ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป*

The Effect of Stabilization-based Program on Anxiety in Elderly Patients with Generalized Anxiety Disorder*

กาญจนา ศุภศรี, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) [1]
Kanjana Supphasri, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) [1]
วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Vineekarn Kongsuwan, Ph.D. (Nursing) [2]
อรวรรณ หนูแก้ว, ปร.ด. (การพยาบาล) [3]
Orawan Nukaew, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: January 3, 2024 Revised: April 23, 2024 Accepted: April 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น .82 และ .83 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1] Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Major Advisor

[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Vineekarn.k@psu.ac.th

[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

[3] Instructor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Co-advisor

เดือนเมษายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.190$, $p < .001$ และ $t = 9.390$, $p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.710$, $p < .001$ และ $t = 10.880$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป เพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ความวิตกกังวล ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of stabilization-based program on anxiety in elderly patients with generalized anxiety disorder. The participants were 60 elderly patients with generalized anxiety disorder undergoing treatment at a hospital in the southern region of Thailand and were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included the stabilization-based program, the Ruminative Response Scale (RRS) with a reliability of .83, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y) with the reliabilities of .82 and .83, the Modified Barthel Activities of Daily Living Index (BAI), the Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE–Thai 2002), and a demographic data form. The implementation and data collection were conducted from February to April 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean scores of state-anxiety and trait-anxiety than those of before the experiment ($t = 9.190$, $p < .001$ and $t = 9.390$, $p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean scores of state-anxiety and trait-anxiety than those of the control group ($t = 5.710$, $p < .001$ and $t = 10.880$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that psychiatric nurses should adopt the stabilization-based program to care for elderly patients with generalized anxiety disorder, in order to reduce anxiety and prevent the mental health crisis.
Keywords: Stabilization-based program, Anxiety,
Elderly patients with generalized anxiety disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2001–2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2563) และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (วัชรากรณ์ ชีวโสภิษฐ, 2562) ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยข้อมูลจากกรมการปกครอง ระบุว่า ปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคน ของประชากรทั้งประเทศ 66,057,967 คน (Thai PBS, 2567) และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (super-aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นมากถึงประมาณร้อยละ 5 ต่อปี (ทรงศักดิ์ รักพ่วง และภุชงค์ เสนานุช, 2562; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้มีการคาดการณ์ว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2561; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความวิตกกังวล เมื่อผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นและไม่สามารถจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา จากการศึกษาพบว่าสามารถพัฒนาไปเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder [GAD]) (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งรบกวนการทำหน้าที่และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ใช้บริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้ใช้บริการจำนวน 3,605 คน เข้ารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวลจำนวน 892 คน คิดเป็นร้อยละ 24.74 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวลทั่วไปมากถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohlman, Eldreth, Price, Staples, and Hanson (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุด และโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560)

โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2561; จันทนา สารแสง, 2561; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; Menta, Bisol, Nogueira, Engroff, & Neto, 2020) โดยวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอย เกิดข้อจำกัดด้านสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ธุรีราช, และปิยนุช กิมเสาว์, 2559) อีกทั้งผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีการสูญเสีย

บุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา และสิ้นหวัง นอกจากนี้ยังเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณและลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ (Mohlman et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุ (excessive) เป็นอยู่ตลอด (persistent) และวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง (pervasive) เกิดร่วมกับอาการทางกายอื่น ๆ จากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ กล้ามเนื้อตึงเครียด และมีภาวะ cognitive hypervigilance เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย (สุกัญญา สุทธศิลป์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา, 2559; Menta et al., 2020) จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นรูปแบบความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดทางลบ ไม่สร้างสรรค์ เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560; สิริพร รังสิตเสถียร, 2562) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามากระทบจิตใจ (trauma) และคุกคามความสุขของตนเอง (Park & Chung, 2020) อีกทั้งยังมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยมีรูปแบบของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ อยู่เป็นระยะเวลานาน (กุลปริยา ศิริพานิช, ธนัช มนัสวีพงศ์สกุล, และสรวิศ รัตนชาติชูชัย, 2556; Nolen-Hoeksema, 2000) หากไม่สามารถจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้จะนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ คุกคามการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Caplan, 1964) เช่น เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Menta et al., 2020) หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา พบว่า ร้อยละ 80 จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ โรคตื่นตระหนก โรคซึมเศร้า และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะแสวงหาแหล่งบริการเพื่อการรักษาหลาย ๆ แหล่ง ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่สูงมาก (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) โรควิตกกังวลทั่วไปจึงถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (พจณีย์ ดวงจรัส, 2559) โดยการรักษาแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป เนื่องจากไม่สามารถลดอาการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด จะต้องผสมผสานวิธีการอื่นร่วมด้วย (พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสมรักษ์ สันติเบญจกุล, 2561) จากการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในโรควิตกกังวลทั่วไป พบการศึกษาในผู้ใหญ่ ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (พัชรินทร์ ครองธรรม และคณะ, 2561) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (สุกัญญา สุทธศิลป์ และคณะ, 2559) การฝึกผ่อนคลายด้วยวิดีโอ (Mohlman et al., 2017) ส่วนการศึกษาการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุประกอบด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกโยคะ การใช้ศิลปะบำบัด โดยการให้ผู้สูงอายุได้วาดภาพอิสระที่อยากวาด การบำบัดด้วยการเต้นรำ (วิสาขา แซ่อุ้ย และระวิวรรณ วรรณวิไชย, 2560) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา (cognitive rehabilitation) เช่น การเล่นเกมที่มีการจดจำหรือการจินตภาพ กิจกรรมทางสังคมและการเข้าร่วมเครือข่าย (social activities) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายความ

วิตกกังวลได้ (Subramanyam, Kedare, Singh, & Pinto, 2018) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการบำบัดรักษาที่เฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และจากการศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประกอบด้วยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการให้การปรึกษาเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

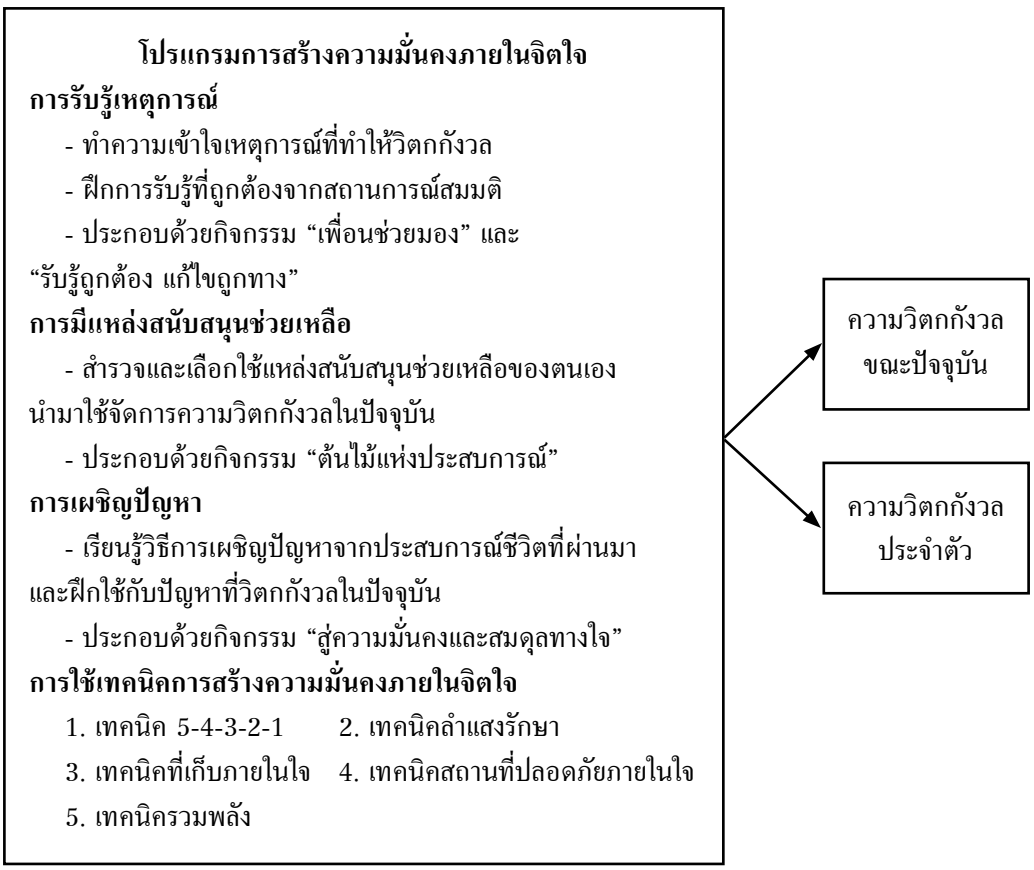
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ (stabilization techniques) ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่ง Aguilera ได้แบ่งองค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) คือ การเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีการรับรู้เหตุการณ์ที่วิตกกังวลที่บิดเบือนไปในทางลบ จึงไม่สามารถจัดการปัญหาได้ หากมีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะสามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้อง 2) การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (situational support) คือ การให้ผู้สูงอายุได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเอง และสามารถนำมาใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ และ 3) วิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์การเผชิญปัญหาที่ผ่านมา นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเผชิญปัญหาในปัจจุบัน เพื่อให้เข้าใจปัญหาและจัดการอย่างเหมาะสม ร่วมกับนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ เพื่อจัดการการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป และเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย 5 เทคนิค จึงคาดว่าโปรแกรมจะช่วยลดภาวะวิกฤตจากความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ทำให้ปรับตัวกลับสู่สภาวะสมดุลทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และมารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (the State-Trait Anxiety Inventory [STAI form Y]) 2) มีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (the Ruminative Response Scale [RRS]) 3) มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (the Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) 4) ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (the Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE–Thai 2002]) 5) ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตสังคม 6) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทาง line video call ได้ด้วยตนเองหรือมีญาติเป็นผู้ดูแล และ 7) ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit and Beck (2012) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .89 (คำนวณจากการศึกษาของพัชรินทร์ ครองธรรม และคณะ [2561] โดยใช้สูตรของ Cohen [1988]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2550) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้แต่ละกลุ่มมีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2 : 1 จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก (รายชื่อที่จับได้ครั้งแรกในแต่ละคู่จัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของ Aguilera (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ดำเนินการ 3 ครั้ง จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 จำนวน 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และฝึกใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 จากนั้นให้เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกวิตกกังวล แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนหรือมีความคิดทางลบ และฝึกใช้เทคนิคลำแสงรักษา เพื่อลดความรู้สึกไม่สุขสบายด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ

ครั้งที่ 2 จำนวน 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการฝึกการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ และทำให้ความวิตกกังวลลดลง ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมใดบ้างที่คอยให้การช่วยเหลือ เพื่อนำมาปรับใช้กับเหตุการณ์ที่วิตกกังวลในปัจจุบัน และมีการฝึกใช้เทคนิคที่เก็บภายในใจและเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และคลายความวิตกกังวล

ครั้งที่ 3 จำนวน 2 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการส่งเสริมให้นำการเผชิญปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล มาใช้เผชิญปัญหาในปัจจุบัน และบูรณาการองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจทั้ง 3 องค์ประกอบ มาใช้จัดการความวิตกกังวลในปัจจุบัน จากนั้นฝึกเทคนิครวมพลัง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) ของ Nolen-Hoekema and Morrow ปี ค.ศ. 1991 ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่แปลโดยวารีรัตน์ ถาน้อย, รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, Elaine A. Thompson, และเดชาวุธ นิตยสุทธิ (2554) แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จำนวน 12 ข้อ การครุ่นวิตก จำนวน 5 ข้อ และการสะท้อนความคิด จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ได้แก่ เกือบจะไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกือบจะสม่ำเสมอ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน) และมีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (มากกว่า 48 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวล

(STAI form Y) ของ Spielberger (1985) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักด์, จีน แบรี่, และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2535) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) STAI from Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด ค่อนข้างมาก เล็กน้อย และไม่เลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม และ 2) STAI from Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด ค่อนข้างมาก เล็กน้อย และไม่เลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (20–40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41–60 คะแนน) ในระดับสูง (61–70 คะแนน) และในระดับสูงมาก (71–80 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตรา บุนนาค (2537) ครอบคลุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 2, 3 และ 4 ระดับ จากคะแนน 0–1, 0–2 และ 0–3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–20 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (0–4 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ (5–8 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาบางส่วน (9–11 คะแนน) และมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา (12–20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE–Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) ใช้สำหรับคัดกรองความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ด้านต่าง ๆ จำนวน 11 ข้อ สำหรับการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 กรณี ดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ (สมรรถภาพสมองบกพร่อง) หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง 2) ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง และ 3) ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการพักอาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาพัฒนาการ พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล (มี 2 ส่วน) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .82 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ PSU IRB 2021 - St – Nur 032 [Internal] วันที่ 19 ตุลาคม 2564) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ (เอกสารรับรอง เลขที่ DMH.IRB 007/2564 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ และปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 คน เพื่อช่วยควบคุมเวลาในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การดำเนินกิจกรรม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ขอ ID line เพื่อเพิ่มเพื่อน และสร้างกลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มควบคุมผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล ทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

5. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มทดลองผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล ทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 1–3 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการผ่านทาง line video call กลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (รวมเป็น 3 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 2

ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 2 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที

7. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มควบคุมผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวลทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

8. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มทดลองผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวลทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี (*SD* = 4.13) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 60 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดอบอุ่น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70 และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี (*SD* = 4.13) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดอบอุ่น คิดเป็นร้อยละ 76.70 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.40 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.30 และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 76.70

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.190$, $p < .001$ และ $t = 9.390$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	56.33	4.64	48.07	5.94	9.190	< .001
ความวิตกกังวลประจำตัว	55.77	3.19	47.13	4.33	9.390	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	54.73	4.51	55.57	4.07	1.500	.150
ความวิตกกังวลประจำตัว	54.83	4.20	55.83	2.98	1.990	.060

3. การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.710$, $p < .001$ และ $t = 10.880$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)		**กลุ่มควบคุม** (n = 30)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	56.33	4.64	54.73	4.51	1.350	.180
ความวิตกกังวลประจำตัว	55.77	3.19	54.83	4.19	.970	.340
หลังการทดลอง						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	48.07	5.94	55.57	4.07	5.710	< .001
ความวิตกกังวลประจำตัว	47.13	4.33	56.80	2.21	10.880	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่งความวิตกกังวลทั้งสองประเภทเป็นความวิตกกังวลเฉพาะในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป โดยกิจกรรมในโปรแกรมช่วยรักษาสมดุลภายในจิตใจและช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับที่ Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970) กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้มากขึ้น โดยความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ ประกอบกับการไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้การเผชิญปัญหาบกพร่อง เกิดเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ คุกคามการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ที่สามารถลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป จากการที่ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม ได้ระบายความวิตกกังวลกับผู้สูงอายุด้วยกัน อีกทั้งได้ฝึกการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้องจากสถานการณ์สมมติ ทำให้มีความเข้าใจเหตุการณ์ที่ตนเองวิตกกังวลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา สุทธศิลป์ และคณะ (2559) ที่พบว่า การทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการยอมรับและสามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เมื่อเข้าใจปัญหา ความวิตกกังวลจึงลดลง

การที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการรับรู้ว่าแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเองนั้นมีหลากหลาย สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจเมื่อเกิดความวิตกกังวล อีกทั้งกิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิต ทั้งจากผู้วิจัยและผู้สูงอายุในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของนงค์นุช แนะแก้ว (2560) ที่พบว่า การได้รับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองยังได้สำรวจวิธีการเผชิญปัญหาจากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา และฝึกนำมาใช้ในการจัดการความวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งระยะนี้ ผู้สูงอายุจะเกิดความพร้อมในองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) โดยได้ฝึกการรับรู้ที่ถูกต้อง มีการเลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และมีการเลือกวิธีเผชิญปัญหา อันนำมาสู่การปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม, และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน (2562) ที่พบว่า เมื่อบุคคลเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะนำมาสู่การปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวลดลง

นอกจากนี้ ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ 5 เทคนิค ได้แก่ 1) เทคนิค 5-4-3-2-1 ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน

มากขึ้น สามารถหยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือคิดซ้ำ ๆ ในเรื่องที่วิตกกังวล 2) เทคนิคลำแสงรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปมักมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด (สุกัญญา สุทธศิลป์ และคณะ, 2559) เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนได้ขจัดความไม่สุขสบายตามร่างกายออกไป 3) เทคนิคที่เก็บภายในใจ เนื่องจากผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ขจัดความทุกข์ใจ ทำให้รู้สึกสบายใจ 4) เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ สบายใจ และคลายความวิตกกังวล และ 5) เทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุขในช่วงวัยต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุขและคลายความวิตกกังวล จึงสามารถลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้มีการฝึกเทคนิคเหล่านี้ที่บ้านระหว่างการดำเนินโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบจิตใจที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุจะเลือกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทั้ง 5 เทคนิคนี้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ขณะนั้นลดลง แสดงให้เห็นว่าเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี ฝนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันทน์ (2562) ที่มีการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในนักศึกษา พบว่า เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจสามารถช่วยให้นักศึกษามีความวิตกกังวลลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป เพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อการลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบทุนสนับสนุนบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2564

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ*. สืบค้นจาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565

กรมสุขภาพจิต. (2563). *93 วันสู่สังคม “คนชรา” 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด–น้อยสุด*. สืบค้นจาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453

กุลปริยา ศิริพานิช, ธนัช มนัสวีพงศ์สกุล, และสรวิศ รัตนชาติชูชัย. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวล โดยมีสติเป็นตัวแปรกำกับ*. สืบค้นจาก https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/44156/1/Kulpariya_si.pdf

จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

จุฑารัตน์ ทองสลับ. (2560). โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, *7*(1), 40–51.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงศักดิ์ รักพ่วง, และภุชงค์ เสนานุช. (2562). นวัตกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ความสำคัญต่อสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, *7*(2), 205–215.

ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม, และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, *36*(1), 82–89.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS: ครอบคลุมทุกเวอร์ชั่น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พริ้นท์.

ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ธุรีราช, และปิยนุช กิมเสาว์. (2559). ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *61*(4), 319–330.

นงค์นุช แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, *10*(2), 103–108.

พจณีย์ ดวงจรัส. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสมรักษ์ สันติเบญจกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *30*(1), 23–34.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

วัชรากรณ์ ชีวโสภิษฐ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, *6*(1), 38–54.

วารีรัตน์ ถาน้อย, รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, Elaine A. Thompson, และเดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2554). แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *29*(เพิ่มเติม 2), 29–38.

วิลาสินี ฝนดี, มฤษฎ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันทน์. (2562). การลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเสริมเทคนิคความมั่นคงภายใน: กรณีศึกษานิสิตระดับปริญญาตรี. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, *12*(2), 3–13.

วิสาขา แซ่อุ้ย, และระวิวรรณ วรรณวิไชย. (2560). การเคลื่อนไหวบำบัด : กิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *3*(2), 1–12.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2542). *คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สิริพร รังสิตเสถียร. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความจำใช้งาน การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การคิดอย่างยืดหยุ่นและความซึมเศร้าโดยมีการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นตัวแปรส่งผ่าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา สุทธศิลป์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2559). ผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา. *พุทธชินราชเวชสาร*, *33*(3), 337–346.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตรา บุนนาค. (2537). ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, *77*(5), 231–238.

สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *63*(1), 89–98.

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis, MO: Mosby.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Routledge.

Menta, C., Bisol, L. W., Nogueira, E. L., Engroff, P., & Neto, A. C. (2020). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *69*(2), 126–130. doi:10.1590/0047-2085000000267

Mohlman, J., Eldreth, D. A., Price, R. B., Staples, A. M., & Hanson, C. (2017). Prefrontal-limbic connectivity during worry in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, *21*(4), 426–438. doi:10.1080/13607863.2015.1109058

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(3), 504–511. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11016119/

Park, M. J., & Chung, M. Y. (2020). Effects of anxiety on health related quality of life of the elderly: Multiple mediating effects of self-esteem and social support. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, *31*(1), 24–33. doi:10.12799/jkachn.2020.31.1.24

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*, *2*(4), 6–16.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P., & Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(Suppl. 3), 371–382. doi:10.4103/0019-5545.224476

Thai PBS. (2567). *Aging society ไทยเข้าสู่สังคม "แก่เต็มขั้น" สวนทางเด็กเกิดน้อย*. สืบค้นจาก https://www.thaipbs.or.th/news/content/335743