



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

พัชรินทร์ ครองธรรม*, เพ็ญพักตร์ อุทิศ** และ สมรักษ์ สันติเบญจกุล***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

แบบแผนการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง จำนวน 40 คน ถูกจับคู่ด้วย เพศ และคะแนนความวิตกกังวล และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน 3) แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว และ 4) แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด แบบประเมินชุดที่ 2-4 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและประจำตัว ของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีประสิทธิภาพทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/ โรคจิตกังวลทั่วไป/ การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

*** อาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Patcharin Krongtham*, Penpaktr Uthis** and Somruk Suntibenchakul***

Abstract

Purpose: The study aimed to test the effect of mindfulness-based cognitive therapy in patients with generalized anxiety disorder.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The sample consisted of 40 patients with generalized anxiety disorder who were receiving outpatient services from a psychiatric clinic. They were matched by gender and anxiety scores and then randomly assigned as pairs to either the experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the mindfulness-based cognitive therapy program while the control group received regular nursing care. Data were collected by 1) the demographic data form, 2) the State-Trait Anxiety Inventory form Y-1, 3) the State-Trait Anxiety Inventory form Y-2 and 4) the ruminative response scale. All had content validity. The Cronbach's alpha reliability of the 2nd to 4th instruments were .87, .88 and .85, respectively. Descriptive statistics and t-tests were used in the data analysis.

Findings: 1) Mean of the state and trait anxiety of the experimental group after receiving the mindfulness-based cognitive therapy program was significantly lower than before receiving the program, at the .05 level.

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

Conclusion: The program has been shown to be effective at reducing anxiety in patients with generalized anxiety disorder.

Keywords: Anxiety/ Generalized anxiety disorder/ Mindfulness-based cognitive therapy

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Pathumwan District, Bangkok 10330, Thailand. Email: Penpaktr.u@chula.ac.th

*** Special Lecturer, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.



บทนำ

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบมากที่สุดและพบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป โดยมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 3-5 ของประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 (Ruangtrakool, 2014) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจระดับชาติของประเทศไทย ปี ค.ศ. 2013 พบว่าโรควิตกกังวลทั่วไปมีความชุกร้อยละ 1.9 ประชาชนทั่วไป (Suksompop et al., 2016) ปัญหาโรคนี้นี้มีแนวโน้มสูงขึ้นดังที่พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 106,997 คน ในปี ค.ศ. 2014 เป็น 124,992 คน ในปี ค.ศ. 2015 เป็น 124,922 คน คิดเป็นร้อยละ 9.89 และ 11.68 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Department of Mental Health, 2015) และข้อมูลสถิติสำนักเวชระเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบมีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชสูงที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวลทั้ง 3 ปี โดยมีจำนวน 1,560, 1,540 และ 1,620 ราย ในปี ค.ศ. 2014-2016 ตามลำดับ (Information Technology, Chulalongkorn Memorial Hospital, 2016)

โดยปกติผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมักจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Antai-Otong, 2003) จะมีอาการเด่น คือ มีความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอย่างมาก (Phoomsirasawat, 2000; Ruangtrakool, 2014) เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ ไปในชีวิต เช่น สุขภาพ การเงิน การเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อน ปัญหากับคนอื่น หรือปัญหาการทำงาน แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองมีความหมกมุ่นและกังวลกับบางเรื่องมากเกินไป โดยไม่สมเหตุผล แต่ไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดอาการที่มีผลรบกวนต่อการทำหน้าที่ การงาน กิจกรรมทางสังคม หรือบทบาทอื่นๆ และไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันเช่นคนปกติได้ เช่น กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ทุกข์ทรมานและตึงเครียดทางจิตใจ อารมณ์

ฉุนเฉียว โมโหง่าย สมาธิไม่ได้ ฯลฯ เป็นต้น (Sattayotham, Jun & Charoensuk, 2013; American Psychiatric Association, 2013)

Spielberger (2004) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเฉพาะเวลาที่มีเหตุการณ์มากระทบ และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety) คือ ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ซึ่งความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีสาเหตุจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเพิ่มของสารสื่อประสาท gamma-aminobutyric acid และ serotonin และการคุกคามต่อความมั่นคงของร่างกาย และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม อันได้แก่ ความไม่กลมกลืนของความคิดเกิดการหมกมุ่นครุ่นคิด ความไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ และการเร้าเกินระดับ เป็นต้น (Stein, Hollander & Rothbaum, 2009) ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังการศึกษาของ Barlow & Dinardo (1991) พบว่า การหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป สอดคล้องกับ Segerstrom, et al., (2000) พบว่า กระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด หรือการคิดแบบซ้ำๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดความวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muris, et. al, (2004) และ Nolen-Hoeksema, (2000) พบว่า การหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวล เช่นกัน

ที่ผ่านมาแม้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) จะสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ แต่ Evans, et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในรูปแบบนี้ยังคงมีความวิตกกังวลหลงเหลืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ninan (2001) ที่พบว่า



หลังการบำบัดด้วย CBT ผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวลลดลงเป็นบางส่วน (partial remission) จำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่หายจากอาการวิตกกังวล (full remission) ถึงสองเท่าชี้ให้เห็นว่าหลังการบำบัดด้วย CBT จะมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังมีอาการวิตกกังวลหลงเหลืออยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก CBT ในรูปแบบเดิมมุ่งบำบัดในส่วนเนื้อหาของความคิด (content of thought) ที่บิดเบือนหรือผิดปกติด้านทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ความคิดหลงผิด หรือความคิดปราศจากเหตุผล แต่ยังขาดการจัดการกับกระบวนการคิด (process of thought) ในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Rumination) ด้วยเหตุนี้ในระยะต่อมาจึงมีนักวิชาการซึ่งสนใจพัฒนาการบำบัดที่จะแก้ไขช่องว่างที่พบนี้

Evans, et al, (2008) ได้นำแนวคิดการเจริญสติมาพัฒนาควบคู่กับการบำบัดทางความคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้น และเรียกรูปแบบการบำบัดที่ผสมผสานนี้ว่าการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) แล้วนำมาทดลองใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยอธิบายว่าการบำบัดในรูปแบบใหม่นี้จะสามารถแก้ไขกระบวนการคิดแบบการหมกมุ่นครุ่นคิดอันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ เนื่องจาก MBCT ใช้กระบวนการบำบัดตามขั้นตอนหลักของ CBT ทุกขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาการหมกมุ่นครุ่นคิด การตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด และการปรับเปลี่ยนการหมกมุ่นครุ่นคิด โดยมีการนำกลยุทธ์ทางจิต คือ การเจริญสติ (mindfulness meditation) เข้ามาใช้ในขั้นตอนการบำบัดทางความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความคิดทั้งหมดที่เกิดขึ้นของตนเอง แล้วเกิดการยอมรับโดยไม่เข้าไปยึดติด เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดและมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบน้อยลง แต่แทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ซึ่งการฝึกสตินี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตกระบวนการคิดในลักษณะของการหมกมุ่นครุ่นคิดที่กำลังเกิดขึ้นของตนเอง แล้วเปลี่ยนการคิดแบบวกวนนั้นให้เป็นการคิด

แบบพินิจพิจารณาแทน (Felder, Dimidjian and Segal, 2012)

Segal, Teasdale, & Williams (2002) กล่าวว่า การเจริญสติจะอธิบายถึงรูปแบบหลักของจิตใจ 2 แบบ คือ 1) Doing Mode เป็นจิตใจที่มีเป้าหมายซึ่งมักจะทำงานเมื่อเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ใจต้องการให้เป็นหรือต้องการให้เกิดขึ้น กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงนำไปสู่การตอบสนองโดยอัตโนมัติด้วยการพยายามลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสถานการณ์จริงกับการรับรู้สถานการณ์ตามที่บุคคลคิดว่าควรจะเป็น เมื่อประสบกับสถานการณ์ใดเคยหมกมุ่นครุ่นคิดแบบใด ก็จะมีหมกมุ่นครุ่นคิดอย่างนั้นตามความเคยชิน จนเกิดเป็นความคิดยึดติด และ 2) Being Mode คือ จิตใจที่ไม่ได้สนใจการเข้าถึงเป้าหมาย แต่เน้นที่การยอมรับสถานการณ์อย่างที่เป็น โดยไม่คาดหวังและไม่มีความกดดันที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงเป็นการตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน ไม่หมกมุ่นครุ่นคิด ดังนั้น กระบวนการบำบัดด้วย MBCT จึงมุ่งจัดกระทำกับจิตใจทั้งสองรูปแบบ เริ่มจากช่วงแรกของการบำบัดจะเป็นการพบกันของผู้บำบัดและผู้ป่วย เพื่อสอนให้ผู้ป่วยทำความรู้จักกับ Doing Mode และเข้าใจกลไกการทำงานของจิตรวมถึงการหมกมุ่นคิดของตนเอง แล้วจึงเริ่มพัฒนาให้เกิด Being Mode เข้ามาแทนที่ โดยอาศัยการฝึกสติการอยู่กับปัจจุบัน พิจารณาการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาที่ถูกกระตุ้นจากการทำงานของ Doing Mode จากนั้นเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยค่อยๆ เรียนรู้ที่จะดึงตนเองออกจาก Doing Mode มาสู่ Being Mode ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยจะมีสติพิจารณาความคิดของตนเองได้ ทำให้เกิดการตระหนักรู้ว่าความคิดนั้นเป็นเพียงการหมกมุ่นครุ่นคิด และช่วงท้ายของการบำบัดจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้บูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ฝึกไปใช้ให้อยู่กับปัจจุบันได้อย่างปกติสุขควบคู่ไปกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไปในอนาคตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า MBCT เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล



ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ดังเช่น การศึกษาของ Evans, et al., (2008) ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า MBCT สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ นอกจากนี้ Kim, et al. (2009) ได้ศึกษาการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศเกาหลี ก็พบผลการรักษาที่สอดคล้องกัน คือ หลังการบำบัดด้วย MBCT ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปลดลงกว่าก่อนการบำบัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำแนวคิด MBCT ตามการศึกษาของ Evans, et al., (2008) มาพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศไทย และสามารถช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำบทบาทหน้าที่ด้านต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ

2. คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM V) ที่เข้ารับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20-59 ปี ซึ่งมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง (มีคะแนนระหว่าง 41-70 คะแนน) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำผลการศึกษาของ Evans, et al., (2008) มาใช้ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่อำนาจทดสอบในระดับที่ยอมรับได้ คือ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Polit & Beck, 2004) พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าใกล้โค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 20 คน รวม 2 กลุ่ม เป็นจำนวน 40 คน และมีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pairs) ให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ และคะแนนความวิตกกังวล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Evans, et al, (2008) ประกอบด้วยการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 8 ครั้งๆ ละ 90 นาที ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป 2) การเรียนรู้และฝึกทักษะการเจริญสติ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด 3) การเจริญสติ การฝึกวิเคราะห์การหมกมุ่นครุ่นคิดและฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน 4) การเจริญสติ รู้ทันการหมกมุ่นครุ่นคิด และฝึกการอยู่กับปัจจุบัน 5) การเจริญสติ การฝึกการปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด และยอมรับตามที่เป็นจริง 6) การเจริญสติ การฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขการหมกมุ่นครุ่นคิดปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้อึดคล่องกับความเป็นจริง 7) การเจริญสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้มาทั้งหมดในการจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิด และ 8) การเจริญสติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไป และยุติสัมพันธภาพ

โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ครบทั้ง 8 ขั้นตอน ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2.2 แบบวัดความวิตกกังวล STAI form Y ของ Spielberger, et al. (1983) ซึ่งพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Aiemsupasit, Nonthasak & Barry

(1992) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (STAI form Y-1) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกตอบตามความรู้สึกจริงในขณะนั้น

2) แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว (STAI form Y-2) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้ตอบตามความรู้สึกทั่วไปของตนเอง

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนทั้ง 20 ข้อ มีคะแนนที่เป็นไปคือ 20-80 คะแนน ใช้เกณฑ์แปลผลระดับความวิตกกังวลดังนี้ 20-40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 41-60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง 61-70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง และ 71-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

เครื่องมือต้นฉบับทั้งสองชุดมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 เท่ากัน และหลังนำไปทดลองใช้ในการศึกษานี้พบว่า แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative Response Scale: RRS) ของ Nolen-Hoekseman & Morrow (1991) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากฉบับภาษาไทยแปลโดย Thanoi, et al, (2010) มีจำนวน 22 ข้อ บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคล จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ภาวะซึมเศร้า (Depression related) การครุ่นคิด (Brooding) และการสะท้อนความคิด (reflection) เป็นมาตราส่วนประเภทประเมินค่า 4 ระดับ คะแนนรวมของทุกข้อ มีค่าระหว่าง 22-88 คะแนน คะแนนรวมที่มากกว่า 48 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคจากการนำไปทดลองใช้ เท่ากับ .85



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หนังสืออนุมัติเลขที่ COA No. 422/2017 IRB No. 147/60 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และก่อนเข้าร่วมโครงการจะได้รับข้อมูลและคำตอบในเรื่องต่างๆ จนพอใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย การยกเลิก การเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีความกระทบต่อการรักษา การปกปิด ข้อมูลไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และผู้ป่วย ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามหรือประทับ ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. **ขั้นเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยเตรียมตนเอง ทั้งทางด้านความรู้และการพัฒนาทักษะการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ โดยศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเองจากหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งใน ประเทศไทยและต่างประเทศ และเข้ารับการอบรมเชิง ปฏิบัติการเพื่อการเป็นผู้บำบัดเบื้องต้นเต็มตามหลักสูตร Mindfulness-Based Therapy and Counseling ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งนำความรู้ จากการอบรมมาฝึกต่อเพื่อพัฒนาทักษะการทำกลุ่มบำบัด ทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติกับผู้ป่วยโรค วิตกกังวลทั่วไป ภายใต้การนิเทศงานของผู้เชี่ยวชาญด้าน การบำบัดในรูปแบบนี้ พร้อมเตรียมความพร้อมด้านอื่นๆ ได้แก่ เครื่องมือการวิจัย ขอรับการพิจารณาจริยธรรม ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจับคู่ให้มีความ ใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและคะแนนความวิตกกังวล เมื่อได้ครบ 20 คู่ แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และนัดหมายตารางเวลา สำหรับดำเนินการทดลอง

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการกับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาล

ตามปกติ ซึ่งพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้บริการแก่ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งกังวลทั่วไป ได้แก่ ประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาและ คำแนะนำตามสภาพปัญหาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ประเมินความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ และการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทาง

การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการบำบัดทางความคิด บนพื้นฐานของการเจริญสติตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดำเนินการ บำบัดที่ ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินการในช่วงเช้า ระหว่าง เวลา 9.00-10.30 น. และกลุ่มที่ 2 ในช่วงบ่าย ระหว่าง เวลา 13.00-14.30 น. ของแต่ละวันทั้งนัดหมาย

3. **ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในวันที่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมได้รับการคัดเลือกและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ วิจัย โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลทั้งสองชุด

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทาง ความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ ในครั้งที่ 8 โดย ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความหมกมุ่นครุ่นคิด ให้ผู้ป่วยประเมิน ตนเองก่อน เมื่อพบว่าทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่า 48 คะแนน) จึงประเมินความวิตกกังวลของตนเอง โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชุดเดิม ส่วนกลุ่ม ควบคุม ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยมาในวันเดียวกันเพื่อประเมิน ความวิตกกังวลหลังการทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และสถิติ t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลดังนี้ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 35) จบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 50) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45) เป็นนิสิตนักศึกษา (ร้อยละ 37.5) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55) และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 37.5) โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ กลุ่มทดลองมีคะแนนการหมกมุ่น

ครุ่นคิดระหว่าง 42-47 คะแนน ซึ่งถือว่าทุกคนมีระดับการหมกมุ่นครุ่นคิดผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ต่ำกว่า 48 คะแนน (Thanoi, et al., 2010)

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = -1.53$ และ $-.13$ ตามลำดับ, $p > .05$) ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.95$ และ 9.44 ตามลำดับ, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งสองแบบมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ และการพยาบาลตามปกติ

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

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ มีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติมีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการวิตกกังวล เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างขั้นตอน และกระบวนการบำบัดที่ชัดเจน (Evans, et al, 2008) เริ่มจากกระบวนการฝึกการเจริญสติจนทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดจากระยะ Doing mode ไปสู่ระยะ Being mode ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดสติโดยสติจะช่วยให้สามารถพิจารณาความคิดได้ ทำให้ตระหนักรู้ว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นเพียงการหมกมุ่นครุ่นคิดจนเกิดความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งสติจะช่วยให้ผู้ป่วยถอยออกจากการหมกมุ่นครุ่นคิด คือไม่ยึดติดหรือไม่ให้ความสำคัญกับความคิดในรูปแบบนี้ เนื่องจากขณะที่มีสติผู้ป่วยจะสังเกตเห็นความคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นของตนเอง และ รู้เท่าทันการหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้สามารถปล่อยวางและหาแนวทางแก้ไข

การหมกมุ่นครุ่นคิดที่เกิดขึ้น ด้วยการปรับความคิดใหม่เข้ามาแทนที่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถรับรู้และแยกแยะถึงสิ่งที่เป็นความคิดและสิ่งที่เป็นความจริงได้นอกจากนี้ในกระบวนการบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการฝึกสติเพื่อใช้กับอริยาบถต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเดิน ยืน นั่ง นอน และการพูด ด้วยการกำหนดลมหายใจในอริยาบถนั้นๆ โดยใช้การรับรู้ถึงลมหายใจเข้าและออกเพื่อให้มีสติไตร่ตรองกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอย่างรอบคอบ (Chiesa & Serretti, 2011) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดกับเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลที่มากกว่าปกติได้ ทำให้การหมกมุ่นครุ่นคิดเหล่านั้นลดน้อยลงหรือหมดอิทธิพลไป ส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans, et al, (2008) และการศึกษาของ Kim, et al., (2009) รวมทั้ง Felder, Dimidjian and Segal (2012) พบว่า การเจริญสติจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นขณะปัจจุบัน ตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบันมากกว่าการหมกมุ่นครุ่นคิดและการใช้วิธีการเดิมๆ ในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การหมกมุ่นครุ่นคิดของผู้ป่วยลดลง



เนื่องจากมีการรับรู้ตามความเป็นจริงต่อสถานการณ์มากขึ้น ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง

นอกจากนี้การบำบัดแบบกลุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน อีกทั้งกระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการจัดการกับความวิตกกังวลร่วมกัน และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วยตั้งใจฝึกการเจริญสติและอยากเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามโปรแกรม ส่งผลให้การดำเนินการบำบัดทั้ง 8 ครั้ง ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพจนสามารถบรรลุเป้าหมายการลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากผู้รับการบำบัดในกลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับ Brookfield (1986) กล่าวว่า การเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคลายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินชีวิตไปในทางที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรม

การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ โดยเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนระยะยาว เนื่องจากความวิตกกังวลของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อกลับไปเผชิญสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. เนื่องจากการบำบัดแบบกลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มปิด อาจเกิดข้อจำกัดในการนัดหมายผู้ป่วยซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกให้มีเวลาที่สะดวกได้ตรงกัน การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการออกแบบเป็นการบำบัดแบบซึ่งหน้าเป็นรายบุคคล โดยใช้การสื่อสารทางเทคโนโลยีอื่นๆ เพื่อช่วยเสริมให้ผู้ป่วยได้สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อนในระหว่างได้รับการบำบัดตามโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่มอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

References

- Aiemsupasit, S., Nonthasak, T., & Barry, J. (1992). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form): Thai Version. (In Thai). Retrieved on May 10, 2015, from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909329>
- American Psychiatric Association. (2013). Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5TM (5th ed, text revision). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antai-Otong, D. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(12), 20-29.
- Barlow, D. H., & Dinardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. In R. M. Rapee, & D. H. Barlow. (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 95-118). New York: Guilford Press.



- Brookfield, L. D. (1986). *Understanding and Facilitating Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 187(3), 441-453.
- Department of Mental Health. (2015). *Status and tendency of Thai people*. Retrieved on 2 June 2017, from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>. (In Thai)
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(4), 716-721.
- Felder, J. N., Dimidjian, S. & Segal, Z. (2012). Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 68 (2): 179-186.
- Information Technology, Chulalongkorn Memorial Hospital. (2016). *Statistics of general anxiety patients for 2013-2015*. Bangkok: Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society. (In Thai)
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C..... & Yook, K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patient with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 26(7), 601-606.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C. & Boomsma, P. (2004). Rumination and worry in non-clinical adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Ninan, P. T. (2001). General anxiety disorder: why are we failing our patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 19), 3-4.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Phoomsirasawat, O. (2000). *Psychiatric and Mental Health Nursing: A Pathological Approach*. (2nd ed), Bangkok: Thammasat. (In Thai)
- Ruangtrakool, S. (2014). *Psychiatry texts*. (10th ed). Bangkok: Ruan Kaew Printing. (In Thai)
- Sattayotham, C., Jun, P. & Charoensuk, S. (2013). *Psychiatric and mental health nursing*. Bangkok: Thana Press. (In Thai)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): "Self-Evaluating Questionnaire"*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.



- Spielberger, C. D. (2004). Encyclopedia of applied psychology. Oxford UK: Elsevier Academic press.
- Suksompop, S., Kwansanit, P., Supanya, S. & Epidemiological Mental Health of Thai Team. (2016). Epidemiological Survey of Mental Health Thai people 2013: prevalence of urban psychiatric disorders, Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 75-88. (In Thai)
- Stein D. J., Hollander E. & Rothbaum B. O. (2009). *Textbook of Anxiety Disorders*. (2nd ed). Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R. & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 187-202. (In Thai)