า

ประการที่สาม ในปี พ.ศ. 2551 – 2552 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มเปราะบางและต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ประมาณร้อยละ 15.93 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด โดยผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 4 กรณีต่อไปนี้ คือ (1) ออกนอกบ้านลำบากหรือติดบ้าน (2) นอนติดเตียง (3) ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และ (4) สมองเสื่อม ซึ่งทั้ง 4 กรณีนี้นับเป็นกรณีส่วนน้อยและมักพบในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) สถิติข้อมูลประมาณการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทยดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามควร รวมถึงสามารถรับรู้และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะนำเสนอการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ซึ่งมีลักษณะของกระบวนการเชิงสังคม เพื่อใช้แก้ไขปัญหาด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังคงช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้ Petkus และ Wetherell (2013) กล่าวว่า แนวทางการบำบัดที่เน้นกระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ด้านการยอมรับและคุณค่าชีวิต เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับทั้งทฤษฎีพัฒนาการของผู้สูงอายุและแนวคิดเรื่องการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จที่อธิบายได้ด้วยแนวคิด Selective Optimization with Compensation (SOC) ของ Baltes (1997) และ Freund (2008) กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะกำหนดเป้าหมายชีวิตในช่วงบั้นปลายชีวิตผ่านการประเมินถึงทรัพยากรที่ตนเองมีและเห็นว่าเพียงพอที่จะนำพาตนให้สามารถบรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งได้ พร้อมกับพิจารณาถึงวิธีการที่เป็นไปได้ที่สุดในการบรรลุเป้าหมายนั้นไปด้วยในขณะเดียวกัน (Petkus & Wetherell, 2013) การมีความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ เช่น การยุติความตั้งใจหรือยกเลิกเป้าหมายที่ไม่เหมาะสมแล้วแทนที่ด้วยเป้าหมายใหม่ที่เป็นไปได้มากกว่ายังเอื้อประโยชน์ต่อการมีสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้นได้อีกด้วย (Wrosch, Dumer, Scheier, & Schulz, 2006; Wrosch, Scheier, Miller, Schulz, & Carver, 2003)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น จึงน่าจะมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยด้วยเช่นกัน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกทิศทางชีวิต วางเป้าหมาย และกำหนดพฤติกรรมตน โดยอาศัยคุณค่าชีวิตเป็นหลักสำหรับยึดเหนี่ยว เป็นปัจจัยกำหนดการตัดสินใจ และเป็นเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ยืดหยุ่น ผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนการดังนี้มีลักษณะเป็นสากลและสามารถตอบสนองความปรารถนาส่วนลึกของผู้สูงอายุ

ทั่วไปได้โดยไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม นอกจากนี้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองตลอดช่วงชีวิต และให้คุณค่ากับศักยภาพของบุคคลที่สามารถเจริญงอกงามได้แม้ว่าจะอยู่ในวัยสูงอายุแล้วก็ตาม ค่านิยมดังนี้สอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐานของผู้วิจัยในการปฏิบัติงานด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา อีกทั้งยังเป็นหลักคิดสำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการฟื้นฟูความหวังในการมีชีวิตที่ดียิ่งขึ้นแก่ผู้สูงอายุ

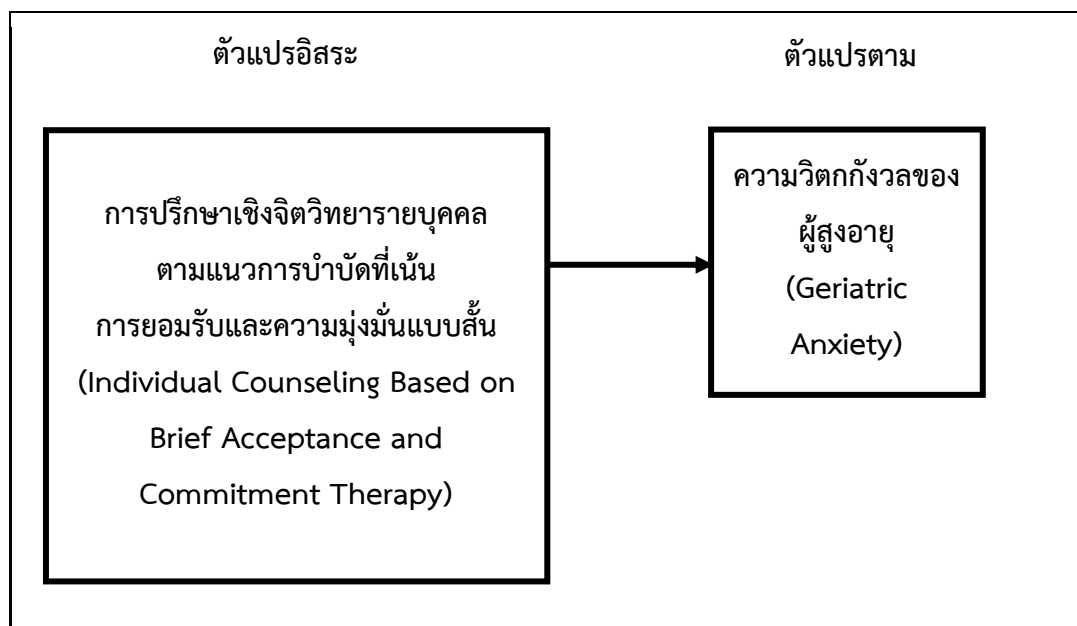
จากความสำคัญของปัญหาและเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะ และตรวจสอบประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาดังกล่าวถึงการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุผู้วิจัย มีกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงตามแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 21 ราย โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

### ตัวแปรที่ศึกษา

1) ตัวแปรอิสระ คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น (กลุ่มควบคุม)

2) ตัวแปรตาม คือ คะแนนที่ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย ที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก The Geriatric Anxiety Scale (GAS; Segal, June, Payne, Coolidge & Yochim., 2010)

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ในปีที่ดำเนินการวิจัย) ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง และมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อในเส้นเลือด โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามการวินิจฉัยของแพทย์) ผู้สูงอายุทั้งหมดมีค่าคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่า 19 คะแนน ( $M+.5SD$ ) ขึ้นไป และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือในการวิจัย

1) การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น

2) มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น** (Individual counseling based on brief Acceptance and Commitment Therapy) หมายถึง การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจแก่ผู้มาปรึกษา สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหา จากวิธีการหลีกเลี่ยงที่มักเป็นไปโดยอัตโนมัติและขาดสติรู้สำนึก ไปสู่วิธีการเปิดรับและตรวจพินิจประสบการณ์ที่มักเป็นไปโดยอัตโนมัติและขาดสติรู้สำนึก ไปสู่วิธีการเปิดรับและตรวจพินิจประสบการณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดแบบมีสติรู้สำนึก เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้ปล่อยวางความคิดและยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยการมีความเข้าใจที่ถ่องแท้ ตลอดจนลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่มีแรงผลักดันมาจากความกลัวแล้วส่งเสริมพฤติกรรมสร้างสรรค์ที่มีแรงจูงใจมาจากคุณค่าในชีวิตทดแทน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น โดยอาศัยแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบสั้น (Brief therapy) ตามแนวทางของ Strosahl Robinson และ Gustavsson (2012) และอิงตามการศึกษาของ Petkus และ Wetherell (2013) ที่นำเสนอรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวทางนี้สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล โดยครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก คือ (1) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าในชีวิต (2) การยอมรับและพร้อมเปิดรับประสบการณ์ (3) การปล่อยวางทางการรู้คิด (4) การมีสติรู้สำนึกและการเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต และ (5) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น สำหรับรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มีจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที โดยมีผู้วิจัยเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษา ดังนี้

**ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความวิตกกังวล** โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดรักษากับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งฝึกฝนการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก จากนั้นจึงนำเสนอกระบวนการบำบัดตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น แล้วชวนสรุปเป็นความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีปรึกษาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น พร้อมทั้งเปิดโอกาสในการทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความกระจำชัดในประเด็นปัญหามาและความคาดหวัง และสามารถกำหนดโจทย์การปรึกษาที่แท้จริงได้ อันนำไปสู่การมีความหวังในการแก้ไขปัญหามีชีวิตที่ดีต่อไป

**ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ** นักจิตวิทยาการปรึกษาจะฉายภาพวงจรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ

ตนเองที่กระฉ่างชัดยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนการดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ อันจะเป็น การเตรียมความพร้อมก่อนนำไปสู่ขั้นตอนของการยอมรับประสบการณ์ด้วยความเข้าใจที่ถ่องแท้และถูกต้องตรง ตามความเป็นจริง โดยที่การยอมรับสามารถกลายเป็นความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ซึ่งจะเอื้อ ประโยชน์ต่อความก้าวหน้าของกระบวนการในลำดับขั้นตอนต่อ ๆ ไป ทั้งนี้ความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล ของตน ความกล้าและความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวดได้อย่างเป็นปัจจุบันขณะ จะทำให้ ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลลดลง โดยเฉพาะความวิตกกังวลด้านอารมณ์ความรู้สึก

### **ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และลดความกังวลใจของผู้สูงอายุ** นักจิตวิทยา

การปรึกษาจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการปล่อยวางทางความรู้สึก ซึ่งมีผลทำให้สามารถผ่อนคลายความกังวลใจที่ เชื่อมโยงกับความคิดและความวิตกกังวลด้านการรู้คิดได้ นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษายังเอื้ออำนวยให้ ผู้มาปรึกษาได้ลดการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ลดการตีตราตนเอง มีการขยายโลกทัศน์ของตนให้กว้างขวางขึ้น แล้วสามารถเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิตในขณะปัจจุบันได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม อันจะมีส่วนช่วยสนับสนุน การปล่อยวางทางความรู้สึกและลดความวิตกกังวล

### **ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และลดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุ**

นักจิตวิทยาการปรึกษาจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจถึงคุณค่าชีวิตจนกระฉ่างชัด และสามารถนำ คุณค่านำชีวิตมากำหนดเป็นหลักชัยและมีเข็มมุ่งที่แน่ชัดได้ จากนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาจะสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุได้กำหนดพันธกิจชีวิต และวางแผนการกระทำหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อบรรลุพันธกิจชีวิตที่ กำหนดไว้ ทั้งนี้การตระหนักถึงคุณค่าชีวิตและตั้งใจลงมือกระทำบางสิ่งบางอย่างด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้ตนมี ชีวิตที่ดีขึ้น จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ เอื้อต่อการรับรู้ความสามารถของตน ก่อให้เกิดความมั่นใจในการ กำหนดชะตาชีวิตตนเอง และช่วยลดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุได้

### **ครั้งที่ 5 การประเมินความวิตกกังวลและการยุติการศึกษาเชิงจิตวิทยา** นักจิตวิทยาการปรึกษา

จะเชิญชวนให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ของการศึกษาเชิงจิตวิทยาและประสบการณ์ของการ เปลี่ยนแปลงตนเองตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น รวมถึงสรุปผลการเปลี่ยนแปลงของ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษายังให้ความสำคัญกับขั้นตอนของ การยื่นหยัดการกระทำ โดยเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งจะช่วย ป้องกันการย้อนคืนของความวิตกกังวลด้านต่าง ๆ หรือความกังวลใจเฉพาะเรื่องได้

**ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (Geriatric anxiety)** หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย อึดอัด ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ที่เขากำลังเผชิญหน้า ในขณะที่นั้น รวมไปถึงความกังวลใจ ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน รู้สึกหวั่นเกรงต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่สภาวะทางจิตใจดังกล่าวเป็นปัญหาที่คอยรบกวนคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานที่ของผู้สูงอายุ ในการวิจัยนี้ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ คือ ค่าคะแนนจากมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากมาตรวัด The Geriatric Anxiety Scale (GAS) ตามแนวคิดของ Segal และคณะ (2010)

**ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Older adults with chronic illness)** หมายถึง ผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ในปีที่ดำเนินการวิจัย) เป็นบุคคลที่มีความเจ็บป่วยในลักษณะเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือด โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามการวินิจฉัยของแพทย์

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เป็นแนวทางในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลสูง ให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

##### 1.1 ประวัติความเป็นมา

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เป็นแนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีรากฐานมาจากจิตบำบัดแนวพฤติกรรมนิยม (Behavior Therapy: BT; คลื่นลูกที่ 1) และแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม (Cognitive Behavior Therapy: CBT; คลื่นลูกที่ 2) (Hayes, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) ตามลำดับ อีกทั้งมีทฤษฎี Relational Frame Theory (RFT) และปรัชญา Functional Contextualism (FC) เป็นหลักการพื้นฐานรองรับ โดยในการพัฒนารอบแนวคิดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นนี้ ผู้พัฒนาได้มีการขยายขอบเขตความสนใจที่แต่เดิมนั้นมุ่งเน้นด้านพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตเห็นได้ไปสู่พฤติกรรมภายในที่ยากต่อการสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน อันได้แก่ กระบวนการทางรู้คิดต่าง ๆ เช่น การนึก คิด วิเคราะห์ ประเมินค่า ดีความหรือให้ความหมาย และสรุปความคิดรวบยอด เป็นต้น รวมถึงกระบวนการทางจิตใจอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอารมณ์ความรู้สึก ที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการรู้คิด เช่น การรับรู้อารมณ์ความรู้สึก การมีสติรู้สำนึก แรงจูงใจ และความมุ่งมั่น เป็นต้น

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เป็นรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารูปแบบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจากจิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม หากแต่มีลักษณะสำคัญที่แตกต่างไปจากจิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิมตรงที่ โดยทั่วไปแล้วจิตบำบัดตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิมนั้นจะให้ความสำคัญ

กับการตรวจพินิจเนื้อหาที่ได้จากการรู้คิด อันได้แก่ ความคิดและความเชื่อ และมีทัศนคติที่มุ่งเปลี่ยนแปลงเนื้อหาเหล่านี้เป็นสำคัญ ในขณะที่การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นจะให้คุณค่ากับการทำงานตามหน้าที่ของกระบวนการทางการรู้คิดมากกว่าเนื้อหาที่ได้จากการรู้คิด หรืออาจกล่าวในอีกนัยหนึ่งได้คือ มุ่งทำการสังเกตถึงแบบแผนการนึกคิดทางลบของตนที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ (Craske, 2010) นอกจากนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ยังสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ถอนตัวให้เป็นอิสระจากความพยายามที่จะเข้าไปพิสูจน์หรือโต้แย้งทางความคิด ซึ่งมีแต่จะทำให้เกิดการคิดฟุ้งซ่าน และจิตใจปั่นป่วนยิ่งขึ้น หากแต่ส่งเสริมให้ผู้มาปรึกษาได้มีความกล้าที่จะเผชิญหน้าและเรียนรู้ที่จะยอมรับประสบการณ์ภายในตนอย่างตรงไปตรงมา โดยเชื่อว่าแนวทางการรับมือกับปัญหาเช่นนี้จะช่วยลดผลกระทบที่การนึกคิดทางลบมีต่ออารมณ์ความรู้สึกให้น้อยลงได้ ซึ่งนับว่าเป็นการนำเสนอแนวทางใหม่ที่จะใช้ทดแทนแนวทางการรับมือกับปัญหาที่มุ่งแต่การกำจัดความรู้สึกนึกคิดทางลบที่เกิดขึ้นแก่ตน (Neenan & Dryden, 2015) ที่บ่อยครั้งพบว่าเป็นแนวทางที่ใช้ไม่ได้ผล

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญกับการตรวจพินิจถึงการทำงานตามหน้าที่ของอินทรีย์ด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระร่างกาย ที่เชื่อมต่อกับบริบทชีวิตและสถานการณ์ที่ผู้มาปรึกษากำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ซึ่งการทำงานของอินทรีย์นี้จะสะท้อนเป็นประสบการณ์ภายในและภายนอกตน นอกจากนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ยังให้คุณค่ากับการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง กล่าวคือสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้เปิดรับและทดลองประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ ๆ ด้วยวิธีการทดสอบเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดการประจักษ์แจ้งได้ด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้มาปรึกษาจะได้ประสบกับประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ หากแต่เขาไม่จำเป็นต้องทอดทิ้งแบบแผนความรู้หรือประสบการณ์เดิมของตน ในทางกลับกัน เขาจะได้รับการสนับสนุนให้เลือกสรรทรัพยากรของตนที่เป็นประโยชน์และให้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่า ให้นำมาใช้ในงานในลักษณะใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ที่เขากำลังประสบอยู่ในขณะนั้น

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญกับการสื่อความหมายผ่านถ้อยคำและการใช้ภาษา ซึ่งเชื่อมโยงเข้ากับความสามารถทางการรู้คิดของบุคคลแต่ละคนเป็นการเฉพาะ ด้วยเหตุนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตาม

แนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นจึงนิยมนำเอาเทคนิควิธีการทางภาษามาใช้ใน กระบวนการซึ่งเทคนิควิธีการที่สำคัญ ได้แก่ การใช้คำอุปมาอุปไมย (Metaphor) การอุปมาอุปไมย (Analogy) การสื่อความแบบปฏิทรรศน์ (Paradox) และการเล่าเรื่องราว (Storytelling) เป็นต้น นอกจากนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นยังมีทักษะและท่าทีที่ยืดหยุ่น เปิดกว้าง และยอมรับเอาเทคนิควิธีการที่ใช้ได้ผลจากแนวทางอื่นที่มีอยู่ก่อนหน้า เช่น การฝึกผ่อนคลาย การจินตนาการแบบนำทาง การใช้ประโยคเตือนใจ และการกระตุ้นพฤติกรรม เป็นต้น มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อกระบวนการ โดยมักให้นำเสนอด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ และแตกต่างไปจากเดิม ผ่านการปรับใช้ภาษาให้สอดคล้องกับรูปแบบเฉพาะของตน การสร้างสรรค์เหล่านี้นับเป็นเอกลักษณ์ประการหนึ่งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับสภาวะในขณะที่ได้สังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก ซึ่งเป็นจุดร่วมสำคัญของจิตบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมรุ่นใหม่ที่ได้ชื่อว่าเป็นคลื่นลูกที่ 3 (Mansell & Taylor, 2012) โดยสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้มีโอกาสพัฒนาทักษะความชำนาญด้านการสังเกตต่อความรู้สึกนึกคิด และสัมผัสทางกายภาพในลักษณะต่าง ๆ ผ่านแบบฝึกฝนที่เอื้ออำนวยให้เขาสามารถทำการสังเกตได้อย่างเรียบง่ายและเป็นปัจจุบันขณะ ปราศจากการตัดสิน และก้าวพ้นไปจากความพยายามที่จะบังคับให้สภาวะเหล่านั้นเปลี่ยนแปลงไปตามใจตน ไม่ว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีความเข้มข้นมากน้อยสักเพียงใดก็ตาม (Neenan & Dryden, 2015) การส่งเสริมการทำงานของสติรู้สำนึกนี้จะเอื้ออำนวยให้เกิดการรับรู้ที่เป็นกลาง สามารถรับรู้ประสบการณ์หนึ่ง ๆ ได้โดยไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของอคติ ทำให้ผู้มาปรึกษาสามารถอยู่กับประสบการณ์ภายในตนได้ด้วยจิตใจที่เป็นปกติ อีกทั้งการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึกยังช่วยให้ผู้มาปรึกษาสามารถจัดการกับการบิดเบือนทางการรู้คิด (Cognitive distortion) ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง และนำไปสู่การตอบสนองที่ตรงตามสถานการณ์ มีความเหมาะสมกับบริบทชีวิตได้ โดยที่การสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึกดังนี้ เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อประสิทธิผลของกระบวนการในทุกขั้นตอน

Hayes และคณะ (2013) กล่าวถึงภาพรวมและพัฒนาการของแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นว่า เป็นโมเดลการเปลี่ยน

แปลงพฤติกรรมที่เป็นองค์รวมและแตกต่างจากโมเดลอื่นอย่างชัดเจน เป็นโมเดลที่เชื่อมโยงกับวิธีการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า พฤติกรรมศาสตร์ตามบริบท (Contextual Behavioral Science: CBS) โดยโมเดลดังกล่าวมีลักษณะเป็นกระบวนการหาข้อสรุปจากสิ่งที่สังเกตได้ (โดยอุปนัย) เพื่อสร้างระบบทางจิตวิทยาที่เหมาะสมและตั้งอยู่บนปรัชญาพื้นฐานที่มั่นคง มีการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีเพื่อรองรับระบบและวิธีการ มีการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีที่นำมาใช้กับหลักการพื้นฐาน มีความสอดคล้องระหว่างเทคนิควิธีการและองค์ประกอบกับหลักการและกระบวนการ มีการติดตามกระแสการเปลี่ยนแปลงและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ มุ่งเน้นที่การส่งผ่าน (Mediation) และการกำกับ (Moderation) ในการวิเคราะห์ผล ให้ความสำคัญต่อประสิทธิผลและความคุ้มค่าของกระบวนการ ให้ความสนใจต่อการเผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่สาธารณะ มีงานวิจัยเชิงประจักษ์ในบริบทที่หลากหลายและต่างระดับการวิเคราะห์ รวมถึงมีส่วนในการสร้างสรรค์ชุมชนนักวิจัยและนักปฏิบัติไปในขณะเดียวกัน

Gaudio (2011) ศึกษาถึงงานวิจัยของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นและได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า (1) ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สัมพันธ์กับตัวชี้วัดพยาธิสภาพทางจิตที่หลากหลายและเป็นสภาวะทางจิตใจที่สามารถทำนายได้ (2) จากการทดลองนำร่อง แสดงถึงประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นในบริบททางคลินิกที่หลากหลาย (3) การศึกษาเชิงทดลองให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิผลของกระบวนการหลัก 6 ประการ และ (4) การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นเป็นแนวทางที่ใช้ได้ผลในทางปฏิบัติ แม้ว่าในปัจจุบันยังมีหลักฐานงานวิจัยจำนวนไม่มากนักที่สามารถพิสูจน์ถึงอิทธิพลส่งผ่านระหว่างแต่ละกระบวนการหลักได้ในเชิงสถิติ (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001) อนึ่ง งานวิจัยจำนวนหนึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่สนับสนุนหลักปรัชญาพื้นฐาน อันได้แก่ Relational Frame Theory (RFT) และอีกจำนวนหนึ่งนั้นเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นในทางคลินิก (Hayes et al., 2001)

แม้ว่าจะมีงานวิจัยสนับสนุนแง่มุมที่สำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นทั้งในภาพรวมและรายละเอียดปลีกย่อย แต่กระนั้นก็ตาม

งานวิจัยส่วนใหญ่ก็ยังมีลักษณะเป็นการทดลองนำร่องขนาดเล็กซึ่งมีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยอยู่มาก ดังนั้น การศึกษาซ้ำที่เป็นอิสระด้วยการใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการยืนยันข้อค้นพบเบื้องต้นเหล่านั้น (Hayes et al., 2006) อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ในกลุ่มประชากรทางคลินิกที่หลากหลาย ได้บ่งชี้ถึงขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางถึงใหญ่ ภายใต้การเปรียบเทียบในเรื่องนัยของการทดลองที่แตกต่างกันไป (Hayes et al., 2006; Öst, 2008; Power, Vörding, & Emmelkamp, 2009) และงานวิจัยหลายชิ้นก็เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับจิตบำบัดแนว CBT เป็นการเฉพาะ

ในปัจจุบันนี้สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association) สาขา 12 (Division 12: Clinical Psychology) ได้รวมเอาการรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับความซึมเศร้า (Depression) เป็นหนึ่งในรายการจิตบำบัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน (Empirically-supported treatment) โดยจัดอยู่ในระดับเข้มแข็งปานกลาง เมื่อพิจารณาจากงานทดลองทางคลินิกที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ (APA, 2014) การระบุดังนี้สะท้อนภาพของการยอมรับในลักษณะที่ว่า การรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นมีความเป็นวิทยาศาสตร์ มีเป้าหมายและหลักเกณฑ์ในการพัฒนาแนวทางของตนที่ชัดเจน อีกทั้งยังได้รับการตอบรับจากสังคมและวงการวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผ่านการพิสูจน์ถึงประสิทธิผล โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้ตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีนับแต่เริ่มก่อตั้งจิตบำบัดตามแนวนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Twohig (2012) พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อประเด็นด้านสุขภาพจิตที่กว้างขวางและหลากหลาย ทั้งที่เป็นประเด็นเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์และประเด็นทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยทางการแพทย์ (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010) ตัวอย่างประเด็นและงานศึกษา ได้แก่ โรควิตกกังวล (เช่น Codd และคณะ, 2011) โรคอารมณ์แปรปรวน (เช่น Zettle และ Rains, 1989) การใช้สารเสพติดทดแทน (เช่น Hayes และ Strosahl, 2004) โรคทางจิตเวช (เช่น Gaudiano และ Herbert, 2006) ความผิดปกติทางด้านการกินและประเด็นด้านน้ำหนักตัว (เช่น Juarascio และคณะ, 2010) การควบคุมตัวเองต่อสิ่งเย้ายวนไม่ได้ (เช่น Woods

และคณะ, 2006) โรคนิวคลีอิกภาพแปรปรวน (เช่น Gratz และ Gunderson, 2006) การตีตราว่าด้อยค่า (เช่น Masuda และคณะ, 2007) การยอมรับวิธีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนของผู้ปฏิบัติวิชาชีพด้านการช่วยเหลือ (เช่น Varra และคณะ, 2008) ความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก (เช่น Peterson และ Eifert, 2011) ความทุกข์ใจจากการสมรส (เช่น Peterson และคณะ, 2009) รวมถึงงานศึกษาเปรียบเทียบกับการใช้ยาบำบัด (เช่น Gundy และคณะ, 2011) นอกจากนี้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นยังประสบความสำเร็จในการนำมาใช้กับกลุ่มผู้มาปรึกษาที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเด็ก (เช่น Coyne และคณะ, 2012) บุคคลที่มีความพิการหรืออาการบาดเจ็บทางสมอง (เช่น Soo และคณะ, 2011) พ่อแม่ที่มีความทุกข์ใจจากการเลี้ยงดูลูกที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการ (เช่น Blackledge และ Hayes, 2006)

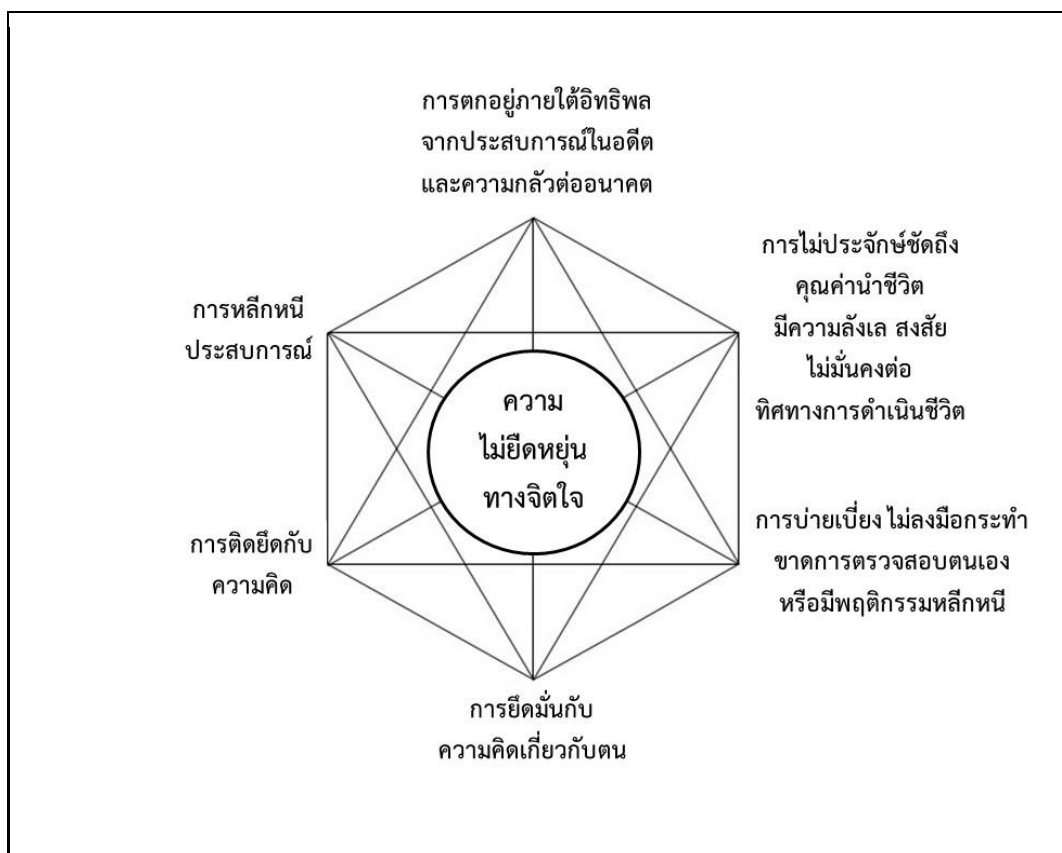
จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ห่อภิมาณสนับสนุนว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นมีประสิทธิภาพมากกว่าแนวทางที่มุ่งเน้นเงื่อนไขของการควบคุม แต่กระนั้นก็ตาม การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นก็ไม่ได้มีความแตกต่างไปจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนก่อนหน้านี้ เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิม เป็นต้น (Öst, 2008; Power et al., 2009) แม้ว่าข้อสรุปดังนี้จะยังคงเป็นประเด็นที่มีการโต้แย้งและไม่อาจหาข้อยุติได้ในปัจจุบัน (เช่น Gaudiano, 2009; Levin และ Hayes, 2009; Powers และ Emmelkamp, 2009) อย่างไรก็ตาม ด้วยงานศึกษาที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ในหลากหลายบริบทแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความนิยมที่มีต่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นในยุคสมัยนี้ได้เป็นอย่างดี รวมถึงมีประเด็นที่น่าสนใจซึ่งสามารถต่อยอดการศึกษาวิจัยได้ต่อไปในอนาคต

## 1.2 โครงสร้างของจิตใจ

Hayes และคณะ (2013) ได้นำเสนอโครงสร้างของจิตใจใน 2 รูปแบบ คือ (1) รูปแบบความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) ที่อธิบายถึงสาเหตุหรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ปัจจุบัน มีสุขภาพจิต

ที่ไม่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสังเกตได้ผ่านการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และ (2) รูปแบบความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ที่อธิบายถึงกระบวนการหลักที่เสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีและยกระดับคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพจิตใจให้มีความยืดหยุ่น อันทำให้มีพฤติกรรมใหม่ที่สามารถสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถนำพาตนให้ก้าวพ้นความทุกข์ใจ (Suffering) และมุ่งหน้าสู่ความมีชีวิตชีวา (Vitality) โครงสร้างของจิตใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) **ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ** โครงสร้างของจิตใจที่ขาดความยืดหยุ่นนี้ประกอบไปด้วยสาเหตุหรือเงื่อนไข 6 ประการ ได้แก่ (1) การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) (2) การติดยึดกับความคิด (Cognitive fusion) (3) การยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตน (Attachment to the conceptualized self) (4) การตกอยู่ภายใต้อิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความกลัวต่ออนาคต (Dominance of the conceptualized past and feared future) (5) การไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่าในชีวิต มีความลังเล สงสัย และไม่มั่นคงต่อทิศทางการดำเนินชีวิต (Lack of values clarity; dominance of pliance and avoidant tracking) และ (6) การบ่าเบี่ยง ไม่ลงมือกระทำ ขาดการตรวจสอบตนเอง หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (Inaction, impulsivity, or avoidant persistence) โดยความสัมพันธ์ของสาเหตุหรือเงื่อนไขต่างๆ ของความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจเหล่านี้ แสดงได้ดังในแผนภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างของจิตใจที่ขาดความยืดหยุ่น (Hayes และคณะ, 2013, หน้า 184)

ภาพที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างสาเหตุหรือเงื่อนไขทั้ง 6 ประการที่ก่อให้เกิดความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ โดย Hayes และคณะ (2013) อธิบายไว้ว่า โดยทั่วไปเมื่อบุคคลประสบกับ (1) เหตุการณ์ภายนอกที่ไม่ประสงค์ (เช่น เหตุการณ์ด้านลบ หรือภัยคุกคามต่างๆ เป็นต้น) และ (2) ประสบการณ์ภายในที่ไม่ปรารถนา (เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ ความกลัวต่อสิ่งที่กลัว และความกลัวต่อความกลัว เป็นต้น) บุคคลที่มีจิตใจไม่ยืดหยุ่นจะใช้แบบแผนทางความคิดและพฤติกรรมอัตโนมัติที่เรียกว่า การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์ดังกล่าวโดยขาดสติรู้สำนึก

ตัวอย่างเช่น กรณีที่ผู้สูงอายุบางรายบ่นเป่ียงการตรวจสุขภาพ เพราะกลัวการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง กรณีที่ผู้สูงอายุบางรายใช้ยาเกินความจำเป็นหรือใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น การติดทานยาแก้ปวดทุกเช้าเมื่อตื่นนอน หรือการทานยาแก้แพ้เพื่อให้นอนหลับหรือกรณีที่ผู้สูงอายุบางรายปฏิเสธการใช้ไม้เท้าช่วยพยุง แม้ว่าจะมีปัญหาด้านการเดินและเสี่ยงต่อการหกล้มเป็น



ต้น หนึ่ง การหลีกเลี่ยงที่ประสบการณ์จะแสดงออกผ่านทางพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่สังเกตได้ และในทางกลับกัน พฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่ซ่อนเร้นถึงการหลีกเลี่ยงที่ประสบการณ์ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตใจและความคิด โดยที่ทั้งสองต่างเป็นปัจจัยเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน หรือต่างเป็นเงื่อนไขที่เสริมแรงให้แก่กันและกัน

การหลีกเลี่ยงที่ประสบการณ์นี้มักปรากฏควบคู่ไปกับการติดยึดกับความคิด ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลปล่อยให้ความคิด ความเชื่อ ความทรงจำ หรืออคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มาครอบงำการรับรู้และการให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเป็นไปอย่างอัตโนมัติตามความคุ้นเคย มีลักษณะที่ตายตัวไม่ยืดหยุ่น และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือให้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าแก่ตน หากทว่าบุคคลโดยส่วนใหญ่กลับไม่อาจละทิ้งความนึกคิดเหล่านั้น หรือปรับการรู้คิดให้เข้ากับบริบทชีวิตและสถานการณ์ในขณะนั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพราะโดยทั่วไปแล้วบุคคลมักแสดงอาการติดยึดกับความคิดผ่านทาง “ภาษา (Language)” ที่เขาใช้ประจำ ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สัญลักษณ์สื่อความหมาย รวมถึงวิธีที่เขาใช้ในการเรียงร้อยถ้อยคำและสื่อความ

โดยการวิเคราะห์ภาษาจะทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาและผู้มาปรึกษาได้เข้าใจถึงเนื้อหาความคิด ซึ่งสามารถออกเป็น 3 ระดับชั้น ได้แก่ (1) ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ (Negative Automatic Thoughts; NATs) (2) กฎเกณฑ์การดำเนินชีวิตหรือฐานคติ (Underlying assumptions/ rules) และ (3) ความเชื่อพื้นฐาน (Core beliefs) ที่เป็นผลผลิตทางการรู้คิดที่สั่งสมจากประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดของผู้มาปรึกษา โดยมักพบสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจได้จากเนื้อหาความคิดเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวตลอดไป แล้วทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าหดหู่ตามมา เป็นต้น

นอกจากการวิเคราะห์เนื้อหาความคิดแล้ว การตรวจพินิจถึงแบบแผนการรู้คิดก็มีความสำคัญด้วยเช่นกัน เนื่องจากวิธีการคิดย่อมกำหนดวิถีของการกระทำ แบบแผนทางการรู้คิดที่ติดยึดกับเนื้อหาความคิดประการใดประการหนึ่ง โดยเฉพาะที่เป็นความคิดเชิงลบ นับเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้มาปรึกษาเลือกใช้แบบแผนทางพฤติกรรมที่ไม่เอื้อต่อการปรับตัว ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวตลอดไป จึงปลีกตัวออกจากลูกหลาน เพื่อนฝูง และสังคม เพราะเห็นว่าเป็นการเปล่าประโยชน์ที่จะต้องผูกสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น อีกทั้งในหลาย ๆ

กรณีที่มีการติดขัดกับความคิดนี้กลายเป็นเหตุผล (ที่ไม่สมเหตุสมผล) สำหรับการหลีกเลี่ยงหนีประสบการณ์ และคงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหนีต่อไป ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ปลื้มใจและหลีกเลี่ยงการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้เหตุผลแก่พฤติกรรมของตนเองว่า ทำยที่สุดแล้วทุกคนก็ต้องจากเขาไปในทางใดทางหนึ่งอย่างแน่นอน เป็นต้น

การติดขัดกับความคิดที่จะส่งอิทธิพลต่อการปรับตัวและดำเนินชีวิตของผู้มาปรึกษาอย่างมาก เมื่อเขามีการยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตน เนื่องจากการติดฉลากความเชื่อให้แก่ตนเองในลักษณะตายตัวว่า ตนเป็นคนอย่างหนึ่งอย่างใดเพียงเท่านั้น และไม่อาจปรับเปลี่ยนการรับรู้ในตัวตนนี้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในแต่ละห้วงขณะได้ ไม่ว่าจะอยู่ในบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ใดก็ตาม หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองในระดับความเชื่อพื้นฐาน ตัวอย่างเช่น “ฉันเป็นคนไร้ความสามารถ” “ฉันเป็นคนที่ไม่น่าชื่นชม” และ “ฉันเป็นคนไร้ค่า” เป็นต้น นอกจากนี้ บุคคลยังมีการยืนยันความเชื่อพื้นฐานเหล่านี้ผ่านประสบการณ์บางอย่างของตน ซึ่งมักมีเหตุผลและน้ำหนัก (ความเข้มข้น) มากพอที่จะพาตนเองเข้าไปพัวพันกับความเชื่อพื้นฐานนั้น ๆ จนกระทั่งกลายเป็นอาการของการยึดมั่นอย่างเหนียวแน่น

การยึดมั่นดังกล่าวเป็นการที่บุคคลนำเอาความรู้สึกนึกคิดไปผูกติดไว้กับภาษาที่ใช้อธิบายตัวตน ซึ่งมีการให้ความหมายตามความเชื่อเฉพาะตน ตัวอย่างเช่น “ฉันเป็นคนแก่” (ฉันจึงหมดประโยชน์ ไร้ค่า และไม่เป็นที่ต้องการของใคร) “ฉันเป็นแม่ที่ไม่ดี” (ลูกจึงรังเกียจแล้วเอามาทิ้งไว้ที่บ้านพักคนชรา) “ฉันเป็นคนดื้อรั้น” (เวรกรรมตามทันจึงทำให้ฉันต้องพิการ) “ฉันเป็นคนอ่อนแอ” (โลกภายนอกอันตราย ฉันไม่สามารถออกนอกบ้านคนเดียวได้) เป็นต้น ข้อความ (Statement) ตามตัวอย่างได้แสดงถึงภาพตัวตนตามการรับรู้และตีความของบุคคลนั้น และยังสะท้อนถึงความคิด ความเชื่อ อคติ ความปรารถนา รวมถึงการให้คุณค่าความหมายแก่ตนเองของบุคคลคนนั้น โดยอาจเป็นได้ทั้งความจริง หรือความลวง หรือทั้งสองอย่างร่วมกันในบางกรณี ด้วยเหตุนี้ การยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตนจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการยอมรับความเปลี่ยนแปลงอย่างเข้าใจ ซึ่งไม่เอื้อต่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ในขณะปัจจุบัน รวมทั้งยังอาจเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ผันไปสู่การหลีกเลี่ยงหนีประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหนีในรูปแบบต่าง ๆ ได้อีก

การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ การติดขัดกับความคิด และการยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตน ตามที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นมุมมองที่อธิบายถึงกลไกของความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยพิจารณา จากด้านการรับรู้ ให้ความหมาย และทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้มาปรึกษา นับจากเมื่อมี เหตุการณ์ภายนอกเข้ามากระทบแล้วแปรเปลี่ยนเป็นประสบการณ์ภายในตนที่ไม่ปรารถนา ในขณะที่ มุมมองอีกด้านหนึ่งจะเป็นการอธิบายถึงกลไกดังกล่าวในด้านการตัดสินใจและแสดงออกทาง พฤติกรรมจากประสบการณ์ภายในเหตุการณ์ภายนอกที่ไม่ประสงค์ โดยแสดงให้เห็นว่า ในทุกกรณี ของการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงนั้นจะมีประสบการณ์เจ็บปวด (Pain experience) และความกลัว (Fear) เป็นสาเหตุเบื้องหลังเสมอ

เมื่อผู้มาปรึกษามีความบิบบิ้นทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวด เขา จำต้องเลือกตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยคาดหวังว่าการตอบสนองดังกล่าวจะทำให้ตนพ้นไปจาก ความรู้สึกบิบบิ้นนั้นได้โดยไว ซึ่งหลายครั้งที่การตอบสนองของเขานี้เป็นไปโดยอัตโนมัติ ตาม ความคุ้นเคย และขาดสติรู้สำนึก อันเป็นการกระทำที่สะท้อนให้เห็นว่า เขากำลังตกอยู่ภายใต้อิทธิพล ของความรู้สึกนึกคิดในทางเจ็บปวดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต และความรู้สึกกลัวต่อผลลัพธ์ที่ ตนเชื่อว่าจะต้องเกิดขึ้นในอนาคต Hayes และคณะ (2013) เรียกพฤติกรรมนี้ว่า การตกอยู่ภายใต้ อิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีตและความกลัวต่ออนาคต

ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุที่ไม่ปรารถนาความตายแบบทรมาน หากแต่เมื่อเขาย้อนมอง สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างรวดเร็วและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้เขารู้สึกหวั่นไหว และอดกลัวที่จะต้องจากโลกนี้ไปอย่างทรมานไม่ได้ ยิ่งเมื่อเขานึกถึงประสบการณ์อุบัติเหตุในอดีตที่ ทำให้มือข้างซ้ายใช้การไม่ได้ ส่งผลให้เขาไม่เชื่อมั่นต่อความสามารถของตนในการฟื้นฟูร่างกาย ด้วย เหตุนี้ เขาจึงเลือกที่จะนอนนิ่งอยู่บนเตียงและทานยาแก้ปวดเพื่อระงับอาการเจ็บปวด โดยไม่ได้ คำนึงถึงว่าการไม่เคลื่อนไหวและการใช้ยาเกินความจำเป็นจะกลายเป็นสาเหตุที่จะทำให้เขาช่วยเหลือ ตัวเองได้น้อยลง สมรรถภาพทางร่างกายยิ่งเสื่อมถอยจนยากที่จะฟื้นฟู บังเกิดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แล้วนำไปสู่ความตายแบบทรมานดังที่ตนทำนายไว้ก่อนหน้า เป็นต้น

การที่ผู้มาปรึกษามีการแสดงออกทางพฤติกรรมหลีกเลี่ยง อันเนื่องจากการมีจิตใจที่ไม่ยืดหยุ่น มีความคิดเชิงลบที่เป็นอัตโนมัติ ขาดการกำกับด้วยสติรู้สำนึก และตอบสนองไปตามความคุ้นเคย

หากแต่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือได้ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าแก่ตน เนื่องด้วยเหตุที่ตนได้ตกอยู่ภายใต้ อิทธิพลของประสบการณ์เจ็บปวดในอดีตและความกลัวต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดหรือไม่อยากให้เกิดในอนาคต ประสบการณ์เหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ปิดกั้นเขาต่อการตระหนักรู้ถึงคุณค่านำชีวิต (Values) ซึ่งเป็น เงื่อนไขสำคัญต่อการกำหนดทิศทางชีวิต และทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจระดับลึกซึ้ง (Deep sense of motivation) ที่คอยขับเคลื่อนชีวิตให้ดำเนินไปได้อย่างมุ่งมั่นและยืนหยัดได้จนกระทั่งสำเร็จลุล่วง โดยที่คุณค่านำชีวิตนี้เองที่เป็นเหตุผลที่แท้จริง (สมเหตุสมผล) ของทุก ๆ การกระทำที่ถูกต้อง เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการปรับตัว อนึ่ง Hayes และคณะ (2012; 2013) ได้เปรียบเทียบคุณค่านำ ชีวิตนี้เป็นดัง “เข็มทิศนำชีวิต” หรือ “ดวงดาวนำทาง” และกล่าวถึงนิยามว่า คือ แนวทาง หลักการ หรือข้อปฏิบัติที่บุคคลใช้ในทุกระดับของการดำเนินชีวิต คุณค่านำชีวิตเป็นฐานของเจตคติ การนึกคิด การประเมิน การให้เหตุผล การตัดสินใจและเลือกทางเลือกต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012)

ผู้มาปรึกษาที่ขาดการตระหนักรู้ถึงคุณค่านำชีวิต ไม่มีโอกาสที่จะได้สำรวจและตรวจพินิจ รวมถึงยังไม่ประจักษ์ชัดว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ตนให้ความสำคัญอย่างแท้จริง นั่นคือการบ่งบอกถึงว่าเขา คนนั้นกำลังใช้ชีวิตอย่างไรคุณค่าความหมาย ปราศจากหลักการดำเนินชีวิตหรือหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ อันเป็นวิถีทางของการไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิต มีความลังเล สงสัย และไม่มั่นคงต่อทิศทางการ ดำเนินชีวิต ตัวอย่างของการไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิตดังเช่น ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์บ้านพักคนชรา มองว่าการเข้ามาอาศัยอยู่ที่นี้เท่ากับเป็นการตัดขาดจากโลกภายนอก อย่างสิ้นเชิง เขาจึงเลือกละทิ้ง “ภูมิปัญญา” ที่มีและใช้เลี้ยงชีพไว้ภายนอก แล้วจำยอมที่จะกลายเป็น คนชราที่ไร้ประโยชน์และรอวันตายจากโลกนี้ไปพร้อมกับภูมิปัญญาที่ตนไม่เห็นประโยชน์อีกต่อไป โดยหารู้ไม่ว่าภูมิปัญญาเหล่านั้นยังคงมีคุณค่าและมีผู้คนรอรับการถ่ายทอดอยู่เสมอ เป็นต้น

เมื่อผู้มาปรึกษาไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิตแล้ว เขาย่อมเลือกใช้พฤติกรรมตอบสนองต่อ ประสบการณ์หนึ่งใดโดยมองข้ามประโยชน์ คุณค่า และความคุ้มค่าที่จะเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ความมุ่งมั่นในการกระทำ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกว่าผู้มาปรึกษาขาดความมุ่งมั่น ได้แก่ การบ่น เบี่ยง ไม่ลงมือกระทำ ขาดการตรวจพินิจตนเอง หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง จากกรณีตัวอย่างที่เลือก จับจ้องแต่ความเสื่อมของร่างกายตน โดยเขารู้สึกไม่สบายใจและกังวลว่าร่างกายจะเสื่อมถอยเร็วขึ้น

หากเขาใช้งานมัน เขาจึงเลือกใช้วิธีเพิกเฉย ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่เคลื่อนไหวตัว ไม่ออกกำลังกาย เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย แล้วเลือกปลีกตัวออกจากคนใกล้ชิด โดดเดี่ยวตนเองออกจากสังคม และใช้ชีวิตอยู่บนเก้าอี้หน้าจอโทรทัศน์ เป็นต้น

แนวความคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เห็นว่า ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจหรือปัญหาทางด้านจิตใจของผู้มาปรึกษา มีต้นเหตุหนึ่งมาจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่า การใช้แนวทางการเผชิญปัญหาแบบควบคุม (Control-oriented coping style) เป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการรับมือกับปัญหาหรือผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ บริบทชีวิตหรือสถานการณ์ ทั้งนี้เมื่อผู้มาปรึกษาให้ความหมายแก่สิ่งใดว่าเป็น “ปัญหา (Problem)” การพยายามควบคุมสิ่งเป็นปัญหานั้นจึงเป็น “ทางออกของปัญหา (Solution)” ที่ดูมีเหตุผลที่สุด ที่เขาคาดหวังว่าจะช่วยให้จิตใจของตนกลับมาสู่ความเป็นปกติได้ดังเดิม อย่างไรก็ตาม การตีตราว่าปัญหาเป็น “ศัตรู” ที่ต้องหลีกเลี่ยง ปฏิเสธ ต่อต้านหรือกำจัดเสียในทุกกรณี จะทำให้ผู้มาปรึกษารับรู้ถึงภัยคุกคามชีวิตตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะภัยคุกคามนั้นจะเป็นภัยอันตรายที่แท้จริงหรือเป็นเพียงภาพสะท้อนความกลัวที่เกิดขึ้นในจิตใจก็ตาม ดังนั้นเขาจึงไม่อาจเป็นอิสระจากปัญหาได้อย่างแท้จริง

โดยทั่วไปแล้ว ผู้มาปรึกษามักรับรู้ถึงอิทธิพลของปัญหาที่มีต่อตนเองเกินจริง ด้วยเหตุที่คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเก็บปัญหาเอาไว้กับตัว เพื่อคิด นึกถึง โต้แย้งหรือแก้ต่าง หรือหาทางออกให้กับมัน เขาปรารถนาที่จะควบคุมเหตุการณ์คุกคามจากภายนอกและจัดการกับประสบการณ์เจ็บปวดภายในที่ตนไม่ต้องการ เขาพยายามที่จะเก็บกดหรือกำจัด แล้วก็อดใจไม่ได้ที่จะคิดถึงมัน ย้ำ ๆ ซ้ำ ๆ โดยเฉพาะที่เป็นความคิดเชิงลบ ทั้งนี้ผู้มาปรึกษาอาจทำเป็นลืมนับ เบี่ยงเบนความสนใจ บ้าง หรือกระตุ้นเตือนตนเองให้คิดแต่ในทางบวกบ้าง เพื่อผ่อนคลายความรู้สึกบีบคั้นกดดันที่ตนประสบอยู่ แต่บ่อยครั้งที่เขาได้ประจักษ์แจ้งแก่ตนว่า วิธีการเหล่านี้ไม่อาจใช้ได้ผลในระยะยาว ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่ยั่งยืน ยิ่งเสริมแรงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพิ่มขึ้น และทำให้เขากลายเป็นนักโทษที่ถูกคุมขังภายในกรอบ (กรง) ความคิดเชิงลบที่ตนเองผลิตขึ้น (Neenan & Dryden, 2015)

ในทางตรงกันข้าม การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นได้ชี้ชวนให้ผู้มาปรึกษาได้ถุกคิดถึงความเชื่อพื้นฐานข้างต้น และย้อนกลับมาตรวจสอบพิจารณาถึงแบบแผนทางความคิดและพฤติกรรมในอีกลักษณะหนึ่งว่า อินทรีย์เป็นส่วนของการรู้คิดและ

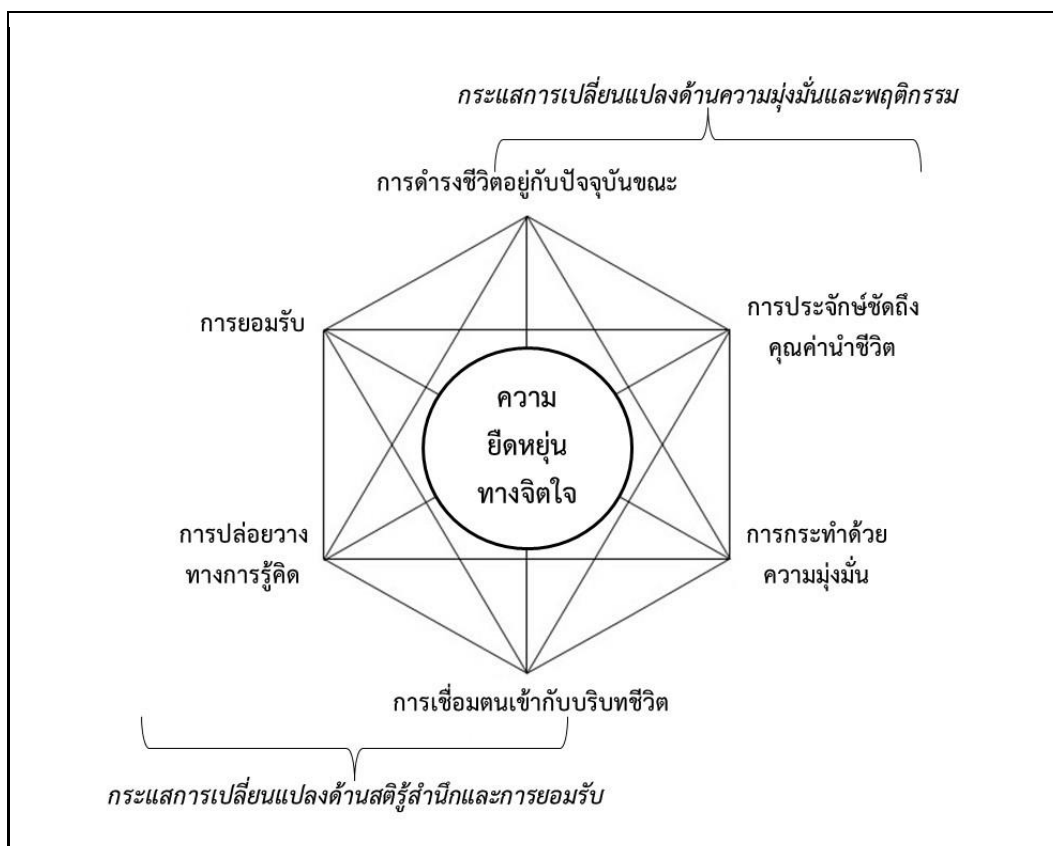
จิตใจมีศักยภาพในการทำงานตามหน้าที่โดยปกติของมัน หากความพยายามที่จะบีบบังคับไม่ให้ตนรับรู้อะไร ไม่ให้รู้สึกอะไร ไม่ให้นึกคิดอะไรนั้น เป็นการกระทำที่ฝืนธรรมชาติของการรู้คิดและจิตใจ เป็นวิธีการที่เปล่าประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน ซึ่งแม้ว่าเขาอาจฝันควบคุมได้สำเร็จ แต่ก็ก็เป็นความสำเร็จแต่เพียงชั่วคราวชั่วครวเท่านั้น แล้วอีกไม่นานประสบการณ์ภายในตนที่ไม่ปรารถนานั้นก็จะกลับมารบกวนเขาอีกเช่นเคย ด้วยวิธีคิดดังนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่าการควบคุมเป็นการกระทำที่ไม่คุ้มค่า และความพยายามที่จะเข้าควบคุมนั้นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้มาปรึกษาสูญเสียความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากคอยมุ่งแต่จะพยายามปรับสภาพแวดล้อมให้เข้ากับตนหรือควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้เป็นไปตามความปรารถนาของตน

จากมุมมองใหม่ข้างต้น สิ่งที่ผู้มาปรึกษาหรือคนส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นปัญหาจึงไม่ใช่ตัวปัญหาที่แท้จริง หากปัญหาที่แท้จริงกลับอยู่ที่เจตคติที่มองว่าปัญหาเป็นศัตรูที่ต้องกำจัดทิ้งและการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบควบคุมนั่นเอง ดังคำกล่าวที่ว่า “การควบคุมคือปัญหา ไม่ใช่ทางออกสำหรับปัญหา (Control is a problem, not a solution)” อีกทั้งการเลือกใช้แนวทางควบคุมในการรับมือกับสิ่งที่ตนเห็นว่าเป็นปัญหานั้นเป็นการเลือกใช้ทรัพยากรส่วนตนอย่างไม่คุ้มค่า ถือเป็น การสูญเสียทั้งพลัง เวลา และกำลังความสามารถไปกับความพยายามที่ผิดทางและไร้ประโยชน์ (Hayes et al., 2013; Hayes et al., 2012) ความเข้าใจใหม่ที่เกิดขึ้นนี้จะเอื้อประโยชน์ต่อการกำหนดโจทย์ที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถแก้ไขพฤติกรรมได้ถูกจุด และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้มาปรึกษาได้จากระดับฐานราก (Radical change)

อนึ่ง การหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่เป็นไปอย่างอัตโนมัติ ขาดสติรู้สำนึกปราศจากการพิจารณาไตร่ตรอง หากแต่ปล่อยให้ไปไปตามอคติหรือความคิดที่บิดเบือน รวมถึงเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบควบคุมกับทุกบริบทชีวิตหรือสถานการณ์ จนกระทั่งกลายเป็นลักษณะนิสัยที่คุ้นเคยหรือแบบแผนพฤติกรรมที่คุ้นชิน ย่อมทำให้ผู้มาปรึกษาออกห่างจากการใช้ชีวิตอยู่ในขณะปัจจุบัน ไม่สามารถเชื่อมประสานกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง หากกลับผูกติดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดอยู่กับประสบการณ์เจ็บปวดที่ผ่านไปแล้วในอดีตหรือพัวพันอยู่กับความกลัว การผัดหวังที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ยิ่งไปกว่านั้น ลักษณะนิสัยหรือแบบแผนพฤติกรรมเหล่านี้ยังปิดกั้นผู้มาปรึกษาจากแหล่งคุณค่านำชีวิต และคอยขัดขวางไม่ให้เขาได้กระทำการใด ๆ ตามที่

สอดคล้องกับคุณค่าชีวิต อีกทั้งยังบั่นทอนแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิตที่ติงตามตามที่ตั้งใจไว้ โดยเงื่อนไขเหล่านี้นับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ปลอดโปร่งและมีชีวิตชีวา

2) **ความยืดหยุ่นทางจิตใจ** การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นเป็นการศึกษาเชิงจิตวิทยา ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพจิตใจให้มีความยืดหยุ่น เอื้ออำนวยต่อการปรับตัว ลดการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจนกระทั่งสามารถเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตใจ จากที่เคยขุ่นมัวและเป็นปัญหาให้กลายเป็นจิตใจที่ปลอดโปร่งและมีชีวิตชีวา รวมถึงมีสุขภาพจิตที่ดีและมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ในการนี้ การศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ได้นำเสนอ “กระบวนการหลัก 6 ประการ (The six core processes)” เพื่อยกระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ได้แก่ (1) การยอมรับ (Acceptance) (2) การปล่อยวางทางการรู้คิด (Cognitive defusion) (3) การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต (Self as Context) (4) การดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ (Contact with the present moment) (5) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าชีวิต (values) และ (6) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action) โดยกระบวนการหลัก 6 ประการนี้มีลักษณะเป็นองค์รวม (Unified model) ที่ไม่อาจแบ่งแยกออกจากกันเป็นส่วน ๆ หรือลดทอนเป็นเพียงองค์ประกอบย่อยในองค์ประกอบใหญ่ ทั้งนี้การอธิบายกระบวนการหลัก 6 ประการในลักษณะต่อเนื่องกันไปตามลำดับเป็นเพียงวิธีการนำเสนอให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจเบื้องต้น และแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของกระบวนการอย่างกว้าง ๆ เท่านั้น หากใช้เป็นกฎเกณฑ์ตายตัวที่ต้องยึดติดและดำเนินตามไม่ การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เป็นกระบวนการที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างและลำดับความสัมพันธ์ได้ตามบริบทและสถานการณ์ในการบำบัดรักษา โดยกระบวนการหลักดังกล่าวแสดงได้ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงโครงสร้างของจิตใจที่มีความยืดหยุ่นและกระแสการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาเชิงจิตวิทยาารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (Hayes และคณะ, 2013, หน้า 185)

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระแสการเปลี่ยนแปลงที่ผู้มาศึกษาจะได้ประสบโดยตรงในระหว่างกระบวนการหลัก 6 ประการนั้น สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ช่วงต่อเนื่องกัน ได้แก่ (1) กระแสการเปลี่ยนแปลงด้านสติรู้สำนึกและการยอมรับ และ (2) กระแสการเปลี่ยนแปลงด้านความมุ่งมั่นและพฤติกรรม โดยที่กระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเริ่มต้นจากการที่ผู้มาศึกษาได้มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจให้สามารถเปิดรับต่อประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเท่าทันและถูกต้องตามความเป็นจริง ด้วยการฝึกฝนการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึกและแบบฝึกฝนทักษะด้านอื่นในแต่ละชั่วโมงการศึกษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้มาศึกษามีการรับรู้ต่อประสบการณ์ภายในที่กำลังประสบอยู่อย่างเป็นปัจจุบันขณะ แล้วพร้อมที่จะตรวจพินิจความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของตน โดยมีเป้าหมายในขั้นแรกคือ การมีความเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ จนกระทั่งสามารถปล่อยวางแล้วยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นแก่ชีวิตตนเองได้โดยปราศจากความรู้สึกเดือดเนื้อร้อนใจ เศร้าหมอง หรือเป็นทุกข์ จากนั้นเมื่อผ่าน



เข้าสู่ช่วงที่สอง ผู้มาปรึกษาจะได้รับการเอื้ออำนวยให้ขับเคลื่อนกระแสการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเลือก กำหนดทิศทางชีวิต ผ่านการตรวจพินิจคุณค่า นำชีวิตและการกระทำที่มีคุณค่าและคัมค่า พร้อมทั้ง เรียนรู้วิธีการเสริมแรงตนเองให้สามารถรักษาความมุ่งมั่นที่จะลงมือกระทำการจนบรรลุผลดังที่ตน ตั้งใจไว้ได้

การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น มี ทัศนะว่า การเปลี่ยนแปลงของบุคคลทั้งในแง่สภาวะจิตใจ ความคิดและพฤติกรรมนั้น ไม่อาจเกิดขึ้น ได้ด้วย “การอธิบายและยืนยันความจริง (Explanation and verifying)” จากผู้เชี่ยวชาญเพียง เท่านั้น หากจำเป็นต้องมี “การประสบจริงและรับรู้คุณค่า (Experiencing and validating)” ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้มาปรึกษาเองเป็นวิธีการสำคัญ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนว การบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น จึงให้คุณค่ากับประสบการณ์ตรงที่กำลังเกิดขึ้นในขณะที่ ผู้มาปรึกษากับนักจิตวิทยาการปรึกษายู่ร่วมกันในช่วงเวลาของการปรึกษาขณะนั้น อีกทั้งยังให้ ความสำคัญกับแบบฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มาปรึกษาได้มีประสบการณ์ตรง และ เอื้ออำนวยให้เกิดความมีส่วนร่วมในการทดลองทำแบบฝึกฝนทักษะไปพร้อมกัน อนึ่ง Neenan และ Dryden (2015) ให้ความเห็นถึงการทดลองทำแบบฝึกฝนทักษะเหล่านี้ว่า หากได้เป็นไปเพื่อหลบหนี หรือเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความคิดและความรู้สึกที่ไม่ปรารถนาของผู้มาปรึกษาไม่ หากเป็นไป ในลักษณะของเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้ที่จะอยู่กับความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นปกติสุข

Harris (2006) อธิบายถึงความหมายโดยย่อของกระบวนการหลักทั้ง 6 ประการ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ความหมายโดยย่อของกระบวนการหลัก 6 ประการในการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนว การบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

---

องค์ประกอบ

ความหมายโดยย่อ

---

## ตารางที่ 1

ความหมายโดยย่อของกระบวนการหลัก 6 ประการในการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนว  
การบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

องค์ประกอบ	ความหมายโดยย่อ
1. การยอมรับ (Acceptance)	การเตรียมความพร้อมรับมือกับความรู้สึกนึกคิดที่ไม่ปรารถนา รวมถึงแรงกระตุ้น และประสบการณ์ส่วนตัวอื่น ๆ แล้วสามารถอนุญาตให้สิ่งเหล่านี้ผ่านเข้ามาแล้วผ่านไปโดยไม่ต่อต้านขัดขืน ไม่วิงหนีหรือให้ความสนใจที่เกินเลยไปอย่างไม่เหมาะสม
2. การปล่อยวางทางการรู้คิด (Cognitive defusion)	การเรียนรู้ที่จะรับรู้ความคิด จินตนาการ ความทรงจำ และประสบการณ์ทางการนึกคิดต่าง ๆ ในแบบที่มันเป็น ซึ่งไม่มีอะไรมากไปกว่าสิ่งที่เป็นเพียงหน่วยของภาษา คำ และรูปภาพ โดยเป็นการรับรู้ในลักษณะชั่วคราวข้ามกับสิ่งที่ปรากฏ ไม่ว่าจะเป็เหตุการณ์ที่คุกคาม กฎเกณฑ์ที่ต้องยอมจำนน หรือความเป็นจริงที่ประจักษ์แจ้ง
3. การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต (Self as context)	การเข้าถึงสภาวะเหนือตน มีความสืบเนื่องในภาวะรู้สำนึกตัวที่มั่นคงไม่เปลี่ยนแปลง เป็นปัจจุบันขณะอยู่เสมอ และไม่เปิดโอกาสให้ภัยอันตรายใด ๆ เข้ามาสร้างความหวุ่นไหวให้แก่จิตใจ

### ตารางที่ 1

ความหมายโดยย่อของกระบวนการหลัก 6 ประการในการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนว  
การบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

องค์ประกอบ	ความหมายโดยย่อ
4. การดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ (Contact with the present moment)	การตระหนักรู้อย่างเต็มที่กับประสบการณ์ในแต่ละห้วงขณะ ด้วยใจที่เปิดกว้าง ใสใจ และน้อมรับประสบการณ์นั้น ๆ ด้วยความเต็มใจ รวมถึงการมุ่งทุ่มเทความใสใจและให้ความผูกพันอย่างเต็มที่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดก็ตามที่กำลังทำอยู่ในขณะปัจจุบันนั้น ๆ
5. การประจักษ์ชัดถึงคุณค่า นำชีวิต (Values)	การสร้างชัดเจนแก่ตนถึงสิ่งที่สำคัญที่สุด (ลึกเข้าไปในหัวใจ) ถึงประเภทของบุคคลที่ต้องการจะเป็น ถึงสิ่งที่มีนัยและความหมายต่อตนเอง และถึงสิ่งที่ต้องการยึดในชีวิต
6. การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action)	การตั้งเป้าหมายที่นำทางด้วยคุณค่าของตน และลงมือ กระทำการเพื่อบรรลุเป้าหมายเหล่านั้นได้ในที่สุด

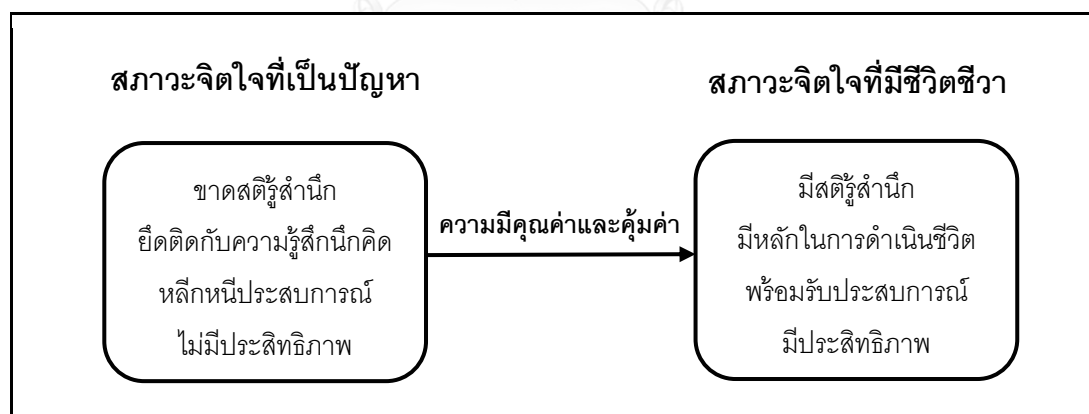
### 1.3 เป้าหมายของการศึกษาเชิงจิตวิทยา

เป้าหมายของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ได้แก่ (1) เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจให้แก่ผู้มาปรึกษา (2) สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาจากวิธีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่มักเป็นไปโดยอัตโนมัติ และขาดสติรู้สำนึก ไปสู่วิธีการเปิดรับและตรวจพินิจประสบการณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดแบบมีสติรู้สำนึก (3) เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้ปล่อยวางความคิดและยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยการมีความเข้าใจที่ถ่องแท้ และ (4) ลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงของผู้มาปรึกษาที่มี

แรงผลักดันพื้นฐานจากความกลัว แล้วส่งเสริมพฤติกรรมสร้างสรรค์ที่มีแรงจูงใจมาจากคุณค่านำชีวิตทดแทน โดยเมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้ว ผู้มาปรึกษาจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า ความหมาย รู้สึกปลอดภัยและมีชีวิตชีวา รวมถึงสามารถปรับปรุงตนเอง (Self-editing) และเสริมแรงจูงใจให้แก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self-strengthening) จนบังเกิดเป็นความพึงพอใจขั้นสูงสุดที่ได้ใช้ชีวิตตนอย่างคุ้มค่า (Skinner, 1957)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่สำคัญของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นนั้นคือ การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการลดลงของการหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หากผลพลอยได้จากกระบวนการที่เกิดขึ้น อันได้แก่ การลดลงของอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ (symptom reduction) อาทิเช่น ความเครียด ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า เป็นต้น ก็เป็นผลลัพธ์ที่อาจคาดหวังจากกระบวนการได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่เป้าหมายหลักของกระบวนการตามแนวทางนี้ก็ตาม

เป้าหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น แสดงได้ดังภาพ 4 ต่อไปนี้



ภาพที่ 4 แสดงเป้าหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (Harris, 2009, หน้า 33)

#### 1.4 บทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษา

Harris (2009) กล่าวถึง การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นว่า เป็นกระบวนการบำบัดเชิงพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ

การกระทำใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) การกระทำโดยอาศัยค่านิยมภายในตนนำทาง (values-guided action) และ (2) การกระทำด้วยสติรู้สำนึก (mindful action) (Harris, 2009) โดยนักจิตวิทยาการปรึกษามีบทบาทสำคัญในการเอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาสามารถสร้างสรรค์พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ใช้งานได้ผล และมีคุณค่า อันจะนำไปสู่การมีชีวิตที่ปกติสุขและมีคุณค่าความหมายได้ ผ่านกระบวนการยอมรับต่อปรากฏการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง ร่วมกับกระบวนการเสริมสร้างความมุ่งมั่นที่จะกระทำการใด ๆ เพื่อเติมเต็มความมีชีวิตชีวาให้แก่ตน

นักจิตวิทยาการปรึกษามีหน้าที่สำคัญ 2 ประการ สรุปได้ดังนี้

- 1) เอื้อให้ผู้มาปรึกษาได้เรียนรู้ทักษะที่ใช้สำหรับรับมือกับประสบการณ์ภายในตนที่เจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอิทธิพลจากเหตุการณ์ภายนอกที่ไม่ประสงคิให้น้อยลง โดยอาศัยทักษะที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก (Mindfulness skills)
- 2) ช่วยให้ผู้มาปรึกษาเกิดการหยั่งรู้ถึงคุณค่านำชีวิต มีความเข้าใจที่ถ่องแท้ในสิ่งที่ตนให้ความสำคัญอย่างแท้จริง (Values clarification) แล้วสามารถนำความเข้าใจเหล่านั้นมาใช้ในการนำทางชีวิต เป็นแรงบันดาลใจ และกระตุ้นเร้าให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการกระทำตามที่ตนวางไว้ได้ (Values-guided action)

### 1.5 แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

Harris (2009) เสนอแนะแนวทางการจัดวางกระบวนการหลัก 6 ประการในการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ แบ่งเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ (1) แนวทางการจัดวางตามแบบทั่วไป ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น และเหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ที่ไม่มีพยาธิสภาพผิดปกติทางจิต และ (2) แนวทางการจัดวางแบบยืดหยุ่น ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีสมรรถภาพในการรู้คิดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง หรืออาจเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการคุ้มครองดูแลพิเศษ ผู้มาปรึกษาที่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง คนทำงานที่ต้องการพัฒนาความทักษะความชำนาญ คู่สมรสที่เข้ารับการบำบัดแบบคู่ เป็นต้น แนวทางการจัดวางดังกล่าวแสดงในตารางที่ 2 ต่อไปนี้

## ตารางที่ 2

แนวทางในการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

แบบทั่วไป	แบบยืดหยุ่น
ช่วงที่ 1 : การปล่อยวางทางการรู้คิดและการยอมรับ (Defusion and Acceptance)	ช่วงที่ 1 : การประจักษ์ชัดถึงคุณค่า นำชีวิตและการกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Values and Committed action)
ช่วงที่ 2 : การดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ (Contacting with the present moment)	ช่วงที่ 2 : การปล่อยวางทางการรู้คิดและการยอมรับ (Defusion and Acceptance)
ช่วงที่ 3 : การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต (Self as contact)	ช่วงที่ 3 : การดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ (Contacting with the present moment)
ช่วงที่ 4 : การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าชีวิตและการกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Values and Committed action)	ช่วงที่ 4 : การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต (Self as contact)

ในการวางแผนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการตรวจพินิจแบบแผนทางการรู้คิดที่คอยผลักดันความคิดและความเชื่อต่าง ๆ ไปในลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามหน้าที่ของอินทรีย์ด้านต่าง ๆ (Functioning) ไม่ว่าจะเป็ผลกระทบบางบวกหรือลบก็ตาม (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2012; Linehan, 1993; Z. V. Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale et al., 2000) และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพิจารณาถึงบริบทชีวิต (Life context) ของผู้มาปรึกษาร่วมด้วย ทั้งที่เป็นบริบทชีวิตในเชิงประวัติ (Historical context) และเชิงสถานการณ์ (Situational context) ซึ่งจะสะท้อนถึงภาพรวมของสถานการณ์ที่เขากำลังประสบอยู่ในช่วงชีวิตขณะนั้น ทั้งนี้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทชีวิตของผู้มาปรึกษาจะเอื้อประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจต่อหน้าที่ของอินทรีย์

(Functions) และทำให้สามารถเชื่อมโยงถึงสาเหตุและผลลัพธ์ของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ (Hayes, 2004)

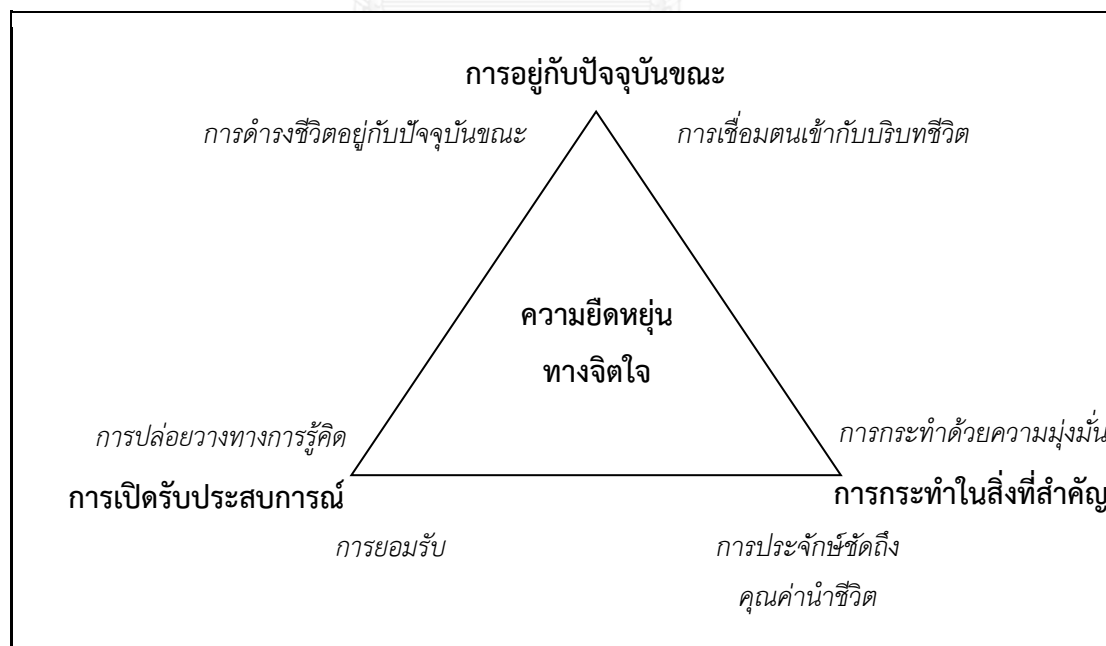
ในการวางแผนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ผู้วิจัยให้ความสนใจกับจุดเปลี่ยนสำคัญที่เป็นรอยต่อระหว่างกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านสติรู้สำนึกและการยอมรับ กับกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านความมุ่งมั่นและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การพลิกกระบวนทัศน์ของผู้มาปรึกษาที่ได้ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับประสบการณ์เจ็บปวดได้อย่างเข้าใจแล้ว (Acceptance) ให้กลายเป็นการมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนในระดับที่ท้าทายยิ่งขึ้นต่อไป (Willingness to change) ทั้งนี้เพื่อเอื้ออำนวยต่อการตรวจพินิจคุณค่านำชีวิตในลำดับขั้นตอนถัดไป มากกว่าเป็นเพียงการกระทำในลักษณะที่ลบประสบการณ์ที่ไม่ปรารถนาให้พ้นไปจากชีวิตแต่อย่างเดียว (Hayes et al., 2006; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996)

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังให้ความสำคัญกับกระบวนการปล่อยวางทางการรู้คิดผ่านเทคนิควิธีการทางภาษา เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้ก้าวข้ามขีดจำกัดทางการรู้คิดที่ถูกจำกัดด้วยภาษา พร้อมไปกับการปลดปล่อยพันธนาการทางความคิดในทุกระดับขั้น ไม่ว่าจะ เป็นความคิดอัตโนมัติเชิงลบ กฎเกณฑ์การดำเนินชีวิต ฐานคติ ความเชื่อพื้นฐาน รวมถึงแบบแผนทางการรู้คิดด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการแบ่งแยก เปรียบเทียบ และให้ความหมาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้เป็นอิสระจากประสบการณ์ภายในที่กำลังติดยึดอยู่อย่างเหนียวแน่น ในการนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิควิธีการที่สำคัญ ได้แก่ การใช้คำอุปลักษณ์ การอุปมาอุปไมย การสื่อความแบบปริทรรศน์ และการเล่าเรื่อง ควบคู่ไปกับการใช้แบบฝึกฝนด้านต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้เปิดรับประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดอย่างมีสติรู้สำนึก จนทำให้สามารถปล่อยวางทางการรู้คิดได้ในท้ายที่สุด โดยเทคนิควิธีการเหล่านี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ผ่านประสบการณ์ตรงภายในชั่วโมงการปรึกษา ซึ่งจะมีส่วนในการทดแทนประสบการณ์เดิมที่เคยเรียนรู้มาก่อนหน้า

## 1.6 การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น (Brief therapy)

จากกระบวนการและกระแสการเปลี่ยนแปลงของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นดังที่ได้แสดงในภาพที่ 3 Harris (2009) ได้ปรับรูปแบบดังกล่าวให้กลายเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบสั้น หรือ Brief therapy เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและมีความกระชับต่อการนำไปใช้งานในทางปฏิบัติ ดังแสดงในภาพที่ 4 โดยเขาได้จัดกลุ่มการดำเนินงานของนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็น 3 ส่วนที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ดังนี้

(1) การเปิดรับประสบการณ์ (Open up) พร้อมไปกับ (2) การกระทำในสิ่งที่สำคัญ (Do what matters) และ (3) การอยู่กับปัจจุบันขณะ (Be present) (Harris, 2009) ดังแสดงในภาพที่ 5 อนึ่ง Harris ได้รวมเอากระบวนการด้านการยอมรับกับการปล่อยวางทางการรู้คิดเข้าสู่การดำเนินงานใน ส่วนที่ 1 จัดกระบวนการด้านการประจักษ์ชัดถึงคุณค่า นำชีวิตกับการกระทำด้วยความมุ่งมั่นเป็น การดำเนินงานในส่วนที่ 2 และมีกระบวนการด้านการเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิตกับการดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะเป็นการดำเนินงานในส่วนที่ 3 โดยทั้ง 3 ส่วนนี้ สามารถดำเนินงานไปพร้อม ๆ กันได้ หรือแยกส่วนแล้วจัดวางเป็นลำดับตามความเหมาะสมได้



ภาพที่ 5 แสดงการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น (Harris, 2009, หน้า 13)



Strosahl Robinson และ Gustavsson (2012) ได้ตั้งข้อสังเกตจากประสบการณ์ทางคลินิกถึงแรงจูงใจในการบำบัดว่า ผู้มาปรึกษาจำนวนมากไม่สามารถรักษาแรงจูงใจในการบำบัดของตนให้คงอยู่ได้ตลอดกระบวนการ ซึ่งแรงจูงใจดังกล่าวนี้มีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการบำบัด จนเป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งที่ทำให้ผู้มาปรึกษาตัดสินใจยุติการบำบัดก่อนที่ตนจะได้ประสบกับผลลัพธ์ในบั้นปลายของกระบวนการ โดยผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้มาปรึกษามักเข้ารับบริการแค่ในช่วงต้นของกระบวนการ หรือเพียง 4 – 6 ครั้งเท่านั้น (Brown & Jones, 2005; Olfson et al., 2009; Talmon, 1990 อ้างถึงใน Strosahl และคณะ, 2012) นั่นเท่ากับว่าผู้มาปรึกษาสูญเสียเวลาและโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการในลำดับขั้นตอนที่เหลืออยู่ไปโดยปริยาย

ด้วยเหตุนี้ ในการออกแบบโครงสร้างและรายละเอียดของกระบวนการ นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงควรคำนึงถึงแนวโน้มการลดลงของแรงจูงใจในการบำบัดของผู้มาปรึกษา รวมถึงให้ความสำคัญกับการวางมาตรการป้องกันไม่ให้ผู้มาปรึกษาต้องยุติการบำบัดก่อนเวลาอันควร โดย Strosahl และคณะ (2012) ได้เสนอว่า แรงขับเคลื่อนกระบวนการบำบัดนั้นจำเป็นต้องมาจากผู้มาปรึกษาเป็นหลัก และพันธกิจสำคัญของนักจิตวิทยาการปรึกษา คือ การเอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาสามารถบรรลุถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถึงรากได้ภายในระยะเวลาอันจำกัดหรือเท่าที่เวลาจะอำนวย แต่ในขณะเดียวกัน เขายังต้องได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้และรับรู้ได้ถึงคุณค่าของเวลาที่ใช้ไปในการบำบัด (Time-effective treatment) (Strosahl, Robinson, & Gustavsson, 2012)

Strosahl และคณะ (2012) ได้นำเสนอแนวทางการบำบัดที่เรียกว่า การบำบัดตามแนวการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบมุ่งสู่แก่นสำคัญ (Focused Acceptance and Commitment Therapy: FACT) โดยเป็นการบำบัดที่มีได้จำแนกตามกระบวนการหลักทั้ง 6 ประการ หากแต่มุ่งตรงสู่การพัฒนาทักษะตามแก่นหลักของกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ซึ่งประกอบไปด้วย (1) การสังเกตประสบการณ์อย่างรู้สำนึก (Awareness) (2) การเปิดใจยอมรับประสบการณ์ตามจริง (Openness) และ (3) การเชื่อมประสานตนเข้ากับประสบการณ์ (Engagement) รวมถึงมุ่งตรงต่อการแก้ไขจิตวิทยาการปรึกษาที่แท้จริง ไม่ได้วางน้ำหนักไปที่ปัญหานำหรือแก้ไขอาการ โดยมีการทำความเข้าใจต่อปัญหานำที่

ผู้มาปรึกษาบอกเล่าและความคาดหวังต่อผลลัพธ์เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการตกลงบริการ ก่อนที่จะนำไปสู่การร่วมค้นหาทางออกการตรวจวินิจฉัยประสบการณ์ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิด รวมถึงการตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ต้องระบุดังกล่าวการจัดการกับสาเหตุในระดับรากเหง้า โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลา

ประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดตามแนวการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบมุ่งสู่แก่นสำคัญนี้ เกิดขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

**ปัจจัยแรก การใช้ทักษะและเทคนิควิธีการทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มุ่งสู่แก่นสำคัญ**  
ของกระบวนการบำบัดตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น อันประกอบไปด้วย

1) การใช้ชุดคำถามที่เอื้ออำนวยให้ผู้มาปรึกษาได้สำรวจประสบการณ์และพฤติกรรมของตนเองตามลำดับ โดยชุดคำถามดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ดังนี้

- “คุณกำลังค้นหาอะไร”
- “คุณได้ลองทำอะไรไปบ้างแล้ว”
- “สิ่งที่คุณได้ทำไปแล้วนั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์หรือไม่ – อย่างไร”
- “คุณต้องแลกอะไรไปบ้างกับสิ่งที่คุณได้ทำไป – ผลลัพธ์ที่ได้นั้นคุ้มค่าหรือไม่”

2) การระบุถึงรูปแบบจิตใจ (Modes of mind) ที่เป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ จิตใจที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-solving mind) และจิตใจที่มีปัญญา (Wise mind) โดยที่นักจิตวิทยาการปรึกษานับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้พิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือกรูปแบบจิตใจที่จะนำพาตนเองไปให้พ้นจากความทุกข์ รูปแบบจิตใจทั้ง 2 ลักษณะนี้มีความสัมพันธ์กับแ่งมชีวิต (Life theme) และคำถามหลักต่อแ่งมชีวิตเหล่านั้น (Key message) ที่ผู้มาปรึกษากำลังให้ความสำคัญดังแสดงในตารางที่ 3

## ตารางที่ 3

แง่มุมมองชีวิต คำถามหลักต่อแง่มุมมองชีวิต และรูปแบบจิตใจ 2 ประการ

แง่มุมมองชีวิต	คำถามหลัก ต่อแง่มุมมองชีวิต	รูปแบบจิตใจ	
		จิตใจที่มุ่งแก้ไขปัญหา	จิตใจที่มีปัญญา
ประสบการณ์ เจ็บปวด	เราจะทำอย่างไร เมื่อสิ่ง ที่ไม่ปรารถนาและเป็น ทุกข์ ได้ปรากฏขึ้น ภายในจิตใจ	หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ในทุกกรณี พยายามเก็บ กดหรือบ้ายเบี่ยงการรับรู้ ต่อสิ่งนั้น หรือทำเป็นไม่ นึกถึงมัน	อนุญาตหรือเชื่อเชิญสิ่ง นั้นให้เข้ามาสู่หัว ความรู้สึกนึกคิดโดยไม่ ต่อต้านขัดขืน และเห็นว่าสิ่งนี้เป็นส่วน หนึ่งของตน แม้วามัน กำลังสร้างความทุกข์ให้ก็ ตาม
	เราให้ความหมายแก่สิ่ง ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ได้อย่างไร	มองว่าสิ่งนั้นเป็นพิษและ ต้องกำจัดมันออกไปให้ หมดสิ้น ชีวิตตนถึงจะอยู่ ดีและมีมีความสุข	เข้าใจว่าประสบการณ์ เจ็บปวดเป็นเสมือน สัญญาณบอกว่าถึงเวลา แล้วที่ต้องเปลี่ยนแปลง และเป็นดังเครื่องมือที่ใช้ นำทางตนใน กระบวนการ เปลี่ยนแปลง โดยทักษะ ดั่งนี้ยอมเอื้อต่อความอยู่ ดีและมีมีความสุขได้ในตัว มันเอง
การดำเนิน ชีวิตประจำวัน	เราควรวางความสนใจ ไว้ที่ตรงจุดใดภายใน กิจกรรมประจำวัน	มองว่าเราจะได้รับ ประโยชน์สูงสุดจากการ วิเคราะห์ห่อติดเพื่อให้เกิด ความเข้าใจในตนเอง และจากการจดจ่อ ความคิดต่อสิ่งที่กำลังจะ เกิดขึ้นต่อไปในชีวิต	ดำรงชีวิตอยู่ในห้วงขณะ ปัจจุบัน ซึ่งเป็นจุดที่พึง ให้ความสนใจ

## ตารางที่ 3

แง่มุมมองชีวิต คำถามหลักต่อแง่มุมมองชีวิต และรูปแบบจิตใจ 2 ประการ

แง่มุมมองชีวิต	คำถามหลัก ต่อแง่มุมมองชีวิต	รูปแบบจิตใจ	
		จิตใจที่มุ่งแก้ไขปัญหา	จิตใจที่มีปัญญา
เราจะประสบกับตัวตน ของเราได้อย่างไร	เราจะประสบกับตัวตน ของเราได้อย่างไร	ประสบได้ด้วยการ วิเคราะห์ทางคำพูดที่เรา เป็นใคร และเราเป็นอย่าง นี้ได้อย่างไร รวมถึงใช้ การอธิบายตนเองต่อผู้อื่น เพื่อให้เขาได้ตัดสินคุณค่า ความหมายของ ประสบการณ์แทนเรา	เห็นว่าชีวิตคือพื้นที่ที่ หลอมรวมเอา ประสบการณ์ต่าง ๆ ใน บริบทชีวิตที่หลากหลาย เข้าด้วยกัน และเรามี ตัวตนที่เชื่อมโยงกับทุก สรรพสิ่ง ดังนั้น ประสบการณ์เพียงแง่ใด แง่หนึ่งจึงไม่อาจตัดสิน คุณค่าความหมายของ ชีวิตเราทั้งหมดได้
เป้าหมายชีวิต	เราสามารถนำทางชีวิต ตนได้อย่างไร	ค้นหาคำตอบว่าอะไรคือ สิ่งสำคัญต่อผู้อื่น และใช้ ชีวิตภายใต้อิทธิพลจาก กฎเกณฑ์ทางสังคม รวมถึงแสวงหาการรับรอง สิ่งที่ตนเองกระทำจาก ผู้อื่น	เชื่อมตนเข้ากับคุณค่านำ ชีวิต เพื่อใช้คุณค่านำชีวิต นั้นมากำหนดวิธีการ ดำเนินชีวิต และนำทาง ชีวิตได้ด้วยตนเอง อีกทั้ง ยังทำให้หมดสิ้นความ สงสัยว่าอะไรคือสิ่งที่ สำคัญต่อชีวิตที่แท้จริง
เราจะกำหนดถึง สถานการณ์ชีวิตที่ สำคัญ ได้อย่างไร	เราจะกำหนดถึง สถานการณ์ชีวิตที่ สำคัญ ได้อย่างไร	หลีกเลี่ยงการกระทำที่ตน คิดว่าจะก่อให้เกิดความ เจ็บปวด และรอคอย ผู้อื่นมาแก้ไขสถานการณ์ ให้แก่ตน หรือเฝ้าคอย โชคกลาง	ลงมือปฏิบัติ เพื่อ แปรเปลี่ยนคุณค่านำชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรม ให้ กลายเป็นการกระทำที่ เป็นรูปธรรม ก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่จับต้องได้ รวมถึงสามารถยืนหยัด

## ตารางที่ 3

แง่มุมมองชีวิต คำถามหลักต่อแง่มุมมองชีวิต และรูปแบบจิตใจ 2 ประการ

แง่มุมมองชีวิต	คำถามหลัก ต่อแง่มุมมองชีวิต	รูปแบบจิตใจ	
		จิตใจที่มุ่งแก้ไขปัญหา	จิตใจที่มีปัญญา
			การกระทำต่อสิ่งที่ตนให้ ความสำคัญได้

3) การสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ปรับเปลี่ยนมุมมองของตนที่มีต่อปัญหาโดยอาศัยการสื่อสารข้อความสำคัญ (The FACT reframing message) จากนักจิตวิทยาการปรึกษาถึงผู้มาปรึกษา ดังนี้

- “การควบคุมวิถีทางที่ตนรู้สึกนั้นคือตัวปัญหา หาใช่ทางแก้ปัญหามิใช่”
- “ความสิ้นหวังไม่ได้อยู่ที่ตัวคุณ หากแต่อยู่ที่วิธีการที่คุณกำลังใช้ต่างหาก”
- “คุณเลือกที่จะเชื่อสิ่งใด ระหว่างความคิดหรือประสบการณ์”
- “คุณอาจควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของคุณได้ แต่ในการทำอย่างนั้น คุณจำเป็นต้องเสียความสามารถในการกำกับชีวิตของคุณไป”
- “การควบคุมความรู้สึกของตนก็เสมือนกับการพยายามกดลูกบอลลงใต้น้ำ นั่นคือคุณสามารถทำได้ แต่คุณจะไม่อาจให้ความสำคัญกับสิ่งอื่น ๆ ได้”
- “กระต่ายจะไม่หยุดวิ่งจนกว่ามันจะพบว่าตัวมันปลอดภัย”
- “การไปหาหมอฟันนั้นทำให้คุณต้องพบกับความเจ็บแสบ แต่การที่คุณไม่ไปนั้นมันจะทำให้เจ็บมากกว่า”
- “มันไม่ได้สำคัญที่ความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หากแต่สำคัญที่ความรู้สึกดีได้กับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น”

**ปัจจัยที่สอง การตรวจพินิจถึงวิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบอื่นที่แตกต่างและใช้ได้ผลกว่าวิธีการเดิม** พร้อมทั้งพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาทั้งทางบวกและทางลบของแต่ละวิธีการ รวมถึงผลลัพธ์ในทางเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดด้วยอีกประการหนึ่ง โดยมีการเลือกใช้เครื่องมือ (แบบฝึกฝน) ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพเพียงพอ และสอดคล้องแนวความคิดการบำบัดตามแนวการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบมุ่งสู่แก่นสำคัญ รายละเอียดมีดังนี้

1) การค้นหาจุดพลิกกลับทางความคิด (Leverage point) โดยนักจิตวิทยาการศึกษาจะอาศัยเบาะแส (Clue) ที่ได้จากการสนทนาและสังเกตผู้มาปรึกษา ทั้งที่เป็นเบาะแสดจากคำพูดและกิริยาท่าทาง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจพินิจแบบแผนทางความคิดและพฤติกรรมของผู้มาปรึกษา จนสามารถก่อให้เกิดความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ต่อไป ทั้งนี้เบาะแสดสำคัญมักได้จาก (1) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่เกิดขึ้นภายในชั่วโมงการปรึกษา (In-session avoidance behavior) และ (2) การพูดที่สะท้อนถึงกฎเกณฑ์ตายตัว สมมติฐานหรือเงื่อนไขชีวิตต่าง ๆ (Rule speak) ได้แก่ การใช้คำว่า “ต้อง (must)” หรือ “ควร (should)” และการใช้ประโยคเงื่อนไขว่า “ถ้า...แล้ว (if...then)” หรือ “ถ้าไม่...แล้ว (unless...then)” เป็นต้น

2) การช่วยให้ผู้มาปรึกษาได้กำหนดและเลือกทิศทางการดำเนินชีวิต (Life direction) ที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตในขณะนั้น โดย Strosahl และคณะ (2012) ได้แนะนำให้ใช้แบบฝึกฝน 2 ชิ้น ได้แก่ (1) The Life Path and Turnaround Exercise ซึ่งมีลักษณะเป็นการใช้คำอุปมาอุปไมยแบบเห็นภาพ (Visual metaphor) เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างการใช่วิธีการหลีกเลี่ยงกับการดำเนินชีวิต โดยมีคุณค่านำชีวิตเป็นฐาน อีกทั้งยังจะได้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบ และ (2) The True North Exercise มีลักษณะเป็นการใช้คำอุปมาอุปไมยแบบเห็นภาพเช่นเดียวกัน หากมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้ทบทวนและทำความเข้าใจกับคุณค่านำชีวิต และประเมินวิธีการเผชิญปัญหา ทักษะและระดับความสามารถของตนเอง

3) การจัดทำทสรูปความคิดรวบยอดต่อกรณีปรึกษา (Case formulation) เพื่อถอดเนื้อหาสาระและความหมายจากการสนทนาภายในชั่วโมงการปรึกษาและที่สังเกตได้ของนักจิตวิทยาการศึกษา ในการนี้ Strosahl และคณะ (2012) ได้แนะนำให้นักจิตวิทยาการศึกษาได้ใช้เครื่องมือ 2 ชิ้น ได้แก่ (1) The Flexibility Profile Worksheet เพื่อประเมินระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้มาปรึกษาใน 3 ด้าน คือ ด้านการสังเกตอย่างรู้สำนึก ด้านการเปิดใจยอมรับประสบการณ์ตามจริง และด้านการประสานตนเข้ากับประสบการณ์ และ (2) The Four Square Tool เพื่อตรวจพินิจถึงวิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละรูปแบบที่เป็นทางเลือก และความเป็นไปได้ของวิธีการเหล่านั้นในการก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ผู้มาปรึกษามุ่งหวัง

**ปัจจัยที่สาม การส่งเสริมแนวทางและวิธีการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถึงราก** โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) การพัฒนาการสังเกตอย่างรู้สำนึก การเปิดใจน้อมรับประสบการณ์ตามจริง และการประสานตนเข้ากับประสบการณ์ของผู้มาปรึกษา อย่างเป็นองค์รวมทั้ง 3 ด้าน ในทุกครั้งของการบำบัด ด้วยแบบฝึกฝนที่เหมาะสมกับกรณีปรึกษา และเรียงระดับจากง่ายไปหายาก
- 2) การส่งเสริมการสังเกตอย่างรู้สำนึกด้วยวิธีการสร้างความตื่นตัวในขณะปัจจุบัน และพัฒนาทักษะในการเข้าใจที่ชนะของตนเองและผู้อื่น
- 3) การส่งเสริมการเปิดใจน้อมรับประสบการณ์ตามจริง ด้วยวิธีการพัฒนาความสามารถในการถอนความคิดยึดติดหรือปล่อยวางที่ชนะที่ครอบงำจิตใจ พร้อมไปกับเสริมสร้างจุดยืนแห่งการยอมรับความเป็นจริง
- 4) การส่งเสริมการประสานตนเข้ากับประสบการณ์ ด้วยวิธีการเปิดโอกาสให้ได้ประสบกับคุณค่าในชีวิต รวมถึงสนับสนุนให้มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง และลงมือกระทำการตามวิถีทางที่เลือกด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ

### 1.7 การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล และความวิตกกังวล

Eifert และ Forsyth (2005) กล่าวว่า บุคคลที่ประสบกับความวิตกกังวลในหลากหลายรูปแบบและปัญหาทางด้านจิตใจที่สืบเนื่องจากความวิตกกังวลนั้น มีแนวโน้มที่จะมีแบบแผนทางพฤติกรรมที่ตายตัว ไม่ยืดหยุ่น หรือไม่สามารปรับตัวเข้ากับบริบทแวดล้อม (rigid) อันนำไปสู่การประสบกับความทุกข์เรื้อรัง (chronic) โดยบุคคลส่วนใหญ่ยังคงมีความหวังว่าจะสามารถควบคุมความวิตกกังวลของตน หรือเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อการประเมินประสบการณ์ของตนในทางลบได้ แนวโน้มดังนี้สะท้อนถึงการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ซึ่งนับว่าเป็นแบบแผนทางการรู้คิดและพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่นเช่นกัน (Eifert & Forsyth, 2005) อนึ่ง การหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงถือว่าเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจทั้งปวงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น และเป็นเป้าหมายเบื้องต้นของการบำบัดทุกรูปแบบที่อาศัยการยอมรับเป็นฐานของกระบวนการ (Acceptance-based therapy)

นอกจากนั้น Eifert และ Forsyth ยังได้บอกเล่าถึงประสบการณ์ทั่วไปที่ผู้มาปรึกษาประสบ ในขณะที่เขากำลังปรับเปลี่ยนวิธีการที่จะสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดของตน โดยเป็นลักษณะของการเคลื่อนออกจากการทำกับตนเองที่มากเกินไป หรือเลิกใช้การหลีกเลี่ยงประสบการณ์เป็นวิธีการในการ

รับมือกับปัญหา แล้วได้เชื่อมโยงตนเข้ากับประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดในแต่ละห้วงขณะอย่างไม่ตัดสิน สามารถปล่อยวางทางความคิด และประสานตนเองให้เข้ากับบริบทชีวิตในขณะนั้นได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน จนกระทั่งสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเข้าใจ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงภายในตนที่เกิดขึ้นย่อมแสดงให้เห็นถึงสภาวะจิตใจของผู้มาปรึกษาที่มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น มีความพร้อมในการตอบสนองต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับลึกถึงฐานรากได้ต่อไป และด้วยสภาวะจิตใจที่ยืดหยุ่นนี้เองที่ขยายโอกาสในการสำรวจและค้นพบคุณค่าในชีวิต อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และก่อให้เกิดความมุ่งมั่น

## 2. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (Geriatric Anxiety)

### 2.1 นิยามและขอบเขต

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่มีความสุข หงุดหงิด อึดอัด กัดดัน และกระวนกระวาย โดยเกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสถานการณ์ที่ยังมาไม่ถึงว่าจะสามารถคุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเองได้ (ทรงเกียรติ ลั่นหลาม, 2550) ตามนัยนี้ ความวิตกกังวลจึงมีความหมายครอบคลุมไปสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงอาการ หงุดหงิด กระสับกระส่าย อึดอัด ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ที่เขากำลังเผชิญหน้าในขณะนั้น รวมไปถึงถึงความกังวลใจ ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน รู้สึกหวั่นเกรงต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นลักษณะของความกังวลใจ (Worry) รวมอยู่ด้วย

อาการวิตกกังวลเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในบุคคลทั่วไป ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนั้นส่งผลต่อบุคคลทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ความวิตกกังวลที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ มักจะมากกระตุ้นให้เราคิดหาหนทางเพื่อเอาชนะปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต มีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่เสริมสร้างจิตใจให้เข้มแข็งและพัฒนาตนได้เมื่อสามารถก้าวข้ามอุปสรรคที่มาขัดขวาง ทั้งยังก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเอง หากสามารถควบคุมสถานการณ์หรือเอาชนะปัญหาได้

ในแง่ลบ หากความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากจนเกินไปโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยหรือเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัด อีกทั้งหากยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบ จะทำให้บุคคล



ตกอยู่ในสภาวะตึงเครียดตลอดเวลา เนื่องจากรู้สึกถึงอันตรายที่คุกคามตนเองอยู่ทุกขณะ แต่ทั้งนี้ ความรู้สึกดังกล่าวกลับไม่ได้สัดส่วนกับอันตรายที่เกิดขึ้นจริง กล่าวคือ มีความรู้สึกมากเกินไปจนเกินจริง มีอาการผิดปกติทางสรีระที่สังเกตเห็นได้ ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น ยังผลให้เกิดความกังวลใจและไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

คู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5, APA, 2013) ระบุถึงชนิดของโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ซึ่งมีลักษณะและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ได้แก่ (1) โรคกลัวการอยู่ในที่ชุมชน (Agoraphobia) (2) โรคกลัวเฉพาะเจาะจง (Specific Phobia) (3) โรคกลัวการเข้าสังคม (Social Phobia) (4) โรคกลัวการพูดเฉพาะสถานการณ์ (Selective Mutism) (5) โรควิตกกังวลอย่างรุนแรง (Panic Disorder) (6) โรควิตกกังวลจากการพลัดพราก (Separation Anxiety Disorder) และ (7) โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder)

ความวิตกกังวลไม่ได้เป็นเพียงความรู้สึกที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอกแต่เพียงเท่านั้น หากแต่มีความเชื่อมโยงกับการรู้คิดและแบบแผนพฤติกรรมส่วนบุคคล โดย Spielberger (1996 อ้างถึงใน ทรงเกียรติ ลันหลาม, 2550) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม อารมณ์ และลักษณะทางสรีรวิทยาที่ตอบสนองกระบวนการทางการคิด การเข้าใจ ของบุคคล โดย บุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการคุกคามตน ซึ่งในการนี้ บุคคลจะอาศัยประสบการณ์ในอดีตที่เคยผ่านการคุกคาม มาทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่และประเมินความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากนั้นจึงตอบสนองตามแบบแผนพฤติกรรมที่ตนเคยใช้แล้ว ได้ผลต่อไป ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงไม่ได้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยตรงจากสถานการณ์ที่เข้ามา กระทบแต่เพียงอย่างเดียว

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

แนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1972 อ้างถึงใน รังรอง งามศิริ, 2540) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลว่าจะเป็นการควบคุมหรือเกิดความไม่พึงพอใจตนเอง ซึ่งแต่ละบุคคลจะประเมินและคาดคะเนแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่ประเมินว่าสิ่งเร้านั้นจะทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับตนเองก็จะมี

พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากเกินไป จนอาจมากเกินไปเมื่อเทียบกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นจริง และในบางกรณี บุคคลอาจรู้สึกสิ้นหวังสถานการณ์ และไม่มีความคิดที่จะช่วยเหลือตนเองในการที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่มากเกินไป (Epstein, 1972 อ้างถึงใน ทรงเกียรติ ลันหลาม, 2550)

Spielberger (1972 อ้างถึงใน รังรอง งามศิริ, 2540) กล่าวถึงเกณฑ์ในการประเมินระดับความวิตกกังวลของบุคคล ได้แก่ การมีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา และสถานการณ์ที่บุคคลประสบ โดยแบ่งระดับความวิตกกังวลที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกกับกับพฤติกรรมที่แสดงออก เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้มักจะพบได้ทั่วไป เช่น ความตึงเครียดจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา มีการรับรู้ที่ว่องไว ความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติมากนัก รวมถึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องมาจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ฝ่ามือมีเหงื่อออก การเคลื่อนไหวเร็วขึ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำนี้ยังสามารถควบคุมตนเองได้ โดยอาจต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ต้องการความสะดวก ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้และเข้าใจ

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ความสนใจน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางสรีระ เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น หากบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางนี้ยังสามารถที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

3) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะมี ความรุนแรงมากเกินกว่าปกติ มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียด มากจนเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงและทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ เกิดความสับสน มีพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมากขึ้นและมักเป็นพฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่สังเกตเห็นได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ ต่อต้าน ตีนกล้ว ตัวสั่น เกร็ง และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ท้องเดิน หรือท้องผูก นอนไม่หลับ ซึ่งบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงนี้เป็นบุคคลที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก (Panic anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรงมาก หรือมีลักษณะเป็นความกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลขาดการควบคุมตนเอง และแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่มีในสภาวะการณปกติ เช่น กรีดร้อง และวิ่งหนีไปอย่างไร้จุดหมาย หรือตกตะลึงแน่นิ่งหมดสติทันทีทันใด บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงมากนี้จะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และไม่สามารถทำภารกิจเหมือนคนปกติได้

จากการจำแนกระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลข้างต้นจะเห็นว่า ความวิตกกังวลไม่ใช่เป็นเพียงสภาวะทางอารมณ์ความรู้สึกเท่านั้น หากแต่เป็นสภาวะทางความคิด สรีระ และพฤติกรรมประกอบด้วย อีกทั้งยังหาได้มีเพียงอิทธิพลในเชิงทำลายความปกติสุขของเท่านั้น หากแต่มีอิทธิพลในเชิงสร้างสรรค์ควบคู่กันด้วย โดยความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีประโยชน์เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว เรียนรู้ แก้ปัญหา สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และเกิดความคิดสร้างสรรค์ แต่ถ้าเป็นความวิตกกังวลในระดับรุนแรงและรุนแรงมาก จะมีผลเสียต่อบุคคลและอาจทำให้เกิดพยาธิสภาพทางจิต เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล (ทรงเกียรติ ลั่นหลาม, 2550)

ผลการศึกษาของ Spielberger (1972 อ้างถึงใน ทรงเกียรติ ลั่นหลาม, 2550) ได้พบเงื่อนไขของการเกิดความวิตกกังวล 3 ประการ ดังนี้

1) การมีสิ่งเร้าทางกายภาพมากระตุ้นหรือทำอันตรายต่อบุคคล จนเกินขีดความสามารถของบุคคลที่จะอดทน บุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดทางร่างกาย ความกลัวทางจิตใจ และความวิตกกังวล เป็นต้น

2) ความไม่สอดคล้องตรงกันทางความคิด ระหว่างความคิดที่เป็นความคาดหวังของตนเอง และความเป็นจริงตามประสบการณ์ของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกที่ตนเองถูกคุกคามและมีอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่อาการวิตกกังวลได้

3) การไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ อาจจะเนื่องมาจากการที่บุคคลไม่ทราบว่ามีสิ่งใดเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองเกิดความวิตกกังวล หรืออาจจะเกิดจากบุคคลมีความขัดแย้งในการเลือกหาวิธีที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สภาวะข้างต้นจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นได้มักจะต้องมีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วสามารถทำหน้าที่เป็นสิ่งเร้าได้ และสถานการณ์นั้นสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

ความวิตกกังวลของบุคคลนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดย Spielberg (1972 อ้างถึงใน รังรอง งามศิริ, 2540) กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลต่อบุคคลใน 4 ด้าน ดังนี้ (1) ผลทางปฏิกริยาชีวเคมีในร่างกาย (2) ผลทางระบบสรีระต่าง ๆ ทางร่างกาย (3) ผลทางสภาวะจิตใจและอารมณ์ และ (4) ผลทางกระบวนการทางปัญญา ความคิด ความจำ และการรับรู้ (รังรอง งามศิริ, 2540) นอกจากนี้ ผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังส่งผลต่อพฤติกรรม โดยบุคคลจะแสดงความรู้สึกแบบเปิดเผยหรือปกปิดหรือเบนความสนใจ และจะนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า และมีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression) ทั้งนี้เป็นการปรับตัวของบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวล (ทรงเกียรติ ล้นหลาม, 2550)

Rollo May (1977) ได้ศึกษาถึงความหมายของความวิตกกังวลที่ปรากฏอยู่ในงานวรรณกรรม การศึกษาทางสังคมและการเมือง ปรัชญาและเทววิทยา รวมถึงจิตวิทยา โดยเขาสรุปว่าความวิตกกังวล คือ ความหวาดหวั่นที่เกิดขึ้นเมื่อคุณค่านำชีวิตถูกคุกคาม ซึ่งสะท้อนถึงแก่นของการดำรงอยู่และบุคลิกภาพของบุคคล การคุกคามเหล่านี้อาจมีต่อชีวิตทางกายภาพ โดยเกิดจากภาวะคุกคามจากความตาย หรือมีต่อการดำรงอยู่ทางจิตใจ เนื่องจากการสูญเสียอิสรภาพ การมีชีวิตที่ปราศจากความหมาย เป็นต้น รวมถึงอาจเกิดจากค่านิยมบางประการที่บุคคลรับมาเป็นหลักการดำเนินชีวิต เช่น ค่านิยมแบบชายเป็นใหญ่ การให้นิยามความหมายแก่ “ความรัก” “ความสำเร็จ” และ “ความสุข” เป็นต้น แล้วมีความขัดแย้งในการปฏิบัติตนตามค่านิยมเหล่านี้

นอกจากนี้ May ยังได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างความกลัวกับความวิตกกังวลว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองต่อภัยอันตรายเฉพาะอย่าง ในขณะที่ความวิตกกังวลนั้นไม่สามารถระบุถึงภัยอันตรายที่เฉพาะเจาะจงได้ (unspecific) มีความคลุมเครือ (vague) และเกิดขึ้นได้โดยไม่มีตัวเร้า (objectless) โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) และอับจนหนทาง (helplessness) เป็นอารมณ์เฉพาะของความวิตกกังวล อนึ่ง ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่ศึกษาได้ บุคคลสามารถทำความเข้าใจถึงธรรมชาติแห่งความวิตกกังวลได้ด้วยวิธีการถามตนเองว่า ความวิตกกังวลที่กำลังประสบอยู่นี้เกิดจากการคุกคามต่อคุณค่าใดของตน

### 2.3 ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

โดยพื้นฐานแล้ว ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุมีลักษณะและอาการแสดงออกเหมือนกับ ความวิตกกังวลทั่วไปดังที่กล่าวมาแล้ว หากแต่ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนั้นมีลักษณะจำเพาะบาง ประการที่แตกต่างไปจากความวิตกกังวลของประชากรในวัยที่อายุน้อยกว่า ใน 3 ประการ ได้แก่ (1) ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีการอุบัติร่วมกับความเจ็บป่วยทางร่างกายและปัญหาทางด้านจิตใจ ชนิดอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความซึมเศร้า (2) ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับ ความบกพร่องทางการรู้คิดของผู้สูงอายุ และ (3) สถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล นั้นแตกต่างไปจากคนในวัยอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของ สภาพร่างกายและวิถีการดำเนินชีวิต

จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายควบคู่ ไปกับภาวะซึมเศร้า (Beekman et al., 2000; Carmin & Ownby, 2010; Lenze et al., 2001) ความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงกับสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง การรับรู้ถึงสุขภาพ ที่แย่งลงของตนเอง การลดลงของความพึงพอใจในชีวิต การเพิ่มขึ้นของความโดดเดี่ยวอ้างว้าง (Wetherell & Gatz, 2005) ความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (de Beurs, van Balkom, Lange, Koele, & van Dyck, 1999) การไร้ความสามารถทางกายที่เพิ่มขึ้น (Brenes et al., 2005; Lenze et al., 2001) และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Stanley et al., 2003; Wetherell & Gatz, 2005)

Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley และ Craske (2010) อธิบายว่า ความวิตก กังวลของผู้สูงอายุอาจปรากฏขึ้นพร้อมกับอาการทางสรีระ ไม่ว่าจะเป็นความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ อาการตื่นเต้นอย่างรุนแรงและความยากลำบากในการนอนหลับ ฯลฯ ในทางกลับกัน เงื่อนไข ทางด้านร่างกายบางประการ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบหายใจ อาการไทรอยด์เป็นพิษ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต หรือความผิดปกติทางการทรงตัว ฯลฯ ก็สามารถก่อให้เกิด อาการแสดงออกที่คล้ายคลึงกับอาการวิตกกังวลได้ ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากเมื่อต้องแยกแยะความ วิตกกังวลออกจากอาการเหล่านี้ และก่อให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

ความวิตกกังวลเป็นสิ่งจำเป็นที่สะท้อนถึงการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงอายุ ดังนั้น การปราศจากซึ่งความวิตกกังวลอย่างสิ้นเชิงนั้นเป็นสิ่งที่ผิดปกติและไม่พึงปรารถนา (Pachana et al., 2007) อนึ่ง ความวิตกกังวลที่ควรให้ความสนใจ คือ ความวิตกกังวลที่เป็นสาเหตุของความทุกข์ใจหรือทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่อง ซึ่งกระทบกระเทือนต่อประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตของบุคคล อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไม่ถือเป็นส่วนหนึ่งของการสูงวัยตามปกติ (D. L. Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010; Yochim, Mueller, June, & Segal, 2011) โดยบ่อยครั้งที่มักเห็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า ความวิตกกังวลเป็นลักษณะปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้สังคมละเลยต่อสภาวะนี้ (Carmin & Ownby, 2010) ทำให้ขาดการตระหนักรู้และมองข้ามการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลไป

Segal, June, Payne, Coolidge และ Yochim (2010) จำแนกองค์ประกอบของอาการวิตกกังวลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) อาการทางสรีระ (Somatic symptoms) (2) อาการทางการรู้คิด (Cognitive symptoms) และ (3) อาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) โดยแนวทางการจำแนกองค์ประกอบดังกล่าวนี้สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition – Text revision: DSM-IV-TR, APA, 2000) จึงทำให้สามารถอธิบายถึงสาเหตุและประเมินผลความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจนและรัดกุม กล่าวคือ สามารถคัดกรองอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยรวม และทราบถึงองค์ประกอบสำคัญของความวิตกกังวลที่แสดงออกเหล่านั้นได้ หากในขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยต่อความเป็นไปได้ที่จะพบโรควิตกกังวลประเภทต่าง ๆ ที่อาจสังเกตอาการได้ในระหว่างการประเมิน นอกจากนี้ Segal และคณะยังได้เพิ่มเติมการสำรวจความกังวลใจ (Worry) ในบริบทชีวิตด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุทั่วไปให้ความสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ (1) การเงิน (2) สุขภาพ (3) ลูกหลาน (4) ความตาย และ (5) การเป็นภาระ โดยที่การสำรวจความกังวลใจในประเด็นเหล่านี้จะเอื้อประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานในทางคลินิก

#### 2.4 การประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

Edelstein และ Segal (2011) กล่าวถึงเครื่องมือวัดที่ได้รับความนิยมใช้สำหรับการประเมินความวิตกกังวลในกลุ่มประชากรสูงวัย จำนวน 7 รายการ ได้แก่ (1) The State – Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1983) (2) The Worry Scale (WS; Wisocki et al., 1986) (3) The Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988) (4) The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) (5) The Fear Survey Schedule-II-OA (Kogan & Edelstein, 2004) (6) The Geriatric Anxiety Inventory (GAI; Pachana et al., 2007) และ (7) The Geriatric Anxiety Scale (GAS; Segal et al., 2010)

เครื่องมือวัดความวิตกกังวลในรายการที่ 1 – 5 เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นสำหรับประชากรวัยอื่นที่ไม่ใช่ประชากรสูงวัย แต่นำมาปรับใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในขณะที่เครื่องมือวัดรายการที่ 6 และ 7 นั้น เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลที่พัฒนาขึ้นเพื่อประชากรสูงวัย โดยเฉพาะ หากมีความแตกต่างกันตรงที่ GAI พัฒนาขึ้นบนฐานของการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder: GAD) จึงมีความไวต่อการจำแนกระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล (Pachana et al., 2007) ส่วน GAS พัฒนาขึ้นเพื่อคัดกรองอาการวิตกกังวล (Anxiety symptom) ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งจำแนกตามองค์ประกอบของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผู้พัฒนากำหนดขึ้น ไม่ได้มุ่งเน้นต่อการวินิจฉัยพยาธิสภาพทางจิตใจ (D. L. Segal et al., 2010)

รายละเอียดของเครื่องมือวัดทั้ง 7 รายการ มีดังต่อไปนี้

1) **The State – Trait Anxiety Inventory** (STAI; Spielberger, 1983) เป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง (self-report) จำนวน 20 ข้อกระทง โดยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ชุดแรกเป็นการวัดบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (Trait anxiety) และชุดที่สองเป็นการวัดความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ (State anxiety) ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงของมาตรวัดชุดแรกมีพิสัยตั้งแต่ .47 - .57 ในขณะที่มาตรวัดชุดที่สองมีพิสัยตั้งแต่ .38 - .46 มีค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายในของมาตรวัดชุดแรกมีพิสัยตั้งแต่ .85 - .92 และมาตรวัดชุดที่สองมีพิสัยตั้งแต่ .79 - .90 มาตรวัด STAI พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ และได้รับการแนะนำให้ใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ในชุมชน (community-dwelling adults) แต่มาตรวัดนี้ยังไม่ได้รับการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ว่างานศึกษาหลายชิ้นได้นำมาตรวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงสอดคล้อง

(Convergent validity) ก็ตาม (เช่น งานศึกษาของ Kabacoff และคณะ, 1997; Stanley และคณะ, 1996)

2) *The Worry Scale* (WS; Wisocki et al., 1986) เป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง จำนวน 35 ข้อกระทง ที่ใช้ตรวจสอบเนื้อหาของความกังวลใจ (Worry) มาตรวัดชุดนี้มีความตรงเชิง สอดคล้องในระดับดี พิสัยตั้งแต่ .57 - .73 มีค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายในด้วยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคประมาณ .79 - .93 มาตรวัดชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาในกลุ่มผู้สูงอายุ

3) *The Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al., 1988) เป็นมาตรวัดแบบ รายงานตนเอง จำนวน 21 ข้อกระทง ที่ใช้ตรวจหาอาการวิตกกังวลที่ก่อความทุกข์ใน ช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนหน้า มีมาตรการวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (0 - 3) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 63 ค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายในมีพิสัยตั้งแต่ .90 - .92 ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงเชิง สอดคล้องมีพิสัยตั้งแต่ .47 - .73 มาตรวัดชุดนี้มีคุณภาพโดยรวมในระดับดี แต่กระนั้นก็ตาม การเพิ่มข้อกระทงด้านสรีระเข้าไปในมาตรวัดฉบับดั้งเดิม มีแนวโน้มที่จะทำให้การประเมินความวิตก กังวลในผู้สูงอายุสูงเกินจริง (Wetherell & Gatz, 2005)

4) *The Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990) เป็น แบบสอบถาม จำนวน 16 ข้อกระทง ที่ใช้ตรวจสอบความถี่และระดับความเข้มของอาการที่แสดงถึง ความกังวลใจ เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 16 - 80 ค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายในมีพิสัยตั้งแต่ .86 - .93 ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงเชิง สอดคล้องมีพิสัยตั้งแต่ .45 - .55 แบบสอบถามสามารถวัดประสบการณ์ความกังวลใจได้ดีกว่า เนื้อหาของความกังวลใจ อย่างไรก็ตามแบบสอบถามชุดนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ แต่ ไม่มีหลักฐานสนับสนุนทางด้านจิตมิติในกลุ่มผู้สูงอายุ

5) *The Fear Survey Schedule-II-OA* (Kogan & Edelstein, 2004) เป็นแบบสำรวจ ตนเอง จำนวน 22 ข้อกระทง มีมาตรการวัดแบบประมาณค่าความรุนแรงของความกลัวและ ความบกพร่องที่สืบเนื่องจากความกลัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้อง ภายในมีพิสัยตั้งแต่ .90 - .92 ค่าสัมประสิทธิ์ความตรงเชิงสอดคล้องในงานวิจัยนำร่องมีพิสัยตั้งแต่ .40 - .47 โดยเทียบกับเครื่องมือวัดความวิตกกังวลอื่นที่หลากหลาย แบบสำรวจนี้ผ่านพิจารณา



ความตรงเชิงเนื้อหากับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะที่บ่งชี้ถึงความกลัวแตกต่างไปจากกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า

6) *The Geriatric Anxiety Inventory* (GAI; Pachana et al., 2007) เป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง จำนวน 20 ข้อกระทง มีรูปแบบการตอบแบบคู่ขั้ว (Dichotomous response format) โดยตรวจสอบอาการวิตกกังวลในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนหน้า ค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายในด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับสูง มีพิสัยตั้งแต่ .91 - .93 มีความไวในการตรวจสอบโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorders: GAD) ที่ดี เทียบเท่ากับเครื่องมือวัดความวิตกกังวลอื่น ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ .75 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ .84 มาตรวัดชุดนี้ใช้ตรวจสอบโรควิตกกังวลทั่วไปได้ดีกว่าอาการวิตกกังวลปกติ นอกจากนั้น ในการศึกษาในร่องทางจิตมิติพบว่า มาตรวัดชุดนี้มีความสามารถในการคัดกรองความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุ (Pachana & Byrne, 2011)

7) *The Geriatric Anxiety Scale* (GAS; Segal et al., 2010) เป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง จำนวน 30 ข้อกระทง ที่ใช้คัดกรองความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยผู้ตอบจะระบุถึงความถี่ของอาการวิตกกังวลแต่ละชนิดที่ตนประสบในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนหน้า มีมาตราการวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (0 - 3) ข้อกระทงในมาตรวัดชุดนี้อ้างอิงอาการวิตกกังวลที่ปรากฏอยู่ในคู่มือ DSM-IV โดยประกอบไปด้วยมาตรวัดย่อย 3 ด้าน ได้แก่ อาการทางสรีระ อาการทางการรู้คิด และอาการทางอารมณ์ คะแนนรวมของมาตรวัดชุดนี้จะคำนวณจากข้อกระทง 25 ข้อแรก นอกจากนั้น ผู้พัฒนาได้เพิ่มข้อกระทงด้านความกังวลใจอีก 5 ข้อ ซึ่งไม่ได้นำคะแนนในด้านนี้เข้าคำนวณร่วมกับคะแนนรวม หากสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางคลินิก มาตรวัดชุดนี้มีค่าความเที่ยง โดยความสอดคล้องภายในในระดับสูง เท่ากับ .93 และมีหลักฐานสนับสนุนความตรงเมื่อทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน รวมถึงในบริบททางคลินิก (D. L. Segal et al., 2010)

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการหลักตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น กับปัญหาด้านจิตใจ และ

(2) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการหลักตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น กับปัญหาทางด้านจิตใจ

งานศึกษาหลายชิ้นนำเสนอว่า การหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จอาจเป็นตัวการสำคัญต่อการอุบัติขึ้นของความวิตกกังวล เช่น งานศึกษาของ Orsillo และคณะ (2005) Andrew และ Dulin (2007) เป็นต้น ในการนี้ Roemer และ Orsillo (2007) ได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาถึงผลของการบำบัดที่เรียกว่า การบำบัดเชิงพฤติกรรมที่เน้นการยอมรับ ต่อความวิตกกังวล โดยกระบวนการบำบัดที่ให้แก่ตัวอย่างนั้นมุ่งเน้นที่องค์ประกอบด้านการยอมรับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ ผู้ศึกษาคาดว่า สิ่งทดลองที่ให้ดังกล่าวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความวิตกกังวลที่ลดลง รวมถึงสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพในการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการทดลองจำนวน 19 ราย แต่ได้ถอนตัวไประหว่างการทดลองจำนวน 3 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการทดลองจนจบกระบวนการจำนวน 16 ราย และมีจำนวน 12 ราย ที่ได้รับการประเมินช่วงติดตามผลระยะ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรุนแรงของโรควิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีการรายงานถึงอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ความกลัว และการหลีกเลี่ยงที่ลดลง และยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในการเปรียบเทียบผลหลังทดลองและเมื่อติดตามผลระยะ 3 เดือน

จากงานศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้ (1) ในงานศึกษาชิ้นนี้ ผู้ศึกษาได้ตัดตัวอย่างที่มีความซึมเศร้าออกจากการทดลอง ทั้งที่มีการรายงานถึงการอุบัติร่วมของความซึมเศร้ากับความวิตกกังวลในงานศึกษาวิจัยหลายชิ้น ดังนั้น ผู้วิจัยที่จะศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อไปในอนาคตจึงควรพิจารณาถึงประเด็นการอุบัติร่วมนี้ด้วย (2) ผู้ศึกษาพบว่า ขนาดอิทธิพลของสิ่งทดลองที่ให้นั้นลดลงในช่วงสิ้นสุดการทดลองถึงเมื่อติดตามผล ปรัชญาการณที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ศึกษากลับไปทบทวนรายละเอียดของกระบวนการบำบัดที่ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงท้ายของกระบวนการ โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และพัฒนาวิธีการที่จะ

ช่วยให้ผู้มาปรึกษาสามารถนำเอาการฝึกสติพร้อมด้วยการยอมรับ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการย้อนกลับคืน (relapse) ที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว (3) การศึกษาวิจัยในอนาคตควรมีการวัดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นของกระบวนการ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของสิ่งทดลองที่ให้แก่วัยรุ่นที่เข้าร่วมการวิจัยได้ว่าสอดคล้องกับกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถทำนายผลของการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตามได้ และ (4) การบำบัดบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยกระบวนการที่เน้นการยอมรับและการมีสติรู้สำนึกนั้นเป็นวิธีการที่มีความเป็นไปได้และควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

Bardeen, Fergus และ Orcutt (2013) ศึกษาถึงการหลีกหนีประสบการณ์ในฐานะตัวแปรกำกับ (Moderator) ความสัมพันธ์ระหว่างความไวต่อความวิตกกังวล (Anxiety sensitivity) กับความเครียดที่บุคคลรับรู้ (Perceived stress) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 งาน กล่าวคือ ในการศึกษาแรก เป็นการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 400 ราย และในการศึกษาที่สอง เป็นการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มคนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 838 ราย ผลการวิจัยในทั้งสองการศึกษายืนยันสมมติฐานว่า การหลีกหนีประสบการณ์เป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่างความไวต่อความวิตกกังวลกับความเครียดที่บุคคลรับรู้ อย่างไรก็ตาม ความไวต่อความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดที่บุคคลรับรู้ในกรณีที่คุณลักษณะการหลีกหนีประสบการณ์ในระดับต่ำเท่านั้น และปรากฏอย่างชัดเจนว่า การหลีกหนีประสบการณ์มีอิทธิพลต่อความทุกข์ใจโดยทั่วไปของบุคคล ยิ่งไปกว่านั้น ความไวต่อความวิตกกังวลและการหลีกหนีประสบการณ์ยังทำให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์กับความเครียดที่บุคคลรับรู้ที่แตกต่างหลากหลายมากกว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับสภาวะทางอารมณ์อื่น (ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การหลีกหนีประสบการณ์น่าจะเป็นปัจจัยแปรปรวนที่ยกระดับความเครียดให้สูงขึ้น

Doron, Thomas-Ollivier, Vachon และ Fortes-Bourbousson (2013) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาทางการรู้คิด (Cognitive coping) การรับรู้คุณค่าในตน (Self-esteem) ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ด้วยการวิเคราะห์แบบรวมกลุ่ม (Cluster-analysis approach) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ชาวฝรั่งเศส จำนวน 334 ราย พบว่า แบบแผนการเผชิญปัญหาทางการรู้คิด (Cognitive coping profile) เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจถึงความแตกต่างของวิธีการที่บุคคลใช้

เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ทางลบที่ไม่ประสงค์ ในกรณีนี้ ผู้วิจัยแนะนำให้ใช้แบบแผนการเผชิญปัญหาทางการรู้คิดและความสัมพันธ์ที่พบเหล่านี้ในการระบุกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับประโยชน์จากการบริการทางจิตวิทยาที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสม

Fledderus, Bohlmeijer และ Pieterse (2010) ศึกษาถึงอิทธิพลของการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) ระหว่างรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive coping style) ต่อพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathology) และสุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ จำนวน 93 ราย ที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นแล้วว่า มีปัญหาทางด้านจิตใจในระดับอ่อนถึงปานกลาง โดยเป็นการประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม คือ การพียงพียง (Palliative) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) และการวางเฉย (Passive) (2) พยาธิสภาพทางจิต คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการใช้สารเสพติดทดแทน และ (3) สุขภาพจิต คือ สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า การหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จมีอิทธิพลส่งผ่านรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบวางเฉยต่อความวิตกกังวลกับความซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น และต่อสุขภาวะทางอารมณ์กับสุขภาวะทางจิตที่ลดลง หมายความว่า บุคคลที่คุ้นชินกับการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จหรือเรียนรู้การหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพทางจิตในระดับสูงและมีสุขภาพจิตที่ต่ำลง

Andrew และ Dulin (2007 อ้างถึงใน Pachana และ Byrne, 2011) ศึกษาถึงอิทธิพลของการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จในฐานะตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกาย กับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 208 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 70 - 92 ปี โดยใช้เครื่องมือวัดหลัก 3 ชิ้น ได้แก่ (1) The Geriatric Anxiety Inventory (GAI) เพื่อวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (2) The Geriatric Depression Scale (GDS) เพื่อวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และ (3) The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) เพื่อวัดการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จสามารถอธิบายความแปรปรวนในคะแนนความซึมเศร้าได้ร้อยละ 8 ในขณะที่สามารถอธิบายความแปรปรวนในคะแนนความวิตกกังวลได้ถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงที่ประสบความสำเร็จยังมีน้ำหนักความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมากกว่าที่มีต่อความซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่า การหลีกเลี่ยง

ประสบการณ์และความวิตกกังวลเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับการศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้ทราบถึงความสำคัญขององค์ประกอบหลักตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น อันได้แก่ การหลีกเลี่ยงประสบการณ์และการยอมรับที่มีอิทธิพลต่อทั้งความวิตกกังวล การรับรู้ความตึงเครียด การรับรู้คุณค่าในชีวิต รวมถึงรูปแบบการเผชิญปัญหาของบุคคล ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับการออกแบบและดำเนินโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับบุคคลที่มีความวิตกกังวลต่อไป โดยผู้วิจัยคำนึงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการ และปัจจัยที่ช่วยป้องกันการย้อนกลับคืนของพยาธิสภาพทางจิตหรือปัญหาทางด้านจิตใจของบุคคลไปพร้อมกัน

### 3.2 การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล ผู้วิจัยได้ศึกษางานทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และศึกษาการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) ของ Gonçalves และ Byrne (2011) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดโรควิตกกังวลโดยทั่วไปในผู้สูงอายุ พบว่า ในช่วงปี 1984 – 2011 มีงานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวจำนวน 27 ชิ้น ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ศึกษา แบ่งเป็นการบำบัดโดยใช้ยาจำนวน 14 ชิ้น กับการบำบัดจำนวน 13 ชิ้น และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 2,373 ราย โดยผู้ศึกษาไม่พบความแตกต่างของคุณภาพการทดลองโดยรวมจากงานทั้งหมด มีผลของสิ่งทดลองที่ให้ (Treatment effect) คล้ายคลึง และกลุ่มทดลองได้รับผลจากสิ่งทดลองที่ให้เหนือกลุ่มควบคุมในทุกงานทดลอง

ผู้ศึกษาได้สรุปผลการศึกษาดังนี้ (1) ทั้งการบำบัดโดยใช้ยาและการบำบัดทางจิตต่างมีประสิทธิภาพต่อการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างไม่แตกต่างกัน (2) ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลได้รับประโยชน์จากเงื่อนไขของการเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับกิจกรรม (Active control condition) เช่น กลุ่มอภิปราย หรือการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เป็นต้น มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกิจกรรมใดเลย (No-treatment control group) และ (3) ผู้วิจัยส่วนใหญ่เห็นพ้องกันว่า ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ที่มีความเหมาะสมกับ

ความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ไม่ฝืนความรู้สึกหรือก่อให้เกิดการตีตราว่าด้อยค่า (Stigma) ดังที่เคยปรากฏในแนวทางการดูแลสุขภาพจิตแบบดั้งเดิม

นอกจากนั้น ผู้ศึกษายังให้ข้อเสนอแนะอีกว่า

1) งานทดลองทั้งหมดที่ได้ศึกษานั้น ต่างประยุกต์เครื่องมือวัดอาการวิตกกังวลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มประชากรอื่นมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA; Diefenbach และคณะ, 2001; Hamilton, 1959) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Stanley และคณะ, 1990; Meyer และคณะ, 1990) เป็นต้น ทั้งนี้ งานศึกษาก่อนหน้าได้บ่งชี้ว่า อายุมีอิทธิพลต่ออาการวิตกกังวลและซึมเศร้าที่รายงานก็ตาม และมีนักวิชาการหลายท่านสนับสนุนการออกแบบและสร้างเครื่องมือวัดอาการวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ เช่น Pachana และคณะ (2007) กับ Segal และคณะ (2010) เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การศึกษาในอนาคตจึงควรใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลที่พัฒนาสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง

2) ในการออกแบบโปรแกรมการบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล ผู้วิจัยควรคำนึงถึงการรู้คิดที่ถดถอยลงเรื่อย ๆ ตามการสูงวัย ซึ่งอาจกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการทดลองได้ โดยผู้ศึกษาอ้างถึง Mohlman และ Gorman (2005) ที่กล่าวว่า การตอบสนองต่อสิ่งทดลองที่ให้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดนั้นต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีผิดปกติด้านการรู้คิด สิ่งนี้ทำให้ผู้วิจัยที่สนใจเรื่องการบำบัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของการสูงวัย ความเจ็บป่วย ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ฯลฯ เข้ามาพิจารณาร่วมกันในทุกขั้นตอนของการศึกษา

3) จากการวิเคราะห์พบว่า การบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม มีประสิทธิภาพในการบำบัดความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ใหญ่ เหนือกว่าการบำบัดในรูปแบบอื่นหรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการกิจกรรม หากแต่ประสิทธิภาพดังกล่าวกลับน้อยกว่าการบำบัดในรูปแบบอื่นเมื่อทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุ ยกเว้นการฝึกผ่อนคลาย (Relaxation training) ที่ยังคงให้ผลที่สูงอยู่ ดังนั้น รูปแบบการบำบัดที่เป็นทางเลือกใหม่ เช่น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น รวมไปถึงการบูรณาการแนวคิดและเทคนิควิธีการอื่นเข้ากับรูปแบบการบำบัดเดิม เช่น การฝึกสติรู้สำนึก (Mindfulness) กับการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม เป็นต้น ก็น่าจะได้รับการพิจารณาจากผู้วิจัยต่อไปในอนาคต

4) จากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกฝืนใจกับการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และถอนตัวออกจากการบำบัดเนื่องจากได้รับการตีตราและมีการรับรู้ตนเองว่าด้อยค่า ด้วยเหตุดังนี้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่า การใช้แนวทางการบำบัดแบบมีโครงสร้างที่สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลน่าจะก่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลแก่ประชากรกลุ่มนี้มากกว่า และ

5) จากงานทดลองหลายชิ้น เช่น งานของ Wetherell และคณะ (2009; 2011) เป็นต้น บ่งชี้ว่า ในระหว่างที่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่รอการให้สิ่งทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง (Waiting list control group) ความวิตกกังวลของพวกเขากลับลดลงได้ทั้งที่ยังไม่ได้รับการกิจกรรมใดเลย แม้ว่า การลดลงดังกล่าวจะน้อยกว่าการลดลงของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับสิ่งทดลอง อย่างไรก็ตาม ดังนั้น สำหรับการศึกษานี้ในอนาคต ผู้วิจัยจึงควรคำนึงถึงการเลือกใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุม รวมถึงกิจกรรมที่จะให้กับกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับกลุ่มทดลอง โดยให้สอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงประจักษ์ดังกล่าว

ผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นระบุว่า งานศึกษาของ Stanley, Beck และ Glassco (1996) นับเป็นงานศึกษาเชิงทดลองชิ้นแรกที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัด 2 รูปแบบ ซึ่งเป็นการยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการใช้กระบวนการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ โดยพวกเขาได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม กับการบำบัดแนวสนับสนุนแบบไม่นำทาง (Nodirective Supportive Psychotherapy: SP) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 48 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (General anxiety disorder: GAD) ในการทดลอง กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้รับการจัดเข้ากลุ่มย่อยที่พบกันรายสัปดาห์ จำนวน 14 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง ผู้ศึกษาวัดผลของสิ่งทดลองที่ให้เมื่อสิ้นสุดการทดลองและติดตามผลภายหลังจากนั้นอีก 6 เดือน โดยมีตัวแปรตามที่เป็นเป้าหมายหลักของการทดลอง ได้แก่ ความวิตกกังวลและความกังวลใจ และผู้ศึกษายังติดตามผลของการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรดังกล่าวที่เชื่อมโยงกับความซึมเศร้าและความกลัว

ก่อนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองเปรียบเทียบ มีจำนวน 2 รายขอถอนตัว และในระหว่างการทดลอง ผู้ศึกษาสูญเสียตัวอย่างไปอีกจำนวน 15 ราย จึงทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 31 ราย สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มปัญญาพฤติกรรมนิยม จำนวน 18 ราย

และกลุ่มสนับสนุนแบบไม่นำทาง จำนวน 13 ราย โดยผลการทดลองปรากฏถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกตัวแปรตาม การทดลองมีขนาดอิทธิพล (Effect size) ใหญ่ และผลจากการสังเกตที่ให้นั้นคงอยู่ตลอดช่วงติดตามผลระยะเวลา 6 เดือน เมื่อผู้ศึกษาตรวจสอบสถานะการตอบสนองและสมรรถนะในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแล้วไม่พบถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการนี้ ผู้ศึกษาสรุปผลการวิจัยว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้สนับสนุนประสิทธิผลของการบำบัดตามแนวคิดสังคม (Psychosocial) ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

- 1) การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยควรให้ความสำคัญกับพยาธิสภาพทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่อยู่ในวัยอ่อนกว่า ทั้งนี้เพราะประเด็นพยาธิสภาพทางจิตที่ต่างกันน่าจะช่วยอธิบายถึงผลจากสิ่งทดลองที่ให้ซึ่งแตกต่างกันไปในประชากรทั้งสองกลุ่มตามการศึกษาก่อนหน้านี้ได้
- 2) ด้วยความแตกต่างระหว่างวัยและพยาธิสภาพทางจิตที่ต่างกันในแต่ละช่วงวัย รูปแบบการบำบัดรายบุคคลจึงน่าจะเหมาะสมกับการบำบัดความวิตกกังวลมากกว่า แต่กระนั้นก็ตาม การบำบัดในรูปแบบกลุ่มก็ยังคงน่าสนใจและจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติม
- 3) ในอนาคตควรมีการศึกษาถึงตัวแปรทำนายผลของสิ่งทดลองที่ให้ ทั้งที่เป็นความวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างมีอยู่เดิมก่อนทดลอง ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น รวมถึงความน่าเชื่อถือของสิ่งทดลองที่ให้
- 4) ขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานทดลองนี้มีจำนวนที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะมีอัตราการสูญหายสูงถึงร้อยละ 33 โดยการสูญหายจำนวนมากนี้อาจสะท้อนถึงความไม่สมัครใจของผู้สูงอายุในการแสวงหาบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ในการนี้ ผู้ศึกษาเห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับจากการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับจิตใจและทางสังคมแก่ทั้งตัวผู้สูงอายุและนักวิชาชีพผู้ให้บริการ ก็น่าจะมีส่วนช่วยให้การรับรู้ต่อความน่าเชื่อถือของการบำบัดรูปแบบเหล่านี้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะนำกระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยเป็นกระบวนการที่



ประกอบไปด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจ ตรวจสอบใจเพื่อแก้ไขปัญหา และเสริมแรงความมุ่งมั่นในการกระทำของตน อีกทั้งยังสามารถตอบสนองต่อเอกลักษณ์เฉพาะตนและความคาดหวังของผู้มาปรึกษาแต่ละคนได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเห็นถึงแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรสูงวัย รวมถึงข้อพึงพิจารณาในการออกแบบและดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการเลือกใช้เครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รูปแบบของกลุ่มควบคุม จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสม อัตราการสูญหาย ช่วงวัยหรือรุ่นของผู้สูงอายุ (ต้น กลางและปลาย) และปัจจัยทางจิตวิทยาต่าง ๆ ที่สามารถทำนายผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น กับความวิตกกังวล จากงานของ Swain, Hancock, Hainsworth และ Bowman (2013) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ในการบำบัดความวิตกกังวล พบว่า ในช่วงปี 2000 – 2012 ปรากฏงานวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวจำนวน 38 ชิ้น แบ่งเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวล (Anxiety symptoms) จำนวน 4 ชิ้น โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder: GAD) จำนวน 5 ชิ้น ปัญหาความวิตกกังวลแบบผสมผสาน (Mixed anxiety problems) จำนวน 5 ชิ้น โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive disorder: OCD) จำนวน 7 ชิ้น โรคตื่นตระหนกหรือโรคกลัวที่ชุมชน (Panic disorder/agoraphobia) จำนวน 2 ชิ้น โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) จำนวน 3 ชิ้น โรควิตกกังวลต่อการเข้าสังคม (Social anxiety disorder) จำนวน 10 ชิ้น ความวิตกกังวลต่อการทดสอบหรือเรียนคณิตศาสตร์ (Test/ Mathematics anxiety) จำนวน 2 ชิ้น โดยมีจำนวนตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 323 ราย อนึ่ง การวิจัยที่คัดเลือกเป็นการศึกษาเปรียบเทียบทั้งแบบระหว่างกลุ่มและกรณีศึกษา แต่มีส่วนน้อยที่ใช้กลุ่มควบคุมในการศึกษาเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาแสดงถึงหลักฐานสนับสนุนการใช้กระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น กับความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่อาการวิตกกังวลไปจนถึงโรควิตกกังวล และในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ โรควิตกกังวลทั่วไป หรือที่เฉพาะเจาะจง เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นต้น หรือในลักษณะที่ผสมผสาน เช่น ความวิตกกังวลกับความกังวลใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเห็นว่า หลักฐานที่ยืนยันถึงประโยชน์ของการใช้

กระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เหล่านี้ยังคงไม่หนักแน่นเพียงพอ มีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากจำนวนและคุณภาพของงานศึกษาวิจัย โดยที่หลักฐานสนับสนุนส่วนใหญ่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองขนาดเล็ก อีกทั้งมีการวัดตัวแปรความวิตกกังวลด้วยเครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า

1) ผู้วิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ควรใช้ถ้อยคำที่ระบุถึงความหมายของศัพท์เฉพาะของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ให้ชัดเจนตรงกัน เนื่องจากเกิดความสับสนในการใช้ศัพท์และนิยามในการศึกษาวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดชื่อเรียกกระบวนการที่ผู้วิจัยใช้ เช่น การบำบัดเชิงพฤติกรรมที่เน้นการยอมรับ เป็นต้น ซึ่งทำให้การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบเป็นไปได้ยากขึ้น

2) งานศึกษาในอนาคตควรมุ่งเน้นที่กลไกการเปลี่ยนแปลง (Mechanism of change) เพื่อเป็นการสนับสนุนการนำกระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ไปใช้ในทางคลินิก

3) ผู้วิจัยควรให้นำหนักกับนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical significance) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองนั้นมักมีขนาดเล็ก จึงอาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ แม้ว่าจะมีความแตกต่างอยู่จริงก็ตาม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถยืนยันได้ว่ากระบวนการของการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง เช่น การเปลี่ยนระดับความวิตกกังวลจากขั้นรุนแรงไปสู่ขั้นปกติ หรือจากการเป็นโรควิตกกังวลกลายเป็นการปลอดจากโรควิตกกังวล เป็นต้น

4) กระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น มุ่งเน้นที่การยอมรับ (Acceptance-oriented approach) มากกว่าการควบคุม (Control-oriented approach) ด้วยเหตุนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Wetherell et al., 2011)

5) งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นที่มุ่งต่อความวิตกกังวลนั้นยังคงมีสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับความชุกของโรควิตกกังวลและปัญหาทางด้านจิตใจอื่น ๆ ที่สืบเนื่องจากภาวะดังกล่าว ดังนั้น การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้จึงเป็นที่น่าสนใจและควรได้รับการสนับสนุนต่อไปในอนาคต

Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller และ Langer (2009) เสนอแนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับบุคคลที่มีความวิตกกังวล โดยออกแบบมาเพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยงการหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะ อีกทั้งยังช่วยลดความพยายามที่จะควบคุมหรือกำจัดประสบการณ์ภายใน (ความคิด จินตนาการ สัมผัสทางกาย) ที่ไม่ประสงค์ ไปพร้อมกับการส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติรู้สำนึกและยืดหยุ่นแล้วสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าต่อไป

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยแบ่งกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น จำนวน 12 ครั้งสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังแสดงในตาราง 4 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลของกระบวนการโดยเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังทดลองกับก่อนทดลองกระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ออกแบบนี้สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในกระบวนการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นได้ (เช่น การลดการหลีกเลี่ยงการหลีกเลี่ยง การเพิ่มขึ้นของการยอมรับและการมีสติรู้สำนึก) ทั้งยังมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ให้ข้อมูลปรับปรุงไปในทิศทางที่ดีขึ้น รวมถึงมีความวิตกกังวลและปัญหาทางด้านจิตใจต่าง ๆ ลดลง

#### ตารางที่ 4

แนวทางสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวล

ครั้งที่	แนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละครั้ง
1	การแนะนำกระบวนการ – การเรียนรู้ทักษะใหม่ (Treatment orientation – Learning new skills)
2 – 3	การตรวจพินิจผลของการควบคุมความวิตกกังวล – ความสิ้นหวังที่สร้างสรรค์ (Examining the effects of anxiety control– Creative hopelessness) การระบุคุณค่านำชีวิตและเป้าหมาย (Identifying values and goals)

ตารางที่ 4

แนวทางสำหรับการรักษาเชิงจิตวิทยาบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวล

ครั้งที่	แนวทางการรักษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละครั้ง
4 – 5	การยอมรับ : การพัฒนาความเต็มใจที่จะอยู่กับความไม่สบายใจ (Acceptance: Developing willingness to stay with discomfort) การปล่อยวางทางการรู้คิด (Cognitive defusion)
6 – 7	การเชื่อมโยงการยอมรับ ความเต็มใจ และการปล่อยวางทางการรู้คิด เพื่ออยู่กับความวิตกกังวล- การเผชิญหน้า (Applying acceptance, willingness, and defusion to stay with anxiety – Exposure)
8 – 12	การกระทำที่มีคุณค่านำชีวิตนำทาง – การเผชิญหน้ากับความกลัวด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ –การก้าวไปพร้อมกับอุปสรรค (Values-guided action – Naturalistic exposure – Moving with barriers)

Petkus และ Wetherell (2013) ได้นำเสนอโครงสร้างและรายละเอียดของการรักษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล โดยอาศัยรูปแบบการรักษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น 8 – 12 ครั้ง (ชั่วโมง) ครั้งละประมาณ 50 นาที พบกันสัปดาห์ละครั้ง และครอบคลุมประเด็นหลัก 5 ประการตามลำดับ (ประเด็นละ 2-3 ครั้ง) ดังนี้ (1) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิต (Values) (2) การยอมรับและพร้อมเปิดรับประสบการณ์ (Acceptance/ Willingness) (3) การปล่อยวางทางการรู้คิด (Defusion) (4) การมีสติรู้สำนึกและการเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต (Mindfulness and Self as context) และ (5) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action) โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

## ตารางที่ 5

โครงสร้างและรายละเอียดของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล

ประเด็น	หัวข้อการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละประเด็น
การประจักษ์ชัดถึง คุณค่านำชีวิต (Values)	ครั้งที่ 1 – 3 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การรื้อฟื้นคุณค่านำชีวิต- อะไรคือสิ่งสำคัญ?</li> <li>2. บทบาทของศาสนา</li> <li>3. การใช้ชีวิตในเวลาส่วนใหญ่ที่เหลืออยู่</li> </ol>
การยอมรับ และเต็มใจรับ ประสบการณ์ (Acceptance /Willingness)	ครั้งที่ 4 – 5 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อะไรที่ใช้การได้? อะไรที่ใช้ไม่ได้? สิ่งนั้นมีต้นทุนต่อชีวิตเท่าใด?</li> <li>2. การควบคุมคือปัญหา (“Control is the problem”)</li> <li>3. การเปิดรับ (Experiencing) กับการหลีกเลี่ยง (Avoiding) ประสบการณ์</li> <li>4. หัวข้อเหล่านี้สอดคล้องกับประเด็นเรื่องคุณค่านำชีวิตอย่างไร?</li> </ol>
การปล่อยวางทาง การรู้คิด (Defusion)	ครั้งที่ 6 – 7 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การมีสติรู้สำนึกต่อประสบการณ์ภายในตน</li> <li>2. ความคิดก็เป็นเพียงความคิด (“A thought is just a thought”)</li> <li>3. การมีความคิด (Having a thought) กับเนื้อหาของความคิด (Content of a thought)</li> <li>4. การถอนการยึดติดจากความคิดเกี่ยวกับตนที่ทำลายชีวิตตน</li> </ol>
การพัฒนาสติรู้สำนึก และการเชื่อมตนเข้ากับ บริบทชีวิต (Mindfulness and Self as context)	ครั้งที่ 8 – 9 (ในการบำบัดแต่ละครั้งจะเริ่มต้นด้วยการฝึกสติก่อน) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การดำรงอยู่อย่างเป็นปัจจุบันขณะ</li> <li>2. การไม่ตัดสินความคิดหรือความรู้สึก</li> <li>3. ความคิดและตัวตนที่ผูกติดกับความคิดนั้น</li> </ol>

## ตารางที่ 5

โครงสร้างและรายละเอียดของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล

ประเด็น	หัวข้อการศึกษาเชิงจิตวิทยาในแต่ละประเด็น
การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action)	<p>เริ่มต้นตั้งแต่การบำบัดในประเด็นคุณค่าชีวิตและดำเนินการต่อเนื่องตลอดกระบวนการบำบัด แต่เน้นย้ำเป็นพิเศษในระหว่างครั้งที่ 10 – 12</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อะไรคือเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับคุณค่าชีวิต?</li> <li>2. อะไรคือการกระทำที่สอดคล้องเป้าหมายเหล่านั้น?</li> <li>3. การแต่รายละเอียดการกระทำแต่ละลำดับขั้นตอน</li> <li>4. อุปสรรคที่อาจกีดขวางกระบวนการแก้ปัญหา</li> <li>5. การเตรียมการสนับสนุนและช่วยเหลือ</li> </ol>

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาโปรแกรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับการเผชิญหน้ากับความวิตกกังวลและลดปัญหาทางด้านจิตใจที่สืบเนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและเทคนิควิธีการตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นเป็นฐานของกระบวนการ อีกทั้งยังได้คำนึงถึงข้อพิจารณาต่าง ๆ ในการออกแบบและดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง โดยเฉพาะที่เสนอให้ศึกษาถึงผลลัพธ์จากสิ่งทดลองที่ให้ (Outcome study) ควบคู่ไปกับกระบวนการและกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Process study) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ภายใต้บริบททางคลินิก

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบก่อนและหลังทดลอง (Quasi-Experimental Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้แสดงรูปแบบการวิจัยในตาราง 6 ดังนี้

ตารางที่ 6

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มในการวิจัย	ระยะก่อน การทดลอง	การทดลอง	ระยะหลัง การทดลอง
กลุ่มทดลอง (n = 22 คน)	E1	X	E2
กลุ่มควบคุม (n = 22 คน)	C1	-	C2

หมายเหตุ	n	คือ	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
	E1	คือ	คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ที่ทำการวัดก่อนทดลอง
	C1	คือ	คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ที่ทำการวัดก่อนทดลอง
	X	คือ	ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น
	E2	คือ	คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ที่ทำการวัดหลังทดลอง
	C2	คือ	คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ที่ทำการวัดหลังทดลอง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิง ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความวิตกกังวล ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

### เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

- 1) เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ตามการวินิจฉัยของแพทย์
- 3) เป็นผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ สูงกว่า  $M+0.5SD$  เป็นต้นไป
- 4) เป็นผู้สูงอายุที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีประวัติมีความเจ็บป่วยทางสมองและจิตเวช เช่น โรคสมองเสื่อม และโรคทางจิตเวช เป็นต้น ตามการวินิจฉัยของแพทย์

สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย (Power analysis) ตามแนวทางของ Cohen (1992) กรณีค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ระดับอำนาจการทำนายที่ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จะได้ตัวอย่างจำนวน 42 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 21 ราย ในการนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 5 หรือประมาณ 2 ราย เพื่อกรณีตัวอย่างสูญหายในระหว่างการวิจัย ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดที่จำนวน 44 ราย แบ่งได้กลุ่มละ 22 ราย โดยผู้วิจัยไม่กำหนดสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างระหว่างเพศชายและหญิง

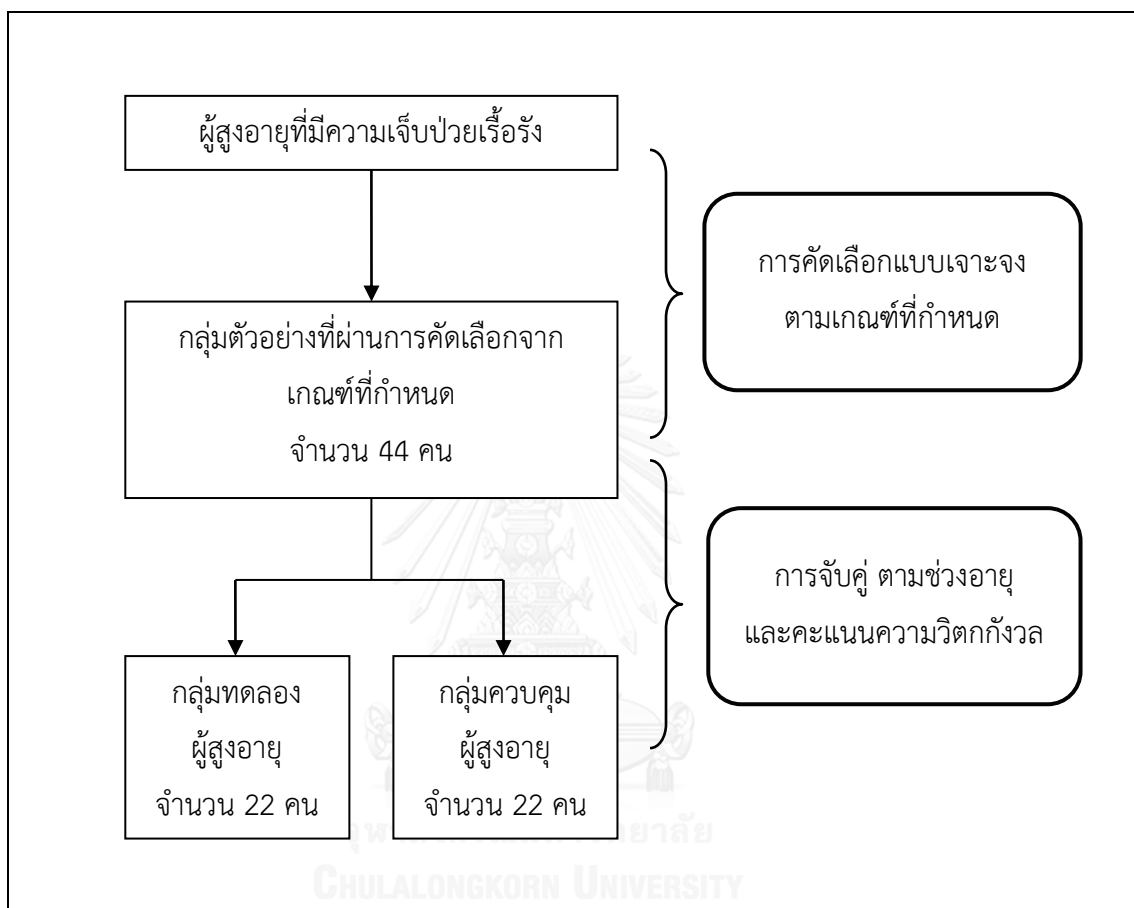
ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สูงอายุผ่านทางผู้ประสานงาน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อช่วยเหลือในการคัดกรองเบื้องต้นและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยตนเอง ทั้งนี้หากมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะขอความยินยอมจากผู้สูงอายุและนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแล รวมถึงขออนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนในทุกกรณี

เมื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยา (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยา (กลุ่มควบคุม) พร้อมทั้งใช้การจับคู่ตัวอย่าง (Matching) ร่วมด้วย โดยผู้วิจัยได้พิจารณาจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุ (60 – 80 ปี และ 81 – 90 ปี) และระดับคะแนนความวิตกกังวล (ต่ำ กลาง สูง และสูงมาก) ที่ตกอยู่ในช่วงเดียวกัน จากนั้นจึง



ทำการสุ่มคู่ตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากเข้าสู่แต่ละกลุ่มทีละคู่ จนครบทั้ง 22 คู่ แล้วจึงจับฉลากอีกครั้งเพื่อกำหนดว่ากลุ่มใดจะเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อไป

ขั้นตอนในการคัดเลือกตัวอย่างสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนในการคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

### รายละเอียดของการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บางละมุง จังหวัดชลบุรี ผ่านทางอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลขั้นต้นด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก โดยผู้วิจัยได้ผู้สูงอายุจำนวน 149 คน จากจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยภายในศูนย์ทั้งสิ้น 230 คน หรือเท่ากับร้อยละ 64.78
2. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ประสานงานและหน่วยสังคมสงเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุทั้ง 149 คน ตามบัญชีรายชื่อที่ผ่านการเข้ารหัสแล้ว เพื่อคัดกรองผู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุสูงกว่า  $M+0.5SD$  เป็นต้นไป โดยนำผลการตอบมาตรวัดของผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชนมาใช้เป็นเกณฑ์ปกติ ซึ่งมีคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 19 คะแนนเป็นเกณฑ์สำหรับการคัดเข้าและคัดออก ในการนี้ ผู้วิจัยสามารถคัดเลือกผู้สูงอายุจากวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้จำนวน 67 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 149 คน ที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นตามข้อ 1 หรือเท่ากับร้อยละ 44.97
3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ช่วงอายุและระดับความวิตกกังวล เพื่อเตรียมข้อมูลก่อนการจับคู่ตัวอย่าง โดยเกณฑ์ช่วงอายุแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ช่วงอายุ 60 – 80 ปี และ (2) ช่วงอายุ 81 – 90 ปี ในขณะที่เกณฑ์ระดับความวิตกกังวลจะแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (1) ระดับต่ำ (ช่วง 16 – 19 คะแนน) (2) ระดับกลาง (ช่วง 20 – 23 คะแนน) (3) ระดับสูง (ช่วง 24 – 27 คะแนน) และ (4) ระดับสูงมาก (ตั้งแต่ 28 คะแนนขึ้นไป)
4. ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงโครงการวิจัยและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการทดลองจากผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คัดกรองทั้ง 67 คน โดยในขั้นตอนนี้มีผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือและลงลายมือชื่อ (หรือพิมพ์ลายนิ้วมือ) แสดงความยินยอมเข้าร่วมการทดลองทั้งสิ้นจำนวน 44 คน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดผู้สูงอายุแยกกลุ่มย่อยตามข้อ 3 แล้วทำฉลากตามจำนวนผู้สูงอายุ

5. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มคู่ตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากเข้าสู่กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ทีละคู่ จนครบทั้ง 22 คู่ แล้วจึงจับฉลากอีกครั้งเพื่อกำหนดว่ากลุ่มใดจะเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยา แต่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติของศูนย์ และผู้วิจัยได้ให้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต พร้อมกับประสานงานกับนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สนใจเข้าร่วมการทดลองจำนวน 23 คน ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับการรับมือกับปัญหาทางด้านจิตใจต่อไป

6. ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมอีกจำนวน 22 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมาก ทั้งในด้านช่วงอายุและระดับความวิตกกังวล แล้วจึงทำการนัดหมายเวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมการทดลองของทั้งสองกลุ่ม

7. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวทางที่ได้วางไว้ในกลุ่มทดลอง โดยตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 60 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ ในขณะเดียวกัน ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์เบื้องต้นกับกลุ่มควบคุมจำนวน 1 ครั้ง ควบคู่ไปกับคู่ตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาทีเช่นกัน และจะพบกับตัวอย่างเดิมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อวัดผลทดสอบหลังและให้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง โดยระยะเวลาดำเนินการทดลองนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2558 สิ้นสุดวันที่ 5 ตุลาคม 2558

8. ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้สูงอายุจำนวน 1 คู่ มีอาการป่วยทางร่างกาย และต่อมาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คงเหลือกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการทดลองเป็นจำนวน 42 คน

9. หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ใช้การทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) และการทดสอบค่าที

ของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample t-test) โดยตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ วิธีการบำบัด (การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น / ไม่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยา) และช่วงการทดลอง (ก่อนทดลอง/หลังทดลอง) และตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

10. เมื่อสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยได้สอบถามตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน ถึงความสมัครใจในการเข้ารับบริการการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น โดยมีตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่สนใจและยินดีเข้ารับบริการมีจำนวนทั้งสิ้น 17 ราย ผู้วิจัยจึงได้จัดบริการด้านการศึกษาเชิงจิตวิทยาให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (2) มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และ (3) การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี ระยะเวลาที่รักษา และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

**2. มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ** เป็นมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก The Geriatric Anxiety Scale (GAS; Segal และคณะ, 2010) เพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยเฉพาะจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความวิตกกังวลรวม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยอาการวิตกกังวล 3 ด้าน คือ (1) อาการทางสรีระ (2) อาการทางการรู้คิด และ (3) อาการทางอารมณ์ กับส่วนที่ 2 ความกังวลใจ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ตามที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ คือ (1) ด้านการเงิน (2) ด้านสุขภาพ (3) ด้านลูกหลาน (4) ด้านความตาย และ (5) ด้านการเป็นภาระ คะแนนความวิตกกังวลรวม (total score) จะคำนวณจาก

ข้อกระทง 25 ข้อแรกเท่านั้น ในขณะที่ข้อกระทงด้านความกังวลใจ 5 ข้อหลังที่ผู้พัฒนามาตรวัดได้เพิ่มเติมเข้าไปนั้น เป็นไปเพื่อความครอบคลุมในการประเมินลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล แต่ไม่ได้้นำคะแนนในด้านความกังวลใจนี้เข้าคำนวณร่วมกับคะแนนรวม (D. L. Segal et al., 2010)

Segal และ คณะ รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน จำนวน 101 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 90 ปี ร้อยละ 61 เป็นผู้หญิง และร้อยละ 92 มีเชื้อชาติอเมริกัน-ยุโรป พบว่า คะแนนความวิตกกังวลรวม ( $M = 13.65, SD = 9.70$ ) คะแนนด้านอาการทางสรีระ ( $M = 6.44, SD = 3.87$ ) คะแนนด้านอาการทางการรู้คิด ( $M = 3.13, SD = 3.75$ ) คะแนนด้านอาการทางอารมณ์ ( $M = 3.98, SD = 3.20$ ) โดยมีค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .93 และแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางสรีระเท่ากับ .80 ด้านอาการทางการรู้คิดเท่ากับ .90 และด้านอาการทางอารมณ์เท่ากับ .82 สำหรับความตรง Segal และ คณะ ได้รายงานค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความวิตกกังวลของมาตรวัดทั้งฉบับและรายด้าน กับคะแนนมาตรวัด The Geriatric Depression Scale (GDS: Yesavage et al., 1983) ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความวิตกกังวลรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนในแต่ละด้านและคะแนนที่ได้จากมาตรวัดความซึมเศร้าในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .78$  สำหรับมาตรวัดทั้งฉบับ และ .61 – .82 สำหรับรายด้าน)

นอกจากนี้ มาตรวัดดังกล่าวยังได้รับการตรวจสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้บริการทางจิตวิทยาในคลินิกของชุมชน จำนวน 69 ราย มีอายุมาตรฐานเท่ากับ 69 ปี (พิสัยของอายุตั้งแต่ 60 - 87 ปี) ร้อยละ 78 เป็นผู้หญิง และร้อยละ 91 มีเชื้อชาติอเมริกัน-ยุโรป ผลพบว่า คะแนนความวิตกกังวลรวม ( $M = 20.75, SD = 10.73$ ) คะแนนด้านอาการทางสรีระ ( $M = 8.59, SD = 4.28$ ) คะแนนด้านอาการทางการรู้คิด ( $M = 5.94, SD = 3.89$ ) คะแนนด้านอาการทางอารมณ์ ( $M = 6.21, SD = 3.45$ ) โดยมีค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .93 และรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางสรีระเท่ากับ .80 ด้านอาการทางการรู้คิดเท่ากับ .85 และด้านอาการทางอารมณ์เท่ากับ .82 สำหรับความตรง Segal และ คณะ ได้รายงานค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความวิตกกังวลของมาตรวัดทั้งฉบับและรายด้าน กับคะแนนมาตรวัด The Geriatric Depression Scale (GDS: Yesavage et al., 1983) ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความวิตกกังวลรวมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนในแต่ละด้านและคะแนนที่ได้จากมาตรวัดความซึมเศร้าในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .73$  สำหรับมาตรวัดทั้งหมด และ  $.93$  สำหรับรายด้าน)

**ลักษณะของมาตรวัด** เป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมด 30 ข้อ และเป็นข้อกระทงทางบวกทั้งหมด (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ใช้เพื่อวัดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนหน้าการตอบ โดยมีค่าคะแนนจากมาตรวัด 25 ข้อแรก ตั้งแต่ 0 – 75 คะแนน นอกจากนี้ มาตรวัดฉบับนี้ยังใช้เพื่อระบุถึงน้ำหนักความสำคัญที่ผู้สูงอายุให้ค่าในมิติชีวิตแต่ละด้าน ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจะสะท้อนถึงประเด็นความกังวลใจของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7  
ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ความหมาย	การให้คะแนน
ไม่เกิดอาการเลย	ผู้สูงอายุไม่มีอาการหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเลย	0
เกิดอาการบ้างเป็นบางครั้ง	ผู้สูงอายุมีอาการหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้ง	1
เกิดอาการบ่อยครั้ง	ผู้สูงอายุมีอาการหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง	2
เกิดอาการตลอดเวลา	ผู้สูงอายุมีอาการหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นตลอดเวลา	3

**การพัฒนามาตรวัดและตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด** ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยศึกษานิยามเชิงปฏิบัติการของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และศึกษามาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Segal และคณะ (2010) รวมถึงขออนุญาตปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบททางภาษาและวัฒนธรรมไทย

2) ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด ผลพบว่า มาตรวัดฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยมีความตรงทางเนื้อหาในเกณฑ์ดี (Item Objective Congruence Index – IOC =  $.67 - 1.00$ )

3) การทดลองใช้มาตรวัดและการพิจารณาคัดเลือกข้อกระทง ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้มาจัดทำเป็นชุดเครื่องมือ และนำไปทดลองใช้ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชนได้ทั้งสิ้นจำนวน 115 คน แล้วนำผลจากการทดลองใช้ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพรายข้อ โดย (1) วิเคราะห์หาอำนาจการจำแนกระหว่างกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ ของข้อกระทงรายข้อ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกคือข้อกระทงแต่ละข้อจะต้องมีค่าเฉลี่ยรายข้อแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งใช้เกณฑ์ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73 (จำนวน 31 คน) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27 (จำนวน 36 คน) ผลการทดสอบพบว่า ข้อกระทงทุกข้อมีคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (corrected item-total correlation) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือข้อกระทงจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าค่า critical  $r$  ( $r = .155, df = 113, p < .05$ ) ผลที่ได้พบว่าข้อกระทงผ่านเกณฑ์ทั้งหมด โดยในแต่ละข้อมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมแบบวัดทั้งหมดอยู่ระหว่าง .364 ถึง .685 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง .402 ถึง .728 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยรายละเอียดการวิเคราะห์ในขั้นนี้แสดงไว้ในภาคผนวก

4) การหาค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผลการวิเคราะห์พบว่า มาตรวัดชุดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .92

### 3. รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ตามแนวทางของ Strosahl Robinson และ Gustavsson (2012) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ผลการศึกษาของ Petkus และ Wetherell (2013) เข้ากับรูปแบบการปรึกษาเชิง

จิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล

รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการปรึกษาด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล การหลีกเลี่ยงหนีประสบการณ์ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความยืดหยุ่นทางจิตใจยิ่งขึ้น โดยก่อให้เกิดการตระหนักรู้ถึงสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญหน้ากับตัวกระตุ้นได้อย่างมีสติรู้สำนึก ให้สามารถตอบสนองสถานการณ์ได้อย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น อีกทั้งยังสามารถรับรู้ได้ถึงคุณค่าในชีวิต และดำเนินชีวิตโดยมีคุณค่านำชีวิตนำทาง โดยภาพรวมของแนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลทั้ง 5 ครั้ง มีดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความวิตกกังวล** การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งแรกนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้สูงอายุ และตกลงบริการ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะดำเนินการสัมภาษณ์เบื้องต้นเพื่อรับทราบถึงปัญหานำและความคาดหวังบุคลิกลักษณะหรือพื้นฐานนิสัย แบบแผนการรู้คิดและพฤติกรรม ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิด โดยเฉพาะที่เป็นประสบการณ์เจ็บปวด ผ่านเรื่องราวที่ผู้สูงอายุบอกเล่าตามความรู้และตีความของตน

นักจิตวิทยาการปรึกษาจะประเมินความวิตกกังวลที่ผู้สูงอายุ อันได้แก่ ลักษณะอาการระดับความมากน้อยของความวิตกกังวลโดยรวมและรายลักษณะอาการ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ คือ สถานการณ์เฉพาะที่มากกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ปัจจัยที่ทำให้ความวิตกกังวลยังคงดำรงอยู่ และปัจจัยป้องกันหรือลดทอนความวิตกกังวล พร้อมทั้งนำเสนอกระบวนการทศน์ตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาจะเชิญชวนให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก เพื่อให้ตระหนักรู้ถึงประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดที่กำลังเกิดขึ้นแก่ตนเอง อีกทั้งยัง



เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความกระจำจืดในประเด็น ปัญหาหน้าและความคาดหวัง และสามารถกำหนดโจทย์การการศึกษาที่แท้จริงได้ อันนำไปสู่การมีความหวังในการแก้ไขปัญหาและมีชีวิตที่ดีต่อไป โดยนักจิตวิทยาการศึกษาและผู้สูงอายุจะร่วมกัน ทำความเข้าใจดังกล่าวผ่านกระบวนการสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีศึกษาตามแนวการบำบัด ที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

จากนั้น นักจิตวิทยาการศึกษาและผู้สูงอายุจะทำงานร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายของการศึกษา พร้อมทั้งวางกรอบแนวทางในการบำบัดที่มีความเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เลือก แนวทางที่เป็นประโยชน์ เหมาะสม และคุ้มค่าที่สุดแก่ตนเอง ด้วยตนเอง นอกจากนั้น นักจิตวิทยา การศึกษายังมีส่วนช่วยเสริมสร้างแรงบันดาลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการเอื้ออำนวยให้ ผู้สูงอายุได้สำรวจและตรวจพินิจถึงความหมายในชีวิตและคุณค่าในชีวิต กระทั่งเกิดเป็นความเข้าใจใน ตนเองที่ประจักษ์ชัดยิ่งขึ้น จนสามารถนำเอาสิ่งที่ค้นพบร่วมกันเหล่านี้มาใช้อำนวยประโยชน์ในทาง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำทางชีวิตตนเองได้

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 1 ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้และฝึกฝนการสังเกต ตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาตามแนวการบำบัดที่เน้น การยอมรับและความมุ่งมั่น และเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะปรับใช้แนวทางดังกล่าวเข้ากับกรณีของตน รวมถึงได้เรียนรู้วิธีการตรวจพินิจตนเอง

## ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและเสริมสร้าง

**ความยึดหยุ่นทางจิตใจ** การศึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ นักจิตวิทยาการศึกษาแนะนำแบบแผน ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุแต่ละราย และร่วมกันทำความเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ ในแบบแผนนั้น ทั้งองค์ประกอบและความสัมพันธ์เชื่อมโยง ได้แก่ ความวิตกกังวลโดยรวม ลักษณะอาการแต่ละด้านที่ โดดเด่น มิติชีวิตที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและมีความกังวลใจ รวมถึงความสัมพันธ์ในลักษณะสาเหตุ และผลลัพธ์ระหว่างองค์ประกอบชนิดต่าง ๆ และนำหน้ากอิทธิพลที่ส่งถึงกัน ในขณะที่เดียวกัน นักจิตวิทยาการศึกษาจะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาแนวทางในการรับมือกับการกระตุ้นเหล่านั้น

นักจิตวิทยาการปรึกษานับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการในการมองปัญหาที่แตกต่างและใช้ได้ผลมากกว่าวิธีการเดิม อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลได้อย่างมีสติรู้สำนึกและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีการอุทิศถึงการกระทำที่ไม่เป็นประโยชน์ ไม่มีคุณค่า หรือให้ผลลัพธ์ที่ไม่คุ้มค่าแก่ตน และพร้อมปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขตนเองได้ต่อไป

นักจิตวิทยาการปรึกษาสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนการดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ ซึ่งจะเอื้อต่อการทำความเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้และถูกต้องตรงความเป็นจริงในขณะนั้น โดยการดำรงชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะเป็นกระบวนการสำคัญก่อนหน้ากระบวนการยอมรับที่ผู้สูงอายุจะได้มีการประสบการณ์ตรงเป็นลำดับถัดไป ทั้งนี้การยอมรับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ตามความเป็นจริงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ซึ่งการก้าวข้ามดังกล่าวนี้เป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าของกระบวนการในลำดับขั้นตอนต่อ ๆ ไป

เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 2 ผู้สูงอายุจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของตน มีการยอมรับและเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง อีกทั้งยังมีความกล้าและความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวดได้อย่างเป็นปัจจุบันขณะ ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุลดลง โดยเฉพาะอาการวิตกกังวลด้านอารมณ์ความรู้สึก

### ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความกังวลใจของผู้สูงอายุ

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษาจะมุ่งที่การปล่อยวางทางการรู้คิดเป็นสำคัญ โดยคาดหวังให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความกังวลใจในแต่ละด้าน ได้แก่ (1) ด้านการเงิน (2) ด้านสุขภาพ (3) ด้านลูกหลาน (4) ด้านความตาย และ (5) ด้านการเป็นภาระ รวมถึงลดอาการวิตกกังวลด้านการรู้คิดได้

นอกจากนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษายังเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจถึงการยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและการตีตราตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงการมีโลกทัศน์ที่แคบ ยึดติด และไม่ยืดหยุ่น โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ขยายโลกทัศน์ของตนให้กว้างขวางขึ้น แล้วสามารถเชื่อมตนให้เข้ากับบริบทชีวิตในขณะปัจจุบันได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม ทั้งนี้ความสามารถในการเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิตจะมีส่วนช่วยสนับสนุนการปล่อยวางทางการรู้คิดและลดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุได้

นักจิตวิทยาการปรึกษาฯยังคงฉายภาพความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้สูงอายุต่อเนื่องจากที่ได้ดำเนินการไปแล้วในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 2 แล้วร่วมกันตรวจพินิจรายละเอียดต่าง ๆ ในแบบแผนนั้น โดยการทำความเข้าใจดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการปรับประสบการณ์ให้เข้ากับแนวคิด ทฤษฎีของการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น และยังมีส่วนช่วยในการพัฒนากระบวนการ รัศมีของผู้มาปรึกษาด้วย

เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 3 ผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับบริบท ชีวิตในปัจจุบันได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน มีการปล่อยวางทางการรู้คิด และสามารถลดการตีตรา ตนเอง จากความเชื่อที่ยึดโยงอยู่กับภาพตัวตนในอดีต ความคิดเกี่ยวกับตัวตนในปัจจุบัน และ จินตนาการถึงตัวตนที่คาดหวังในอนาคต รวมถึงมองโลกได้ไกลกว่าตนเอง สามารถเห็นภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างตัวตนในปัจจุบันกับสิ่งแวดล้อมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุ** การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษาฯจะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจถึง คุณค่านำชีวิตที่เขายึดถือ ไม่ว่าจะเป็สิ่งที่มีมีความสำคัญในชีวิต หลักยึดเหนี่ยวจิตใจ อุดมคติ ปรัชญา หลักการดำรงชีวิต ธรรมประจำใจ เป็นต้น การตรวจพินิจถึงคุณค่านำชีวิตดังกล่าวจะก่อให้เกิดความ เข้าใจตนเองในระดับที่ลึกซึ้ง และนำไปสู่การกำหนดการกระทำที่สอดคล้องกับคุณค่านำชีวิตได้ อันจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและปัญหาทางด้านจิตใจอื่นที่สืบเนื่อง จากความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

จากนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาฯจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ตั้งพันธกิจชีวิต และวางแผนการ กระทำหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อบรรลุพันธกิจชีวิตที่ตั้งไว้ โดยให้ความสำคัญกับ บุคลิกลักษณะและความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทำ แผนการ เพื่อให้ได้มาซึ่งแผนการที่เป็นรูปธรรม มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และเหมาะสมกับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย อนึ่ง แผนการดังกล่าวอาจมีได้หลายแผนการ โดยนักจิตวิทยาการ ปรึกษาฯจะเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเลือกใช้แผนการที่เห็นว่าเป็นประโยชน์และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ คุ่มค่าแก่ตนมากที่สุด

เมื่อสิ้นสุดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 4 ผู้สูงอายุจะได้ประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิตของตน รู้สึกได้ว่าชีวิตมีคุณค่าความหมายเนื่องจากสามารถตั้งหลักชัยในชีวิตของตนได้และมีเข็มมุ่งหรือทิศทางที่จะนำไปสู่หลักชัยนั้นได้อย่างแน่ชัด มีความชัดเจนในการลงมือกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อบรรลุพันธกิจชีวิต และมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำนั้นจนประสบผลสัมฤทธิ์

**ครั้งที่ 5 การประเมินความวิตกกังวลและการยุติการปรึกษาเชิงจิตวิทยา** การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งสุดท้ายนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษาจะชวนให้ผู้มาปรึกษาได้ทบทวนถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตน โดยอาศัยแผนผังกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเป็นเครื่องมือสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงตนเองตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการได้อย่างเป็นรูปธรรม นั่นคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยง ซึ่งสะท้อนการหลีกเลี่ยงที่ประสบการณื ไปสู่การตรวจพินิจคุณค่านำชีวิต แล้วเกิดเป็นการกระทำด้วยความมุ่งมั่นได้ต่อไป ซึ่งจะทำให้มีความเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ และประจักษ์แจ้งในประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงตนเองตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

จากนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาจะชวนให้ผู้สูงอายุได้ทำการประเมินความมากน้อยของความวิตกกังวลที่ตนมีอยู่ในขณะนี้ร่วมกัน ผ่านการใช้มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อให้ประจักษ์ถึงความวิตกกังวลที่ลดลงเรื่อย ๆ ตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการ และเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลดลงของความวิตกกังวลดังกล่าว รวมทั้งพิจารณาถึงการเผชิญหน้ากับสถานการณ์หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมากระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้อีก โดยอาจมีการซักซ้อมพฤติกรรมควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความวิตกกังวลและปัญหาทางด้านจิตใจอื่น ๆ ที่สืบเนื่องจากความวิตกกังวลได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ในการปรึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุน่าจะได้ทบทวนถึงความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของการทำงานร่วมกันภายในชั่วโมงการปรึกษา เพื่อเก็บตกประเด็นต่าง ๆ ที่เหลือ ได้แก่ ประเด็นเรื่องความกลัว การยับยั้งพฤติกรรม การรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต โดยมุ่งเน้นที่วิธีการทดลองพฤติกรรม ความกล้าที่จะลองผิดลองถูก และการจัดการกับความคาดหวัง เป็นต้น รวมถึงประเด็นเรื่องสัมพันธภาพเชิงบำบัดรักษาระหว่างนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้สูงอายุ

ในช่วงท้าย นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงดำเนินการยุติการศึกษา โดยมีทำให้กำลังใจและเสริมแรงพฤติกรรม มีการแนะแนวทางเพื่อการพัฒนาตนในลำดับถัดไป รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินหรือในกรณีที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนไม่อาจรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อีกต่อไป

**การพัฒนารูปแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้**

1) ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางในการจัดการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน (ดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ความวิตกกังวล รวมถึงจิตบำบัดตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม และการศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น เพื่อพิจารณาด้านเนื้อหา แล้วทำการปรับปรุงเนื้อหาครั้งที่ 1

2) ผู้วิจัยนำรูปแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการวิตกกังวล ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 2 คน เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของกระบวนการในขั้นต้น กลไกการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพในแต่ละลำดับขั้นตอนของกระบวนการ ภายใต้การนิเทศจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำผลการศึกษานำร่องมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดผลลัพธ์ตรงตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงสุด ตามจำนวนครั้งและระยะเวลาที่กำหนดไว้ จากผลการทดลองใช้ในขั้นนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเพิ่มเติมรายละเอียดในกระบวนการ ดังแสดงในตารางที่ 8

## ตารางที่ 8

การปรับปรุงกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังการนำไปทดลองใช้

ข้อพิจารณา	การปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
1. การมุ่งเน้นที่การตั้งคำถามชวนพินิจ เพื่อให้การรู้คิดหรือปัญญาของผู้มาศึกษาได้ทำงานตามหน้าที่	ผู้วิจัยลดการตั้งคำถามชวนพินิจโดยปรับเปลี่ยนเป็นการสะท้อนหรือสรุปความเข้าใจด้วยการใช้เทคนิควิธีการอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปลักษณ์	การตอบสนองของผู้มาศึกษาเป็นไปในทิศทางบวก มีความเข้าใจ สามารถใช้การรู้คิดหรือปัญญาในตรวจพินิจ และใส่ใจติดตามได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้วิจัยสามารถเชื่อมประสานกับผู้มาศึกษาได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนมากยิ่งขึ้น รับรู้ถึงความเท่าเทียมระหว่างกัน อีกทั้งยังรู้สึกเหน็ดเหนื่อยลง ไม่หมดพลังไปกับความพยายามในการใช้คำถามเพื่อควบคุมทิศทางการศึกษา
2. ข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่แตกต่างกันไปของผู้มาศึกษาแต่ละราย เช่น การมองเห็น การได้ยิน การหายใจ ฯลฯ ซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเลือกใช้วิธีการทำความรู้ตัวและฝึกฝนสติรู้สำนึก	ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการด้านการทำความรู้ตัวและฝึกฝนสติรู้สำนึก ซึ่งประกอบไปด้วย (1) การทดสอบการรับรู้แสงสว่าง อุณหภูมิ และสัมผัสทางกาย (2) การใช้วิธีการหายใจในรูปแบบต่าง ๆ และ (3) การใช้เสียง ตามลำดับ รวมถึงมีการปรับแต่งจังหวะและโทนเสียงให้เข้ากับผู้มาศึกษาแต่ละราย	ผู้มาศึกษาสามารถทำความรู้ตัวและฝึกฝนสติรู้สำนึกได้ง่ายขึ้น และเห็นผลลัพธ์ได้ทันทีภายในชั่วโมงการศึกษา เนื่องจากมีวิธีการที่เหมาะสมกับเขา โดยผู้มาศึกษาสามารถรับรู้ได้ถึงความใส่ใจ และได้มีโอกาสที่จะทดลองทำตามวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งพบกับวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด
3. นิยามความหมายของคำว่า	ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับสถานะ	ผู้วิจัยเลือกกำหนดจุดสนใจใหม่

## ตารางที่ 8

การปรับปรุงกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังการนำไปทดลองใช้

ข้อพิจารณา	การปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
“สติรู้สำนึก” ซึ่งเป็นสภาวะของการรับรู้ประสบการณ์ ในขณะที่ปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินด้วยอคติหรือความคิด บิดเบือน	ในขณะที่ได้สังเกตตนเองอย่าง มีสติรู้สำนึก (Mindful state of awareness) และการดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ (Contact with the present moment) ภายในชั่วโมงการปรึกษา	จากเดิมที่ให้ความสนใจกับนิยามความหมายเป็นสำคัญ กลายเป็นให้ความใส่ใจกับสภาวะที่เกิดขึ้นต่อหน้าในชั่วโมงการปรึกษาแทน ส่งผลให้สามารถทำงานร่วมกับผู้มาปรึกษาในขณะนั้น ๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ผู้มาปรึกษาไม่สามารถทำการบ้าน (Homework) ที่ต้องอาศัยการเขียนอ่าน เช่น การบันทึกความคิด (Thought record) การบันทึกประสบการณ์ตนเอง (Journaling) เป็นต้น เนื่องจากไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ หรือมีปัญหาทางด้านสายตาหรือการใช้มือ	ผู้วิจัยมุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงภายในชั่วโมงการปรึกษาเป็นหลัก และหากจำเป็น ผู้วิจัยจะเขียนลงในรูปแบบของ “งานฝากทำ” คือ ฝากคิดต่อ หรือ ฝากหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือฝากฝึกฝน ต่อเนื่อง	ผู้มาปรึกษาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และมีความคิดเห็น ข้อมูล หรือข้อสรุปจากการฝึกฝน มาแลกเปลี่ยนกันในชั่วโมงการปรึกษาครั้งถัดไป โดยเขาไม่รู้สึกรถึงการเป็นภาระ และลดความรู้สึกกดดันที่ต้องตอบสนองต่อการเขียนจนทำการบ้านและความคาดหวังของผู้วิจัย
5. “การอธิบายและยืนยันความจริง (Explanation and verifying)” เป็นวิธีการที่เห็นผลลัพธ์ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบสั้น ที่มีระยะเวลาจำกัดเพียง 5 ครั้ง	ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับ “การประสบจริงและรับรู้คุณค่า (Experiencing and validating)” ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทันทีในชั่วโมงการปรึกษา	ผู้มาปรึกษามีความกระตือรือร้นในการทดลองประสบการณ์ และรับรู้ได้ถึงความสามารถที่แท้จริงของตน ซึ่งเขามักเห็นว่า ได้สูญเสียหรือละทิ้งไปหมดแล้ว รวมถึงยังสามารถตรวจพินิจถึงความสมเหตุสมผลของความคิด

## ตารางที่ 8

การปรับปรุงกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังการนำไปทดลองใช้

ข้อพิจารณา	การปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
		และพฤติกรรมของตนได้โดยไม่ต้องรอรับการยืนยันความจริงจากผู้อื่น (โดยเฉพาะคำยืนยันจากนักจิตวิทยาการศึกษา) เป็นนายตัวเอง และพร้อมลิขิตชีวิตตน
6. โดยทั่วไป การจัดวางโครงสร้างและลำดับขั้นตอนของกระบวนการหลักทั้ง 6 ประการนั้น มุ่งเน้นที่การดำเนินงานตามโมเดลความยืดหยุ่นทางจิตใจของ ACT ซึ่งครอบคลุมและมีความละเอียดละออสูง หากแต่แนวทางดังกล่าวกลับขาดความกระชับ และไม่เหมาะสมกับการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีระยะเวลาสั้นและจำกัด	ผู้วิจัยได้ตรวจพินิจถึงคุณค่า นำชีวิตและประสบการณ์ในฐานะนักจิตวิทยาการศึกษา จึงได้กำหนดแนวทางหลักที่เหมาะสม ซึ่งมุ่งเน้นที่การก่อให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงเป็นสำคัญ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง (Willingness to change) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่า นำชีวิต (Values) และการกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action)ตามลำดับ	กระบวนการมีโครงสร้างชัดเจน ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามกระแสการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และสื่อสารให้ผู้มาศึกษาได้เข้าใจถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้แจ่มชัดยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนเครื่องมือให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ มีการยกเลิกใช้เครื่องมือเดิมบางชิ้น และเพิ่มเติมเครื่องมือใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าแทน
7. ความก้าวหน้าของกระบวนการขึ้นอยู่กับ การยอมรับและการมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง	ผู้วิจัยค้นหาและทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้เกิดแรงขับเคลื่อนกระบวนการไปข้างหน้า โดยให้ความสำคัญกับ	ผลลัพธ์ที่ได้คือ “วิธีการ 3Rs” อันได้แก่ (1) การปรับเปลี่ยนวิธีกำหนดจุดสนใจใหม่ (Refocusing) (2) การปรับ



## ตารางที่ 8

การปรับปรุงกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังการนำไปทดลองใช้

ข้อพิจารณา	การปรับปรุง	ผลการปรับปรุง
	จุดเปลี่ยนจากการยอมรับไปสู่ การมีความเต็มใจที่จะ เปลี่ยนแปลงตนเอง	เปลี่ยนวิธีมองชีวิตและปัญหา (Reframing) และ (3) การปรับ เปลี่ยนวิธีตอบสนองเชิง พฤติกรรม (Reconditioning) ซึ่งทำให้ผู้มาศึกษามีการ เปลี่ยนแปลงเจตคติ และมีความ พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้ต่อไป

3) ผู้วิจัยนำบันทึกการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ดำเนินการกับตัวอย่างมาจำแนกออกเป็น  
โครงสร้างและลำดับขั้นตอนของกระบวนการ ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติในแต่ละ  
ลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งวิเคราะห์กระแสของการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคล จากนั้น ผู้วิจัยจะนำ  
ข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแต่ละครั้ง แล้วนำมาจัดชุดเป็นคู่มือ  
ปฏิบัติงานเพื่อใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยจะใช้คู่มือ  
ปฏิบัติงานชุดนี้เป็นเครื่องกำกับมาตรฐานการดำเนินงานสำหรับการทดลองจริงในลำดับต่อไป

4) ผู้วิจัยนำกระบวนการที่ได้รับการปรับปรุงแล้วตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้ในการวิจัยต่อไป

## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังนี้

### ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคน (ดูภาคผนวก ข) ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ โดยการขอความร่วมมือในการเข้าถึงและคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้ประสานงานประจำศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างตามความเห็นชอบของอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางแค กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดทางด้านระยะเวลาดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้เลือกทำการวิจัยที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรีเพียงแห่งเดียว
3. เมื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แจ้งความจำนงว่าสนใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้สูงอายุด้วยตนเอง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้ทราบในเบื้องต้น และขอทราบความสมัครใจจากผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมการวิจัยในขั้นต่อไป
4. เมื่อผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะได้ทำการนัดหมายเพื่ออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและตอบคำถามต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจ และขอให้ผู้สูงอายุลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตามด้วยการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม หรืออ่านให้ฟังที่ละข้อ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบได้ด้วยตนเอง การตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองนี้จะใช้เวลาประมาณ 20 – 40 นาที ในวันเวลาและสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้
5. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบสอบถามที่มีความถูกต้องสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อที่จะได้คัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนด โดยคะแนนของผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกนี้จะนับเป็นคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะก่อนทดลอง (Pretest)

6. ในขั้นตอนของการคัดกรองนี้ หากพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านการคัดกรองและมีระดับความวิตกกังวลสูงมาก (เกิน  $M+3SD$  ขึ้นไป) ผู้วิจัยจะได้ประสานให้ผู้สูงอายุดังกล่าวได้รับการช่วยเหลือในขั้นต่อไปจากนักวิชาชีพรักษาสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนนั้น ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจะได้สอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในขั้นต่อไป

#### ระยะการทดลอง

1. ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยจะได้ทำการศึกษานำร่องการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นแก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและวิตกกังวล กับผู้สูงอายุจำนวน 2 คนพร้อมไปกับการพัฒนาคู่มือปฏิบัติงานภายใต้การนิเทศจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้แก่ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงขอให้ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงมือชื่อในแบบแสดงความยินยอม

3. ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่ตัวอย่างและแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับคู่ตัวอย่างตามเกณฑ์ควบคุม คือ (1) ระดับคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ระยะก่อนทดลอง (Pretest) และ (2) ช่วงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน และมีผู้สูงอายุจำนวนเท่า ๆ กัน นั่นคือ กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จำนวน 5 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน ที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

4. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล โดยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นนักจิตวิทยาผู้ให้บริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เบื้องต้น จำนวน 1 ครั้ง

### ระยะหลังการทดลอง

1. เมื่อจบสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยจะให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มตอบมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังทดลอง (Posttest) จากนั้นจึงนำคะแนนมาเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย
2. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้แก่ตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจับคู่ตัวอย่างได้ ด้วยกระบวนการแบบเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ อนึ่ง การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปโดยความสมัครใจของผู้สูงอายุแต่ละราย



### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยทำหน้าที่ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และให้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองแก่ตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

ผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติ 2 ประการ ได้แก่ (1) เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการปรึกษา และมีจำนวนชั่วโมงการฝึกงานไม่น้อยกว่า 400 ชั่วโมง และ (2) ผ่านการฝึกอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุวิธีการใช้มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและเทคนิควิธีการลดความวิตกกังวล (เทคนิคผ่อนคลาย) ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติข้อมูลวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบว่า สมมติฐานการวิจัย คือ (1) ในกลุ่มทดลอง (ที่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น) มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง และ (2) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังทดลองของกลุ่มทดลอง จะต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังทดลองของกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample *t*-test) และการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample *t*-test) ซึ่งมีตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ วิธีการบำบัด (การรักษาระยะจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น / ไม่ได้รับการรักษาเชิงจิตวิทยา) กับช่วงการทดลอง (ก่อนทดลอง / หลังทดลอง) และตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ



## การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง และเสนอโครงการเพื่อรับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการร่วมการวิจัยครั้งนี้จากตัวอย่างทุกราย โดยผู้วิจัยมีข้อปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ที่มีบรรยากาศเหมาะสม ปลอดภัย และมีความเป็นส่วนตัว เพื่อดำเนินงานได้อย่างถูกต้องตรงตามหลักการรักษาเชิงจิตวิทยา ตลอดจนมีความสะดวกต่อการเดินทางมาเข้าร่วมของตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย ก่อนลงลายมือชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยก็ได้
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ตัวอย่างสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ในทุกขั้นตอน
5. ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงหรือระบุตัวตนของตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยรักษาความลับของตัวอย่างโดยจัดเก็บข้อมูล เอกสาร และไฟล์บันทึกเสียงสนทนาไว้ในที่ที่ปลอดภัย รวมถึงมีมาตรการในการเข้าถึงสิ่งเหล่านั้น
7. ผู้วิจัยมีมาตรการที่รัดกุมและนุ่มนวล สำหรับการส่งต่อตัวอย่างไปยังนักวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน ร้ายแรงต่อชีวิต หรือในกรณีที่เป็น การดำเนินงานนอกเหนือไปจากขอบเขตบทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาการปรึกษา
8. ผู้วิจัยใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ได้ในทางวิชาการเท่านั้น และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลดิบของตัวอย่างจะถูกทำลายทันที
9. สำหรับตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจับคู่ตัวอย่างได้ ผู้วิจัยได้จัดบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ในระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 โดยเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับที่ตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับ

## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีการทดสอบก่อนและหลังทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้การทดสอบทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กันในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย และการสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

### 1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความวิตกกังวล ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีสัดส่วนเพศชายกับเพศหญิงใกล้เคียงกัน โดยทั้ง 2 กลุ่มมีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 – 80 ปี กล่าวคือ ตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 80 ปี และ 81 – 90 ปี ร้อยละ 85.71 และ 14.29 ตามลำดับ และตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 80 ปี และ 81 – 90 ปี ร้อยละ 76.19 และ 23.81

ตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คือ ร้อยละ 95.24 ในกลุ่มทดลอง และ 90.48 ในกลุ่มควบคุม ตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหม้ายถึงร้อยละ 47.62 และเป็นโสดรองลงมาที่ร้อยละ 19.05 ในขณะที่ตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 42.85 เป็นหม้ายเช่นกัน หากแต่รองลงมาคือ มีสถานะสมรสอยู่ที่ร้อยละ 19.05 ในด้านระดับการศึกษา ตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม เกินกว่าครึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา กล่าวคือ ร้อยละ 52.38 ในกลุ่มทดลอง และ 66.67 ในกลุ่มควบคุม

ผลการทดสอบ *Chi-square* พบว่า ตัวแปรลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงการทดสอบ *t-test* ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในตัวแปรลักษณะประชากรอีก 4 ตัวที่เหลือ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี ระยะเวลาที่รักษา และ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดของข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างไว้ในตารางที่ 9

#### ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี และระยะเวลาที่รักษา ( $n = 42$ )

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	10	47.63	7	33.33
หญิง	11	52.37	14	66.67
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
<b>อายุ</b>				
60 – 80 ปี	18	85.71	16	76.19
81 – 90 ปี	3	14.29	5	23.81
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
	กลุ่มทดลอง $M = 73.57, SD = 6.88$		กลุ่มควบคุม $M = 74.90, SD = 7.31$	
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	20	95.24	19	90.48
คริสต์	1	4.76	1	4.76
อิสลาม	0	0	1	4.76
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>



## ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี และระยะเวลาที่รักษา ( $n = 42$ )

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	4	19.05	3	14.29
สมรส	3	14.29	4	19.05
หม้าย	10	47.62	9	42.85
หย่า	2	9.52	2	9.52
แยกกันอยู่	2	9.52	3	14.29
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ระดับประถมศึกษา	11	52.38	14	66.67
ระดับมัธยมศึกษา	2	9.52	2	9.52
ระดับประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.)	1	4.76	2	9.52
ระดับปริญญาตรี	2	9.52	0	0
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0
อื่นๆ	5	23.82	3	14.29
<b>รวม</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
<b>จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี</b>				
กลุ่มทดลอง $M = 5.48, SD = 6.62$ กลุ่มควบคุม $M = 6.76, SD = 8.87$				
<b>ระยะเวลาที่รักษา</b>				
กลุ่มทดลอง $M = 7.00, SD = 6.14$ กลุ่มควบคุม $M = 9.39, SD = 5.10$				

## 2. ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้การทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample  $t$ -test) ในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังทดลอง และใช้การทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample  $t$ -test) ในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล

ของผู้สูงอายุหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดูค่าคะแนนในภาคผนวก ฉ) โดยผู้วิจัยจะแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนย่อย ได้แก่ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น สถิติเชิงพรรณนาของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

**2.1 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น** ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามข้อตกลงเบื้องต้น 2 ประการ ได้แก่ (1) ตัวแปรตามจะต้องมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และ (2) ข้อมูลจะต้องมีความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัวไม่แตกต่างกัน หรือมีความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Homogeneity) (Howell, 2010)

1) **การทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติ** การแจกแจงแบบปกติของตัวแปรจะเกิดขึ้นต่อเมื่อการแจกแจงนั้นมีค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ไม่เกินช่วง -1 ถึง 1 โดยพิจารณาร่วมกับค่าสถิติ *Kolmogorov-Smirnov* ที่ค่าสถิติของแต่ละตัวแปรตามจะต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (Hair et al., 2010) ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนทดลอง พบว่า มีการกระจายของข้อมูลในลักษณะเบ้ขวาและโด่งกว่าโค้งปกติ กล่าวคือ มีค่าความเบ้ เท่ากับ 1.232 และค่าความโด่ง เท่ากับ .701 ในขณะที่ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลอง มีค่าความเบ้ เท่ากับ 1.094 และค่าความโด่ง เท่ากับ .584 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการกระจายของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวาและโด่งกว่าโค้งปกติด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาประกอบกับสถิติทดสอบ คือ *Kolmogorov-Smirnov* พบว่า ตัวแปรตามมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10

ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ค่าความเบ้ ( $SK$ ) ค่าความโด่ง ( $KU$ ) และการทดสอบการแจกแจงปกติ ค่า Kolmogorov-Smirnov ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนและหลังทดลอง ( $n = 42$ )

ตัวแปรตาม / ช่วงการทดลอง	$M$	$SD$	$SK$	$KU$	Kolmogorov-Smirnov		
					Statistic	$df$	Sig
<b>ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ</b>							
ก่อนทดลอง	25.43	9.63	1.232	.701	.184	42	.115
หลังทดลอง	13.31	8.99	1.094	.584	.173	42	.163

## 2) การทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้สถิติ

*Levene's Test for Equality of Variances* ในการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยความแปรปรวนระหว่างกลุ่มของตัวแปรที่ศึกษาจะต้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะถือว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกัน (Hair et al., 2010) การวิเคราะห์พบว่า ในช่วงก่อนทดลองและหลังทดลอง ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 5.141, df = 40, p = .029$ ) และ .001 ( $F = 15.025, df = 40, p = .000$ ) ตามลำดับ ดังนั้น ข้อมูลทั้งสองกลุ่มจึงมีลักษณะที่ไม่เหมือนกัน ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11

การทดสอบความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม ค่า Levene's ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนและหลังทดลอง (n = 42)

ตัวแปรตาม / ช่วงการทดลอง	Levene's Test for Equality of Variances		
	F	df	Sig
<b>ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ</b>			
ก่อนทดลอง	5.141	40	.029*
หลังทดลอง	15.025	40	.000***

หมายเหตุ \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

กล่าวโดยสรุป ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน

**2.2 ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในช่วงก่อนและหลังการทดลอง** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) คะแนนต่ำสุด ( $Min$ ) คะแนนสูงสุด ( $Max$ ) และพิสัย ( $Range$ ) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังทดลอง พบว่า ในช่วงก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังปรากฏในตารางที่ 12

ตารางที่ 12

ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) คะแนนต่ำสุด ( $Min$ ) คะแนนสูงสุด ( $Max$ ) และพิสัย ( $Range$ ) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนทดลอง (n = 42)

ตัวแปรตาม / กลุ่ม	$M$	$SD$	$Min$	$Max$	$Range$
<b>ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ</b>					
กลุ่มทดลอง	24.52	7.13	16	41	25
กลุ่มควบคุม	26.33	11.73	16	51	35

ในช่วงหลังทดลองเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13

ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) คะแนนต่ำสุด (*Min*) คะแนนสูงสุด (*Max*) และพิสัย (*Range*) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ในช่วงหลังทดลอง ( $n = 42$ )

ตัวแปรตาม / กลุ่ม	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Range</i>
<b>ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ</b>					
กลุ่มทดลอง	7.24	3.40	1	15	14
กลุ่มควบคุม	19.38	8.78	7	39	32

### 2.3 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คือ หลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง

ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 นี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample *t*-test) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง เพื่อตรวจสอบผลของตัวแปรต้นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 11.026, df = 20, p = .000$ ) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14

ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired sample *t*-test) ในกลุ่มทดลอง ( $n = 21$ )

ตัวแปรตาม	<i>t</i> -test		
	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig</i>
ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ	11.026	20	.000***

หมายเหตุ \*\*\* $p < .001$

สมมติฐานข้อที่ 2 คือ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 นี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample *t*-test) เพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรต้น อันได้แก่ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (กลุ่มทดลอง) และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง (กลุ่มควบคุม) ที่มีต่อตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ในช่วงก่อนทดลอง คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -.604$ ,  $df = 40$ ,  $p = .549$ ) ดังแสดงในตารางที่ 15 แต่ในช่วงหลังทดลองพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  ( $t = -5.910$ ,  $df = 40$ ,  $p = .000$ ) ดังแสดงในตารางที่ 16

## ตารางที่ 15

ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ก่อนทดลอง (n = 42)

ตัวแปรตาม	Levene's Test		t-test		
	F	Sig	Statistic	df	Sig
ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ	5.141	.029*	-.604	40	.549

หมายเหตุ \* $p < .05$

## ตารางที่ 16

ผลการทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ของตัวแปรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หลังทดลอง (n = 42)

ตัวแปรตาม	Levene's Test		t-test		
	F	Sig	Statistic	df	Sig
ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ	15.025	.000***	-5.910	40	.000***

หมายเหตุ \*\*\* $p < .001$

### 3. สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีสมมติฐานการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. หลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง
2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ทดลองนี้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง แม้ว่าในขณะก่อนทดลอง คะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่แตกต่างกันก็ตาม โดยผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังกล่าวแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 17

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	ผลการทดสอบสมมติฐาน
1. หลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง	สนับสนุนสมมติฐาน
2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม	สนับสนุนสมมติฐาน



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีการทดสอบก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและความวิตกกังวล ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากัน คือกลุ่มละ 22 คน ในระหว่างการทดลองมีการสูญเสียตัวอย่างจำนวน 1 คู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเหลือเป็นจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) มาตรฐานความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย และ (3) การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น สมมติฐานการวิจัยมี 2 ข้อ คือ (1) หลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง และ (2) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีของกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และใช้สถิติทดสอบค่าทีของกลุ่มที่สัมพันธ์ในการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างก่อนกับหลังทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 11.026, p = .000$ ) และการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = -5.910, p = .000$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นสามารถลดความวิตกกังวลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ สำหรับการอภิปรายผลการวิจัยผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นอภิปรายเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ต่อการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และ (2) ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยเชิงทดลองในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายในส่วนแรกนี้ออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และ (2) ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดในการอภิปรายดังต่อไปนี้

##### 1.1 ประเด็นที่เป็นผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง

ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น มี

คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ดังนี้

เมื่อพิจารณากระบวนการการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาบนฐานของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น ตามแนวทางของ Strosahl Robinson และ Gustavsson (2012) และอิงตามการศึกษาของ Petkus และ Wetherell (2013) ในการวิจัยนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ประกอบด้วย การปรึกษาเชิงจิตวิทยาจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการปรึกษาด้วยตนเอง อนึ่ง ในการอภิปรายผลการทดลองนี้ ผู้วิจัยจะได้อภิปรายตามภาพรวมของแนวทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลทั้ง 5 ครั้ง มีดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินความวิตกกังวล** การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งแรกนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยในฐานะของนักจิตวิทยาการปรึกษากับผู้สูงอายุ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาจะดำเนินการสัมภาษณ์เบื้องต้น เพื่อรับทราบถึงปัญหามาและความคาดหวังบุคลิกลักษณะหรือพื้นนิสัย แบบแผนการรู้คิดและพฤติกรรมความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิด โดยเฉพาะที่เป็นประสบการณ์เจ็บปวด ผ่านเรื่องราวที่ผู้สูงอายุบอกเล่าตามความรู้และตีความของตน

ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับนักจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งสะท้อนถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการและบ่งชี้ความก้าวหน้าของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยผู้วิจัยวางแนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพไว้ตามลำดับ ดังนี้ (1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มาปรึกษากับนักจิตวิทยาการปรึกษา (2) การให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา (3) การมีสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนฐานของความไว้วางใจ และ (4) การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดรักษา ซึ่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ทรงพลัง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเอื้ออำนวยต่อการยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนชีวิตอย่างสิ้นเชิง (Hayes et al., 2012)

ผลการสร้างสัมพันธภาพ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รายงานถึงผลด้านบวกของการมีสัมพันธภาพที่ดีในการศึกษาเชิงจิตวิทยาว่า มีผลต่อความร่วมมือ ความไว้วางใจ และการบำบัดรักษาตลอดระยะเวลาการศึกษาที่กำหนดดังประโยคที่ระบุว่า นักจิตวิทยาการศึกษาที่นั่นเป็นเสมือน “ยาใจ” (กรณี 74 37 99 58 87) “ยากระตุ้น (ให้เลือดฉีดสมอง ให้สมองแจ่มใส)” (กรณี 87 35 129) “ยาฮาใจใหญ่ (ยาเทวดาที่รักษาโรคทางใจได้ชะงัก)” (กรณี 142) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานว่า เมื่อพูดคุยกับนักจิตวิทยาการศึกษาแล้วตนสามารถแก้ไขความทุกข์ยากลำบากใจของตนได้ คลายความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาและพิษภัยสะสม อีกทั้งยังรายงานถึงการมีความรู้สึกกระชุ่มกระชวย รื่นรมย์ มีความสุข จากการพบปะพูดคุยกับนักวิชาชีพที่พูดจาดี มีเหตุมีผล น่าเชื่อถือ และเคารพให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุที่ “การศึกษาน้อย” และ “มีสถานะต่ำต้อย” รวมถึงยังไม่ต้องกลัวเรื่องที่จะได้รับการตีตราว่าเป็น “โรคจิต”

ความท้าทายประการสำคัญในกระบวนการสร้างและรักษาสัมพันธภาพ ในการศึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 1 คือ การรับมือกับพฤติกรรมขัดขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change) โดยพฤติกรรมขัดขึ้นนี้เป็นการหลีกเลี่ยงหรือประสพการณ์รูปแบบหนึ่ง ที่มักแสดงออกเป็นอาการวิตกกังวล ในลักษณะต่าง ๆ และเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงหรือความท้าทายใหม่ ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นภายในชั่วโมงการศึกษา อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างบรรยากาศที่มั่นคง ปลอดภัย ไว้วางใจได้ พร้อมทั้งเอื้ออำนวยให้ผู้มาศึกษาเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะพบทางออกจากปัญหาที่น่าพิงพอใจ เป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการรับมือกับพฤติกรรมขัดขึ้น ลดการหลีกเลี่ยง ประสพการณ์และอาการวิตกกังวล อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตตน และตกลงบริการด้านการศึกษาเชิงจิตวิทยา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาการศึกษาได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการสังเกตตนเองอย่างมีสติในปัจจุบันขณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงประสพการณ์ตรงหน้าในแต่ละขณะ และรับรู้ประสพการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเท่าทัน โดยการฝึกจะเริ่มต้นจากการทำความรู้ตัวผ่านทางสัมผัสต่าง ๆ และสังเกตอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึ่งมุ่งเน้นที่อาการทางสรีระเป็นสำคัญ รวมถึงเริ่มสังเกตความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรู้ตัวและรับรู้อาการเหล่านั้น ผลการฝึกทักษะการสังเกตตนเองอย่างมีสติในปัจจุบันขณะนี้ ผู้สูงอายुरายงานถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีใน

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 1 กล่าวคือ เกิดการรู้เท่าทันอาการทางสรีระที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปสู่อาการทางอารมณ์และการรู้คิดได้ตามลำดับ ต่างจากแต่เดิมที่อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวและไม่อาจจำแนกได้อย่างชัดเจน

นอกจากขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจวิธีการเผชิญปัญหาที่ตนมักใช้อย่างเป็นอัตโนมัติหรือขาดสติรู้สำนึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความไม่ประโยชน์หรือใช้ไม่ได้ผลของวิธีการเหล่านั้น โดยผู้วิจัยได้อาศัยทักษะและเทคนิควิธีการทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ร่วมกับการวิเคราะห์ภาษาที่ผู้มาปรึกษาใช้สื่อความ ทั้งในรูปของคำพูดและที่ไม่ใช่คำพูด ซึ่งจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ เนื้อหาสาระ ความรู้สึก ความหมาย และคุณค่าในชีวิต ผลจากการตรวจพินิจดังกล่าว นอกจากจะก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องพฤติกรรมตนแล้ว กระบวนการนี้ยังมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความสอดคล้องภายในตน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีการคิด พูด ทำ และรู้สึกที่สอดคล้องกันยิ่งขึ้น ลดความขัดแย้งทางการรู้คิด ซึ่งผลลัพธ์ดังนี้จะเอื้อประโยชน์ต่อการสำรวจ เปิดเผย และทำความเข้าใจตนเองที่ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง อีกทั้งมีส่วนช่วยแก้ไขพฤติกรรมบิดเบือนทางการรู้คิดที่พบได้บ่อยประการหนึ่ง นั่นคือ การใช้เหตุผลเชิงอารมณ์

การจัดทำบทสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีปรึกษาแต่ละราย (Case formulation) ดังตัวอย่างในภาคผนวก ข เป็นขั้นตอนที่จำเป็นอย่างยิ่ง ก่อนนำไปสู่การวิเคราะห์โจทย์การปรึกษาที่แท้จริง การกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง และการวางแนวทางการปรึกษาร่วมกันกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้นำสารสนเทศที่ได้จากการวิเคราะห์ภาษาก่อนหน้ามาดำเนินการตามแนวทางการจัดทำบทสรุปความคิดรวบยอดดังที่ Hayes และ Strosahl (2004) เสนอไว้ต่อไปนี้ (1) การวิเคราะห์ขอบข่ายและธรรมชาติของปัญหามา (2) การประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (4) การประเมินปัจจัยที่เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และ (5) การพัฒนาเป้าหมายการปรึกษาและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง (Hayes & Strosahl, 2004)

ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 1 นี้ ผู้วิจัยจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ทำความเข้าใจกับปัญหามาที่บอกเล่าออกมา ซึ่งแสดงถึงการรับรู้และความเข้าใจที่มีต่อปัญหาด้านจิตใจที่กำลังประสบ

อยู่ พร้อมทั้งสำรวจความคาดหวังที่เขามีต่อการเข้าร่วมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ซึ่งสะท้อนถึง ความหวังและความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ตลอดจนเป็นการสะท้อนภาพรวมของความวิตกกังวลหรือความกังวลใจให้แก่เขาอีกด้วย โดยผู้วิจัยและผู้สูงอายุจะได้วิเคราะห์ขอบข่ายและธรรมชาติของปัญหานำร่วมกัน ผู้วิจัยรวบรวมและจัดกลุ่มปัญหานำที่พบเห็น ซึ่งครอบคลุมมิติชีวิตทั้ง ทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ปัญหานำ ที่เป็น ความกังวล ความรู้สึกเป็นภาระ ในด้านสุขภาพร่างกาย ความเสื่อมถอยของร่างกาย และความเจ็บป่วยต่างๆ ตัวอย่างเช่น

- ความกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย
- การดูแลตนเอง เช่น กินข้าว อาบน้ำ แต่งตัว ฯลฯ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือ ร้องขอความช่วยเหลือ
- พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการกิน นอน ออกกำลังกาย และ ใช้ยา (แบบผิดวัตถุประสงค์ เช่น การกินยาแก้แพ้เพื่อใหนอนหลับ หรือกิน จำเป็น เช่น การกินยาแก้ปวดเพื่อกันปวด เป็นต้น)
- ปัญหา การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ฯลฯ เพื่อบรรเทาความรู้สึกบีบคั้นกดดันทาง จิตใจ
- การมีอิสรภาพทางด้านร่างกาย (การเคลื่อนไหว) และจิตใจ (การกำหนดชีวิตตนเองได้)

2. ปัญหานำ ที่เกี่ยวข้องกับ การปรับตัวในศูนย์ การมองตนเองด้านลบ หรือความกังวลในเรื่องความตาย ตัวอย่างเช่น

- การใช้ชีวิตในศูนย์ฯ เช่น การมีส่วนร่วมทางสังคมหรือผูกพันกับกิจกรรมที่ทำ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การทำบุญ การต้อนรับผู้บริจาค การช่วยเหลืองานของศูนย์ฯ ฯลฯ นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพระหว่างตนกับพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่ และผู้อาศัยร่วมศูนย์
- การปรับตัวให้เข้ากับบริบทชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและสิ่งแวดล้อมใหม่
- การจัดการกับความโกรธหรือความซึมเศร้า รวมถึงการเผชิญหน้ากับสิ่งยั่ว ยุ และความอดทนอดกลั้น
- เรื่องค้างใจ ธุระค้างทำ ความคิดที่ยังไม่ตกผลึก หรือความปรารถนาที่ยังไม่ได้

รับการตอบสนอง หรือ การสืบทอดภูมิปัญญาที่ตนมีต่อคนรุ่นหลัง

- เจตคติที่มีต่อความตาย (การเลือกระหว่าง “ตายทรมาน” หรือ “ตายสบาย”) และการเตรียมความพร้อมก่อนตาย (เช่น การสะสมบุญกุศล การจัดทำพินัยกรรมชีวิต การเตรียมงานฌาปนกิจ เป็นต้น)

ในขั้นนี้ ผู้วิจัยได้เื้อ้อำนวยให้ผู้สูงอายุได้ย้อนกลับมาทบทวนความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของตนที่มีต่อเหตุการณ์คุกคาม ประสบการณ์เจ็บปวด หรือสิ่งแวดล้อมเลวร้ายรอบตัว ที่ได้รับการตีฉลากว่าเป็น “ปัญหา” สำหรับเขา อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากพิจารณาร่วมกันมักพบว่า ปัญหาหลากหลายประการตามความคิดของผู้สูงอายุนั้น กลับกลายเป็นเพียงความไม่สะดวกกายสบายใจ หรือเป็นข้อจำกัดทางความคิด หาใช่ข้อเท็จจริงไม่

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้เื้อ้อำนวยให้ผู้สูงอายุให้ตรวจพินิจถึงความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และเจตคติต่อการพัฒนาตนเองที่จะนำไปสู่ขั้นตอนการกำหนดโจทย์การปรึกษาที่แท้จริงและส่งเสริมให้เกิดความหวังที่สร้างสรรค์และมีความตั้งใจที่จะเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้วิจัยอาศัยประเด็นชวนพินิจ ดังตัวอย่างการถามและอุปมาอุปไมยเช่น “นี่คือปัญหาหรือความไม่สะดวกกายสบายใจ” “ผลลัพธ์จะเปลี่ยนไปได้อย่างไร หากเรายังใช้วิธีการเดิม” “เวรกรรมไม่ยอมหมอดหรือชดใช้ไม่ยอมจบ” “ร่วมใช้กางเพื่อกันฝน และใช้กางเพื่อกันแดดก็ได้” เป็นต้น

ตัวอย่างการใช้ประเด็นตรวจพินิจข้างต้นในกรณีของคุณตามัน (กรณี 131) ในการสนทนาครั้งแรก คุณตามันได้แสดงความรู้สึกโกรธที่มีต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ที่พยายามเข้าไปจัดระเบียบและทำความสะอาดศาลาอเนกประสงค์ จนกระทั่งเกิดการทะเลาะกันขึ้น แล้วทำให้เขาต้องติดพันบน โดยการสนทนาครั้งนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษา (ผู้วิจัย) ได้นำเสนอประเด็น “นี่คือปัญหาหรือความไม่สะดวกกายสบายใจ” เพื่อให้คุณตามันเกิดการตระหนักรู้ว่า ปัญหาที่แท้จริงนั้นหาได้เกิดจากเหตุการณ์ภายนอกที่มากระตุ้นไม่ หากแต่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดเชิงลบที่มีต่อสิ่งที่คาดเดาไม่ได้และให้ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ดังบทสนทนาต่อไปนี้

คุณตามัน: ไม่ให้โมโหได้หรือ อยู่ ๆ ก็กวาดเอาหนังสือของผมบนศาลา มากองทิ้งไว้ บนโต๊ะทำงานของผม หนังสือของผมเล่มหนึ่งไม่ใช่ถูก ๆ นะ ทำแบบนี้มันใช้ไม่ได้ (หน้าแดง พุดเสียงดัง)

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ถึงตอนนี้คุณตาก็ยังโกรธอยู่ โกรธที่เจ้าหน้าที่คนนั้นถือวิสาสะ มาย้ายหนังสือของคุณตาโดยพลการ

คุณตามัน: ใช่ ๆ โกรธถึงเดี๋ยวนี้ ผมไม่ได้ทำความเดือดร้อนให้ใครสักหน่อย แคววหนังสือไว้ในศาลา ผมไม่เห็นจะมีใครเดือดร้อน แต่มาทำอย่างนี้กับผม ผมจะร้องเรียนให้หมดเลย (หน้าแดง หายใจหอบ เสียงพุดเริ่มลั่น)

นักจิตวิทยาการปรึกษาชวนให้คุณตามันได้รับรู้ถึงอาการทางสรีระที่สะท้อนถึงความรู้สึกโกรธที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ เพื่อให้เกิดการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก จนกระทั่งคุณตามันประจักษ์ชัดในความรู้สึกโกรธของตนเอง

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ผมสังเกตเห็นคุณตาโกรธจนหน้าแดง พอเลือดขึ้นหน้าแล้ว ใจมันลั่น ตัวมันลั่นไปหมดนะครับ ดูมือสิ กำแน่นเขียว (พุดพลางแตะข้อมือของผู้สูงอายุ)

คุณตามัน: (มองมือตนเอง แล้วรีบคลายมือออก จากนั้นจึงระบายลมหายใจตาม)

นักจิตวิทยาการปรึกษา: (เงิบ และสังเกต)

คุณตามัน: ผมโมโหทีไร มันเหมือนจะควบคุมตัวเองไม่ได้ ใจมันเต้นตึก ๆ รัว ๆ เลย มือไม่ลั่นไปหมด หัวนี้เหมือนมีอะไรมาฉีดยาว เวลาผมโกรธนี่น่ากลัวนะ อะไรก็เอาไม่อยู่ คนอยู่ใกล้นี้กระเจิงเลย ลูกเคยเตือนว่าระวังเส้นเลือดในสมองจะแตกตาย (ยิงพุดก็ยังมึนทำทางสงบลง)

เมื่อคุณตามัน สังเกตถึง ความโกรธและปฏิกิริยาที่ตนมีต่อความโกรธ ชัดขึ้น นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงได้นำชี้ชวนให้พิจารณาถึงความไม่จำเป็นของการควบคุมประสบการณ์ภายในตน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญประการหนึ่งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวทางบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น



นักจิตวิทยาการปรึกษา: อืม...ครับ คุณเหมือนว่าตอนนี้คุณตาเห็นตัวความโกรธของตัวเองแล้วเป็น  
ยังไงบ้างครับ

คุณตามัน: (เงิบ สีหน้าครุ่นคิด) ก็...พอได้พูดออกไปบ้างก็เบาลงนะ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: พอได้หยุดมองเจ้าความโกรธนี้ชัด ๆ มันก็เหมือนจะเอามันอยู่แล้วใช่ไหม  
ครับ

คุณตามัน: ใช่ครับ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: แล้วพอได้เห็นมือที่กำลังกำแน่นอยู่ในขณะโกรธ คุณตาทำยังไงครับ

คุณตามัน: เอ่อ...ผมก็ตกใจนะ ผมไม่นึกว่ามันจะกำแน่นขนาดนี้ เล็บนี่จิกเนื้อจนเจ็บ  
เลย เคยชินมั้งเลยไม่รู้ตัว พอเจ็บ ผมก็เลยคลายมือออก

นักจิตวิทยาการปรึกษา: อืม ๆ พอรู้ตัว ก็คลายเองได้โดยไม่ต้องบังคับอะไรมันเลยนะครับ

คุณตามัน: ใช่ ๆ อย่างนั้นแหละ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: แล้วยิ่งนึกถึงคำลูกเดือนว่า หากโกรธจนเลือดขึ้นหน้ามาก ๆ เข้า พ่ออาจ  
ตายด้วยเส้นเลือดสมองแตกได้นะ

คุณตามัน: ใช่ครับ พอนึกถึงแล้วผมก็กลัวขึ้นมา อยู่ ๆ ไช้ที่โมโหก็น้อยลง

นักจิตวิทยาการปรึกษา: แปลกมั๊ยครับ พอรู้เท่าทัน แล้วลูกคิดได้ เจ้าตัวโกรธนี้มันก็เหมือนจะหายไป  
ได้นะครับ มันมาแล้วมันก็ไปของมันเอง โดยที่เราไม่ได้ทำอะไรนอกจากแค่  
เห็นมันให้ทัน

คุณตามัน: (พยักหน้า) แคร์ู้ทันมันใช่มั๊ยครับ

นักจิตวิทยาการปรึกษา ใช้เทคนิคการอุปมาอุปไมยเพื่อเอื้อให้ คุณตามันอยู่กับประสบการณ์  
ความโกรธของตนเอง โดยเปรียบเทียบการกำมือกับความรู้สึกทางลบหรือทุกข์ใจ และการแบมือออก  
กับความรู้สึกทางบวกหรือคลายทุกข์ เพื่อย้ำประสบการณ์เรียนรู้ของคุณตามัน

นักจิตวิทยาการปรึกษา: (พยักหน้า) พอรู้เท่าทันแล้วก็ช่วยมันหน่อย ช่วยคลายมือที่กำลังกำอยู่  
แน่น ๆ นี้ออก (ทำท่าทางให้ดูประกอบ) พอมันคลาย มันก็จะเบาสบายขึ้น  
เมื่อกี้ก็เป็นอย่างนี้ใช่มั๊ยครับ

คุณตามัน: (ลองทำตาม) ใช่ครับ ใช่เลย

จากนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาได้เชิญชวนให้คุณตามันได้ทดลองทำแบบฝึกฝนเกี่ยวกับการระลึกถึงสัมผัสด้านต่างๆ ที่เรียกว่า เทคนิค Grounding เพื่อให้สามารถอยู่กับปัจจุบันขณะได้ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเริ่มใช้ปัญญาในการตรวจวินิจฉัยปัญหาของตนต่อไป

นักจิตวิทยาการปรึกษา: (พยักหน้า) ตอนนี้อยู่กับคุณตามันอยู่กับความรู้สึกต่ออีกนิดนะครับ... (หยุด)...ผมชวนคุณตาจับความรู้สึกที่เท้าสัมผัสกับพื้นพรม...(หยุด)...จับความรู้สึกที่ก้นสัมผัสกับเบาะเก้าอี้...(หยุด)...จับความรู้สึกที่หลังสัมผัสกับพนักพิง...(หยุด)...จับความรู้สึกที่กำลังนั่งอยู่ในห้องนี้ ขณะนี้...(หยุด)

คุณตามัน: (ทำตามด้วยอาการสงบนิ่ง)

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ตอนนี้อยู่กับคุณตามันเป็นยังไงบ้างครับ

คุณตามัน: ผมสบายดี

นักจิตวิทยาการปรึกษาเปิดโอกาสให้คุณตามันได้ใช้สติปัญญาในการกำหนดสิ่งที่เป็นปัญหาที่แท้จริงใหม่

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ครับ รู้สึกสบายขึ้นนะครับ...(เว้นจังหวะ)...แล้วตอนนี้หากนึกถึงภาพเจ้าหน้าที่คนนั้น คุณตามันเป็นยังไงบ้างครับ

คุณตามัน: ผมไม่รู้สิโกรธเท่าไรแล้ว...เอ่อ...หงุดหงิดหน่อยที่ต้องกลับไปจัดหนังสือเข้าตู้

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ดูเหมือนว่าเจ้าหน้าที่คนนั้นจะไม่ใช่อะไรที่จำเป็นต้องจัดการแล้ว

คุณตามัน: (พยักหน้า) แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะไม่สร้างเรื่องวุ่นวายให้ผม

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ครับ เจ้าหน้าที่คนนั้นยังคงเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณตามันรู้สึกยุ่งยากมากขึ้นอยู่ดี ต้องกลับไปจัดหนังสือแทนที่จะได้ทำงานที่ตัวเองอยากทำ

คุณตามัน: ใช่ครับ แต่เดี๋ยวกลับไปจัดให้เรียบร้อยก็จบ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: แล้วไอ้ตัวโกรธที่ทำให้คุณตาไม่เป็นสุขมาหลายวันนี้ มันเป็นของใครครับ

คุณตามัน: มันเป็นของผมเอง ผมทำมันขึ้นมาเอง เจ้าหน้าที่ก็แค่มาทำอะไร ๆ ให้มันยุ่งยากขึ้น แต่มันก็หน้าที่ของเขา พอผมโกรธเข้าแล้วนี่ อะไร ๆ ก็พังหมด พาลเสียผู้ใหญ่ไปด้วยสิ

ในตอนท้ายของการพูดคุยปรึกษา คุณตามั่น รายงานถึง ความความเข้าใจ ในปัญหาว่า แท้จริงแล้วปัญหาของตนนั่นคือความโกรธอันเป็นประสบการณ์ภายในตน ไม่ใช่สิ่งกระตุ้นจาก เหตุการณ์ภายนอกดังที่ตนคิดไว้แต่แรกทั้งนี้เจ้าหน้าที่ไม่ใช่ “ตัวปัญหา” อีกต่อไป เนื่องจากคุณตามั่น ได้กำหนดนิยามความหมายใหม่ให้แก่เขา จากผู้คุกคามความสงบสุขเป็นผู้ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน ด้วยมุมมองใหม่ดังนี้ คุณตามั่นจึงเริ่มยอมรับประสบการณ์ได้ตามความเป็นจริง

บทสนทนาตัวอย่างข้างต้น แสดงให้เห็นถึงวิธีการคิดวิเคราะห์เพื่อแยกแยะปัญหาที่แท้จริง ออกจากเรื่องไม่สะดวกกายสบายใจ การกำหนดจุดสนใจใหม่ไว้ตรงที่ประสบการณ์ภายในตน (Refocusing) ตลอดจนการทำความเข้าใจต่อหลักการสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการเผชิญปัญหาแบบ ยอมรับ ด้วยวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง

**ครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและเสริมสร้างความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ** การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อ ประโยชน์ต่อการเปิดเผยตนเองของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการสังเกตตนเองอย่างมี สติในปัจจุบันขณะ และฝึกความรู้ตัวผ่านทางสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับเริ่มสังเกตความคิดที่เชื่อมโยงกับ ความรู้สึกโดยสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของอคติหรือการบิดเบือนทางการรู้คิดที่แฝงอยู่ในเนื้อหา ความคิด

ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 2 นี้ ผู้สูงอายुरายงานถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กล่าวคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เขาเพียงสังเกตเห็นอาการที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงด้าน ต่าง ๆ ได้อย่างเท่าทัน กลายเป็นการสังเกตในระดับที่สูงขึ้น ละเอียดขึ้น เป็นการสังเกตตนเองอย่างมี สติรู้สำนึก มีความเรียบง่าย เป็นกลาง รู้เท่าทันแบบแผนพฤติกรรมประหม่นและดัดสินของตน

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นให้ ความสำคัญกับการยกระดับความสามารถในการสังเกตตนเองของผู้มาปรึกษา จากเดิมที่เป็นเพียง การรับรู้เท่าทันอาการวิตกกังวล ไปสู่การรับรู้ประสบการณ์อย่างมีสติรู้สำนึก แล้วพยายามเป็นอิสระ จากอิทธิพลของอคติหรือความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ผลลัพธ์ของการสังเกตตนเองใน ระดับนี้จะเอื้อประโยชน์ต่อการประเมินและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

อย่างถูกต้อง ถ้วนถี่ ตรงตามความเป็นจริง ไม่ว่าจะ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ และปัจจัยที่เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจซึ่งความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในปัจจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเป้าหมายการปรึกษา และการตัดสินใจเลือกใช้กระบวนการหลักตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นที่จะให้ผลโดยตรงในเชิงบำบัดรักษาในลำดับขั้นตอนถัดไป

ในการปรึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ร่วมกับผู้สูงอายุทำความเข้าใจแบบแผนความวิตกกังวล ผ่านการทบทวนเรื่องราวและประสบการณ์เฉพาะบุคคล เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการหลีกเลี่ยงหรือประสบการณ์หรือพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ทั้งที่แสดงออกในรูปแบบของอาการวิตกกังวลด้านต่าง ๆ รวมถึงแบบแผนทางการคิดและพฤติกรรมเชิงลบที่ตอบโต้ได้อย่างเป็นอัตโนมัติเมื่อต้องเผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวดหรือภัยคุกคาม โดยเป็นแบบแผนความวิตกกังวล ที่มีรูปแบบเฉพาะตัวในผู้สูงอายุแต่ละราย อนึ่ง ผู้วิจัยจะร่วมกับผู้สูงอายุในการพิจารณาถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัญหานำกับลักษณะอาการความวิตกกังวลของตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอาการ ดังในตารางที่ 19 ประกอบกับใช้ การวิเคราะห์พฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้มาปรึกษาสามารถทำความเข้าใจถึงวิธีการเผชิญปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงของตนเองได้อย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 18

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัสตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางความรู้สึก	อาการทางอารมณ์
131	ไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ที่ยุติธรรมและไม่ให้เกียรติต่อเขาและผู้สูงอายุ	ไม่สามารถอยู่นิ่ง ๆ ใดๆ ได้ มีอาการใจเต้นแรง และหายใจติดขัดเมื่อรู้สึกหงุดหงิดหรือโกรธ	ไม่สามารถควบคุมความกังวลใจของตัวเองได้	มีอาการเหนื่อย เหนือ โท้ง่าย (โดยเฉพาะเมื่ออยู่ต่อหน้าเจ้าหน้าที่)
35	กังวลใจกับอาการงูเมื่อตื่นนอน และกลัวว่าโรคหัวใจจะกำเริบ	ใจเต้นเร็ว ปวดเมื่อย ร่างกาย อ่อนล้าและเหนื่อยง่าย	ไม่แจ่มใส เพลิดเพลินกับสิ่งต่าง ๆ น้อยลง ก้าวร้าว มองว่าตนเป็นคนอ่อนแอ ไร้ประโยชน์	มีอาการใจเสีย ตื่นตระหนกง่าย ไม่พึงพอใจ รู้สึกหงุดหงิด (ตนเอง)

**ด้านสุขภาพ :** ด้วยความมั่นใจว่าจะไม่มีใครมาดูแลตนเอง ยามเจ็บป่วย จึงพยายามดูแลรักษาสุขภาพและหมั่นออกกำลังกาย “ผมแข็งแรง ผมไม่ต้องให้ใครช่วยหรอก”

**ด้านสุขภาพ :** ปฏิเสธการทำกิจกรรมและหลีกเลี่ยงการออกนอกเขตเรือนนอนและโรงอาหาร เพราะเชื่อว่าตน “หัวใจไม่ดี”

**ด้านการเงิน :** “ไม่มีเงินแล้วใครจะมาดูแล” “หมดเงินลูกก็พามาอยู่ที่นี้”

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล				
	ปัญหาหน้า	อาการทางสรีระ	อาการทางความรู้สึก	อาการทางอารมณ์	
35				ความกังวลใจ	
37	รู้สึกผิดค้างใจกับเรื่องที่ตนเป็นต้นเหตุที่ทำให้คนรักฆ่าตัวตาย และอยากตายไปโดยหมดเวรกรรมต่อกัน	มีอาการใจเสีย ตื่นตระหนกง่าย ใจเต้นเร็ว หายใจไม่เต็ม ปวดเมื่อยร่างกาย	มีความกังวลใจเกิดขึ้น ตลอดเวลา ไม่มีสมาธิใน การทำสิ่งต่าง ๆ มีความ เพลิดเพลินน้อยลง รู้สึก แปลกแยก	มีอาการเหนื่อยเสียวมาก โกรธง่าย (โดยไม่มีสาเหตุ กระตุ้น) รู้สึกหงุดหงิด (เมื่อไม่สามารถจัดการอะไรได้เอง)	<p><b>ด้านการเป็นภาระ :</b> “ขนาดลูก็ยังไม่ดูแล ผู้อื่นจะมาดูแลหรือ ถ้าไม่จริง”</p> <p><b>ด้านสุขภาพ :</b> ไม่สามารถควบคุมการ ขับถ่ายได้ จึงต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ใน เรือนนอน และต้องควบคุมอาหาร</p> <p><b>ด้านการเป็นภาระ :</b> “ไม่กลัวตาย แต่กลัวตายไม่ดี” “พวกที่อยู่ติดผู้ป่วย นำสมเพช ตายอย่างหมา”</p> <p><b>ด้านการเงิน :</b> อยากได้เงินบริจาคบ้าง เพื่อที่จะได้หาอาหารอร่อย ๆ กินบ้าง</p>

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
	ปัญหาหน้า	อาการทางสรีระ	อาการทางความรู้สึก	อาการทางอารมณ์
37				<b>ความกังวลใจ</b>
99	กังวลใจเรื่องรูปลักษณะของตนเอง ที่เสื่อมลง ไม่สวยดูดีเหมือนแต่ ก่อน (เคยเป็นเจ้าของร้านเสริม สวย) อีกทั้งยังคงรู้สึกค้างใจกับ การกระทำของตนเองที่ไปทำร้าย ร่างกายคู่อริ จนถูกลงโทษให้ย้าย กลุ่มบ้านพัก และเสียใจที่ต้อง แยกออกจากเพื่อนสนิทเพียงคน เดียวในศูนย์	มีปัญหานอนหลับยาก	กลัวการตัดสินใจผู้อื่น (จากรูปลักษณะภายนอก และการพูดจา) และกลัว ผู้อื่นลบหลู่ ดูหมิ่น ทำให้ ต้องอับอาย	<b>ด้านสุขภาพจิต</b> มีอาการใจเสียดง่าย ตื่นตระหนกง่าย
				<b>ด้านสุขภาพ</b> : รอถูกสาวกลับจาก ต่างประเทศและมารับไปอยู่ด้วยตาม สัญญา
				<b>ด้านการเงิน</b> : รอเงินบริจาคและเล่น หวย มักออกนอกศูนย์ฯ เพื่อไปหา อาหารถูกปากกิน “ฉันไม่กินรสแบบ คนที่นี่ ปากมันไม่เหมือนใคร ที่เข้ามา ขายก็ไม่แย่ ฉันต้องออกไปกินข้างนอก (พร้อมแนะนำร้านอาหารซีฟู้ดใน จังหวัดชลบุรี)”
				<b>ด้านสุขภาพ</b> : แม้จะยอมรับว่า น้ำหนักตัวที่ลดลงจะทำให้สุขภาพ โดยรวมดีขึ้น แต่เห็น

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
		อาการทางสรีระ	อาการทางการรู้คิด	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
99					<p>คล่องตัวขึ้น อาการสั้นจากโรคพาร์กินสันหายไป แต่กลับกังวลใจเรื่องรูปลักษณะที่ฝ้ายผอมของตนเอง “ดูไม่สวย ไม่มีน้ำหนัก”</p>
104	<p>ต้องการลดน้ำหนักตัว ให้เดินคล่องขึ้น เพื่อที่จะได้ออกไปเที่ยว นอกศูนย์ฯ (หาอะไรอร่อย ๆ กิน เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ บ้าง)</p>	<p>มีอาการอ่อนเพลีย เห็นอวัยวะ หายใจไม่เต็ม ปวดเมื่อยร่างกาย (โดยเฉพาะหัวเข่า) และปวดมวนท้อง มีปัญหานอนหลับยากและหลับไม่สนิท ตื่นบ่อย</p>	<p>มีอาการรุนแรง สับสน ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกว่าตนห่างเหินหรือแปลกแยกจากผู้อื่น (ไม่สามารถไปร่วมทำกิจกรรม ฟังเทศน์ หรือออกกำลังกายได้) การตัดสินใจคนอื่นและถูกลบหลู่ดูหมิ่น ควบคุมความกังวลใจ</p>	<p>รู้สึกหงุดหงิด (โดยเฉพาะเมื่อต้องการ “เดินหนี” จากการเผชิญหน้า แต่ไม่มีกำลังจะลุกออกจากจุดนั้น “ไม่ออกยุ่งหาเรื่องใส่ตัว” แต่ลูกไปไม่ได้ เลยนั่งอ้อมอยู่ตรงนั้น”)</p>	<p><b>ด้านการเงิน :</b> กังวลว่าตนจะไม่มีเงินซื้ออาหารอื่นกินเพิ่มเติมจากอาหารของศูนย์ฯ เพราะกินไม่อิ่มและไม่อร่อย</p> <p><b>ด้านสุขภาพ :</b> กังวลว่าตนจะเดินไม่ได้ กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง แล้วถูกย้ายไปอยู่ตู้ผู้ป่วย</p> <p><b>ด้านการเป็นภาระ :</b> ไม่อยากตกอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่อยากเป็นภาระ เพราะ</p>



ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัสตัวอย่าง	ปัญหาหน้า	อาการทางสรีระ	อาการทางการรู้คิด	อาการทางอารมณ์	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล	ความกังวลใจ
104		ของนอนไม่ได้ และเห็นว่าชีวิตตึงเครียดเรื่อยๆ			เชื่อว่าเจ้าหน้าที่จะไม่เอาธุระ ปล่อยทิ้งขว้างให้อดอยาก	
					<b>ด้านสุขภาพ :</b> ไม่มีสุขภาพ แต่ผูกพันกับเจ้านายเก่าและลูกหลานของเจ้านาย และรอเจ้านายมาเยี่ยมปีละครั้ง	
33	น้อยใจพี่ชาย (คนโต) ที่ปฏิเสธ เมื่อตนไปขออาศัยอยู่ด้วย และเจ็บใจที่หลาน (ลูกพี่ชายที่เลี้ยงมา) จับไล่ เมื่อตนแหวะไปขอเงิน	มีปัญหานอนหลับไม่สนิท มักตื่นขึ้นบ่อย ๆ มีอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นตะคริว และปวดมวนท้อง	กลัวผู้เฒ่าลนหลับหูหลับตา ทำให้ต้องอับอาย และกลัว การตัดสินใจจากผู้อื่น (โดยเฉพาะเรื่องที่ไม่เคยมีลูกหลานมาเยี่ยมเลย) มีความวิตกกังวลและไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลหรือจัดการ	รู้สึกกระวนกระวายใจ ตึงเครียด หงุดหงิด มีอาการใจเสีย ตื่นตระหนกง่าย	<b>ด้านสุขภาพ :</b> หวานมีถึงประสบความสำเร็จเจ็บปวดและนำอับอายในอดีต แล้วปลื้มใจจากกลุ่มไปนั่งดูบุปผารัตรีคนเดียว โดยเพลินไปกับ "คลายหัวใจ" ทั้ง ๆ ที่ตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อ	

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางารรู้คิด	อาการทางอารมณ์
33		อะไรในชีวิตได้		ความกังวลใจ
				โรคหลอดเลือดสมองและเป็นอัมพาต
				<b>ด้านการเป็นภาระ :</b> “ไม่กลัวตาย แต่กลัว “ตายทรมาน” “ผมอยากนอนหลับแล้วไปเลยเหมือนปู่” หากแต่ไม่รู้ที่ว่าพฤติกรรมการสุขภาพของตนนั้นอาจนำไปสู่การตายอย่างทรมาน
				<b>ด้านสุขภาพ :</b> เป็นห่วงลูกชายที่ติดยาบ้า “ไม่รู้เป็นตายร้ายดียังไง บางทีอาจตายไปแล้วก็ได้” และอยากเห็นหน้าลูกสักครั้งก่อนตาย
				<b>ด้านการเงิน :</b> เทียวของเงินผู้อื่นเพื่อซื้อบุหรี่สูบ โดยเห็นว่าการ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

		ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
รหัส	ปัญหา	อาการทางสรีระ	อาการทางารจิต	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
33					<p>สับสนหรือกิจกรรมเดียวที่ช่วยให้ตนผ่อนคลาย อีกทั้งยังซื้อยาแก้หวัดที่กิน (บางครั้ง) เพื่อให้นอนหลับสนิท</p>
67	<p>มีเรื่องค้างใจต่อเหตุการณ์ที่ตนถูกล่วงละเมิดทางเพศในอดีต และรู้สึกที่ไม่ได้รับความยุติธรรม จากเจ้าหน้าที่รัฐและสังคม</p>	<p>มือและแขนข้างซ้ายจะสั่นหรือกระตุกเกร็ง (ทุกครั้ง) เมื่อมีท่าที่ใช้ความเคียด มีปัญหานอนหลับยาก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย</p>	<p>กลัวการตัดสินใจจากผู้อื่น และได้รับการลบล้างข้อสงสัย ทิ่มแทงใจตัวเองไม่ถูก เชื่อว่ากำลังจะมีเรื่องแย ๆ บางอย่างเกิดขึ้นกับตัวเอง และตนไม่สามารถจัดการอะไรในชีวิตได้เลย</p>	<p>รู้สึกกระวนกระวายใจ ตึงเครียด และหงุดหงิดง่าย (เมื่อรู้สึกเหมือนร้าวกับว่าจะควบคุมตนเองไม่ได้)</p>	<p>ด้านสุขภาพ : กังวลว่าสติและความจำของตนกำลังเสื่อมลง แล้วจะทำให้ตนลืมเรื่องค้างใจที่ยังจัดการแก้ไขไม่สำเร็จ “ฉันจดทุกอย่างไว้ แต่กลัวว่าคนอื่นจะอ่านไม่ออกหากฉันตาย ฉันเลยอยากจะทำให้คนที่ไว้ใจได้รับรู้ไว้เป็นหลักฐาน ว่าฉันถูกเขาทำร้ายมาใจมา”</p>

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา นำ	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางความรู้สึก	อาการทางอารมณ์
67				<b>ความกังวลใจ</b>  <b>ด้านสุขภาพ :</b> ไม่อยากเป็นภาระลูก ไม่อยากให้คนอื่นมาบ่นทว่า “แม่ที่ไม่ดี” ด้วยเหตุนี้ จึงได้ตัดสินใจเป็นฝ่ายหนีออกมาอยู่ที่ศูนย์ฯนี้ แม้ว่าตนจะมีความคับข้องใจว่า “ทำไมถึงต้องเป็นฉันที่ ถูกขับไล่ ทำไมไม่ใช้คนที่ทำผิดล่ะ” <b>ด้านความตาย :</b> อยากจากโลกนี้ไปโดยมีคนรับรู้เรื่องราวความเป็นจริงทั้งหมด ให้ลูกเห็นว่าตนเป็น “แม่ที่ดี” และให้คนอื่นยอมรับว่าตนเป็น “ผู้หญิงที่ดี” ไม่ใช่ผู้หญิงสาส์อนอย่างที่นิยมนกัน

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
		อาการทางสรีระ	อาการทางความรู้สึก	อาการทางอารมณ์	
60	กลัวว่าตนจะต้องนอนติดเตียง และถูกส่งตัวไปอยู่ที่ผู้ป่วยแล้ว ไม่มีเพื่อนพูดคุยด้วย	มีอาการใจสั่น ใจเสีย ตื่น ตระหนกง่าย หายใจไม่ อิ่ม มีปัญหาด้านการนอน ทั้งนอนหลับยากและหลับ ไม่สนิท ตื่นขึ้นบ่อย ๆ อ่อนเพลียง่าย มีอาการ ปวดมวนท้อง ปวดตึง กล้ามเนื้อ เป็นตะคริว	มีความกังวลมากเกินไป และไม่สามารถควบคุม ความกังวลใจของตนเอง ได้	รู้สึกกระวนกระวายใจ ตึง เครียด หงุดหงิดง่าย	<b>ด้านสุขภาพ :</b> มีอาการเจ็บป่วยจาก โรคประจำตัวกำเริบบ่อย จึงกังวลใจ และหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวเพื่อ ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ไม่ ออกไปพูดคุยกับเพื่อนฝูง “ไม่ได้เข้า เพื่อน ไม่ได้เข้าพี่เลี้ยง” เพราะไม่ อยากให้ใครเห็นว่าตนเองกำลังแย่หรือ อ่อนแอ หากเมื่ออยู่คนเดียวก็รู้สึก เศร้า “ไม่กระซุมกระซวย” แล้วเกิดความขัดแย้งกับความคิดเกี่ยวกับตน ที่ว่า “ฉันเป็นคนขี้เล่น”
				<b>ด้านสุขภาพ :</b> คิดถึงดูหลอนและ อยากให้พวกขามาเยี่ยม แต่	

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหาหน้า	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางารรู้สึก	อาการทางอารมณ์
60				ความกังวลใจ มองตนเองว่า “ฉันเป็นคนดี” “ฉันเป็นคนใจดี” ลึกหลอนถึงไม่ยอมกอยู่ด้วย ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจในชะตา ชีวิตตนเอง และตอนนั้นก็ทำอะไร ไม่ได้แล้ว
129	คิดมากเรื่องที่ตนเริ่มเดินไม่ได้ และกลัวว่าจะป็นอัมพาตซีกล่าง ซึ่งทำให้อวัยวะใช้งานไม่ได้	มีปัญหาด้านการนอน ทั้ง นอนหลับยาก และหลับไม่ สนิท ตื่นขึ้นกลางดึกบ่อย ๆ	รู้สึกโกรธ ในการทำ สิ่งต่าง ๆ คิดว่าตนเองเหมือน อยู่ในความฝัน มีความ วิตกกังวลมากเกินไป เห็น ว่าตนไม่สามารถจัดการ อะไรในชีวิตได้ และกำลัง จะมีเรื่องแย ๆ บางอย่าง	<b>ด้านสุขภาพ</b> : ยอกให้เงินและ ทรัพย์สินนับเป็นมรดกแก่ลูกหลาน หรือใครก็ได้ (โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้อง มารับไปอยู่ด้วยและดูแลจนตาย) และ เสียใจที่ตนไม่มีลูก <b>ด้านการเงิน</b> : หวงแหนเงินและทรัพย์สิน สมบัติ กลัวว่าจะหายหรือ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางความคิด	อาการทางอารมณ์
129	ปัญหาน้ำ		อาการทางความรู้สึก เกิดขึ้นกับตน และกลัวว่า ผู้อื่นจะลบลู่ ดูหมิ่นให้ต้องอับอาย	อาการทางอารมณ์ ความกังวลใจ ถูกขโมย จึงพกใส่กระเป๋าคาดเอาติด ตัวตลอดเวลา (แม้กระทั่งตอนอาบน้ำ) <b>ด้านสุขภาพ :</b> เดินได้โดยใช้รถเข็น ช่วยพยุง แต่ลุกไม่ขึ้นเพราะน้ำหนัก ของกระเป๋าคาดเอวถ่วงเอาไว้
15	คั่งใจที่ตนเองไม่อาจตอบแทน บุญคุณเพื่อนรักที่ได้ช่วยเหลือไว้ ยามสิ้นไร้ไม้ตอก (โดยเป็นคนค้า ประกันให้ตู้รับรถสองแถว)	มีปัญหานอนหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นเร็ว มี อาการปวดมวนท้อง	มีความสนใจสิ่งที่เคย เพเลียดเพลินน้อยลง คิดว่า ตนไม่สามารถจัดการอะไร ในชีวิตได้เลย และกำลัง จะมีเรื่องแย ๆ เกิดขึ้นกับ ตน	<b>ด้านการเป็นภาระ :</b> ไม่อยากเป็น ภาระของผู้อื่น เพราะตนยังอายุไม่ เยอะ ยังหาเลี้ยงชีพได้อีกนาน และ กังวลว่าผู้อื่นจะดูแคลตนไม่ตี <b>ด้านสุขภาพ :</b> เชื่อว่าตนเองแข็งแรง ยังทำงานขับรถสองแถวได้ (เข้ามาอยู่ ที่ศูนย์ฯ เพราะจะได้ไม่ตัดต่อ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหาหน้า	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางารรู้คิด	อาการทางอารมณ์
15				ความกังวลใจ
58	คิดถึงแม่ที่เสียชีวิตไปก่อน หน้าเข้ามาอยู่ที่ศูนย์ฯ รู้สึก	มีปัญหานอนหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อย	สนใจสิ่งต่าง ๆ ที่เคย เพเลิดเพเลินน้อยลง	มีอาการใจเสีงง่าย ตื่น ตระหนกง่าย ภาระวน

โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีคนดูแลตอน  
พักฟื้น ซึ่งตอนนั้นหายดีแล้วจึงอยาก  
กลับไปทำงาน หากแต่ยังคงซึ่งใจอยู่  
เพราะเกรงว่าหากออกไปแล้วจะถูก  
ปฏิเสธการกลับเข้ามาใหม่ในอนาคต)  
และมีเมื่อรู้สึกกังวลใจ จะสูบบุหรี่  
**ด้านการเงิน** : คิดว่าตนยังสามารถหา  
รายได้ได้อีกมาก และอยากได้เงิน  
ก่อน จึงเอาเงินบริจาคที่ได้รับไปเล่น  
หวยเสมอ

**ด้านสุขภาพ** : มี “ใจศรัทธาหมอ”  
เนื่องจากคิดถึงแม่ ก็บยังงั้ไทยหา



ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล					
รหัส	ปัญหา	อาการทางสรีระ	อาการทางความคิด	อาการทางอารมณ์	
58	ว่า “ขาดแม่เหมือนแพแตก” (ที่น้องต่างแยกกันไป ไม่สนใจกันเหมือนเดิม) และอยากมีชีวิต “กระตุ่มกระซวย”	อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีอาการปวดมวนท้อง และปวดเมื่อยร่างกาย	งุนงง สับสน ทำอะไรไม่ถูก กลัวการตัดสินใจผู้อื่น และกลัวถูกดูถูกให้อับอาย	กระวายใจ ไม่สามารถนั่งอยู่นิ่ง ๆ ได้	ถึงความรู้สึก “อุ่นใจ” เมื่ออยู่กับแม่ อีกทั้งยังรู้สึก “เป็นห่วงสารพัด” ว่าจะมีใครคอยดูแลอยู่มั๊ย และนึกน้อยใจชะตาชีวิตว่า “ถ้ามีแม่อยู่ ชีวิตคงสบายกว่านี้”
56	ไม่มีความสุขที่อยู่ที่ศูนย์ฯ นี้ และรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้	มีปัญหานอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท ตื่นง่าย มีอาการใจเต้นแรง	กลัวผู้อื่นลบหลู่ ดูหมิ่น ทำให้ต้องอับอาย สนใจสิ่งที่เคยเพ็ดเพ็ดเล็กน้อยลง	มีอาการใจเสียบ่อย ตื่นตระหนกง่าย	ด้านสุขภาพ : กังวลเรื่องหลังที่คอมแดงเรื่อย ๆ จนเดินและทำกิจกรรมลำบาก

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัสตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
	อาการทางสรีระ	อาการทางกognit	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
56	ร่วมกิจกรรมตลอดเวลา จนไม่มีความพักผ่อน หายใจไม่ทั่วท้อง และปวดตึงกล้ามเนื้อ	รู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองไม่อาจจัดการอะไรในชีวิตได้เลย		<p><b>ด้านความตาย :</b> ไม่กลัวตาย แต่กลัวตายไม่ได้</p> <p><b>ด้านการเป็นภาระ :</b> กลัวจะกลายเป็นภาระผู้อื่น ทำให้เขาต้องลำบาก</p> <p><b>ด้านการเงิน :</b> กลัวว่าเงินที่มีจะหายหรือถูกขโมย ไม่ใช้เงินแต่ชอบแจกเงินให้กับคนที่ถูกใจ</p> <p><b>ด้านสุขภาพ :</b> เป็นห่วงสุขภาพ แต่ไม่อยากให้ลูกหลานมาเยี่ยมที่นี่ หากแต่เมื่อออกไปหา (เจ้าหน้าที่พาไปเยี่ยมบ้าน) ก็มักจะไม่ค่อยเจอ โดยตนเองเข้าใจว่าลูกหลานต้องออกไปทำงานหา</p>

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางกรรุด	อาการทางอารมณ์
54	คิดถึงชีวิตที่เคยอยู่ภายนอก ศูนย์ฯ และรู้สึกผิดค้างใจที่ไม่ เห็นยัวร์ลูกไว้ (ลูกตามภรรยาไป อยู่กับพ่อแม่ใหม่ที่ต่างประเทศ)	มีปัญหานอนหลับยาก หลับไม่สนิท มีอาการ ปวดกล้ามเนื้อ หลัง ต้นคอ และเป็นตะคริว	ไม่มีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ สนใจสิ่งที่เคย เพลิดเพลินน้อยลง (การ ปลูกไม้ดอก) ควบคุม ความกังวลใจของตนเอง ไม่ได้ และกลัวการตัดสินใจ จากผู้อื่น	รู้สึกหงุดหงิดง่ายขึ้น  <b>ด้านการเงิน</b> : อยากรู้เงินสักก้อน แล้ว ส่งให้ลูกเพื่อเป็นการไถ่โทษที่แม่ดูแล (แม้จะไม่เคยเห็นหน้าลูกมากกว่า 20 ปี และไม่รู้ว่าลูกอยู่ที่ไหนก็ตาม) <b>ด้านสุขภาพ</b> : หวนคิดถึงตอนที่ตน ดูแลลูก ๆ เมื่อตอนยังเล็ก อยากรู้ ติดต่อกับลูก อยากรู้ว่าพ่อยังมีชีวิต อยู่ และอยากให้ลูก ๆ ยอมรับ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหาหน้า	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
		อาการทางสรีระ	อาการทางารรู้คิด	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
94	รำคาญคู่มือที่เคยหะเลาะด้วย และคอยค่อนขอต เห็นบแบบม และกลัวว่าตนจะเป็นที่รังเกียจของคนอื่น เพราะตนเองมีการศึกษา น้อย และมีกิริยาท่าทางไม่งดงาม ไม่เรียบร้อย	มีอาการทางสรีระในทุก อาการ เกิดขึ้นเป็นประจำ	งุนงง สับสน ทำอะไรไม่ถูก มีความวิตกกังวลมาก เกินไป และไม่สามารถควบคุมความกังวลใจของตนได้	รู้สึกโกรธง่าย ชุนเฉียว และรู้สึกว่าการมีเรื่องแย ๆ บางอย่างจะเกิดขึ้น	<b>ด้านสุขภาพ :</b> รับรู้ถึงสมรรถภาพทางกายที่เสื่อมถอย มีอ้วน ไม่สามารถพับ กระดกขาได้ตรง ไม่มีแรงใช้กรรไกร รวมถึงเริ่มกังวลว่าความจำตนเองเสื่อม <b>ด้านการเป็นภาระ :</b> รู้สึกเหมือนตน โดดละตาย หากไม่ยกก็เป็นภาระ ให้แก่ใคร โดยเฉพาะกับลูกหลาน และมีกังวลว่า ตนจะสร้างความ รำคาญหรือไม่สบายใจให้กับเจ้าหน้าที่ จนอาจถูกทิ้ง ละเลย ไม่ดูแล
142	เรียกร้อง “การตายโดยสมัครใจ”	มีปัญหานอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท	มีอาการงุนงง สับสน ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกว่า	รู้สึกท้อแท้หรือแปลกแยกจากผู้อื่น	<b>ด้านสุขภาพ :</b> กลัวเจ็บ กลัวทรมาณแล้วไม่ตาย

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหา นำ และ ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา นำ	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางกรูคิด	อาการทางอารมณ์
142		มักจะตื่นขึ้นบ่อย ๆ มี อาการใจเต้นแรง หายใจ ไม่เต็ม อ่อนเพลีย เหนื่อย ง่าย	ตนไม่สามารถจัดการอะไร ในชีวิตรึได้เลย รู้สึกราวกับ ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวไม่ใช่ เรื่องจริง และเหมือนว่าจะ ควบคุมตัวเองไม่ได้	<b>ด้านสุขภาพ :</b> คิดถึงลูกชายคนโต ที่ หายสาบสูญไปในเหตุการณ์สึนามิ แม่ จะออกตามหาเขาที่ไหนก็ไม่เจอ หากก็ยัง มีความหวังว่ายังมีชีวิตอยู่ แต่ที่ว่าตน ไม่สามารถออกตามหาได้อีกแล้ว เนื่องจากสภาพร่างกายและความ เจ็บป่วยของตน <b>ด้านการเป็นภาระ :</b> มีความเชื่อว่า “ผมไม่เอาใจไว้ใจใครได้” จึงไม่คิด หวังจะให้ใครมาดูแล (ตนไว้ใจตัวเอง และลูกชายคนโตเท่านั้น)

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาหน้าและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัสตัวอย่าง	ปัญหาหน้า	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
	อาการทางสรีระ	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ	
87	<p>มีอาการใจเต้นแรง หายใจไม่อิ่ม ปวดตึงกล้ามเนื้อ และเป็นตะคริว มีปัญหา นอนหลับยาก ตื่นง่าย และไม่สามารนอนต่อได้อีกเมื่อตื่นขึ้นกลางดึก</p>	<p>มีอาการงุนงง ทำอะไรไม่ถูก ไม่มีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง รู้สึกเหมือนกับว่า จะควบคุมตัวเองไม่ได้ และกลัวว่าการตัดสินใจจากผู้อื่น</p>	<p>รู้สึกกระวนกระวายใจ ถึงเครียด หงุดหงิด</p>	<p><b>ด้านสุขภาพ :</b> ทาน ยาแก้แพ้ ก่อนนอนทุกคืนเพื่อให้นอนหลับได้ (สภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการนอน ทั้งในช่วงกลางคืนและกลางวัน)</p> <p><b>ด้านสุขภาพ :</b> เสียใจที่ตนเองมีภรรยาและลูก ทำให้ตนต้องมาอยู่ที่ศูนย์ฯ นี้ ไม่มีคนดูแล</p>
135	<p>มีปัญหานอนกลับยาก หลับไม่สนิท มักตื่นขึ้นบ่อย ๆ กลางดึก และมีอาการทางสรีระครบทุกประการ</p>	<p>ขาดสมาธิ สนใจสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเพเลิดเพลินน้อยลง มีความวิตกกังวลมาก (ยำคิด) และไม่สามารถควบคุมความกังวลใจ</p>	<p>มีอาการใจเสีย ตื่นตระหนกง่าย รู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น (แต่กลับรู้สึกดี) มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด (ตนเอง)</p>	<p><b>ด้านสุขภาพ :</b> มีอารมณ์เศร้า สลับรู้สึกสิ้นหวัง</p> <p><b>ด้านการเงิน :</b> กลัวไม่มีเงินทำศพ</p>

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหาและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

		ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล			
รหัสตัวอย่าง	ปัญหา	อาการทางสรีระ	อาการทางกรรุดิต	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
69	คิดมากเรื่องที่ถูกเพื่อนมองว่าเป็น “โรครจิต”	มีปัญหานอนหลับยาก มีอาการปวดร่างกายและเป็นตะคริว อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	กลัวการตัดสินใจผู้อื่น กลัวต้องอธิบายจากการดูหมิ่นจากผู้อื่น มีความวิตกกังวลมาก และไม่สามารถควบคุมความกังวลใจได้ รู้สึกกลัวว่าสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวไม่ใช่เรื่องจริง	รู้สึกห่างเหินจากผู้อื่น เสียง่าย ตื่นตระหนกได้ง่าย	ด้านสุขภาพ : กังวลกับอาการ “นอนไม่หลับ” และกลัวว่าตนจะเป็นโรครจิตจริง ๆ ตามที่เพื่อนและพี่เลี้ยง นิพนท กั้น  ด้านสุขภาพ : น้อยใจลูกชายที่ไม่เชื่อฟังที่ตนเล่า และไม่ยอมรับกลับบ้านสักที (แม้ว่าลูกชาย ลูกสะใภ้และหลานจะผลักดันมาเยี่ยมทุกสัปดาห์)  ด้านการเป็นภาระ : กลัวว่าหากเดินไม่ได้ และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงแล้วจะทำให้ลูกชายไม่กล้ามารับ กลับไปอยู่ด้วยเพราะดูแลลำบาก

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหา นำและลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา นำ	อาการทางสรีระ	อาการทางกรรุดิต	อาการทางอารมณ์	ความกังวลใจ
74	ไม่พอใจในเรื่องความเป็นอยู่ ร่วมกับผู้อื่นและเจ้าหน้าที่ใน ศูนย์ฯ และหวงไห้ถึงเหตุการณ์ ที่ตนสูญเสียคนรัก (“แฟน” ใน ศูนย์ฯ)	มีอาการปวดตาม กล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวด คอ และเป็นตะคริวที่ขา	กลัวคนอื่นลบหลู่ ดูหมิ่น ทำให้ต้องอับอาย ไม่ สามารถนั่งอยู่นิ่ง ๆ ได้ มี ความวิตกกังวลตลอดเวลา และดูเหมือนว่าจะควบคุม ความกังวลใจไม่ได้	รู้สึกโกรธง่าย มีอารมณ์ ฉุนเฉียวมาก รู้สึกใจเสีย ตื่นตระหนกง่าย มีความ กระวนกระวายใจอยู่ ตลอดเวลา	<b>ด้านสุขภาพ :</b> ไม่สามารถควบคุม อารมณ์โกรธของตนได้ และมักใช้ วิธีการรุนแรงในการแก้ไขปัญหา
23	กังวลใจว่าจะทำงานที่ตนได้รับ มอบหมายไม่ทัน รวมถึงรู้สึกพะ วักพะวงที่ต่อหยุดทำงานเพื่อมา เข้าชั่วโมงการศึกษา (แม้ว่า ตนเองจะเป็นฝ่ายเลือกเองก็ตาม)	มีปัญหานอนหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นบ่อย	รู้สึกกลัวว่าสิ่งต่าง ๆ ไม่ใช่เรื่องจริง รู้สึกแปลก แยกจากผู้อื่น และคิดว่า ตนเองไม่สามารถจัดการ อะไรในชีวิตได้เลย	รู้สึกกระวนกระวายใจ ตึง เครียด และหงุดหงิด ตลอดเวลา	<b>ด้านการเงิน :</b> มองว่าตนเองจะมีชีวิต อยู่อีกนาน จึงกลัวว่าจะไม่มีเงินใช้จ่าย เพียงพอ <b>ด้านสุขภาพ :</b> เลือกที่จะทำงาน ตลอดเวลา “ทำตัวยุ่ง” เพื่อหลีกเลี่ยง การเผชิญหน้ากับผู้อื่น และ



ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัญหา นำ และ ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองแต่ละราย

รหัส ตัวอย่าง	ปัญหา นำ	ลักษณะอาการที่บ่งชี้ความวิตกกังวล		
		อาการทางสรีระ	อาการทางารรู้คิด	อาการทางอารมณ์
23				<p>บ่อยครั้งที่ใช้การดื่มสุราเพื่อไม่ให้ตนคิดถึงเรื่องค้างใจในอดีต</p> <p><b>ด้านการเป็นภาระ :</b> มองว่าตนเองอายุยังน้อยและแข็งแรงมากอยู่ ไม่เป็นภาระใคร ไม่ต้องให้ใครมาดูแล</p>
116	วิตกเรื่องการนอนที่ไม่เหมือนเดิมนอนน้อยลง (น้อยกว่า 8 ชั่วโมง) และวงจรการนอนเปลี่ยนแปลง รวมถึงกังวลใจเรื่องการผ่าตัดต่อในอีก 3 เดือนข้างหน้า	มีปัญหานอนหลับยาก ตื่นเร็ว และไม่สามารถนอนหลับได้อีก	มองว่ากำลังมีเรื่องแย ๆ บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต และมีความกังวลใจมาก (คิดแต่ถึงเรื่องในอดีต)	รู้สึกกระวนกระวายใจ ตึงเครียด และหงุดหงิดง่าย กลายเป็นคนพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และจะไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากพี่เลี้ยง

ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 2 นี้ ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาการปรึกษาสันับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีการในการมองปัญหาที่แตกต่างและใช้ได้ผลมากกว่าวิธีการเดิม อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เผชิญหน้ากับประสบการณ์เจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลได้อย่างมีสติ และมีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีการฉุกคิดถึงการกระทำที่ไม่เป็นประโยชน์หรือให้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณค่าแก่ตน และพร้อมปรับปรุง เปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขตนเองได้ต่อไป

ในขั้นนี้ ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เผชิญหน้ากับอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่กำลังเกิดขึ้น ในขณะที่ปัจจุบัน และอยู่กับความรู้สึกเหล่านี้จนกระทั่งอิทธิพลเชิงลบหรือความกลัวค่อย ๆ จางคลายลงไปด้วยความคุ้นชินและความเข้าใจที่มากขึ้นตามลำดับ จวบจนอารมณ์ความรู้สึกทางลบสิ้นฤทธิ์ไปในท้ายที่สุด จากนั้นผู้วิจัยจึงนำผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการยอมรับประสบการณ์โดยอาศัยความเข้าใจที่มีต่อตนเองเป็นรากฐาน แล้วสนับสนุนให้เปิดใจรับประสบการณ์ใหม่และกล้าเผชิญหน้ากับความกลัวที่อาจเกิดขึ้นได้อีก เช่น ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลง ความกลัวต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ความกลัวว่าตนจะขาดความสามารถที่จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมความเปลี่ยนแปลงได้ เป็นต้น

อนึ่ง ความคุ้นชินที่มีมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผู้สูงอายุอยู่กับความรู้สึกเชิงลบนั้น จำต้องมี ความเข้าใจที่พัฒนาขึ้นอย่างถูกต้องกำกับด้วย จึงจะเกิดเป็นการยอมรับประสบการณ์ด้วยความเข้าใจที่ถ่องแท้ได้ ในลำดับนี้ ผู้วิจัยจึงได้เชิญชวนให้ผู้มาปรึกษาได้คิดพิจารณาถึงประเด็นชวนพินิจ ดังแนวทางการถามและอุปมาอุปไมยเช่น “ความกลัวเป็นข้อเท็จจริงหรือทางเลือก” “ใครคือผู้รับผิดชอบต่อความสุขความทุกข์ของคุณ” “คุณเชื่อว่าปัจจุบันกำหนดอนาคตหรืออดีตกำหนดอนาคต” “คุณเชื่อว่ามีสิ่งใดบ้างที่เกิดขึ้นมาโดยไม่มีสาเหตุหรือโดยบังเอิญ” “ความรู้สึกเป็นทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ของความคิดและวิธีการคิด” เป็นต้น

ตัวอย่างของการนำเสนอประเด็นชวนพินิจให้แก่ผู้มาปรึกษา เพื่อส่งเสริมการใช้ปัญญาสำนึกในการยอมรับประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดของตนเองในปัจจุบัน ดังกรณีของคุณยายมารี (กรณี 32) ที่ปฏิเสธความรู้สึกดีที่มีต่อคุณตาท่านหนึ่งที่แสดงความรักในเชิงซู้สาว โดยให้เหตุผลเรื่องคำมั่นสัญญาที่เคยให้ไว้กับอดีตสามีที่เสียชีวิตไปแล้ว นักจิตวิทยาการปรึกษาได้ใช้แนวทาง “ความกลัวเป็นข้อเท็จจริงหรือทางเลือก” ดังบทสนทนาต่อไปนี้

- คุณยายมารี: ยายอายุที่ว่าอายุถึงปูนนี้แล้ว (85 ปี) ยังอยากจะมีแฟนอีกใช้อาจารย์ แต่ยายไม่ได้อยากมีเรื่องอย่างว่านะ แค่อยากมีเพื่อนคุย อยู่ในนี้ (ศูนย์) นี้มันเหงานะ
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: แล้วในขณะที่เดียวกัน คุณยายก็รู้สึกผิดกับคำสัญญาที่ให้ไว้กับสามีที่เสียชีวิตไป ว่าชาตินี้จะไม่มีการใหม่อีก
- คุณยายมารี: ถูกอาจารย์ อาจารย์พูดทุกอย่าง ยายไม่เคยผิดคำพูดกับใครเลยนะ เคยมีคนมาจีบหลังสามีตายใหม่ ๆ เขาคอยเที่ยวไปเที่ยวมาที่ร้านอาหารยาย เขาก็รักเหลือเกิน เข้าหาเป็นปี ยายไม่รู้จะทำไง เลยหนีไปบวชชอยู่ 7 ปี ยายไม่อยากนึกถึงเลย มันเป็นเรื่องน่าอาย
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: โห คุณยายยึดมั่นในคำสัญญาที่ให้ไว้กับสามีก่อนตาย คุณยายกลัวจะผิดสัญญา พอถูกชายที่มาจีบรุกรมมาก ๆ เข้า ก็ตัดลึนใจหนีไปพึ่งวัด บวชชเลย
- คุณยายมารี: ยิ่งพูดถึงยิ่งอายอาจารย์
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: อาย
- คุณยายมารี: อายที่มีคนมาจีบ
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: อืม... ฟังดูเหมือนว่าตอนนี้คุณยายกำลังกลัวอะไรบางอย่างที่จะทำให้คุณยายต้องผิดคำพูด...(หยุด)... ระหว่างกลัวผู้ชายคนหนึ่งเข้ามาจีบ แล้วก็อยู่ในศูนย์นี้ด้วยกัน ไม่รู้จะหนีไปไหนได้ กับกลัวใจตนเองว่าจะมีใจให้กับผู้ชายคนนี้เหมือนกัน
- คุณยายมารี: (เงิบ ครุ่นคิด) ...เออ... ยายกลัวจะใจอ่อน แล้วคราวนี้ก็ไม่มีที่จะไปด้วย... (เงิบ)... ตายไปยายจะไปสู้น้ำสามีได้ยังไง (สะอื้นให้)
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: (เงิบ อยู่กับอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุ และสังเกต)
- คุณยายมารี: (ร้องไห้สัปดาห์ จนเริ่มสงบ)
- นักจิตวิทยาการปรึกษา: คุณยายมารีครับ...(พร้อมและหลังของผู้สูงอายุ)...ผมรับรู้ได้ถึงความรู้สึกเสียใจของคุณยาย...(หยุด)...ผมเห็นน้ำตาของคุณยาย น้ำตาที่แทนความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง...(เงิบและรอ)

คุณยายมารี: (เข็ดน้ำตา เข็ดน้ำมูก) ยายเสียใจ ยายกลัวไปหมดทุกอย่าง ยายกลัวคน  
เขาวัวยายเป็นผู้หญิงไม่ดี ยายกลัวลูกว่าผิดคำพูดที่ให้ไว้กับพ่อเขา ยาย  
กลัวว่าสามีจะตำหนิยายที่ทำให้เขาผิดหวัง เสียใจอีกแล้ว

นักจิตวิทยาการปรึกษา : คุณยายกลัวท่าทีของคนอื่นหากตัดสินใจคบเพื่อนชายคนใหม่  
ในขณะที่เดียวกันคุณยายก็กลัวที่จะต้องอยู่โดดเดี่ยวยาวต่อไป

คุณยายมารี: ใช้อาจารย์ มันเหมือนถูกบีบ จะทำอะไรก็ต้องมีคนไม่พอใจ

ถึงตอนนี้ คุณยายมารีเริ่มเห็นภาพความกลัวของตนชัดขึ้น อันได้แก่ ความกลัวเนื่องจากการ  
ใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวกับความกลัวเนื่องจากการตัดสินใจจากผู้อื่น โดยความกลัวทั้ง 2 ต่างเป็น  
ประสบการณ์ภายในที่คุณยายมารีไม่อยากจะยอมรับ บ่ายเบี่ยงที่จะพูดถึง หรือพยายามหลีกเลี่ยง  
ความรู้สึก หากแต่เป็นการหนีเสียประจระเข้ กล่าวคือ ไม่ว่าจะเลือกหนิไปทางใด ก็ล้วนต้องประสบกับ  
สิ่งที่น่ากลัวในอีกทางหนึ่งอยู่ดี นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงชวนให้คุณยายมารีได้พิจารณาถึงความกลัว  
ของตนในแง่มุมต่าง ๆ อย่างถี่ถ้วนมากยิ่งขึ้น

นักจิตวิทยาการปรึกษา: คุณยายมารีครับ ผมเข้าใจว่าการมีชีวิตในสังคมคนหนุ่มมาก เราย่อม  
หลีกเลี่ยงสายตาที่ผู้อื่นมองมาไม่ได้ หลาย ๆ ครั้งเลยครับที่ทำให้รู้สึกไม่  
เป็นตัวของตัวเองเพราะต้องแสร้งคนรอบข้างที่รักและดีกับเราจริง ๆ  
อีกหลายครั้ง เราก็อาจทำตามใจตัวเองซะเหลือเกิน จนทำให้ตัวเองหรือใคร  
ต่อใครต้องเดือดร้อน จนบางครั้งก็อดไม่มั่นใจไม่ได้ นะครับว่าจะเลือกทำ  
อะไรดี จะทำตามใจผู้อื่นก็กลัวตัวเองจะแย่ จะทำตามใจตัวเองก็ไม่กล้า

คุณยายมารี: ยายเป็นอย่างนั้นเลยอาจารย์ มันขัดแย้งกันยังไงก็ไม่รู้ ยายไม่อยากรู้สึก  
อย่างนี้เลย

นักจิตวิทยาการปรึกษา : คุณยายกำลังเป็นทุกข์เพราะความรู้สึกขัดแย้ง และอยากได้คำตอบที่  
ชัดเจนสำหรับปัญหาเรื่องนี้

คุณยายมารี : ใช่ ๆ อาจารย์ ยายอยากตัดสินใจได้สักที

นักจิตวิทยาการปรึกษา : ถ้าผมสรุปแบบนี้ว่า หากเป็นไปได้ นะครับ หากเป็นไปได้ คุณยายมารี  
อยากจะทำตกลงเป็นแฟนกับคุณตาคนนั้น โดยที่ไม่รู้สึกผิดต่อการยกเลิก  
คำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับอดีตสามีและไม่รู้สึกแย่กับสิ่งที่คนอื่นจะคิดเกี่ยวกับ

การมีแฟนอีกครั้งของคุณยาย คือไม่อยากมีชีวิตบั้นปลายที่โดดเดี่ยว  
 ในขณะเดียวกันก็ไม่อยากรู้สึกผิดและไม่อยากรู้สึกว่าตนถูกตำหนิตัว  
 อย่างนี้ถูกต้องมั้ยครับ

คุณยายมารี :                   ถูกอาจารย์ อาจารย์พูดถูกอีกแล้ว แต่ยายว่ามันคงเป็นไปได้หรือที่  
 สมหวังทุกอย่าง ยายว่าไม่มีทางหรือ มีแต่ทางที่เจ็บน้อยกว่าอีกทาง

เมื่อสังเกตเห็นท่าทีของการยอมรับและพร้อมเผชิญหน้ากับความกลัว นักจิตวิทยาการศึกษา  
 จึงได้เอื้ออำนวยให้คุณยายมารีได้ถอนตนออกจากความคิดที่ยึดติดอยู่กับคำมั่นสัญญาในอดีตและภาพ  
 ความคิดเกี่ยวกับตนที่ต้องได้รับการยอมรับจากผู้อื่นภายในศูนย์ และสนับสนุนให้คุณยายมารีได้เลือก  
 กำหนดความคิดและความเป็นไปของชีวิตตนอีกครั้งโดยเป็นการเลือกระหว่างการทนอยู่กับความเหงา  
 และความโดดเดี่ยวแบบปัจจุบันนี้อีกต่อไป การที่ต้องอยู่กับความรู้สึกผิดต่อตนเองหรืออดีตสามี ไม่ว่าจะ  
 จะสามารถรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้ในอดีตได้หรือไม่ก็ตาม กับการเผชิญหน้ากับการตัดสินใจจากผู้อื่นที่  
 อาจเกิดขึ้นในอนาคต หากสนใจสร้างความสัมพันธ์เชิงคนรักกับคุณตาท่านนั้น

นักจิตวิทยาการศึกษา:       ครับ สำหรับตอนนี้ผมขอชวนคุณยายคิดตามนี้...(หยุด)...ไม่ว่าเลือกทาง  
 ไหนก็ต้องเจอกับสิ่งที่กลัวอยู่ดี...(หยุด)...จะเลือกทางไหนก็คงหนีความรู้สึก  
 เจ็บไปไม่พ้น...(หยุด)...ระหว่างการอยู่อย่างโดดเดี่ยวการที่ต้องอยู่กับ  
 ความรู้สึกผิด กับการถูกตำหนิจากผู้อื่น อย่างไหนน่ากลัวกว่ากันครับ

คุณยายมารี:                   อยู่อย่างโดดเดี่ยวน่ากลัวนะอาจารย์ ยายอยู่เป็นหม้ายมาตั้งแต่อายุ 40  
 ยายโสดมาหลายปี เลี้ยงลูกอย่างเดียว ตอนนี้อยู่ก็โหดหมดแล้ว ไปมี  
 ครอบครัวกันแล้ว หลายชายคนโตก็มีเหลน (ลูก) แล้ว ตอนนี้อยากแยกมา  
 อยู่ที่ตั้งหลายปี ยายทนเหงามาหลายปีแล้วนะ

นักจิตวิทยาการศึกษา:       ผมเข้าใจถูกมั้ยครับว่า หน้าทีของการเป็นเมียก็สิ้นสุดไปตั้งนานแล้วนะครับ  
 หน้าทีของการเป็นแม่ก็ทำครบถ้วนแล้ว อย่างนี้ก็ไม่เหลืออะไรที่คุณยาย  
 ต้องกังวลในความเป็นเมียและแม่อีกต่อไป นับจากนี้เป็นต้นไป คุณยายมารี  
 ไม่คิดว่าตัวเองจะมีความสุขบ้างในฐานะผู้หญิงคนหนึ่งหรือครับ

คุณยายมารี:                   ก็จริงนะอาจารย์ สลึบกว่าปีแล้วที่ยายทำตัวเป็นเมียที่ดี เป็นแม่ที่ดี ยายว่า  
 ยายก็ไม่ได้บกพร่องอะไรเลยนะ ยายคงต้องพอแล้วหละมัง แล้วยายจะสน

อะไรกับสายตาคนอื่นนักหละจริงมั๊ย ความสุขของเราจะเอาไปขึ้นกับคนอื่นได้ยังไง ยายจะเสียเวลาไปกับความคิดของคนอื่นทำไม

นักจิตวิทยาการปรึกษา: เหมือนคุณยายจะตัดสินใจอะไรได้บางอย่าง

คุณยายมารี: เอาใจเอากันอาจารย์ แต่เดี๋ยวยายขอคุยกับตาหวาน (คุณตาที่มาจับ) ก่อน

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ตอนนี้อยู่เหมือนว่าคุณยายมารีมันใจที่จะทำเพื่อความสุขของตัวเองนะครับ แต่ขอไปคุยกันก่อนให้แน่ใจ เรื่องแบบนี้เป็นเรื่องที่ต้องตกลงร่วมกันสองฝ่ายใช้มั๊ยครับ ว่าแต่คุณยายไม่กลัวแล้วหรือครับ

คุณยายมารี: ไม่น่ากลัวเท่าเก่า คิดไปคิดมาก็ไม่รู้ว่าจะต้องคิดมากไปทำไม ห่วงนู่นห่วงนี่ มากไปก็ไม่มีความสุข ชีวิตเหลืออีกไม่มาก ซ้ำกว่านี้เดินเหินไม่ไหวก็หมดโอกาสแล้ว ถึงเวลาเจ็บป่วยต่อให้มาเฝ้าไข้ดูแลกัน ก็คงไม่มีความสุขเท่าได้ ไปไหนมาไหนด้วยกัน

การชวนพินิจตามแนวทาง “ความกลัวเป็นข้อเท็จจริงหรือทางเลือก” ประกอบกับการมอบอำนาจในการกำหนดชะตาชีวิตด้วยตนเองไว้ในมือของคุณยายมารี ทำให้คุณยายมารีพบว่า สิ่งที่กลัวและความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ข้อเท็จจริงที่เป็นคำตอบสุดท้ายตายตัว หากเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามมุมมองความคิดที่ตนกำหนดให้ นอกจากนั้น เมื่อนักจิตวิทยาการปรึกษาได้เอื้ออำนวยให้คุณยายมารีได้ปรับเปลี่ยนวิธีการมองชีวิตและปัญหาใหม่ภายใต้บริบทชีวิตที่เป็นจริงในขณะปัจจุบัน (Reframing) คุณยายมารีจึงสามารถไถ่ถอนตนเองออกจากความคิดติดยึดเรื่องคำมั่นสัญญาและการยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตนได้ และไม่ปฏิเสธที่จะเผชิญหน้ากับความกลัวอีกต่อไป โดยเมื่อมีความกล้าแล้ว กำแพงใหญ่โตที่เคยเป็นอุปสรรคขวางชีวิตไม่ให้เดินหน้า ก็กลับกลายเป็นเพียงขอนไม้เล็ก ๆ ท่อนหนึ่งเท่านั้น

### ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความกังวลใจของผู้สูงอายุ

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการสังเกตตนเองอย่างมีสติในปัจจุบันขณะอย่างต่อเนื่องจาก 2 ครั้งแรก โดยครั้งนี้เป็นการฝึกทำความรู้ตัวผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับสังเกตความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ที่กำลังประสบอยู่ในขณะปัจจุบันภายในชั่วโมงการปรึกษา ผลการฝึกทักษะการสังเกตตนเองอย่างมีสติในปัจจุบันขณะในการปรึกษาเชิง

จิตวิทยาครั้งที่ 3 นี้ ผู้สูงอายุรายงานว่า พวกเขามีความรู้ตัวและสติรู้สำนึกในการใช้ชีวิตในแต่ละขณะ ได้ดีขึ้น รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสภาวะทางจิตใจและความปรารถนาส่วนลึกของตน จึงทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจน้อยลง หรือรับรู้ได้ว่าปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่นั้นมีความรุนแรงเบาบางลง

เมื่อผู้สูงอายุประสบกับเหตุการณ์ภายนอกที่ไม่ประสงค์ เช่น การย้ายจากบ้านเข้ามาอยู่ที่ศูนย์ หรือการย้ายจากกลุ่มที่ 1 และ 2 (กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้) ไปสู่กลุ่มที่ 3 (กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน) และกลุ่มที่ 4 (กลุ่มผู้ป่วยหนัก) เป็นต้น ก่อให้เกิดความตึงเครียด ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ หรือประสบการณ์ภายในที่ไม่ปรารถนาอื่น ๆ ตามมาผู้สูงอายุจำนวนมากมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์เหล่านี้ในลักษณะที่ไม่ยืดหยุ่น มีการใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยงโดยไม่รู้ตัว ดังเช่นกรณีของการบ้ายเบี่ยงที่จะตรวจสุขภาพ (กรณีที่ 35 60 69 104) กรณีของการใช้ยาเกินความจำเป็นหรือใช้ผิดวัตถุประสงค์ (กรณีที่ 33 87) เป็นต้น และมักปรากฏควบคู่ไปกับการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ทางอารมณ์ (กรณีที่ 37 58 67 131) หรือทางความคิด (กรณีที่ 15 54 99 129) เป็นต้น

หากสำรวจแบบแผนพฤติกรรมและการคิดของผู้สูงอายุให้ชัดแล้วจะเห็นว่า พฤติกรรมหลีกเลี่ยงและการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับการติดขัดกับความคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเสมอ ดังเช่นกรณีที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวตลอดไป แล้วทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าหดหู่ตามมา (กรณีที่ 135) กรณีที่เชื่อว่าตนไม่สมควรได้รับสิ่งดี ๆ ในชีวิต (กรณีที่ 142) กรณีที่เชื่อว่าตนจะถูกปฏิเสธความต้องการเสมอ (กรณีที่ 116) หรือกรณีที่เชื่อว่าคนเราจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขได้ต้องมีผลประโยชน์ให้กันและต่างตอบแทน (กรณีที่ 74 116 131) เป็นต้น โดยเนื้อหาความคิดอัตโนมัติเชิงลบ กฎเกณฑ์การดำเนินชีวิตหรือฐานคติ และความเชื่อพื้นฐานเหล่านี้สามารถทำความเข้าใจได้ผ่านวิธีการวิเคราะห์ภาษา ซึ่งผู้วิจัยมักพบสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจ ความปรารถนาส่วนลึก และความคาดหวังในการดำเนินชีวิตได้จากเนื้อหาความคิดเหล่านี้

การติดขัดกับความคิดยังมีส่วนกำหนดวิถีของการกระทำของผู้สูงอายุ โดยเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกใช้แบบแผนทางพฤติกรรมบางประการที่ไม่เอื้อต่อการปรับตัว ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวตลอดไป จึงตัดสินใจปลีกตัวออกจากลูกหลาน เพื่อนฝูง และสังคม

ด้วยเห็นว่าการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นเรื่องยุ่งยากและเปล่าประโยชน์ (กรณี 23 33 56 99) เป็นต้น อีกทั้งในหลาย ๆ กรณีที่การติดยึดกับความคิดนี้กลายเป็นการอ้างเหตุผลสำหรับการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจกรรมหลีกเลี่ยงต่อไป เช่น กรณีผู้สูงอายุที่ปลื้มใจและหลีกเลี่ยงการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้เหตุผลว่า ทำยที่สุดแล้วทุกคนก็ต้องจากเขาไปในทางใดทางหนึ่งอย่างแน่นอน เป็นต้น ซึ่งเป็นการอ้างเหตุผลที่ไม่สมเหตุสมผลเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้สูงอายุจะยิ่งประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจและการปรับตัวอย่างมาก หากการติดยึดกับความคิดข้างต้นได้รับการเสริมแรงจากการยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตนในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังเช่น “ฉันเป็นคนแก่” (ฉันจึงหมดประโยชน์ ไร้ค่า และไม่เป็นที่ต้องการของใคร) (กรณี 33 87) “ฉันเป็นแม่ (/พ่อ)ที่ไม่ดี” (ลูกจึงรังเกียจแล้วเอามาทิ้งไว้ที่บ้านพักคนชรา) (กรณี 54 67) “ฉันเป็นคนดูร้าย” (เวรกรรมตามทันจึงทำให้ฉันต้องพิการ) (กรณี 94) “ฉันเป็นคนอ่อนแอ” (โลกภายนอกอันตราย ฉันไม่สามารถออกไปไหนคนเดียวได้) (กรณี 58 104 129) เป็นต้น ข้อความที่แสดงถึงการยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตนเหล่านี้ ย่อมสะท้อนถึงการรับรู้คุณค่าในเชิงลบที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ปิดกั้นการยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ในทุกกรณีของการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจกรรมหลีกเลี่ยงนั้นจะมีประสบการณ์เจ็บปวดและความกลัวเป็นสาเหตุเบื้องหลังเสมอ ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุ (ตัวอย่างเกือบทุกคน) ประารถนาที่จะตายอย่างสงบ หากกลับรู้สึกหวั่นไหวและอดกลัวที่จะตายอย่างทรมานไม่ได้เมื่อพิจารณาถึงความเป็นจริงของสภาพร่างกายที่มีแต่จะเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วและมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้พวกเขาไม่เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของตน ผู้สูงอายุบางรายเลือกที่จะนอนนิ่งอยู่บนเตียง ไม่ขยับเขยื้อนร่างกายเพื่อชะลอความเสื่อม (กรณี 69 104 135) บางรายเลือกที่จะกินยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการและหลอกตนเองว่ายังเหยียวยาดตนเองได้ (กรณี 33 116 129) อีกหลายรายเลือกหาทางออกด้วยการใช้สารเสพติดทดแทนเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ดึงเครียดและความวิตกกังวล (กรณี 23) โดยมีได้ตระหนักไว้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้จะนำพาพวกเขาไปสู่การตายอย่างทรมานดังที่ตนทำนายไว้ล่วงหน้า



ผู้สูงอายุข้างต้นได้ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของประสบการณ์เจ็บปวดในอดีตและความกลัวต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดหรือไม่อยากให้เกิดในอนาคต ผู้สูงอายุเหล่านี้มักขาดการตระหนักรู้ถึงคุณค่านำชีวิตดังเช่นผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยอมกลายเป็นคนชราที่ไร้ประโยชน์และปล่อยชีวิตรอวันตาย เพราะมองไม่เห็นถึงคุณค่าของภูมิปัญญาที่ตนเองมี อีกทั้งยังตัดสินใจละทิ้งภูมิปัญญาไปพร้อมกับการตัดขาดจากโลกภายนอกอย่างสิ้นเชิง โดยหารู้ไม่ว่าภูมิปัญญาเหล่านั้นยังคงมีคุณค่าและมีผู้คนรอรับการถ่ายทอดอยู่เสมอ (กรณีที่ 74 94 142) ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิตแล้ว เขาย่อมขาดแรงจูงใจในระดับลึกซึ้งที่จะดำเนินชีวิตให้เป็นประโยชน์ มีคุณค่า และใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าต่อไป

ผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากการขาดแรงจูงใจในระดับลึกซึ้งก็คือ การขาดความมุ่งมั่นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างที่พึงกระทำในขณะนั้น ดังเช่นกรณีผู้สูงอายุที่มุ่งจับจ้องแต่กับความเสื่อมถอยหรือสูญเสีย โดยเขารู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้อีกต่อไป เขาจึงเลือกใช้ชีวิตเพิกเฉย ไม่นึกถึงเรื่องสุขภาพของตน และถอนตัวออกจากสังคม หากแต่ไปใช้ชีวิตอยู่บนเก้าอี้หน้าจอโทรทัศน์แทน (กรณีที่ 37 58 104 129)

ในการศึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้สรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีศึกษาตามแนวทางตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น โดยอาศัยสารสนเทศที่ได้รับใน 2 ส่วน ได้แก่ (1) การสรุปเกี่ยวกับวงจรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบแนวคิดของมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทยและ (2) การสรุปเกี่ยวกับความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น (ดูตัวอย่างการสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีศึกษาในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยพบว่า ในทุก ๆ กรณีการศึกษาจะมีประเด็นความเชื่อพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลของผู้สูงอายุ กล่าวคือ (1) ความรู้สึกสิ้นหวังที่มาจากการเรียนรู้ (2) การไม่ตระหนักถึงคุณค่านำชีวิตและ (3) การรับรู้ตนเองว่าด้อยค่า โดยในการศึกษาครั้งที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้เน้นที่การทำความเข้าใจต่อแบบแผนความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ ในเรื่องของความรู้สึกสิ้นหวังที่มาจากการเรียนรู้

ความรู้สึกสิ้นหวังที่มาจากการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสถานการณ์ที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุใช้การควบคุมเป็นแนวทางในการเผชิญปัญหาเพียงประการเดียว ซึ่งมักเป็นพฤติกรรมที่มีเงื่อนไขกำกับอยู่เสมอ เช่น การเรียกร้องเมื่อต้องการการดูแลเอาใจใส่ การร้องเรียนเมื่อ

ถูกขัดใจ การเอาอกเอาใจเมื่ออยากได้รับผลประโยชน์ตอบแทน เป็นต้น ซึ่งบ่อยครั้งที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้เป็นไปตามความคาดหวัง จึงทำให้เขาต้องประสบกับความผิดหวังจากการใช้แนวทางควบคุมดั่งนี้อยู่เสมอ โดยเมื่อเกิดความผิดหวังขึ้นซ้ำ ๆ ผู้สูงอายุจึงเรียนรู้ที่จะหมัดหวังอย่างที่ไม่รู้สำนึกตัว ประสบการณ์ดั่งนี้ย่อมบั่นทอนความเชื่อมั่นในพลังอำนาจที่จะกำหนดชะตาชีวิตตน ก่อให้เกิดความรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ทำให้ขาดความกระตือรือร้น และสูญเสียความหวังในการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย

ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาการศึกษาได้เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนวิธีมองชีวิตและปัญหา พร้อมทั้งชวนทดลองใช้วิธีการใหม่เพื่อแก้ปัญหาเก่า นั่นคือ เชิญชวนให้พิจารณาถึงการใช้แนวทางการเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับทดแทนแนวทางเดิมที่เผชิญปัญหาด้วยการควบคุม ด้วยผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการดั่งนี้สามารถปรับใช้ได้กับกรณีศึกษาทุกกรณี หากแต่จะมีประสิทธิภาพมากกับกรณีที่มีผู้มาปรึกษาเคยมีประสบการณ์ผิดหวังอย่างรุนแรงจากการใช้แนวทางควบคุม โดยประจักษ์ชัดถึงความไร้ประสิทธิภาพของแนวทางควบคุมที่ตนเคยใช้เป็นอย่างดี รวมถึงกรณีที่มีผู้มาปรึกษามีความกลัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากจนรู้สึกว่าจะตนเองไม่อาจควบคุมปัจจัยใด ๆ ได้หรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งทั้ง 2 กรณีนี้มักแสดงออกเป็นพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและอาการวิตกกังวลในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่สังเกตได้อย่างชัดเจนเสมอ

ความท้าทายในขั้นตอนนี้ก็คือ การสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้เปลี่ยนจากความคิดในเชิงสิ้นหวังที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์เดิมให้กลายเป็นความสิ้นหวังที่สร้างสรรค์ (Creative hopelessness) ที่เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ภายในชั่วโมงการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการสิ้นหวังกับวิธีการเดิมที่พิสูจน์แล้วว่าใช้ไม่ได้ผล หากมีความหวังใหม่กับวิธีการที่สร้างสรรค์และเป็นไปได้มากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการปรับตัวให้เข้ากับบริบทชีวิตในขณะปัจจุบัน

ผู้วิจัยอาศัยเทคนิควิธีการที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการตั้งคำถามชวนพินิจถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่าของวิธีการ การอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปลักษณ์ เพื่อให้เกิดการใช้ปัญญาหยั่งรู้ต่อความเชื่อพื้นฐานในเรื่องความคิดเกี่ยวกับตัวตน เป็นต้น ตลอดจนส่งเสริมให้ได้ประมวลถึงเจตจำนงความสามารถและสถานการณ์ ได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ตรงตามสภาพความเป็นจริง โดยมีแนวทางการถามชวนพินิจ ดังตัวอย่างการถามและอุปมาอุปไมยเช่น “คุณเชื่อว่ามีสิ่งใดในคนที่

เปลี่ยนแปลงไม่ได้” “ทุกการกระทำมีสาเหตุ และทุกการกระทำให้ผล” “น้ำพุงเรือได้ ในทางกลับกันน้ำก็จมเรือได้” “ความรักก็เป็นเสมือนกาวที่เชื่อมให้ของสองสิ่งติดกัน แต่เราไม่ชอบใจเวลา กาวติดนิ้ว” เป็นต้น

ตัวอย่างของการนำเสนอประเด็นชวนพินิจให้แก่ผู้มาปรึกษา เพื่อส่งเสริมการใช้ปัญญาผู้คิดในการปล่อยวางความคิดอัตโนมัติเชิงลบหรืออคติต่าง ๆ ลดการตีตราตนเอง ขยายโลกทัศน์และสามารถเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิตได้ดียิ่งขึ้น ดังกรณีของคุณยายพิง (กรณี 99) ที่สงสัยว่าตนจะเป็น “โรคจิต” ดังคำนิยามของคนอื่น โดยเมื่อคิดพิจารณาถึงหลักฐานแวดล้อมต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้ว คุณยายพิงก็เริ่มจะเชื่อว่าตนเป็นโรคจิตตามนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาได้ใช้แนวทาง “คุณเชื่อว่ามีสิ่งใดในตนที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้” ดังบทสนทนาต่อไปนี้

คุณยายพิง: นี่ฉันเป็นโรคจิตรีเปลา่เนี่ย

นักจิตวิทยาการปรึกษา: คุณยายสงสัยว่าตัวเองเป็นโรคจิต

คุณยายพิง: ก็ฉันได้ยินคนมาบอกว่า ยายสด (คู่อริ) นินทาฉัน บอกว่าฉันเป็นโรคจิต ชอบแยกไปอยู่คนเดียว ไม่มีใครคบ อย่างนี้ต้องเป็นโรคจิตแน่ ๆ คงไม่พ้น ต้องไปตายที่ตึกป่วย

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ได้ยินอย่างนี้แล้วก็อดโมโหไม่ได้นะครับ แล้วก็ดูเหมือนว่าจะมีความกังวลอยู่ด้วย

คุณยายพิง : ไข้ลิ ตอนนั้นก็โมโหอยู่นะ ความดันขึ้นเลย แต่ตอนนี้หายแล้ว อโหสิให้เขา

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ถึงตอนนี้ ที่เคยโมโหมาก ๆ ก็ลดลงแล้วนะครับ ใช้วิธีคิดให้อภัยเขาเอา แต่ก็ยังคงติดใจกับคำว่าโรคจิตอยู่ใช่ไหมครับ ที่ว่าเป็นโรคจิตนี้ อะไรเป็นตัวบอกครับคุณยาย

คุณยายพิง : ชั้นก็ไม่รู้เหมือนกันนะ ชั้นถึงได้มาถามคุณหมอนี้ไง แต่ถ้าดู ๆ ตัวเองนะฉันว่าฉันไม่ค่อยชอบเข้าร่วมกลุ่มกับเขาหละมั้ง ก็มันวุ่นวาย ส่งเสียงเจี๊วจ้าวแข่งกันไปหมด พัก ๆ ก็ทะเลาะกันอีกแล้ว โหวกเหวกไว้วายน่ารำคาญ ฉันไปหาที่นั่งเงียบ ๆ คนเดียวดีกว่า ไม่ต้องยุ่งกับใคร มีเรื่องให้คิดเยอะเยอะ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: อืม...หนีความวุ่นวาย ไปใช้ความคิดเงียบ ๆ คนเดียวนะครับ คุณยายมีเรื่องให้คิดเยอะ

คุณยายฟัง: ชั้นก็คิดเรื่องที่ต้องทำไปเรื่อย มีตั้งแต่เรื่องจดหมาย ทวงหนี้ค่าห่วย คิดว่าอาทิศย์นี่ออกไปข้างนอกแล้วจะแวะไปหาอะไรกินดี ฉันทินยาก อาหารที่นี่ไม่ถูกปาก บางทีฉันก็นั่งรถไปหาอะไรกินในเมือง ไปกินต้มเลือดหมูถึงคลองเตยฉันก็ไป อร่อยมาก ว่าง ๆ ฉันก็อ่านหนังสือธรรมะบ้าง เปิดวิทยุฟัง เปิดในบ้านเขาก็บ่นว่าหนวกหู ไม่มีความเกรงใจ ฉันก็เลยไปอยู่ไกล ๆ ดึกว่า เพื่อนชั้นอยู่ข้างนอกก็เยอะแยะ อาทิศย์นี่ออกไปเจอกันที่

นักจิตวิทยาการปรึกษา: อ้อ ๆ คุณยายฟังเลือกอยู่อย่างสงบ ๆ คนเดียว แล้วใช้เวลาคิดถึงเรื่องที่ต้องทำ เลือกอยู่กับการงานของตัวเองโดยไม่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน

คุณยายฟัง: ใช่คุณหมอ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: แล้วที่คุณยายคิดนี่ก็ไม่ใช่เรื่องคร่ำครวญทวนให้หรือนึกเพื่อฝันอะไร ไม่ได้นั่งซึมหรือนั่งเครียดอะไรอย่างที่คนอื่นเข้าใจ

คุณยายฟัง: ใช่ ๆ ฉันคิดแต่จะทำอะไรให้เป็นประโยชน์ วัน ๆ น่าเบื่อจะตาย ฉันคนทำงาน จะให้อยู่เฉย ๆ กิน ๆ นอน ๆ ฉันทำไม่ได้

นักจิตวิทยาการปรึกษา: ฟังดูแล้วที่คุณยายทำอยู่มันก็มีเหตุผลอยู่นะครับ คุณยายเองก็ไม่เห็นว่ามันจะแปลกประหลาดตรงไหน ไม่น่าจะใช่โรคจิตอย่างที่เขานินทากัน

จะเห็นว่า ในการพูดคุย คุณยายฟัง เริ่มรู้ตัว และไตร่ตรองถึงความสมเหตุสมผลของความเชื่อในเรื่องความคิดเกี่ยวกับตน อีกทั้งยังได้เริ่มเปลี่ยนมุมมองความคิดจากที่เคยมีความสิ้นหวังจากการเรียนรู้ ให้กลายเป็นความสิ้นหวังที่สร้างสรรค์ ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อการลดการตีตราตนเอง จากนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาจึงได้เอื้ออำนวยให้คุณยายฟังได้ถอนตนออกจากการยึดตนเองเป็นศูนย์กลางแล้วเชื่อมโยงตัวตนที่เป็นจริงเข้ากับบริบทชีวิตได้อย่างเป็นปัจจุบัน

คุณยายฟัง: ใช่ ๆ ฉันก็ไม่รู้นะ คนเป็นโรคจิตจะมาพูดอธิบายอย่างนี้ได้หรอก แต่ฉันก็เลือกคนคุยด้วยนะ ในศูนย์นี้ฉันคุยกับยายบ้านตรงข้ามได้คนเดียว ฉันชอบคุยกับเขา ฉันก็พูด ๆ ไป เขาก็นั่งฟังเงียบ ๆ อย่างเดียว นาน ๆ เขา

ถึงจะพูดสักคำ แต่ที่เขาพูดก็ทำให้ฉันได้สติอยู่บ่อยๆ มาคุยกับคุณหมอ  
ฉันก็รู้สึกอย่างนั้นเหมือนกัน

นักจิตวิทยาการปรึกษา: อย่างนี้แต่เดิมก็ไม่มีอะไรทำให้คุณยายต้องกังวลหรือเดือดเนื้อร้อนใจนะสิ  
แล้วเพราะอะไรคุณยายถึงปล่อยให้คำว่าโรคจิตนี้เข้ามาทิ่มใจได้ล่ะครับ

คุณยายฟัง: ก็เพราะยายสดหนี้ เอาฉันไปมัด

นักจิตวิทยาการปรึกษา: คุณยายฟังเริ่มสงสัยตัวเองเพราะคำพูดของยายสด แล้วเริ่มคิดตามไข่ม้อย  
ครับ

คุณยายฟัง: ไข้คุณหมอ

นักจิตวิทยาการปรึกษา: พอคิดถึงคำว่าโรคจิตบ่อย ๆ เข้า ก็ชักจะเริ่มเชื่อแล้วว่าตนเองจะเป็นโรคจิต  
ขึ้นมาจริง ๆ พอเชื่อเข้าแล้ว ก็เริ่มจะกลุ้มใจแหละทีนี้ เป็นอย่างนี้ไข่ม้อยครับ  
คุณยาย

คุณยายฟัง: ไข้คะคุณหมอ ชันเอาคำคำมาใส่ใจแท้ ๆ

นักจิตวิทยาการปรึกษา : ครับ ความรู้สึกของคุณยายเป็นไปตามความคิดที่คุณยายมีไข่ม้อยครับ

คุณยายฟัง: จริงเลยคุณหมอ เพราะฉันไปคิดตามคำเขา ฉันเลยไม่สบายใจ

การชวนพิจารณาตามแนวทาง “คุณเชื่อว่ามีสิ่งใดในตนที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้” ทำให้คุณยายฟัง  
พบว่า “ตัวตน” เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามแต่การนึกคิดของตนจะกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากตัวตนเป็น  
เพียงภาพแทนความคิดเกี่ยวกับตน ซึ่งไม่หยุดนิ่งหรือตายตัว และเป็นสิ่งที่ตนเลือกสร้างขึ้นหรือให้  
ความหมายแก่ภาพนั้นด้วยตัวเอง นอกจากนั้น เมื่อนักจิตวิทยาการปรึกษาได้เอื้ออำนวยให้คุณยาย  
ฟังได้ปรับเปลี่ยนวิธีตอบสนองเชิงพฤติกรรม (Reconditioning) เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ  
และมีปฏิกริยาตอบสนองต่อประสบการณ์ภายในตนด้วยท่าทีแบบใหม่คุณยายฟังจึงสามารถถอน  
การจับจ้องต่อความนึกคิดเกี่ยวกับคำว่า “โรคจิต” ได้ จนปล่อยวางความคิดอัตโนมัติเชิงลบที่เชื่อมโยง  
กับการเป็นที่รังเกียจของสังคมและอคติที่ผูกอยู่กับคู่กรณีลงได้ตามลำดับ

#### ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความวิตกกังวลโดยรวมของ

ผู้สูงอายุการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการสังเกตตนเอง  
อย่างมีสติในปัจจุบันขณะ โดยครั้งนี้เป็นการทบทวนและฝึกฝนซ้ำต่อเนื่องจาก 3 ครั้งแรก จนเกิด

ความชำนาญในการสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก สำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 4 นี้ ผู้วิจัย ได้ให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจแบบแผนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนอย่างเป็น รูปธรรม ด้วยการต่อยอดประสบการณ์จากการปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา ที่ผู้สูงอายุได้รับการขยาย โลกทัศน์ มีการปล่อยวางทางการรู้คิด และเกิดการยอมรับประสบการณ์เจ็บปวดด้วยความเข้าใจ จนกระทั่งมีความหวังและเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ในครั้งนี้ผู้สูงอายุจะมุ่งสู่การเชื่อมตนเข้ากับ บริบทชีวิตหรือสถานการณ์เฉพาะที่กำลังเผชิญในขณะนั้น และตัดสินใจเดินทางตามวิถีที่ตนเอง ตัดสินใจเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยความมุ่งมั่นและยืนหยัด

ผู้วิจัยได้เฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจชีวิตตนภายใต้บริบทชีวิตในปัจจุบันหรือ สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และกำหนดขอบข่ายความสนใจไปที่ประเด็นเรื่องสัมพันธ์ภาวะระหว่าง ตัวตนในอดีตกับตัวตนในปัจจุบัน และตัวตนที่คาดหวังในอนาคต รวมถึงมีการตรวจพินิจถึง ความปรารถนา ความคาดหวัง พันธกิจชีวิตหรือเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมี จุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิธีตอบสนองเชิงพฤติกรรมต่อตนเองและผู้อื่น สามารถแปรเปลี่ยน คุณค่านำชีวิตที่ประจักษ์ชัดให้กลายเป็นการกระทำที่มีคุณค่าและก่อให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่อยู่บน ฐานของความสมเหตุสมผลและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง เป็นรูปธรรมที่ประจักษ์ได้ทั้งในส่วน ของการกระทำและผลลัพธ์ ภายใต้กรอบเวลาที่ชัดเจน

เทคนิควิธีการสำคัญประการหนึ่งที่ผู้วิจัยใช้ในการปรึกษาครั้งนี้ก็คือ การชี้ชวนให้ผู้สูงอายุได้ พิจารณาถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง โดยอาศัยเครื่องมือ ได้แก่ แผนผังกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม (ดังตัวอย่างในภาคผนวก ข) เพื่อให้เขาได้ ประจักษ์ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงตนเองตามที่ตนได้ตัดสินใจ อีกทั้ง ให้ได้รับรู้ถึงความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของตนและส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตน อันเป็นปัจจัย สำคัญ 2 ประการที่ช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจ และเป็นฐานของการพัฒนาความมุ่งมั่น (Commitment) ในขั้นต่อไป (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Judge & Bono, 2001)

โดยกระบวนการแล้วผู้สูงอายุมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง อย่างเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่การปรึกษาครั้งแรก หากแต่เป็นการสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มเกิดขึ้นที่ ละเล็กทีละน้อย และยังไม่ได้มุ่งจุดสนใจที่ประเด็นใดเป็นพิเศษ ซึ่งต่างจากการชี้ชวนให้พิจารณาถึง

กระแสการเปลี่ยนแปลงแบบเป็นองค์รวมดังเช่นในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้พัฒนาการดังกล่าวหาได้ บ่งชี้ถึงความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ตรงที่ค่อย ๆ เพิ่มพูนขึ้นในแต่ละชั่วโมงการศึกษาเพียง เท่านั้น หากยังบ่งชี้ถึงประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านกระบวนการวางเงื่อนไขให้แก่ตนเอง ที่มากขึ้นตาม ความชำนาญในการสังเกตตนเอง ในการนี้ ผู้สูงอายุจะได้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโดยเปรียบเทียบ ระหว่างตอนเริ่มต้นชั่วโมงการศึกษาและท้ายชั่วโมงการศึกษา และได้ทบทวนถึงการกระทำของตน ในระหว่างชั่วโมงการศึกษาที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังได้รับการเชิญชวนให้ สังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงในช่วงระหว่างการศึกษาแต่ละครั้งอีกด้วย และให้ได้ทบทวนถึงผลลัพธ์ ของการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากชั่วโมงการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน หรือจากการทำงาน ฝากทำหรือการบ้าน ด้วยวิธีการดังนี้ ผู้สูงอายุจึงสามารถกลับมามีส่วนร่วมกับการชีวิตตนเองได้อีกครั้ง

จากนั้น ผู้วิจัยเชิญชวนให้ผู้สูงอายุได้ตรวจพินิจถึงคุณค่าชีวิต จนประจักษ์ชัดถึงสิ่งที่ตนให้ ความสำคัญในขณะปัจจุบัน ไม่ว่าจะสิ่งนั้นจะมีลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น ลูกหลาน คู่ชีวิต เพื่อน พ่อแม่ หรือ “หลวงท่าน” เป็นต้น หรือเป็นนามธรรมต่าง ๆ อันได้แก่ คติธรรม ปรัชญาชีวิต หลักการดำเนิน ชีวิต คุณธรรม ฯลฯ เช่น ความกตัญญู ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความรัก ความเป็นผู้ให้ ความเป็นผู้ ปกป้อง ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นผู้สูงวัย ความเป็นผู้มีภูมิปัญญา เป็นต้น คุณค่าชีวิตเป็นสิ่งประจำตน เป็นปัจจัยขั้นมูลฐานสำหรับการยึดหยัดดำรงอยู่ของชีวิต อีกทั้งยังเป็นปัจจัยกำหนดทิศทางการดำเนิน ชีวิต หากแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับขาดโอกาสที่จะได้ตรวจพินิจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ คุณค่าชีวิตเป็นหลักยึดเหนี่ยวชีวิต และขาดความรู้ความเข้าใจที่จะนำคุณค่าชีวิตเหล่านี้มาใช้ ประโยชน์ในทางพัฒนาตน

โดยผู้วิจัยมักพบว่า ผู้มาศึกษาที่ไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่าชีวิตและมีความยึดมั่นกับ ความคิดเกี่ยวกับตนอย่างเหนียวแน่น จะมีความลึกลับสงสัย ไม่เห็นความสำคัญของตน ไม่ให้ค่าแก่ ตนเอง และรับรู้ถึงความไม่มั่นคงของชีวิตในระดับสูง อาจถึงขั้นหวาดระแวง และมีพฤติกรรมขัดขึ้น ปฏิเสธการให้ความร่วมมือ ตื้อเจียบ หรือหลบเลี่ยงได้ต่อไปในทางตรงกันข้าม การประจักษ์ชัดถึง คุณค่าชีวิตจะชักนำให้ผู้สูงอายุได้มีความหวังและสนใจที่จะตั้งเป้าหมายในการแก้ไข ปรับปรุง และ พัฒนาตนเอง อีกทั้งยังให้ผลในทางที่เป็นแรงจูงใจระดับลึกซึ้งที่เกิดขึ้นด้วยปัจจัยภายในตนเองเป็น สำคัญ ลดการพึ่งพิงแรงจูงใจจากปัจจัยภายนอก โดยจะให้ความรู้สึกเป็นอิสระ มีคุณค่า และมีความ

ภาคภูมิใจในตนเองตามมา ที่สำคัญ ผู้วิจัยเห็นว่า การประจักษ์ชัดถึงคุณค่านำชีวิตเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมแรงพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการใช้เทคนิควิธีการอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปลักษณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้หันกลับมาทบทวนคุณค่านำชีวิตและเห็นคุณค่าความสำคัญของตนเองอีกครั้ง (เช่น “ก้อนทองกับกองดิน สิ่งใดมีค่ามากกว่ากัน” หรือ “เป็นเจ้าของแล้วพอ หรือจะเป็นผู้ดูแลด้วย” หรือ “เสียแล้วทิ้ง หรือ เสียแล้วซ่อม”) จากนั้นจึงต่อด้วยการปรับเปลี่ยนความนึกคิด ความอยาก หรือความฝันให้กลายเป็น “ความตั้งใจ” ที่จะลงมือกระทำ ผ่านภาษาและการใช้ถ้อยคำ (เช่น เปลี่ยนจาก “ผมอยากทำประโยชน์บางอย่างให้ศูนย์” เป็น “ผมตั้งใจทำประโยชน์บางอย่างให้ศูนย์”) ทั้งนี้เพื่อแปรเปลี่ยนสิ่งที่เป็นนามธรรมที่เลื่อนลอยให้มีความเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ให้เพียงพอต่อการกำหนดเป้าหมายและวางรายละเอียดแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นได้อย่างชัดเจนต่อไป

ผลผลิตที่เป็นรูปธรรมอีกประการหนึ่งนอกเหนือไปจากเป้าหมายและแผนการข้างต้น ได้แก่ ข้อความ (Statement) หรือคติพจน์ (Motto) เพื่อเตือนใจให้ฉุกละเอิบ ให้กำลังใจหรือเสริมแรงตนเอง (เช่น “ฉันรักตัวเองมากกว่าใคร” หรือ “ฉันไม่กลัวฝน แต่ฉันระวังเป็นหวัด” หรือ “ฉันภูมิใจที่ได้ทดแทนบุญคุณหลวงท่าน”) ซึ่งผลผลิตเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับเปลี่ยนวิธีตอบสนองเชิงพฤติกรรม โดยอาศัยวิธีการแปรเปลี่ยนคุณค่านำชีวิตที่ผู้มาปรึกษาได้รับรู้ ให้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ประโยชน์เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงพฤติกรรมตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ในระหว่างการปรึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปลักษณะ โดยอาจใช้ผสมผสานไปกับการตั้งคำถามชวนพินิจ (เช่น “นี่คือเศษขยะ (แทนความคิดทวนใจ) ที่มีมาจากการทำพวงมะโหวด เรามาช่วยเก็บไปทิ้งกัน” หรือ “หมั่นหยอดเงินใส่กระปุก หรือจะขยันหยอดความคิดใส่หัว หนักกระปุกกับหนักหัว อันไหนดีกว่ากัน”) เนื่องจากเป็นการขยายพื้นที่ความคิดและจิตใจที่อาจทำการสำรวจเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจตนเองให้ถ่องแท้ และเปิดโอกาสให้ผู้มาปรึกษาได้ใช้ปัญญาหยั่งรู้ด้วยตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุบางรายได้รายงานประสบการณ์ที่เกิดจากการหยั่งรู้ตนเอง แล้วสะท้อนกลับให้ผู้วิจัยรับรู้ด้วยวิธีการอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปลักษณะเช่นกัน (เช่น “ฉันเหมือนต้นกล้วย ความรักลูกเหมือนเครือกล้วย ที่พอมีมากเกินไปก็พาดต้นกล้วยล้ม” หรือ “ฉันเหมือนคนที่เดิน



บนถนนที่ผ่านพายุพัดจนมีต้นไม้ล้มขวางทางเต็มไปด้วยหนาม แล้วฉันก็ค่อยแต่จะเก็บกวาดถนน เพื่อให้คนเดินตามมาปลอดภัย”) โดยการสะท้อนความเข้าใจด้วยวิธีการดังนี้แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการในการก้าวข้ามการสื่อสารความหมายตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยมักพบข้อจำกัดทางการใช้ภาษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และกลายเป็นอุปสรรคในการทำความเข้าใจระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าหากปล่อยให้ผู้มาปรึกษาใช้เทคนิควิธีการดังกล่าวในการสื่อสารความหมายและความเข้าใจโดยปราศจากการสำรวจความรู้สึกนึกคิดเพิ่มเติมหลังจากนั้น ผลลัพธ์ที่ได้อาจเป็นโทษมากกว่าคุณ โดยอาจเป็นการเสริมสร้างความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล มากกว่าสนับสนุนให้เกิดการคิดที่สมเหตุสมผล ดังนั้น ในทุก ๆ การกระทำ กิจกรรม และการตอบสนอง ผู้วิจัยจึงไม่ละเลยที่จะสำรวจและทำความเข้าใจควบคู่กันไป ให้อุ่นใจ ถอดแค้นด้วยเสมอ

**ครั้งที่ 5 การประเมินความวิตกกังวลและการยุติการปรึกษาเชิงจิตวิทยา** ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งสุดท้ายนี้ ผู้สูงอายุหลายรายได้แสดงออกถึงความมั่นใจและไว้วางใจในสัมพันธภาพกับผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาการศึกษา จนตัดสินใจบอกเล่าเรื่องราวความลับของตน เช่น “ผมเคยเป็นสายให้กับโจรผู้ก่อการร้าย” “ลุงเคยขับรถชนคนตายแล้วหนี” เป็นต้น หรือเรื่องความสำนึกและรู้สึกเสียใจ เช่น “ยายเคยบันดาลโทสะ แล้วจะยิงเขา สามเฒ่ามาขวางไว้ แต่ฉันก็ยิง เลยกูหลอกสามเฒ่าไปข้างหนึ่ง” “ป่าไม้ได้ตั้งใจที่จะเป็นเมียน้อย แยมสามเฒ่าคนอื่น แต่ป่าก็มีลูกกับเขาแล้ว จะทำไฉนได้” เป็นต้น หรือเรื่องการกระทำที่ผิดกฎระเบียบ เช่น “ยายเป็นแฟนกับตาที่กลุ่มเจ็ด” “ผมแอบหนีไปทางชายหาด เดินถึงพญา ไปใช้เงิน ไปกินเหล้ากับเพื่อน” เป็นต้น หรือแม้กระทั่งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธระหว่างผู้สูงอายุกับนักจิตวิทยาการศึกษา เช่น “ผมขอสารภาพ ผมแอบเอาโทรศัพท์อัดเสียงเราคุยกันตั้งแต่ครั้งแรก” เป็นต้น โดยการเปิดเผยตนเองเหล่านี้ เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขโจทย์การศึกษาที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างกันในครั้งนี้ก่อนยุติการศึกษา

การศึกษาเชิงจิตวิทยาครั้งที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้เน้นถึงการสรุปผลการเรียนรู้จากประสบการณ์การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมุ่งนำเสนอเรื่องของความวิตกกังวลและปัญหาด้านจิตใจอื่นที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเป็นสำคัญ ซึ่งมีความเป็นรูปธรรมเนื่องจากได้อาศัยค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเป็นสารสนเทศที่สนับสนุนการอธิบายและเชื่อมโยงให้เห็นถึงสาเหตุผลลัพธ์ และวิถีของการเปลี่ยนแปลงที่มีตัวผู้สูงอายุเป็นทั้งเหตุและปัจจัยสำคัญ นอกจากนี้ ผู้วิจัย

ยังได้ชี้ชวนให้ผู้สูงอายุได้พิจารณาถึงประสบการณ์ของการเลือกและตัดสินใจลงมือกระทำการ เปลี่ยนแปลงตนเอง การได้มีโอกาสทดลองจัดวางเงื่อนไขพฤติกรรมใหม่ให้แก่ตนเอง และการเรียนรู้ที่จะจัดระเบียบชีวิตตนด้วยวิธีการทดลองและทดสอบ ซึ่งนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจที่ได้กระทำการบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อชีวิตตนจนสำเร็จ รักษาทัศนคติและท่าทีเปิดใจกว้างต่อการทดสอบและแก้ไขปรับปรุงตนเอง มีความมั่นใจ มุ่งมั่น และยึดหลักการกระทำจนกระทั่งบังเกิดผล

ในครั้งนี้ ผู้วิจัยยังเฝ้าอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้เตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยให้ความสำคัญกับวิธีการทดลองและทดสอบ การรับมือกับความกลัว การเสริมสร้างความกล้าที่จะลองผิดลองถูก และการจัดการกับความคาดหวัง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความมั่นใจต่อความสามารถในการปรับตัวและปรับเปลี่ยนของตน ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดความลังเลที่จะทดลองลงมือทำ รู้สึกไม่สบายใจกับการทดสอบพฤติกรรมตน ไม่กล้าเสี่ยงที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง แม้ว่าการกระทำและผลลัพธ์ที่คาดหวังนั้นจะสามารถแก้ไขโจทย์ชีวิตของตนเองได้ก็ตาม ซึ่งสาเหตุหลักนั้นมักสืบเนื่องมาจากความกลัวที่จะทำผิดพลาดเพราะกังวลเรื่องสภาพสังขารของตนมากเกินไป ความกลัวที่จะผิดหวังเพราะมีประสบการณ์ผิดหวังซ้ำซากมาโดยตลอด รวมถึงความคิดที่ว่าตนหมดโอกาสที่จะแก้ตัวหรือแก้มือได้อีกต่อไป (หรือแม้กระทั่งอาจไม่มีโอกาสได้ทำใจ) จึงเป็นสาเหตุทำให้เขาเลือกที่จะไม่ลงมือกระทำการ เพื่อเป็นป้องกันความรู้สึกสูญเสียเปล่า เปล่าประโยชน์ ไม่คุ้มค่า

จากนั้น นักวิจัยจึงดำเนินการยุติการปรึกษา โดยมีการให้กำลังใจและเสริมแรงพฤติกรรม มีการแนะแนวทางเพื่อการพัฒนาตนในลำดับถัดไป ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน หรือวิกฤติที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนไม่อาจรับมือได้

## 1.2 ประเด็นที่เป็นผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น มีคะแนน

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
อภิปรายได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมักมีความเหงาและวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุ  
ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่ามีความกังวลใจเป็น  
พิเศษในเรื่อง (1) สมรรถภาพในการจดจำถดถอย ความทรงจำเลือนหาย (การรู้คิด) (2) การตายอย่าง  
ทรมาณ (พฤติกรรมสุขภาพ) และ (3) การไม่มีโอกาสที่จะได้สืบทอดมรดกสู่ทายาท (คุณค่าชีวิต)  
นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหลายคนมักมีนิสัยเจ้าทุกข์ คือ ช่างคิดและคาดหวังกับชีวิตที่ปั่นป่วนมากจนเป็น  
นิสัยปกติ ซึ่งนำไปสู่การมีความทุกข์ใจเรื้อรังและวิตกกังวลไม่สิ้นสุด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ตัวอย่างกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน หรือร้อยละ 80.95 มีค่า  
คะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองลดลง ซึ่งแม้ว่าในจำนวนนี้จะมีเพียง 8 คน หรือร้อยละ  
38.10 ที่มีค่าคะแนนลดลงมากพอที่จะมีนัยสำคัญทางคลินิก (ดูตารางที่ ๑๑ และ ๑๒ ในภาคผนวก  
๑ ประกอบ) โดยจากข้อมูลที่ปรากฏบ่งชี้ว่า ความวิตกกังวลที่ลดลงได้นั้นน่าจะเป็นผลสืบเนื่องมาจาก  
การลดลงของอาการทางสรีระเป็นหลัก และมีอิทธิพลจากการลดลงของอาการทางอารมณ์กับอาการ  
ทางการรู้คิดรองลงมาตามลำดับ ในขณะที่การลดลงของความวิตกกังวลของตัวอย่างกลุ่มทดลองนั้นมี  
แบบแผนที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ ตัวอย่างกลุ่มทดลองทั้งสิ้นจำนวน 21 คน หรือร้อยละ 100 มี  
ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองลดลง และมีจำนวนมากถึง 20 คน หรือร้อยละ  
95.24 ที่มีค่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยจากข้อมูลที่ปรากฏบ่งชี้ว่า มีการลดลง  
ร่วมกันของอาการทางสรีระ อาการทางอารมณ์ และอาการทางการรู้คิด และมีการลดลงของอาการ  
ทางสรีระเป็นเงื่อนไขสำคัญ ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ความวิตกกังวลโดยรวมลดลง

จากข้อมูลเปรียบเทียบข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการศึกษา  
เชิงจิตวิทยาหากได้รับการสัมภาษณ์เบื้องต้น ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงอาการวิตกกังวลด้านต่าง ๆ และ  
มีการพูดคุยกันถึงสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น ให้ผลลัพธ์ด้านการผ่อนคลายความวิตกกังวล  
หรือลดอาการวิตกกังวลเพียงบางด้านเท่านั้น โดยการมีความเข้าใจเบื้องต้นอาจช่วยให้ผู้สูงอายุ  
สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้บ้าง เนื่องจากความสงสัยต่อสิ่งที่เกิดขึ้นและความรู้สึกถึงเครียดที่  
ตามมาได้รับการบรรเทาให้เบาบางลงชั่วคราว หากแต่ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

แตกต่างจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบเป็นองค์รวม กล่าวคือ เกิดการลดลงของอาการวิตกกังวลในทั้ง 3 ด้านร่วมกัน และเกือบทั้งหมดเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอาการทางการรู้คิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักด้านหนึ่งตามแบบแผนการบำบัดแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น อีกทั้งผู้วิจัยยังพบว่า อาการความวิตกกังวลและแ่่งมุ่มความกังวลใจเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกัน สามารถแสดงให้เห็นได้เป็นแผนภาพวงจรปัญหาที่ระบุถึงสาเหตุและผลลัพธ์ได้ชัดเจน และระบุถึงพฤติกรรมหลักที่ลักษณะใดลักษณะหนึ่งได้เสมอ ด้วยเหตุนี้ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นองค์รวม จึงเป็นวิธีการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจะเห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองรายงานประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับทราบถึงค่าคะแนนความวิตกกังวลของตนจะมีการตอบสนองในทางที่วิตกกังวลมากขึ้น เช่น “นี่ร่างกายฉันก็แย่ เจ็บออก ๆ แอด ๆ แล้วฉันยังป่วยใจด้วยเธอ” “ฉันต้องไปหาหมอโรคจิตรีเปลา” “ฉันจะโดนย้ายไปตึกป่วยรีเปลา เห็นเขาเอาคนสติไม่ดีไปทิ้งไว้ที่นั่นกัน” เป็นต้น ในขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะได้มีโอกาสจัดการกับความกังวลใจในประเด็นเหล่านี้ และสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับมาเป็นปกติได้ดังเดิม

นอกจากนี้ ในการมอบหมายงาน ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมจะรับรู้ถึงงานที่ได้รับมอบหมายในลักษณะของ “งานสั่งทำ” หากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะรับรู้ในลักษณะของ “งานฝากทำ” โดยผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอาจได้รับคำแนะนำให้ทำการผ่อนคลายเป็นการบ้าน แต่ไม่มีโอกาสติดตามผลและได้รับข้อมูลย้อนกลับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะได้รับมอบหมายให้ทบทวนทักษะที่ตนทดลองทำแล้วในชั่วโมงการศึกษาไปฝึกฝนต่อเป็นการบ้าน ซึ่งจะมีการติดตามผลในการปรึกษาครั้งถัดไปพร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการพัฒนาความชำนาญ ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า การติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นเทคนิควิธีการสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสริมแรงพฤติกรรมให้เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน

ผู้วิจัยมีข้อสังเกตประการหนึ่งเกี่ยวกับวิธีการใช้ภาษาเพื่อสื่อสารความเข้าใจของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการพัฒนาวิธีการใช้ภาษาของตนจากประโยคตามปกติธรรมดา เช่น “ฉันเอาตัวไม่รอด เพราะรักลูกมากเกินไป เป็นห่วงมากเกินไป คอยแต่จะปกป้อง” กลายเป็นประโยคอุปมาอุปไมยแทน “ฉันเป็นต้นกล้วย ความรักลูกก็เหมือนเครือกล้วย มีมากเกินไปก็พาเอาต้นกล้วยล้มด้วย” เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายความเทียบเคียงประสบการณ์จริง การใช้ภาษาในลักษณะนี้เป็น การสะท้อนถึงการทำงานตามหน้าที่ของสติรู้สำนึกและปัญญา รู้คิดในการหยั่งรู้ของผู้สูงอายุที่ผ่านการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ซึ่งยังไม่พบ ลักษณะการใช้ภาษาเช่นนี้ในตัวอย่างกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเห็นว่า การก้าวพ้นข้อจำกัดด้านการใช้ภาษา และการศึกษานี้ เป็นผลสืบเนื่องจากการบ่มเพาะตนเองในบริบทพุทธศาสนาเป็นสำคัญ

ตามหลักของพัฒนาการชีวิต ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาในเรื่องวิกฤตอัตลักษณ์ (Identity crisis) ผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ก็เช่นกัน โดย Erikson และ Erikson (1994) กล่าวถึงวิกฤตอัตลักษณ์ในวัยสูงอายุนี้ว่า เป็นความขัดแย้งระหว่างการรับรู้ถึงบุรณภาพแห่งตนกับความรู้สึกพ่ายแพ้เมื่อต้องเผชิญกับความเสื่อมสุญทางกายภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการไกล่เกลี่ยความขัดแย้งดังนี้จะกลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า ภูมิปัญญา (Wisdom) ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ชีวิต มีการตกผลึกทางความคิดที่ดี จนเกิดเป็นความเข้าใจในชีวิตตนอย่างถ่องแท้ (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986) และภูมิปัญญานี้เองที่มีอิทธิพลต่อการมีสัมพันธภาพที่มีชีวิตชีวา (Vital involvement) หรือการมีส่วนร่วมอย่างผูกพัน (Engagement) ทั้งกับชีวิตตนและชุมชนที่ตนอยู่อาศัย ซึ่งนับเป็นเป้าหมายหนึ่งของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนให้ตระหนักถึงคุณค่าแห่งภูมิปัญญาตน ตลอดจนมีโอกาสได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลัง ได้รับความรู้สึกที่ตนมีทายาทสืบทอด ซึ่งสามารถตอบสนองความปรารถนาส่วนลึกได้ ยิ่งไปกว่าความปรารถนาพื้นฐานที่ได้รับการตอบสนองไปแล้วในการปรึกษาครั้งก่อนหน้า อันได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ การใช้ชีวิตแบบพึ่งพาตนเองบนฐานของความเกื้อกูล การมีความมุ่งหวังและเริ่มเตรียมความพร้อมที่จะจากโลกนี้ไปอย่างสงบสุข เป็นต้น ในขณะที่ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับประสบการณ์ดังกล่าว

## ส่วนที่ 2 ประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายในส่วนที่สองนี้ออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ (2) การควบคุมสิ่งรบกวน หรือ การควบคุมสภาพการณ์ในการดำเนินการวิจัย และ(3) กลุ่มควบคุมที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดในการอภิปรายดังต่อไปนี้

### 2.1 ประเด็นเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในการวิจัยนี้

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ประเมินด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินความวิตกกังวลในประชากรสูงวัยโดยเฉพาะ จึงเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยครั้งนี้ มาตรวัดฉบับนี้มีการวัดระดับความวิตกกังวลในแต่ละองค์ประกอบย่อย คือ อาการทางสรีระ อาการทางการรู้คิด และอาการทางอารมณ์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความยืดหยุ่นในการจัดวางแผนทางการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล และเอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจทางคลินิก โดยผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการย่อยที่มีอิทธิพลสูงต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยรวมเป็นลำดับแรก ซึ่งจากตารางที่ 22 และ 23 ในภาคผนวก ข พบว่า อาการทางสรีระมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในระดับสูง ทั้งในตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ความกังวลใจในมิติชีวิตแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมี 5 ด้าน คือ ด้านการเงิน ด้านสุขภาพ ด้านลูกหลาน ด้านความตาย และด้านการเป็นภาระ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้สารสนเทศส่วนนี้ในการตรวจพินิจคุณค่านำชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคุณค่านำชีวิตที่มีลักษณะแตกต่างไปจากประชากรวัยอื่น และการใช้มาตรวัดในส่วนของความกังวลใจนี้เอื้ออำนวยต่อการสำรวจตนเองได้ไม่แตกต่างไปจากเครื่องมือที่นิยมใช้ทั่วไป ไม่ว่าจะเป็น Value-Living Questionnaire - II (VLQ - II: Wilson & DuFrene, 2009) หรือ Bulleyes exercise (Hayes et al., 2012) เป็นต้น หากกลับมีประสิทธิภาพเหนือกว่าเมื่อต้องดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดทางด้านระยะเวลาและจำนวนครั้งของการศึกษา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ามาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย จะสามารถให้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและดำเนินงานทดลองของผู้วิจัย หากเครื่องมือชิ้นนี้ยังขาดสารสนเทศในส่วนของพฤติกรรมแสดงออกหรือ การตอบสนองที่มีความเชื่อมโยงกับความวิตกกังวลและอาการในแต่ละด้าน ซึ่งเป็นแง่มุมที่จำเป็น อย่างยิ่งสำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์พฤติกรรมตามแนวทางของ B. F. Skinner ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัย จึงไม่ละเลยที่จะแสดงสารสนเทศด้านพฤติกรรมลงในแบบแผนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุร่วมด้วย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกับการหลีกเลี่ยง ประสบการณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเสมอ ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีความ วิตกกังวล ไม่ว่าจะในระดับใดก็ตาม จะแสดงออกถึงอาการหรือพฤติกรรมที่สังเกตได้ ดังที่ Spielberger (1972)กล่าวไว้ คือ

- 1) ผู้สูงอายุมีอาการทางสรีระอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกันหลายอย่าง ที่บ่งชี้ว่าระบบ ประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตื่นตัว หากยังมีความกระตือรือร้นที่จะเอาชนะ ปัญหาหรือกำจัดอาการเหล่านั้น
- 2) เมื่อมีอาการทางการรู้คิดและทางอารมณ์ประกอบ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีประสาทสัมผัส และการรับรู้ที่แคบลง หมกมุ่นในรายละเอียดมากจนเกินไป หากแต่ขาดสมาธิจดจ่อ ทำให้ยากต่อ การจับสาระสำคัญของเรื่องราวและประสบการณ์ รวมถึงมีความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ และมีพฤติกรรมปกป้องตนเองมากขึ้น ซึ่งมักเป็นแบบแผนพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เพื่อหลบเลี่ยงจากความรู้สึกบีบคั้นกดดันที่สืบเนื่องจากความวิตกกังวล โดยมี พฤติกรรมเรียกร้องเกินกว่าเหตุเป็นแบบแผนสำคัญ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะเริ่มเรียนรู้ความผิดหวังที่เกิดจาก การพยายามควบคุมความวิตกกังวล แล้วจึงค่อย ๆ สูญสิ้นความหวังในการดำเนินชีวิตที่เหลือต่อไป
- 3) ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงมาก พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะแสดงออกถึง ความกลัวอย่างสุดขีด โดยไม่จำเป็นต้องมีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่อาจควบคุม ตนเองได้ และสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รวมถึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือไม่อาจ ช่วยเหลือตนเองได้ อีกทั้งยังอาจแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงขั้นรุนแรง เช่น กรีดร้อง วิ่งหนีอย่างไร้ จุดหมาย ตกตะลึง แน่หนิง หรือหมดสติทันทีทันใด เป็นต้น

สำหรับอาการหรือพฤติกรรมตอบสนองที่สังเกตได้ข้างต้น สามารถสรุปและจัดประเภทเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการหลีกเลี่ยงการหนีประสบการณ์ได้เป็น 2 แบบ ตามที่ Hayes และ Strosahl (2004) เสนอไว้ ได้แก่ (1) พฤติกรรมเก็บกด (Suppression) และ (2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ (Situational escape/ avoidance) การทำความเข้าใจต่อแบบแผนพฤติกรรมทั้ง 2 ประเภทนี้ จะเอื้อประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดโจทย์การปรึกษาที่แท้จริงและจัดทำสรุปความคิดรวบยอดต่อกรณีการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น โดยการหลีกเลี่ยงการหนีประสบการณ์หมายถึง การพยายามของบุคคลที่จะหลีกเลี่ยงหรือหลบหนีออกจากเหตุการณ์เฉพาะหน้าหนึ่ง ๆ ไม่ว่าจะเหตุการณ์นั้นจะมีรูปแบบเช่นใด มีความถี่มากน้อยเพียงใด หรือเป็นสถานการณ์ที่เปราะบาง อย่างไรก็ตาม บุคคลยังคงใช้ความพยายามอย่างสูงที่จะหลีกเลี่ยงการหนีนั้นโดยไม่สนใจว่าจะมีโทษภัยทางด้านจิตใจใด ๆ เกิดขึ้นตามมา (Hayes et al., 1996)

ในส่วนของพฤติกรรมเก็บกด หมายถึง การพยายามของบุคคลที่จะควบคุมหรือกำจัดประสบการณ์ภายในที่ไม่ปรารถนาซึ่งเกิดสืบเนื่องจากการประสบกับเหตุการณ์ภายนอกที่ไม่ประสงค์ โดยประสบการณ์ภายในเหล่านั้นอาจเป็นความคิด ความทรงจำ ความรู้สึก หรืออาการตอบสนองทางกายก็ได้ (Hayes & Strosahl, 2004) ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุสนองตอบต่อประสบการณ์เจ็บปวดจากการที่ตนคิดว่าถูกลูกหลานนำมา “ทิ้ง” ไว้ที่สถานสงเคราะห์คนชรา ด้วยการดื่มสุราอย่างหนักจนเมามายสิ้นสติสัมปชัญญะ โดยหวังที่จะทำให้การรับรู้ของตนด้านชาและกำจัดความรู้สึกต่ำต้อยด้อยค่าเป็นต้น ในขณะที่พฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์หมายถึง การพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงบริบทชีวิตหรือสถานการณ์เฉพาะที่เป็นเงื่อนไขให้เกิดประสบการณ์เจ็บปวดที่ไม่ปรารถนา (Hayes & Strosahl, 2004) ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุ “แอบ” ดื่มสุราในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยหวังที่จะทำหายกฎระเบียบแล้วให้ตนเองถูกลงโทษด้วยการให้ออกจากสถานสงเคราะห์ บังคับให้ลูกหลานมารับตัวกลับไปอยู่ด้วย หรือกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ยอมลุกออกจากเตียง เพราะกลัวว่าจะเกิดอุบัติเหตุจนทำให้ตนต้องนอนติดเตียง เป็นต้น

## 2.2 ประเด็นการควบคุมสิ่งรบกวน หรือ การควบคุมสภาพการณ์ในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการควบคุมสิ่งรบกวนหรือควบคุมสภาพการณ์ในการดำเนินการวิจัย ที่อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อน ด้วยการควบคุมความคลาดเคลื่อนอย่างสุ่ม



(Random error) โดยการกำหนดให้ชั่วโมงการปรึกษาหนึ่งใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที มีการนัดหมายวัน และเวลาประจำในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงจัดสถานที่ดำเนินงานแห่งเดียวกันสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ห้องกิจกรรม อาคารเสีปปี้โฮม ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทเย็นสบาย มีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการดำเนินงานปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล และไม่ก่อให้เกิดภาพลักษณ์เชิงลบในการเข้ามาพูดคุยกับนักจิตวิทยาการปรึกษา อีกทั้งการกำหนดเงื่อนไขของการปรึกษาเชิงจิตวิทยา และจัดสภาพแวดล้อมดังกล่าวยังมีส่วนช่วยลดความเหนื่อยล้าของทั้งผู้สูงอายุและผู้วิจัยอีกด้วย

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความแปรปรวนส่วนเกินด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากมีความยากในการเข้าถึงกลุ่มประชากรสูงวัย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ตัวอย่างรายบุคคล แทน เพื่อให้ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีตัวแปรแทรกซ้อนในลักษณะเดียวกัน และมีความแปรปรวนในระดับที่เท่า ๆ กัน โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจับคู่ 2 ประการ ได้แก่ ช่วงอายุและระดับความวิตกกังวล แล้วเมื่อจับคู่และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้มาทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของตัวแปรตาม ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เท่าเทียมกันก่อนทดลอง

ด้านอัตราการสูญเสียตัวอย่าง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายนั้นมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 33 (Stanley et al., 1996) และจากประสบการณ์ของการวิจัยในประชากรสูงอายุ พบว่า การสูญเสียตัวอย่างดังกล่าวอาจเกิดได้จากการเจ็บป่วยฉับพลัน ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง และเสียชีวิต รวมถึงการขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมต่อ หรือมองไม่เห็นความหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองภายหลังจากได้ทดลองเข้าร่วมการปรึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ อัตราการสูญเสียตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้มีน้อยมาก กล่าวคือ มีเพียงจำนวน 2 คน จากตัวอย่างทั้งสิ้น 44 คน หรือร้อยละ 4.55 เท่านั้น โดยเป็นการสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยฉับพลัน 1 คน และประสบอุบัติเหตุร้ายแรงอีก 1 คน ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ในงานวิจัยชิ้นนี้มีอัตราการสูญเสียตัวอย่างต่ำอาจเป็นเพราะสาเหตุหลัก 2 ประการ ได้แก่ (1) เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่จัดขึ้นในระบบปิด จึงสามารถจัดให้ตัวอย่างเข้าร่วมได้ตามกำหนดการ (หากไม่มีเหตุสุดวิสัย) และ (2) การปรึกษาเชิงจิตวิทยา รายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นมีลักษณะของการสร้างเสริมแรงจูงใจ

ในระดับลึกซึ่ง สามารถตอบสนองความปรารถนาส่วนลึกของผู้สูงอายุได้ มีการปรับเปลี่ยนวิธีการคิด ซึ่งทำให้สามารถเปลี่ยนจากความสิ้นหวังไปสู่การมีความหวังใหม่ในทางสร้างสรรค์กว่าเดิมได้ ทำให้มีกำลังใจและเป็นการเสริมแรงพฤติกรรมตลอดกระบวนการ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เกิดความปรารถนาในการมีส่วนร่วม สามารถไว้วางใจที่จะผูกสัมพันธ์และพัฒนาเป็นความมุ่งมั่นได้ต่อไป

### 2.3 ประเด็นกลุ่มควบคุมที่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น แต่มีเพียงได้รับการสัมภาษณ์เบื้องต้น ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงอาการวิตกกังวลและสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยข้อมูลจากตารางที่ 21 พบว่า ตัวอย่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยามากกว่าร้อยละ 80 มีค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหลังทดลองลดลง และในจำนวนนี้ เกือบครึ่งหนึ่งมีค่าคะแนนที่ลดลงมากกว่า 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (1SD) ซึ่งเมื่อตรวจสอบแยกในแต่ละกลุ่มอาการ พบว่า การลดลงของความวิตกกังวลนั้นเกิดควบคู่ไปกับการลดลงของอาการทางสรีระเป็นสำคัญ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Wetherell และคณะ (2009; 2011) ที่ว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมนั้นลดลงได้ทั้งที่ยังไม่ได้รับกิจกรรมใดเลย แม้ว่าการลดลงดังกล่าวจะน้อยกว่าการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก็ตาม (อ้างถึงใน Gonçalves & Byrne, 2011) โดยปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นได้ทั้งกับผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ซึ่งอาจสะท้อนได้ถึงความไวต่อสิ่งกระตุ้นของสภาวะดังกล่าว

ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นจากการคลี่คลายความสงสัยเบื้องต้นต่อสภาวะที่ตนเองกำลังประสบอยู่และการได้ปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกผ่านการบอกเล่าเรื่องราวของตน น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการลดลงของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม โดยหากมองในมุมนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมก็ยังคงได้รับประโยชน์เฉพาะหน้าจากการทดลองในลักษณะที่เทียบเคียงได้กับเทคนิคผ่อนคลาย ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณของ Gonçalves และ Byrne (2011) ที่สรุปว่า การบำบัดความวิตกกังวลในประชากรสูงวัยด้วยวิธีการ

ตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมนั้นก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่น้อยกว่าการบำบัดในรูปแบบอื่น แต่ยกเว้นการฝึกผ่อนคลายที่ยังคงให้ผลที่สูงอยู่

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในการวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงต่อการเสื่อมสุขภาพด้านการรู้คิดและการเกิดโรคทางจิตประสาท ทั้งเนื่องด้วยปัจจัยแห่งวัย ชนิดของโรคเรื้อรัง ความรุนแรงและสภาพความพร้อมของร่างกาย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีแนวโน้มที่จะลดการเคลื่อนไหวแล้วกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในท้ายที่สุด ซึ่งมักต้องเผชิญกับความเหงา กังวลใจ และเศร้าตามมา จนอาจยกระดับกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ต่อไป หรือผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทางการมองเห็นและได้ยิน อาจเกิดการเข้าใจผิดคิดว่าตัวเองหลอน และกังวลใจว่าตนเองกำลังจะกลายเป็น “โรคจิต” หรือในหลายรายที่เกิดอาการหลงผิด แล้วกลายเป็นโรคจิตเภท เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า การสังเกตพฤติกรรมและอาการของผู้สูงอายุบนฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางสมองและโรคทางจิตเวช จะมีส่วนช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างมาก ทำให้สามารถกำหนดขอบเขตของสัมพันธภาพและการรับรู้บทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาการศึกษาได้อย่างชัดเจน ยิ่งไปกว่านี้ การมีระบบส่งต่อที่ดี จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับประโยชน์สูงสุด

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนนักจิตวิทยาการศึกษาที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานพร้อมกันในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก กล่าวคือ มีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวมกันเพียง 2 คน ที่ดำเนินการวิจัยและให้บริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแก่ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากกว่า 42 ราย จึงทำให้ต้องแบ่งการทดลองออกเป็น 3 รอบ ๆ ละ 5 สัปดาห์ การทดลองที่เกิดขึ้นมีการเริ่มต้นและสิ้นสุดไม่พร้อมกัน ดังนั้น จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาอคติของผู้เข้าร่วมการวิจัย (Demand characteristic) ในลักษณะต่าง ๆ เช่น การรำลือเกี่ยวกับการวิจัย การให้ข้อมูลจากตัวอย่างที่กำลังทดลองแก่ตัวอย่างที่รอทดลอง การหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างตัวอย่างที่กำลังทดลองด้วยกัน การพยายามคาดเดาผลการทดลอง การพยายามให้ความร่วมมือและเอาใจผู้วิจัยเกินความจำเป็น หรือการแสดงออกถึงพฤติกรรมต่อต้านอย่างรุนแรงเกินจริง เพื่อเรียกร้องหรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์อย่างหนึ่งอย่างใด เป็นต้น ผู้วิจัยเห็นว่า การมีผู้ช่วยวิจัยมาก

ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการทดลองได้พร้อมกันในรอบเดียว ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจากอคติดังกล่าวได้

3. ผลการทดลองแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในตัวอย่างกลุ่มทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างจากตัวอย่างกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จากผลการทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษาก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีความวิตกกังวลของผู้สูงอายุแตกต่างกันตั้งแต่ต้น ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรให้ความสำคัญกับการศึกษาและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน รวมถึงการกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ตัวอย่างที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นได้ผ่านการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลแล้วว่าเป็นกระบวนการที่เหมาะสมต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับการให้บริการในระยะเวลาจำกัด ซึ่งทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถรับมือกับความเสี่ยงที่เกิดจากการสูญหายหรือสูญเสียผู้มาปรึกษาได้ดีกว่าการให้บริการในระยะเวลาสั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสสูงที่จะเจ็บป่วยฉับพลัน ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง และเสียชีวิต

ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการภายใต้แนวคิดที่สนับสนุนการยอมรับต่อประสบการณ์ที่เป็นจริง ในขณะปัจจุบัน ผ่านวิธีการตรวจพินิจถึงการหลีกเลี่ยงประสบการณ์เจ็บปวดและพฤติกรรมหลีกเลี่ยงของตน และส่งเสริมความมุ่งมั่นต่อการกระทำที่ตอบสนองคุณค่าชีวิต ด้วยความกล้าที่จะเผชิญหน้ากับความวิตกกังวลหรือปัญหาทางด้านจิตใจอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับความวิตกกังวล ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการมีโครงสร้างและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน จึงได้พัฒนาชุดเครื่องมือที่ใช้ประกอบการปรึกษาในแต่ละครั้ง (ครั้งละไม่เกิน 60 นาที) ซึ่งสามารถใช้เป็นแผนที่นำทางการปรึกษาและเป็นเครื่องมือติดตามกระแสการเปลี่ยนแปลง (ดูภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างและขั้นตอน รวมถึงชุดเครื่องมือดังกล่าวตามโมเดลความวิตกกังวลของผู้สูงอายุของ Segal และคณะ

(2010) ร่วมกับโมเดลความยืดหยุ่นทางจิตใจของการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นของ Hayes และคณะ (1999) เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของนักจิตวิทยาการปรึกษาต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน

นักจิตวิทยาการปรึกษาที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในทางคลินิกควรมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโมเดลทั้ง 2 ข้างต้น ประกอบกับมีความชำนาญในทักษะและเทคนิควิธีการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล โดยทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิธีการมองชีวิตและปัญหา (Reframing) การสนับสนุนให้ลงมือกระทำ (Challenging) และการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำของตน (Logical consequences) รวมถึงเทคนิควิธีการที่สำคัญ ได้แก่ การอุปมาอุปไมยและใช้คำอุปมาอุปไมย (Metaphor technique)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นเป็นการนำเสนอทางเลือกใหม่เพื่อแก้โจทย์เก่าที่ยังไม่คล่องของผู้มาปรึกษา แต่กระนั้นก็ตาม การมีทางเลือกมากเกินไปก็อาจทำให้ผู้มาปรึกษามีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงควรมีการสังเกตที่เฉียบคม รู้เท่าทันสภาวะทางจิตใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างชั่วโมงการปรึกษา และสามารถรับมือกับสภาวะเหล่านั้นได้แบบปัจจุบันขณะ ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการเผชิญหน้ากับประสบการณ์ความวิตกกังวลและความรู้สึกนึกคิดที่กำลังเกิดขึ้นต่อหน้าในฐานะบทเรียนหรือทรัพยากรสำหรับการเรียนรู้

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรมที่มีต่อการประเมินและติดตามความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยในบางวัฒนธรรมมีอาการทางสรีระเป็นอาการเด่น ขณะที่บางวัฒนธรรมมีอาการทางารรู้คิดเป็นอาการเด่น ซึ่งความแตกต่างนี้อาจจะพบเป็นอาการเริ่มแรก อาการอื่น ๆ จะบอกเมื่อใช้เวลามากขึ้น (พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์, 2558) ในงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยพบว่า ตัวอย่างผู้สูงอายุมีการรับรู้อาการทางสรีระเป็นลักษณะเด่น โดยมักเชื่อมโยงกับอาการทางอารมณ์ในกรณีตัวอย่างเพศหญิง และเชื่อมโยงกับอาการทางารรู้คิดในกรณีตัวอย่างเพศชาย อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตตั้งนี้เป็นเพียงการนำเสนอความคิดเห็นเบื้องต้นเพื่อประกอบการปรับแต่งกระบวนการให้มีความเหมาะสมกับกรณีปรึกษาเท่านั้น

ผู้วิจัยเห็นว่า บทบาทของนักจิตวิทยาการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นที่สำคัญมี 2 ประการ ได้แก่ (1) การเป็นต้นแบบหรือแรงบันดาลใจให้แก่ผู้มาปรึกษา (Role model) และ (2) การเป็นผู้เตือนสติหรือนำพาผู้มาปรึกษาให้กลับมาอยู่กับประสบการณ์ในปัจจุบันขณะ (Reminder) อีกทั้งยังมีหน้าที่หลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจ (2) การตรวจพินิจเพื่อแก้ไขปัญหา และ (3) การเสริมแรงความมุ่งมั่นในการกระทำ ทั้งนี้การกำหนดจุดสนใจไปที่ความเพียรพยายาม (Effort) จุดแข็ง (Strength) ปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ปัจจัยเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational factor) และปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ (Wellness factor) ของผู้มาปรึกษา เป็นทักษะและท่าทีที่ส่งเสริมความสำเร็จในบทบาทและหน้าที่ดังกล่าว

ท่าทีของการประคับประคองการเรียนรู้โดยเริ่มจากง่ายไปยากเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งเสริมการลองผิดลองถูกในกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบพัฒนาการทางความคิดและพฤติกรรมแบบ Scaffolding ของ Vygotsky (1962 อ้างถึงใน Flavell, Miller, & Miller, 2002) โดยเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ ที่เริ่มต้นจากแบบฝึกฝนเล็ก ๆ ไม่ยุ่งยาก แต่ท้าทายความสามารถของผู้มาปรึกษา ซึ่งเมื่อเขาทำได้สำเร็จลุล่วงด้วยตนเอง ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นย่อมนำมาซึ่งความภาคภูมิใจและการรับรู้คุณค่าในตน อีกทั้งยังเป็นการวางเงื่อนไขการกระทำที่จูงใจให้ผู้มาปรึกษาได้ท้าทายความสามารถและลงมือทำแบบฝึกฝนในระดับที่ยากยิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยเห็นว่าบรรยากาศของการทำงานร่วมกันนั้นเกิดขึ้นจากพฤติกรรมเอื้ออำนวยของนักจิตวิทยาการศึกษาที่กระทำซ้ำ ๆ สม่าเสมอ และสามารถตอบสนองความปรารถนาส่วนลึกของผู้สูงอายุได้ โดย (1) ให้อิสระผู้มาปรึกษาในการคิดต่อยอด นำเสนอความเห็น สร้างสรรค์ทางเลือก และตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) (2) สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ทดลองและทดสอบให้เขาได้มีโอกาสรับรู้ถึงความสามารถและความมีคุณค่าของตน รู้สึกว่าตนทำได้ ทำสำเร็จ และเก่งขึ้นเรื่อย ๆ (Mastery) และ (3) เชิญชวนให้ผู้มาปรึกษาได้ทบทวนเป้าหมายของการกระทำ ไตร่ตรองถึงความสมเหตุสมผล และเห็นถึงคุณค่าความหมายของสิ่งที่ทำว่ามีความสำคัญอย่างไร (Purpose)

## ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น สามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ถึง 90 ปี ที่มีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เป็นผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีอายุ 80 – 90 ปี เป็นจำนวนมาก และอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุงมานาน (บางราย มากกว่า 10 ปี) และมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเหล่านี้อาจมีวิถีการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจาก ผู้สูงอายุทั่วไปที่อยู่ในชุมชนและอาศัยร่วมกับครอบครัว ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการ ตรวจสอบ ประสิทธิภาพของการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ว่าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั่วไปที่อยู่ในชุมชนและอาศัยอยู่กับครอบครัว หรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่นต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมและมีการทดสอบก่อนและหลังทดลอง หากผู้วิจัยเห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาต่อยอดการวิจัยให้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม(Randomized Controlled Trial: RCT) ได้ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถจัดการวิจัยได้ในระบบปิด ที่ทราบจำนวนประชากรและดำเนินการสุ่มได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยทดลองต่าง ๆ ให้มีความเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้ โดยการยกระดับการวิจัยเชิงทดลองนี้เป็นไป เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างสิ่งทดลองที่ให้ในรูปแบบต่าง ๆ ผ่านการเปรียบเทียบ ค่าขนาดอิทธิพลระหว่างกัน อันจะทำให้สามารถเลือกใช้สิ่งทดลองที่ให้ได้อย่างเหมาะสมแก่กรณีและสถานการณ์ต่อไป

3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในเรื่องความคงทน (duration) ของผลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเข้าร่วมการศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น โดยมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของคะแนนตัวแปรความวิตกกังวลหรือตัวแปรอื่น ๆ ในระยะติดตามผล เช่น ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น หลังจากยุติการศึกษา ทั้งนี้เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของสิ่งทดลองที่ให้ภายใต้เงื่อนไขทางด้านระยะเวลา

4. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นสามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยต่อไปอาจมี

การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรผลลัพธ์ เช่น ความเข้มแข็งของผู้สูงอายุควบคู่ไปกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ซึ่งจะครอบคลุมภาพรวมของสภาวะทุกขีใจได้ และอาจศึกษาตัวแปรทางจิตวิทยาด้บบวกเพิ่มเติม เช่น สุขภาวะทางจิต (Psychological wellbeing) การเผชิญปัญหา (Coping style) ความหวัง (Hope) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social engagement) เป็นต้น รวมถึงตัวแปรสำคัญที่สะท้อนกระบวนการของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นและกลไกการเปลี่ยนแปลง (Mechanism of change) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น (Committed action) คุณค่านำชีีวิต (Values) เป็นต้น นอกจากนี้ จากข้อค้นพบของผู้วิจัยที่พบว่า การหล่อหลอมทางวัฒนธรรมและศาสนาอาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อระดับความสามารถในการใช้ปัญญาผู้คิด และการนับถือศาสนาอาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ดังนั้น ตัวแปรเชิงวัฒนธรรมและศาสนาจึงเป็นตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งที่น่าสนใจศึกษาควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะตัวแปรเช่น สุขภาวะเชิงจิตวิญญาณ (Spiritual wellbeing) ความสุขในบริบทพุทธธรรม (Happiness in Buddhist context) เป็นต้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ทรงเกียรติ ลั่นหลาม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล การมองโลกแง่ดี และการเห็นคุณค่าของตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัย. (ปริญญามหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์. (2558). วัฒนธรรมกับการวินิจฉัยโรค เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรจิตเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรสุขภาพจิต: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต.
- รังรอง งามศิริ. (2540). การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีผลต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. (ปริญญาตรีบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประเทศไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2. กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ทองแดง, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข, & แสงจันทร์ วุฒิกานนท์. (2546). การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร.

### ภาษาอังกฤษ

- Andrew, D. H., & Dulin, P. L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health*, 11(11), 596 - 603.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, (5th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ayers, C., Petkus, A. J., Patterson, T. L., & Wetherell, J. L. (2010). Negative life events and avoidant coping are associated with poorer long-term outcome in older adults treated for generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology, 1*, 146 - 154.

- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress. *Behavior Therapy, 44*, 459 - 469.
- Baxter, J. D., Samnaliev, M., & Clark, R. (2009). The quality of asthma care among adults with substance-related disorders and adults with mental illness. *Psychiatric Services, 60*, 1 - 43.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89 - 95.
- Brenes, G. A., Guralnik, J. M., Williamson, J. D., Fried, L. P., Simpson, C., Simonsick, E. M., & et al. (2005). The influence of anxiety on the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*, 34 - 39.
- Carbonare, L. D., Maggi, S., Noale, M., Giannini, S., Rozzini, R., Lo Cascio, V., & et al. (2009). Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: A complex relationship. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *American Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 144 - 154.
- Carmin, C., & Ownby, R. (2010). Assessment of Anxiety in Older Adults. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology (Publication no. 10.1016/B978-0-12-374961-1.10002-8). from Elsevier มหาวิทยาลัย
- Chan, Y. H. (2003). Randomized Controlled Trials (RCTs) – Sample size: The magic number? *Singapore Med J, 44*(4), 172 - 174.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155 - 159.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875 - 884.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- de Beurs, E., van Balkom, A. J., Lange, P., Koele, P., & van Dyck, R. (1999). Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry, 152*(638 - 691).

- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Gillian, C. M., & Meunier, S. A. (2008). Extending cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety to home care: Program development and case example. *Behavior Modification, 32*, 595 - 610.
- Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H., & Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences, 55*(515 - 520).
- Edelstein, B. A., & Segal, D. (2011). Assessment of Emotional and Personality Disorder in Older Adults. In K. W. S. S. L. Willis (Ed.), *Handbook of the Psychology of Aging (7th ed.)*. San Diego, CA: Elsevier.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorder: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(368 - 385).
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. NY: W. W. Norton & Company.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miler, S. A. (2002). *Cognitive development*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., & Pieterse, M. E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification, 34*(6), 503 - 519.
- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorder, 26*, 1 - 11.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639 - 665.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & et al. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(33 - 47).
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180 - 198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1 - 25).
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. NY: Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change (2nd Ed.)*. NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152 - 1168.
- Howell, D. C. (2010). *Statistic Methods for Psychology (International edition)*. CA: Cengage Wadsworth.
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 233 - 253.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of Core Self-Evaluation Traits – Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability – With job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80 - 92.

- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Alexopoulos, G. S., Frank, E., & Reynolds, C. F. (2001). Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression and Anxiety, 14*, 86 - 93.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder*. NY: Guilford.
- Mansell, G. A., & Taylor, J. (2012). What is CBT and what isn't CBT. In W. D. a. R. Branch (Ed.), *The CBT Handbook*. London: Sage.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. NY: W. W. Norton & Company.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2015). *Cognitive Behavior Therapy (Second edition)*. NY: Routledge.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J. D. (2005). ACT with anxiety disorders. In K. D. S. S. C. Hayes (Ed.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 103 - 132). NY: Springer Science & Business Media.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*(3), 296 - 321.
- Pachana, N. A., Burance, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics, 19*, 103 - 114.
- Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2011). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist, 47*, 33 - 38.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*, 47 - 56.
- Power, M. B., Vörding, M. B. Z. S., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73 - 80.
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 709 - 714.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. NY: Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. NY: Appleton - Century - Crofts.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. CA: Consulting Psychologists Press.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: a preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy, 27*, 565 - 581.
- Stanley, M. A., Hopko, D. R., Diefenbach, G. J., Bourland, S. L., Rodriguez, H., & Wagener, P. (2003). Cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder in primary care – preliminary findings. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(1), 92 - 96.
- Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change: Principles and Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy*. CA: New Harbinger Publications.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 965 - 978.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(615 - 623).
- Twohig, M. P. (2012). Introduction: The basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 499 - 507.
- Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*, 17 - 24.
- Wetherell, J. L., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., Liu, L., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy, 42*, 127 - 134.

- Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. J., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research, 38*, 305 - 312.
- Whitbourne, S. K., & Meeks, S. (2011). Assessment of Emotional and Personality Disorder in Older Adults. In K. W. S. S. L. Willis (Ed.), *Handbook of the Psychology of Aging (7th ed.)*. San Diego, CA: Elsevier.
- Wrosch, C., Dumer, E., Scheier, M. F., & Schulz, R. (2006). Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adults' psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 299 - 306.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1494 - 1508.
- Yochim, B. P., Mueller, A. E., June, A., & Segal, D. L. (2011). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Scale: Comparison to the Beck Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Inventory. *Clinical Gerontologist, 34*, 21 - 33.





ภาคผนวก ก  
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวัด



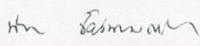

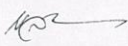
ลำดับ	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและหน่วยงานต้นสังกัด
1	รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โคตรจรัส	อาจารย์พิเศษสาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา พิธิษฐ์สังฆการ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3	อาจารย์ นพ. ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์	อาจารย์ประจำภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนารูปแบบการปรัษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้น  
การยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น

ลำดับ	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและหน่วยงานต้นสังกัด
1	นางสาวพัชรา ลิ้มอำไพ	หัวหน้าหน่วยจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะ แพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
2	ดร.เสาวณีย์ นพปราชญ์	นักจิตวิทยาการศึกษาประจำ ศูนย์ Psychological Service International (PSI)

## ภาคผนวก ข

## เอกสารรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

	<b>บันทึกข้อความ</b>	 เลขที่หนังสือ 1655 วันที่ 1 ก.ค. 2558 เวลา 16.00 น.
ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร. 0-2218-3202		
ที่ จว 496 /58 วันที่ 30 มิถุนายน 2558		
เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย		
เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา		
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา		
<p>ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณีนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้</p> <p>โครงการวิจัยที่ 103.2/57 เรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (THE EFFECTS OF INDIVIDUAL COUNSELING BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON GERIATRIC ANXIETY OF OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS) ของ นายสืบพงศ์ ฉัตรชัยมลักข์</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p>		
เรียน ผอ.ฝ่ายบริหาร จึงเรียนมาเพื่อโปรด <input checked="" type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> พิจารณา ลงชื่อ..... <i>enid</i>	 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
 (เพื่อโปรดทราบ // ค.จ. // น.ค. // น.ค. // น.ค.)  1 ก.ค. 58		



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

AF 01-12

COA No. 127/2558

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 103.2/57 : ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้วิจัยหลัก : นายสืบพงศ์ ฉัตรธรมมถักษณ์

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประคิมฐ)

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 22 มิถุนายน 2558

วันหมดอายุ : 21 มิถุนายน 2559

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 103.2/58
- 4) แบบสอบถาม..... 22 มิ.ย. 2558
- ..... 21 มิ.ย. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวัดตามที่จะระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

## ภาคผนวก ค

## ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

แบบสอบถาม

สำหรับผู้สูงอายุ

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตาม  
แนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้นต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีความ  
เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจและงานการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้  
ต่อไป

โดย นายสีบพงศ์ ฉัตรธัมมลักษณ์  
นิสิตปริญญาโทบริหาร  
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง

โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย X หรือ ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับตัวท่านตาม  
ความเป็นจริง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ \_\_\_\_\_ ปี
3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

## 4. สถานภาพสมรส

( ) โสด      ( ) สมรส      ( ) หม้าย      ( ) หย่า      ( ) แยกกันอยู่

## 5. ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา      ( ) มัธยมศึกษา      ( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช/ปวส)

( )ปริญญาตรี      ( )ปริญญาโท หรือ สูงกว่า      ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

## 6. พักอาศัยอยู่กับ ( ) ตัวคนเดียว ( ) ครอบครัว เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือลูกหลาน

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

## 7. โรคประจำตัวที่มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ความดันโลหิตสูง      ( ) เบาหวาน      ( ) ไขมันในเส้นเลือด

( ) ข้อเสื่อม      ( ) โรคหัวใจ      ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

## 8. จำนวนครั้งที่พบแพทย์ประมาณ \_\_\_\_\_ ครั้งต่อหนึ่งปี

## 9. ระยะเวลาที่ป่วย (โดยประมาณ) \_\_\_\_\_ ปี

## 10. ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร

การอาบน้ำ แต่งตัว การเดิน เป็นต้น (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

( ) ต้องมีคนช่วยอาบน้ำ หรือดูแลความสะอาดร่างกายให้

( ) ต้องมีคนช่วยสวมเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายให้

( ) ต้องมีคนช่วยพาไปห้องน้ำ หรือดูแลการขับถ่ายให้

( ) ต้องมีคนช่วยลุกจากเตียง หรือ เก้าอี้

( ) กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

( ) ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร หรือดูแลการรับประทานอาหาร

( ) ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือมีคนช่วยพยุงเดิน

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

### มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

#### คำชี้แจงสำหรับผู้ตอบ

ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามแต่ละข้อที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลหรือความตึงเครียดตามรายการต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงบนตัวเลขในช่องคะแนนที่ตรงกับตัวท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยในช่องคะแนน 0 หมายถึง ไม่เกิดอาการดังกล่าวเลย คะแนน 1 หมายถึง เกิดอาการดังกล่าวบ้างเป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง เกิดอาการดังกล่าวบ่อยครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง เกิดอาการดังกล่าวตลอดเวลา

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เกิดอาการเลย	เกิดอาการบ้างเป็นบางครั้ง	เกิดอาการบ่อยครั้ง	เกิดอาการตลอดเวลา
1. หัวใจของฉันเต้นแรงหรือเต้นเร็ว	0	1	2	3
2. ฉันหายใจติดขัด หายใจไม่เต็ม	0	1	2	3
3. ฉันมีอาการปวดมวนท้อง	0	1	2	3
4. ฉันรู้สึกราวกับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวไม่ใช่เรื่องจริง	0	1	2	3
5. ฉันรู้สึกเหมือนว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้	0	1	2	3
6. ฉันรู้สึกกลัวการตัดสินใจจากผู้อื่น	0	1	2	3
7. ฉันมักจะกลัวคนอื่นลบลู่ ดูหมิ่น ทำให้ฉันต้องอับอาย	0	1	2	3
8. ฉันมีปัญหานอนหลับยาก	0	1	2	3
9. ฉันมีปัญหานอนหลับไม่สนิท มักจะตื่นขึ้นบ่อย ๆ	0	1	2	3
10. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	0	1	2	3
11. ฉันโกรธง่าย มีอารมณ์ฉุนเฉียวมาก	0	1	2	3
12. ฉันไม่มีสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3
13. ฉันรู้สึกใจเสีย ตื่นตระหนกได้ง่าย	0	1	2	3

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เกิด อาการ เลย	เกิด อาการ บ้างเป็น บางครั้ง	เกิด อาการ บ่อยครั้ง	เกิด อาการ ตลอดเวลา
14. ฉันรู้สึกสนใจสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคย เพลิดเพลินน้อยลง	0	1	2	3
15. ฉันรู้สึกห่างเหิน หรือรู้สึกแปลกแยกจาก ผู้อื่น	0	1	2	3
16. ฉันรู้สึกงุนงง สับสน ทำอะไรไม่ถูก	0	1	2	3
17. ฉันไม่สามารถนั่งอยู่นิ่ง ๆ ได้	0	1	2	3
18. ฉันวิตกกังวลมากเกินไป	0	1	2	3
19. ฉันควบคุมความกังวลใจของตนเองไม่ได้	0	1	2	3
20. ฉันรู้สึกกระวนกระวาย ตึงเครียด หรือ หงุดหงิด	0	1	2	3
21. ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	0	1	2	3
22. ฉันปวดตึง ๆ ตามกล้ามเนื้อ	0	1	2	3
23. ฉันมีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ หรือเป็น ตะคริว	0	1	2	3
24. ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าฉันไม่สามารถจัดการ อะไรในชีวิตได้เลย	0	1	2	3
25. ฉันรู้สึกว่ากำลังมีเรื่องแย ๆ บางอย่าง เกิดขึ้นในชีวิตของฉัน	0	1	2	3
26. ฉันเป็นกังวลมากเรื่องการเงินของฉัน	0	1	2	3
27. ฉันเป็นกังวลมากเรื่องสุขภาพของฉัน	0	1	2	3
28. ฉันเป็นกังวล ห่วงใยในลูกหลานของฉัน	0	1	2	3
29. ฉันกลัวที่จะตาย	0	1	2	3
30. ฉันกลัวว่าตนจะกลายเป็นภาระของคนใน ครอบครัวหรือลูกหลานของฉัน	0	1	2	3



ภาคผนวก ง  
การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด

มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย ที่พัฒนามาจากต้นฉบับ Geriatric Anxiety Scale (GAS: Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010) มีความตรงทางเนื้อหาโดยการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ 3 คนในเกณฑ์ดี (IOC = .67 – 1.00) และความเที่ยงแบบ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha) ของมาตรวัดทั้งฉบับ (25 ข้อ) เท่ากับ .92

อนึ่ง ข้อกระทงเกี่ยวกับความกังวลใจ (Worry) ในเรื่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 25 – 30) นั้น เป็นข้อกระทงที่ผู้พัฒนาไม่ได้นำค่าคะแนนมาคำนวณร่วมกับค่าคะแนน ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยรวมที่ได้จาก 25 ข้อแรก (ข้อที่ 1 – 25) หากแต่ผู้พัฒนาจะนำผล คะแนนด้านความกังวลใจดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในทางคลินิกต่อไป

### ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการนำมาตรวจวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 115 คน ผู้ตอบแบบสอบถามมีข้อมูลทั่วไปดังตาราง

ตารางที่ 19

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัด

	ตัวแปร	จำนวน	%
<b>เพศ</b>	ชาย	26	22.6
	หญิง	89	77.4
<b>อายุเฉลี่ย</b>	65.88 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.59; พิสัยระหว่าง 60 – 86 ปี)		
<b>ศาสนา</b>	พุทธ	113	98.3
	คริสต์	1	0.9
	อิสลาม	1	0.9
<b>สถานภาพสมรส</b>	โสด	14	12.2
	สมรส	75	65.2
	หม้าย	21	18.3

ตารางที่ 19 (ต่อ)

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรฐาน

ตัวแปร	จำนวน	%
หย่า	2	1.7
แยกกันอยู่	2	1.7
ไม่ระบุ	1	.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ระดับประถมศึกษา	32	27.8
ระดับมัธยมศึกษา	23	20.0
ระดับประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.)	9	7.8
ระดับปริญญาตรี	38	33.0
สูงกว่าปริญญาตรี	9	7.8
อื่นๆ	1	1.9
ไม่ระบุ	2	1.7
<b>พักอาศัยอยู่กับ</b>		
ตัวคนเดียว	14	12.2

ตารางที่ 19 (ต่อ)

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรฐาน

ตัวแปร	จำนวน	%
ครบครัน	101	87.8
อื่น ๆ	0	0.0

**โรคประจำตัวที่มี**

ไม่มีโรคประจำตัว	15	13.0
มีโรคประจำตัว	100	87.0

**โรคความดันโลหิตสูง**

ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	73	63.5
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	42	36.5

**โรคเบาหวาน**

ไม่เป็นโรคเบาหวาน	97	84.3
เป็นโรคเบาหวาน	18	15.7

**โรคไขมันในเส้นเลือด**

ไม่เป็นโรคไขมันในเส้นเลือด	75	65.2
----------------------------	----	------

ตารางที่ 19 (ต่อ)

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรฐาน

ตัวแปร	จำนวน	%
เป็นโรคไข้มันในเส้นเลือด	40	34.8
<b>โรคข้อเสื่อม</b>		
ไม่เป็นโรคข้อเสื่อม	75	65.2
เป็นโรคข้อเสื่อม	40	34.8
<b>โรคหัวใจ</b>		
ไม่เป็นโรคหัวใจ	108	93.9
เป็นโรคหัวใจ	7	6.1
<b>โรคอื่น ๆ</b>		
ไม่เป็นโรคอื่น ๆ	95	82.6
เป็นโรคอื่น ๆ	20	17.4

ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	2	1.7
---------------------------------------	---	-----

ตารางที่ 19 (ต่อ)

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัด

ตัวแปร	จำนวน	%
สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	113	98.3

จำนวนครั้งที่พบแพทย์ โดยเฉลี่ย 3.81 ครั้ง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.82 ปี; พิสัยระหว่าง 1 - 30 ครั้ง)

ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคประจำตัว โดยเฉลี่ย 7.86 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 ปี; พิสัยระหว่าง 1 - 30 ปี)



### การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) จากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 115 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในมาตรวัดนี้มีค่าเท่ากับ .92 อนึ่ง ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้

#### 1. การหาคุณภาพของมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ผู้พัฒนาดำเนินการดังนี้

1) นำมาตรวัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (Content validity) โดยมีความตรงทางเนื้อหาในเกณฑ์ดี (Item Objective Congruence Index – IOC = .67 – 1.00) และเมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้พัฒนาได้นำมาตรวัดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 115 คน เพื่อทดสอบหาความเที่ยงของมาตรวัด (Reliability)

2) นำมาตรวัดมาหาอำนาจการจำแนกโดยการหาความแตกต่างของคะแนนจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุต่ำ (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27) จากการใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยหากข้อกระทงใดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะถูกคัดออกจากมาตรวัด ผลการทดสอบพบว่า ข้อกระทงทุกข้อมีคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้พัฒนาจึงไม่ตัดข้อกระทงใด ๆ ออกจากมาตรวัดชุดนี้

3) นำข้อกระทงที่ผ่านการวิเคราะห์ค่าที่มากำหนดค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงทั้งรายข้อและรายด้านกับคะแนนรวมของข้อกระทงที่เหลือในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation – CITC) แล้วจึงนำค่า CITC ที่ได้ดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งได้แก่ ค่า  $r$  Critical ที่ .1545 ( $df = 113$ ,  $\alpha = 0.05$ ) ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อกระทงทั้ง 25 ข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อกระทงดังกล่าว คือ มีค่า CITC สูงกว่าค่า  $r$  Critical ที่ .1545 ในทุกข้อกระทง

4) มาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุทั้งฉบับ (25 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92

2. การตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมมาตรฐานวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ผู้พัฒนานำมาตรฐานวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุจำนวน 25 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 115 คนเพื่อนำมาตรวจสอบหาค่าอำนาจจำแนกและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงโดยใช้การทดสอบค่าที ซึ่งเป็นสถิติทดสอบที่ใช้กับมาตราการวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) โดยผู้พัฒนาได้กลุ่มทดสอบออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสูงที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73 และกลุ่มต่ำที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27 ซึ่งตรงกับคะแนน 14.68 และ 6.0 ตามลำดับ ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ข้อกระทงทั้ง 25 ข้อผ่านเกณฑ์ คือ มีค่าเฉลี่ยรายข้อแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อนำค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงทั้งรายข้อและรายด้านกับคะแนนรวมของข้อกระทงที่เหลือในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation – CITC) มาเปรียบเทียบกับค่า  $r$  Critical = .1545 ( $df = 113$ ,  $\alpha = 0.05$ ) แล้ว ผลการตรวจสอบพบว่า ไม่มีข้อกระทงข้อใดที่มีค่า CITC ต่ำกว่าค่า  $r$  Critical ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบดังกล่าว ดังนั้น ข้อกระทงทั้ง 25 ข้อจึงผ่านการตรวจสอบทุกประการ



ตารางที่ 20

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อคำถาม				t	p value	ผ่านสถิติทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่านเกณฑ์	ข้อ กระทั่งที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
1	หัวใจของฉันเต้นแรงหรือเต้นรัว	.0556	.2323	.7226	.5766	6.373	.000**	✓	.494	✓	✓
2	ฉันหายใจติดขัด หายใจไม่เต็ม	.1111	.3187	.7261	.5749	5.513	.000**	✓	.461	✓	✓
3	ฉันมีอาการปวดมวนท้อง	.1389	.3507	.7587	.6172	5.141	.000**	✓	.452	✓	✓
4	ฉันรู้สึกรากับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวไม่ใช่เรื่องจริง	.0030	.0182	.2938	.5271	3.312	.000**	✓	.461	✓	✓

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อคำถาม				t	p value	ผ่านสถิติทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่านเกณฑ์	ข้อคำถามที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
5	ฉันรู้สึกเหมือนว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้	.0278	.1667	.5559	.6185	4.925	.000**	✓	.464	✓	✓
6	ฉันรู้สึกกลัวการตัดสินใจจากผู้อื่น	.0000	.0000	.4908	.5026	5.866	.000**	✓	.486	✓	✓
7	ฉันมักจะกังวลคนอื่นลอบดู ดูหมิ่น ทำให้ฉันต้องอับอาย	.0278	.1667	.4257	.6170	3.719	.000**	✓	.364	✓	✓
8	ฉันมีปัญหานอนหลับยาก	.2222	.4216	.8724	.7948	4.264	.000**	✓	.474	✓	✓

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามที่มีความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อกระทง				t	p value	ผ่านสถิติ ทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อ กระทง ที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
9	ฉันมีปัญหานอนหลับไม่สนิท มักจะตื่น ขึ้นบ่อย ๆ	.2778	.5133	1.1515	.7827	5.472	.000**	✓	✓	✓	
10	ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	.0833	.2803	1.0801	.6074	8.822	.000**	✓	✓	✓	
11	ฉันโกรธง่าย มีอารมณ์ฉุนเฉียวมาก	.0000	.0000	1.1431	.6502	10.563	.000**	✓	✓	✓	
12	ฉันไม่มีสมาธิในการทำอะไรต่าง ๆ	.0833	.2803	.9168	.6357	7.111	.000**	✓	✓	✓	

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตราวัดความวิตกกังวลของ

ผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อคำถาม				t	p value	ผ่านสถิติทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่านเกณฑ์	ข้อคำถามที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
13	ฉันรู้สึกใจเสีย ตื่นตระหนกได้ง่าย	.0933	.2837	.8503	.7684	5.497	.000**	✓	✓	✓	
14	ฉันรู้สึกสนใจสิ่งต่าง ๆ ที่ฉันเคยเพเลิดเพเลินน้อยลง	.0556	.2323	.8816	.7531	6.252	.000**	✓	✓	✓	
15	ฉันรู้สึกท่างเห็น หรือรู้สึกแปลกแยกจากผู้อื่น	.0343	.1701	.6527	.7494	4.815	.000**	✓	✓	✓	
16	ฉันรู้สึกงุนงง สับสน ทำอะไรไม่ถูก	.0278	.1667	.8839	.4058	11.586	.000**	✓	✓	✓	

## ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตราวัดความวิตกกังวลของ

ผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อคำถาม				t	p value	ผ่านสถิติ ทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่าน เกณฑ์	ข้อ กระทบ ที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
17	ฉันไม่สามารถนั่งอยู่นิ่ง ๆ ได้	.0000	.8497	.0000	.5697	8.960	.000**	✓	✓	✓	
18	ฉันวิตกกังวลมากเกินไป	.0556	.9939	.2323	.7236	7.361	.000**	✓	✓	✓	
19	ฉันควบคุมความกังวลของตนเองไม่ได้	.0556	.8511	.2323	.7232	6.243	.000**	✓	✓	✓	
20	ฉันรู้สึกกระวนกระวาย ตึงเครียด หรือ หงุดหงิด	.0278	1.0323	.1667	.4819	11.730	.000**	✓	✓	✓	

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตราวัดความวิตกกังวลของ

ผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อกระทง				t	p value	ผ่านสถิติทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่านเกณฑ์	ข้อกระทงที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
21	ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย หนื่อยง่าย	.2721	.4462	1.2838	.4671	9.024	.000**	✓	✓	✓	
22	ฉันปวดตึง ๆ ตามกล้ามเนื้อ	.7232	.6151	1.3226	.5408	4.244	.000**	✓	✓	✓	
23	ฉันมีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ หรือเป็นตะคริว	.4971	.5580	1.2903	.6925	5.108	.000**	✓	✓	✓	
24	ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าฉันไม่สามารถจัดการอะไรในชีวิตได้เลย	.0073	.0438	.6774	.5408	7.415	.000**	✓	✓	✓	

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ที่ค่าอำนาจจำแนกและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตราวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อคำถาม	การวิเคราะห์ข้อคำถาม				t	p value	ผ่านสถิติทดสอบ	CITC รายข้อ 25 ข้อ	ผ่านเกณฑ์	ข้อ กระทบ ที่เลือก
		วิธีกลุ่มสูง - กลุ่มต่ำ		กลุ่มสูง (N = 31)							
		กลุ่มต่ำ (N = 36)	M	SD	M						
25	ฉันรู้สึกวกักตึงมีเรื่องแย ๆ บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิตของฉัน	.0100	.0599	.8387	.5226	9.454	.000**	✓	.580	✓	✓

หมายเหตุ \*\*  $p \leq .001$

3. การตรวจสอบความเที่ยงมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ผู้พัฒนานำมาตรวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ ไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient:  $\alpha$ ) ซึ่งใช้สำหรับหาค่าความเที่ยงที่การวัดที่มีค่ามากกว่า 2 ระดับ ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งหมดนี้มีค่าเท่ากับ .92





## ภาคผนวก จ

## ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายคู่ตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 21

ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายคู่ตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	รหัส	ระดับ	คะแนน		รหัส	ระดับ	คะแนน	
			ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง
1	131	L	19	5	98	L	16	21
2	35	H	27	1	88	H	22	9
3	37	H	25	5	111	H	24	12
4	99	L	17	6	102	L	16	9
5	104	L	19	8	117	L	16	14
6	33	H	24	4	145	L	16	15
7	67	M	22	5	105	M	20	7
8	60	L	17	6	76	L	17	10
9	129	M	23	4	130	M	21	16
10	15	M	20	9	29	M	23	11
11	58	L	16	7	12	L	19	16
12	56	M	22	10	57	M	20	23
13	54	M	20	14	144	M	23	24
14	94	H	33	15	110	H	27	20
15	142	X	28	6	146	X	46	32
16	87	X	38	11	83	X	37	23
17	135	X	41	8	139	X	51	24
18	69	X	25	8	70	X	43	39

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ค่าคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายคู่ตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	รหัส	ระดับ	คะแนน		รหัส	ระดับ	คะแนน	
			ก่อน	หลัง			ก่อน	หลัง
19	74	X	32	4	5	X	49	32
20	23	X	31	10	21	X	31	30
21	116	L	16	6	137	L	16	20

หมายเหตุ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (L) ระดับปานกลาง (M) ระดับสูง (H) และระดับสูงมาก (X)



## ภาคผนวก ฉ

## การเปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย

ตารางที่ 22

ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลอง

รหัส	ความวิตกกังวล			อาการทางสรีระ			อาการทางการรู้คิด			อาการทางอารมณ์		
	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
131	19	5	ลดลง*	14	4	ลดลง*	3	0	ลดลง*	2	1	ลดลง
35	27	1	ลดลง*	15	1	ลดลง*	5	0	ลดลง*	7	0	ลดลง*
37	25	5	ลดลง*	9	3	ลดลง*	5	0	ลดลง*	11	2	ลดลง*
99	17	6	ลดลง*	6	5	ลดลง	7	1	ลดลง*	4	0	ลดลง*
104	19	8	ลดลง*	11	7	ลดลง*	4	1	ลดลง*	4	0	ลดลง*
33	24	4	ลดลง*	8	2	ลดลง*	6	1	ลดลง*	10	1	ลดลง*
67	22	5	ลดลง*	11	2	ลดลง*	5	1	ลดลง*	6	2	ลดลง*
60	17	6	ลดลง*	8	2	ลดลง*	5	0	ลดลง*	4	4	คงเดิม
129	23	4	ลดลง*	6	4	ลดลง	7	0	ลดลง*	10	0	ลดลง*
15	20	9	ลดลง*	11	3	ลดลง*	3	1	ลดลง	6	5	ลดลง
58	16	7	ลดลง*	7	2	ลดลง*	2	4	เพิ่มขึ้น	7	1	ลดลง*
56	22	10	ลดลง*	11	7	ลดลง*	3	1	ลดลง	8	2	ลดลง*
54	20	14	ลดลง	12	6	ลดลง*	6	4	ลดลง	2	4	เพิ่มขึ้น
94	33	15	ลดลง*	18	4	ลดลง*	8	4	ลดลง*	7	7	คงที่
142	28	6	ลดลง*	13	2	ลดลง*	10	1	ลดลง*	5	3	ลดลง
87	38	11	ลดลง*	26	8	ลดลง*	6	0	ลดลง*	6	3	ลดลง

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลอง

รหัส	ความวิตกกังวล			อาการทางสรีระ			อาการทางการรู้คิด			อาการทางอารมณ์		
	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
135	41	8	ลดลง*	17	4	ลดลง*	11	0	ลดลง*	13	4	ลดลง*
69	25	8	ลดลง*	10	1	ลดลง*	8	3	ลดลง*	7	4	ลดลง
74	32	4	ลดลง*	5	0	ลดลง*	6	1	ลดลง*	21	3	ลดลง*
23	31	10	ลดลง*	17	4	ลดลง*	7	3	ลดลง*	7	3	ลดลง*
116	16	6	ลดลง*	7	4	ลดลง	5	2	ลดลง	4	0	ลดลง*

หมายเหตุ \* หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 1SD; ความวิตกกังวล ( $M = 11.05, SD = 8.11$ ), อาการทางสรีระ ( $M = 5.77, SD = 3.38$ ), อาการทางการรู้คิด ( $M = 2.57, SD = 2.84$ ), อาการทางอารมณ์ ( $M = 2.71, SD = 3.05$ )

## ตารางที่ 23

ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลง  
ของกลุ่มควบคุม

รหัส	ความวิตกกังวล			อาการทางสรีระ			อาการทางการรู้คิด			อาการทางอารมณ์		
	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
98	16	21	เพิ่มขึ้น	6	10	เพิ่มขึ้น	6	8	เพิ่มขึ้น	4	3	ลดลง
88	22	9	ลดลง*	14	7	ลดลง*	2	1	ลดลง	6	1	ลดลง*
111	24	12	ลดลง*	11	3	ลดลง*	5	4	ลดลง	8	5	ลดลง
102	16	9	ลดลง	7	5	ลดลง	2	3	เพิ่มขึ้น	7	1	ลดลง*
117	16	14	ลดลง	14	8	ลดลง*	0	1	เพิ่มขึ้น	2	5	เพิ่มขึ้น
145	16	15	ลดลง	8	5	ลดลง	1	4	เพิ่มขึ้น	7	6	ลดลง
105	20	7	ลดลง*	14	3	ลดลง*	1	1	คงเดิม	5	3	ลดลง
76	17	10	ลดลง	10	6	ลดลง*	0	2	เพิ่มขึ้น	7	2	ลดลง*
130	21	16	ลดลง	12	11	ลดลง	1	2	เพิ่มขึ้น	8	3	ลดลง*
29	23	11	ลดลง*	9	4	ลดลง	7	3	ลดลง*	7	4	ลดลง
12	19	16	ลดลง	8	6	ลดลง	5	5	คงเดิม	6	5	ลดลง
57	20	23	เพิ่มขึ้น	13	14	เพิ่มขึ้น	3	4	เพิ่มขึ้น	4	5	เพิ่มขึ้น
144	23	24	เพิ่มขึ้น	14	9	ลดลง*	3	7	เพิ่มขึ้น	6	8	เพิ่มขึ้น
110	27	20	ลดลง	18	13	ลดลง*	6	2	ลดลง*	3	5	เพิ่มขึ้น
146	46	32	ลดลง*	22	12	ลดลง*	8	7	ลดลง	16	13	ลดลง
83	37	23	ลดลง*	11	8	ลดลง	14	6	ลดลง*	12	9	ลดลง*
139	51	24	ลดลง*	17	8	ลดลง*	16	7	ลดลง*	18	9	ลดลง*
70	43	39	ลดลง	15	19	เพิ่มขึ้น	17	11	ลดลง	11	9	ลดลง
5	49	32	ลดลง*	18	16	ลดลง	15	8	ลดลง*	16	8	ลดลง*

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ค่าคะแนนความวิตกกังวลและองค์ประกอบย่อย ก่อนและหลังทดลอง และทิศทางการเปลี่ยนแปลง  
ของกลุ่มควบคุม

รหัส	ความวิตกกังวล			อาการทางสรีระ			อาการทางการรู้คิด			อาการทางอารมณ์		
	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
21	31	30	ลดลง	8	10	เพิ่มขึ้น	11	12	เพิ่มขึ้น	12	8	ลดลง*
137	16	20	เพิ่มขึ้น	12	14	เพิ่มขึ้น	2	0	ลดลง	2	6	ลดลง

หมายเหตุ \* หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 1SD; ความวิตกกังวล ( $M = 11.05, SD = 8.11$ ), อาการทางสรีระ ( $M = 5.77, SD = 3.38$ ), อาการทางการรู้คิด ( $M = 2.57, SD = 2.84$ ), อาการทางอารมณ์ ( $M = 2.71, SD = 3.05$ )



ภาคผนวก ข  
โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลง  
ตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น



โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบขั้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
1	สร้างสัมพันธภาพและประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ	การสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก : เชิญชวนให้ผู้มาปรึกษาเริ่มสังเกตอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวล โดยเน้นที่อาการทางสรีระ พร้อมทั้งสังเกตความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีความรู้ตัวและรับรู้อาการ	- การไม่ตระหนักถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง	- การสังเกตตนเองอย่างมีสติรู้สำนึก	- ทักษะและเทคนิควิธีการทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
		<u>การนำเสนอกระบวนการขั้นตอนตามแนว ACT :</u> สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ตรวจพิจารณาพฤติกรรมและวิธีเผชิญปัญหา ผ่านการวิเคราะห์พฤติกรรม ร่วมกับกรวิเคราะห์ภาษา โดยเฉพาะในส่วนของคุณค่าในชีวิต	- การมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาที่จำกัด หรือไม่รู้จักรากทางเลือกอื่น ๆ	- การมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาตามแนว ACT และเห็นถึงความจำเป็นที่จะปรับใช้กับกรณี	- การสัมภาษณ์เบื้องต้นตาม (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (2) แบบสังเกตบุคลิกภาพและพฤติกรรมของ



ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
1		ACT ต่อผู้มาปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์	ของตน	ผู้มาปรึกษา และ (3) มาตราวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ	
		การสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีศึกษา และทำความเข้าใจร่วมกัน : เปิดโอกาสในการทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้มาปรึกษา ในประเด็นปัญหาและความคาดหวัง พร้อมทั้งเอื้ออำนวยให้สามารถกำหนดโจทย์การบริการที่แท้จริง	- การไม่ตระหนักถึงการตรวจพินิจตนเอง	- การนำเสนอด้วยแผนภาพความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้มาปรึกษา	

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบต้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
2	ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลของ ผู้สูงอายุและเสริมสร้าง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	บรรยายภาพวงจรรวมวิตกกังวลของ ผู้สูงอายุ* : สะท้อนและทำความเข้าใจ ร่วมกันเกี่ยวกับวงจรความวิตกกังวลของ ผู้มาปรึกษา ที่เชื่อมโยงเข้ากับแบบแผน พฤติกรรมและวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ไร้ประโยชน์ หรือใช้ไม่ได้ผล	- พฤติกรรมหลีกเลี่ยง - การเปิดรับประสบการณ์ และกล้าเผชิญหน้ากับ ความกลัว	- การนำเสนอด้วยแผนภาพ วงจรรวมวิตกกังวลของ ผู้มาปรึกษา	
		การเข้าร่วมชีวิตอยู่กับปัจจุบันขณะ : เชิญชวน ให้ผู้มาปรึกษาได้ฝึกทำความเข้าใจผ่านทาง สัมผัสต่าง ๆ สังเกตความรู้สึกนึกคิด	- การสังเกตตนเองอย่างมี สติรู้สำนึก	- การดำรงชีวิตอยู่กับ ปัจจุบันขณะ	- เทคนิคการระลึกถึงสัมผัส ด้านต่าง ๆ

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบต้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
2		เกิดขึ้น และอยู่กับประสบการณ์แต่ละขณะได้ในชั่วโมงการศึกษา			
		<p>การยอมรับ : สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ทำ ความเข้าใจกับประสบการณ์เจ็บปวด และ อยู่กับความรู้สึกนึกคิดทางลบที่เกิดขึ้น กระทั่งเกิดความเข้าใจที่เอื้อแก่ จน ประสบการณ์หรือความรู้สึกนึกคิดดังกล่าว</p>	<p>- การหลีกเลี่ยงประสบการณ์</p>	<p>- การยอมรับ ประสบการณ์</p>	<p>- เทคนิคการเผชิญหน้ากับ ความกลัว</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการปฏิบัติที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบยั่งยืน

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
2		ไม่อาจส่งอิทธิพลใด ๆ แก่คนได้อีกต่อไป หรือมีท่าทีที่เปิดกว้างและยืดหยุ่นต่อสิ่งเหล่านี้มากขึ้น			
		ความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง** : สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้มีความหวังต่อการใช้ชีวิตที่ดีที่ตั้งอยู่บนฐานของความเป็นจริง อีกทั้งมีการเสริมสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	- การยอมรับประสบการณ์	- การมีความเต็มใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง	- ทักษะและเทคนิควิธีการทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยา - เทคนิคเกี่ยวกับ การเสริมแรงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
3	เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความกังวลใจของผู้สูงอายุ	<p>การปล่อยวางทางความรู้สึก : ส่งเสริมให้ผู้มาปรึกษาได้ถอนการจับจ้องต่อความนึกคิดหนึ่งใดเป็นพิเศษ และสนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ปล่อยวางความคิดอัตโนมัติเชิงลบหรืออคติต่าง ๆ</p>	<p>การติดขัดกับความคิด</p>	<p>การปล่อยวางทางความรู้สึก</p>	<p>- ทักษะและเทคนิควิธีการทางการปรึกษาเชิงจิตวิทยา</p>
		<p>การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต : ให้อ่านให้ผู้มาปรึกษาได้ตรวจพิจารณาชีวิตตนภายใต้บริบทชีวิตในขณะปัจจุบัน เพื่อลดการตีตราตนเอง จาก</p>	<p>การยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง</p>	<p>การเชื่อมตนเข้ากับบริบทชีวิต</p>	<p>- การนำเสนอด้วยแผนผังกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม</p>

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการปฏิบัติที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
3		<p>ความเชื่อที่ยึดโยงอยู่กับภาพตัวตนในอดีต                      ความคิดเกี่ยวกับตัวตนในปัจจุบัน และ                      จินตนาการถึงตัวตนที่คาดหวังในอนาคต                      รวมถึงสนับสนุนให้มีการขยายโลกทัศน์ของ                      ตนให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้เห็นภาพความ                      เชื่อมโยงระหว่างตัวตนในปัจจุบันกับ                      สิ่งแวดล้อมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น</p>			

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
4	เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความวิตกกังวลโดยรวมของผู้สูงอายุ	การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าในชีวิต : ผู้อ่านวัยผู้ใหญ่ปรึกษาได้ตรวจพินิจถึงสิ่งที่ให้คุณค่า ทำให้ชีวิตมีคุณค่า ความหมายเนื่องจากสามารถตั้งหลักชัยในชีวิตของตนได้ และมีเข็มมุ่งหรือทิศทางที่จะนำไปสู่หลักชัยนั้นได้อย่างแน่ชัด	- การขาดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือ มีพฤติกรรมการเพิ่มขึ้น	- การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าในชีวิต	- เทคนิคการทำสมาธิเข้าใจต่อคุณค่าในชีวิตให้กระจ่างชัด

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสั้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
4		<p>มีการกระทำด้วยความมุ่งมั่น : สนับสนุนให้ผู้มาปรึกษาได้ตั้งพันธกิจชีวิต และวางแผนการกระทำหรือกำหนด พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อบรรลุพันธกิจชีวิต</p>	<p>- การขาดความชัดเจนใน การลงมือกระทำ</p>	<p>- การมีความมุ่งมั่นที่จะ กระทำการหนึ่งใดเพื่อ บรรลุพันธกิจชีวิต</p>	



ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
5	ประเมินความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและยุติการปรึกษาเชิงจิตวิทยา	การสรุปบทวนประสบการณ์ของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนว ACT : เชิญชวนให้บทวนประสบการณ์ร่วมกันและสรุปผลการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับสถานะจิตใจที่ยืดหยุ่นมากขึ้น อีกทั้งยังชวนให้ได้พิจารณาถึงประสบการณ์ของ	- การมีประสบการณ์ตรง	- การมีความเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ และประจักษ์แจ้งในประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงตนเองตามแนว ACT	- การสรุปบทวนและยุติการปรึกษา โดยอาศัยเครื่องมือ คือ (1) มาตรการวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (2) แผนภาพวงจรความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 24 (ต่อ)

โครงสร้างและกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่นแบบสิ้น

ครั้งที่	เป้าหมาย	กระบวนการตามแนว ACT	กระแสการเปลี่ยนแปลงตามแนว ACT		เทคนิควิธีการ / เครื่องมือที่ใช้
			ก่อน	หลัง	
5		ตัดสินใจเลือก และการทดลองและทดสอบวิธีการต่าง ๆ ในการจัดระเบียบชีวิตตนเองและสร้างพฤติกรรมใหม่			(3) แผนภาพความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้มาปรึกษา และ (4) แผนผังกระแสการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม



## ภาคผนวก ซ

## ตัวอย่างการสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับกรณีศึกษา

## ผู้เข้าร่วมการวิจัย กรณี 33

คุณลุงชาติ ชายไทย อายุ 71 ปี เป็นบุตรคนสุดท้อง มีพี่ชายและพี่สาวรวม 6 คน เขาแต่งงานเมื่ออายุ 21 ปี แต่ได้แยกทางจากภรรยาเมื่อประมาณ 7 ปีก่อน มีบุตรทั้งสิ้น 4 คน เป็นบุตรแท้ ๆ 3 คน และบุตรบุญธรรม 1 คน บุตร 2 คนโตและบุตรบุญธรรมแยกครอบครัวไปแล้ว เหลือบุตรชายคนเล็ก (40 ปี) ที่ยังอยู่อาศัยกับแม่ ไม่ได้ทำงานเป็นหลักแหล่งและเคยติดยา แต่ก็ยังเป็นบุตรเพียงคนเดียวที่มาเยี่ยมคุณลุงชาติที่ศูนย์เป็นประจำ คุณลุงชาติมีภูมิลำเนาเป็นชาวจังหวัดชลบุรี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หาเลี้ยงชีพด้วยการรับจ้างทั่วไป บ่อยครั้งที่ไม่มีเงินทองไม่พอใช้สอย เขามักไปขอหรือหยิบยืมจากพี่ ๆ ทั้ง 6 อยู่เสมอ

คุณลุงชาติเข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง หลังจากเลิกกับภรรยาได้ประมาณ 1 ปี และพักอาศัยอยู่ที่นี้เป็นปีที่ 6 คุณลุงชาติยังคงช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะรู้สึกวุ่นวายและเหนื่อยแสบ และมีอาการเวียนหัวเป็นประจำ โดยเข้าใจว่าเป็นเพราะพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนหลับยากและตื่นกลางดึกบ่อยเนื่องจากต้องนอนรวมกันในเรื่องนอนใหญ่ เขากินยานอนหลับก่อนนอนเป็นประจำ แต่จะนอนหลับดีขึ้นหากกินยาที่พี่ร่วมด้วย คุณลุงชาติมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ในด้านพฤติกรรม คุณลุงชาติเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ้าง เช่น การออกมารับบริจาค การร่วมงานเทศกาลสำคัญ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการชักชวนและกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ (พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม) แต่เขามักปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบางอย่าง ได้แก่ การออกกำลังกาย ตอนเช้า การช่วยงานศูนย์ (เช่น เตรียมอาหาร ทำความสะอาด ดูแลสวน ฯลฯ) การฟังธรรมะในวันพระ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม คุณลุงชาติจะคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มคนหนึ่งซึ่งไม่สามารถเดินได้ โดยช่วยเข็นรถพาไปที่ต่าง ๆ ภายในศูนย์

คุณลุงชาติมักแยกตัวออกไปนั่งเงียบ ๆ คนเดียวริมชายทะเล เพราะทนเห็นภาพที่ผู้อื่นมีลูกหลานมาเยี่ยมไม่ได้ เขารู้สึกอ้างว้างและน้อยใจในชะตาชีวิตตนเอง จนต้องแอบไปนั่งซึม ร้องไห้

คนเดียวไม่ให้ใครเห็น คุณลุงชาติมักจะใช้ความคิดไปกับเรื่องน่าอัศจรรย์ในอดีตของตน พร้อมไปกับการสูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียดที่เกิดขึ้น และติดการดื่มกาแฟทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน

## ปัญหานำ

คุณลุงชาติเข้าพบนักจิตวิทยาการปรึกษาด้วยความรู้สึกอับอายและเจ็บใจที่ถูกผู้สูงอายุร่วมกลุ่มที่เขาช่วยเหลือเพียงคนเดียวไว้วางใจว่าเขาต่อหน้าผู้อื่นในที่สาธารณะ เขาคิดมากในเรื่องนี้จนทำให้พักผ่อนไม่หลับ หรือหลับแต่ไม่สนิท ตื่นบ่อย แล้วเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึก จะกระสับกระส่าย และไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีก เพราะนึกถึงแต่เรื่องที่ต้องเสียหน้า และรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ทำได้แล้วไม่ได้ผลดีตอบแทน

## เหตุการณ์กระตุ้น

หลังจากที่คุณลุงชาติเซ็นผู้สูงอายุที่ดูแลไปกินข้าวที่โรงอาหาร เขาจึงได้ขอเงิน 20 บาท เพื่อไปซื้อบุหรี่สูบ ผู้สูงอายุท่านนั้นโพล่งต่อว่าคุณลุงชาติที่ชอบมา “ไถ” เงินค่าบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ซึ่งหากเขาไม่ให้ก็จะถูกคุณลุงชาติค่อนข้างอด ทวงบุญคุณ หรือในบางครั้งก็ถือวิสาสะเข้ามาเปิดดูกระเป๋าเงินของเขา คุณลุงชาติปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริงดังที่ถูกกล่าวหา และยืนยันว่าที่คอยช่วยเหลือดูแลนั้นเป็นเพราะรู้สึกสงสาร ไม่ได้หวังผลตอบแทน คุณลุงชาติถามตนเองว่า “ทำไมต้องทำอย่างนี้กับผม” และเห็นว่าตนเป็นคนที่ “ไม่มีใครเอา”

เหตุการณ์นี้กระตุ้นให้คุณลุงชาติหวนระลึกถึงประสบการณ์ที่ตนโดนพี่ชายและหลานปฏิเสธไม่ให้เงินใช้ แถมยังขับไล่ไสส่ง ทำให้ขายหน้าต่อผู้คน อีกทั้งยังโทรบอกญาติคนอื่น ๆ ให้ตัดความช่วยเหลือแก่เขา ไม่ให้เงิน ไม่ให้ที่พักพิง คุณลุงชาติรู้สึกน้อยใจและคับแค้นใจที่ญาติพี่น้องไม่ต้อนรับ ปฏิเสธตนเหมือนเป็น “คนน่ารังเกียจ” รวมถึงหวนคิดถึงเหตุการณ์ที่ภรรยาและลูกทิ้งเขาไป คุณลุงชาติกลัวว่าจะถูกทอดทิ้งไว้ที่ศูนย์นี้ตลอดไป ยิ่งเมื่อได้รับข่าวจากลูกชายว่าจะไม่มาเยี่ยมอีกแล้ว เพราะภรรยาที่เลิกราไปสั่งห้ามเด็ดขาด ก็ยิ่งทำให้เขารู้สึกผิดหวังกับชะตาชีวิตของตน

## ประเด็นทางการศึกษาเชิงจิตวิทยา

คุณลุงชาติหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับคู่อริหรืออยู่ในกลุ่มซึ่งทำให้เขาย้อนระลึกถึงประสบการณ์เจ็บปวด เขาแอบหลบหน้าผู้คนในตอนกลางวัน ใช้เวลาอยู่กับการสูบบุหรี่และหมกมุ่นกับความรู้สึกนึกคิดทางลบ ในขณะที่ตอนกลางคืน ความวิตกกังวลก็รบกวนการนอนหลับ ทำให้หลับยาก ตื่นง่าย และไม่สามารถกลับไปหลับได้อีก เขาใช้ชีวิตกลางคืนไปกับการคิดเกี่ยวกับชะตาชีวิตที่ย่ำแย่ของตนเอง การดื่มกาแฟเพื่อขจัดความอ่อนล้าทางจิตใจ และการสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

## ปัจจัยบั่นทอนแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

คุณลุงชาติได้รับผลตอบแทนที่ดีจากการใช้แบบแผนพฤติกรรมเดิมในการเผชิญปัญหาตลอดมา โดยทำให้มีความผ่อนคลายจากความตึงเครียดที่เกิดขึ้น และทำให้ตนสามารถอยู่กับความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ได้นานเท่าที่ตนปรารถนา นอกจากนี้ คุณลุงชาติยังมีความเชื่อมั่นว่าข้อสรุปเกี่ยวกับตนเองนั้นเป็นความจริงแท้อย่างไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากตนได้รับการยืนยันคนใกล้ชิดซ้ำแล้วซ้ำเล่าหลายครั้ง และยังไม่เชื่อมั่นในการกระทำของตนที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ มองว่าชีวิตของตนนั้นขึ้นอยู่กับผู้อื่น และตนสมควรได้รับสิ่งที่ดีกว่านี้จากคนรอบข้าง ทั้งนี้คุณลุงชาติไม่เคยมีโอกาสดูตรวจพินิจความเชื่อ พฤติกรรม และความคิดเกี่ยวกับตัวตนอย่างจริงจัง

## ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ

คุณลุงชาติมีความอดทนอดกลั้นต่ำ มีปัญหาเกี่ยวกับการกำกับตนเองหรือขาดวินัยในตน โดยเฉพาะในเรื่องของการขอเงินผู้อื่นและใช้สารเสพติดทดแทน เขามีการใช้ชีวิตที่ต่ำกว่าสมรรถภาพที่มี มักบ่ายเบี่ยงการทำงานตามหน้าที่ของตนหรือผลัดวันประกันพรุ่ง โดยอาศัยการมีโรคประจำตัวเป็นข้ออ้าง หากแต่เลือกทำงานบางอย่างเพื่อแลกกับเงินค่าบุหรี่ เขามีพฤติกรรมสุขภาพที่แย่และไม่ตระหนักว่าพฤติกรรมที่ตนคุ้นชินนั้นมีความเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอย่างเป็นวงจร อันจะนำไปสู่สิ่งที่เขาไม่ปรารถนาที่สุดคือ การตายทรมาน

นอกจากนี้ คุณลุงชาติยังใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยงเป็นวิธีการหลักในการเผชิญปัญหา มีลักษณะของการถ้อยโณประสบการณ์เจ็บปวดและความรู้สึกนึกคิดทางลบไปสู่การสูบบุหรี่ทดแทน

มีความกังวลใจเรื่องการเงินและรอคอยให้ลูกมาเยี่ยม อีกทั้งยังเฝ้าวิตกกังวลแต่กับความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้งตนเอง และเป็นคนน่ารังเกียจในสายตาคนรอบข้าง จนทำให้เขาละเลยชีวิต รอบตัวไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณลุงชาติมีลักษณะของความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจใน 3 ประการ ได้แก่ (1) การยึดมั่นกับความคิดเกี่ยวกับตนเอง (“คนที่น่ารังเกียจ” “คนที่ไม่มีใครเอา”) (2) การไม่ประจักษ์ชัดถึงคุณค่าภายในตน มีความล้มเหลว สงสัย ไม่นั่นคงต่อทิศทางการดำเนินชีวิต (การปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามยถากรรม เพราะคิดว่าตนไม่อาจมีชีวิตที่ตนปรารถนาได้แล้ว และสูญเสียความหวังในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น) และ (3) พฤติกรรมหลีกเลี่ยง (การแยกตัวออกจากสังคม และการใช้สารเสพติดทดแทน)

### ปัจจัยสร้างเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ

แม้ว่าคุณลุงชาติจะยังไม่อยากตาย (เพราะมีความหวังว่าลูกจะรับไปอยู่ด้วย) แต่ก็ไม่ได้กลัวความตาย หากกลับกลัว “ตายทรมาน” ทั้งนี้เพราะไม่อยากเห็นตัวเองต้องตกอยู่ในสภาพที่น่าสมเพชหรือเป็นคนน่ารังเกียจ คุณลุงชาติตั้งปณิธานว่าจะไม่ไปอยู่ที่ตึกผู้ป่วยหนัก กลุ่ม 4 โดยเด็ดขาด เนื่องจากเคยไปเห็นสภาพของเพื่อนที่อยู่ตึกนั้นแล้วรับไม่ได้ ในความเข้าใจของเขา ผู้สูงอายุที่อยู่ในตึกผู้ป่วยหนักคือคนที่กำลังจะตาย ใครไปอยู่แม้จะแข็งแรงก็ต้องตายสถานเดียว การย้ายไปอยู่ตึกผู้ป่วยหนัก กลุ่ม 4 จึงเป็นมาตรการลงโทษขั้นรุนแรงที่สุดในชีวิต

ปัจจัยหลักที่เสริมสร้างเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจจึงได้แก่ (1) การประจักษ์ชัดถึงคุณค่าภายในตน คือ การมีหลักชัยในชีวิตว่าตนจะไปเป็นภาระผู้อื่นอีกต่อไป จะต้องมีความสุขดีและพึ่งพาตนเองได้ ไม่ว่าในอนาคตจะได้กลับไปอยู่กับลูกหรือตายที่ศูนย์นี้ก็ตาม และเมื่อตายก็ขอตายอย่างสบาย ไม่ยอมตายแบบทรมานเด็ดขาด และ (2) การกระทำด้วยความมุ่งมั่น คือ การตัดวงจรความวิตกกังวลและพฤติกรรมทำลายสุขภาพ รวมถึงหยุดใช้พฤติกรรมหลีกเลี่ยง พาดตนเองกลับเข้าสู่สังคมเพื่อนผู้สูงอายุแล้วเริ่มต้นทำงานที่ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าของตน (การเป็นจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่ตึกป่วย)

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสืบพงศ์ ฉัตรธัมมลักษณ์ เกิดเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2520 สำเร็จการศึกษาปริญญาพาณิชยศาสตร์บัณฑิต (บริหารการตลาด) จากคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2541 และปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (กฎหมาย เศรษฐกิจ) จากคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555

ผู้วิจัยได้ศึกษารายวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตามหลักสูตรสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ทั้งในเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการให้บริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ในการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล (Individual counseling) รวมระยะเวลาประมาณ 253 ชั่วโมง และ (2) มีประสบการณ์ในการให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Group counseling) รวมระยะเวลาประมาณ 210 ชั่วโมง

หมายเหตุ : หากผู้อ่านท่านใดมีความประสงค์ใช้มาตรการวัดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ หรือการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวการบำบัดที่เน้นการยอมรับและความมุ่งมั่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อได้ที่ [cd.suebpong@gmail.com](mailto:cd.suebpong@gmail.com)