

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*

THE EFFECTS OF AN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY PROGRAM ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

ธีรนาถ บุญญะธิการ, พย.บ. (Theranart Bunyathikan, BNS.) **

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, R.N., Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, R.N., Ph.D.) ***

ธรรมนาถ เจริญบุญ, M.D., Ph.D. (Thammanard Charernboon M.D., Ph.D.) ****

Abstract

Objective: The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of an acceptance and commitment therapy program on the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder.

Methods: The sample consisted of 60 patients with major depressive disorder aged 60 years and older, recruited from the outpatient clinic at a psychiatric hospital. Then each pair was randomly assigned into the control or experimental group, with 30 patients in each group. The research instruments were the following: 1) the acceptance and commitment therapy program (ACT), which

was content validated by 5 professional experts; 2) the Hamilton rating scale for depression (HRSD); and 3) the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II). The reliability of these questionnaires was determined with a Chronbach's alpha coefficient of .83 and .91 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The mean score of depressive symptoms of patients after receiving the ACT program was significantly lower than that before ($t = -23.57, p < .05$). The mean difference of depressive symptoms between the pretest and posttest of the patients receiving the ACT program

* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, This study was supported by Thammasat University)

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University)

*** Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University) E-mail: srangsiman@yahoo.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Assistant Professor, Faculty of Medicine, Thammasat University)

วันที่รับ (received) 11 มกราคม 2562 วันที่แก้ไข (revised) 15 มิถุนายน 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 กรกฎาคม 2562

was significantly greater than those who received routine nursing care ($t = 12.67, p < .05$).

Conclusion: The ACT program was able to effectively reduce the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Major depressive disorder, Elderly

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติแล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน และ 3) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งสองนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23.57, p < .05$) และผลต่างค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67, p < .05$).

สรุป: โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิต (Zivin, Wharton, & Rostant, 2013) การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่ามีจำนวนประมาณ 900 - 2000 ล้านคน และผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือโรคซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับในประเทศไทยรายงานการศึกษาระดับชาติความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 ซึ่งมากกว่าทุกกลุ่มวัย (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) และจากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบร้อยละ 21.72 ในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 24.88 ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 30.23 ในปี พ.ศ. 2560 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีการแสดงออกของอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางด้านร่างกายหลายๆ อาการ เช่น ปวดมึนศีรษะนอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ไม่มีแรงเบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ในขณะที่ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นลักษณะอารมณ์หดหู่หรือเหี่ยวใจ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใคร (อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2554) ไม่สดชื่น ไม่มีชีวิตชีวา ประกอบกับมีพฤติกรรมเฉื่อยเฉย แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง กระบวนการคิดช้า ตัดสินใจช้า ลังเล หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มักจะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหา ดำเนินตนเอง และมีความคิดอยากตาย อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในสังคม สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมาก และพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Bruine de Bruin, Dombrowski, Parker, & Szanto, 2016) จนต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาพยาบาลในการดูแลทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดภาระแก่ผู้ดูแล

และสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นผลมาจากความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล

ปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีลักษณะขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งมักหลีกเลี่ยงจากความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) (Andrew & Dulin, 2007) และเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (suppression) (Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal, & Lynch, 2008) ซึ่งไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยังติดอยู่กับความคิดหมกมุ่นทางลบและอารมณ์เศร้าหรือหดหู่ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร่ายังคงอยู่และอาจทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การหลีกเลี่ยงปัญหาและเก็บกดความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Ayers, Petkus, Liu, Patterson, & Wetherell, 2010) และทำให้ประสิทธิผลของการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุลดลง

แนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นแนวคิดรุ่นที่ 3 ของการบำบัดกลุ่มพฤติกรรมนิยม ค้นพบโดย ดร.สตีเวน ซี เฮย์ (Steven C. Hayes) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ.1982 อธิบายว่าปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจของบุคคล เกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility) มีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์

(experiential avoidance) พยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง มีการเชื่อมโยงความคิดของตนเองกับความเป็นจริงว่าเป็นเรื่องเดียวกัน และนำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) หลักการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาใช้หลักการของการรับรู้ การรู้สึกตัวอยู่เสมอ (mindfulness) กล่าวอีกอย่างคือการมีสติ (awareness) เพื่อเน้นให้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงไม่ยึดติดหรือหลงกับความทุกข์ในระยยะสั้น แต่มุ่งให้สติรับรู้ที่ใช้ชีวิตตามค่านิยมที่เลือกไว้หรือตามบรรทัดฐานของตนเอง โดยเป้าหมายของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นและมีการปรับตัวทางจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมของชีวิต แม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่อาจเป็นปัญหาสำหรับผู้มีปัญหาทางจิตใจร่วมด้วย (จุฑามาศ แหนจอ, 2561) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ (Hayes, Boyd, & Sewell, 2011) และยังสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ แต่ยังเป็นการศึกษาแบบบรรยายกรณี 1 ราย (Roberts & Sedley, 2016) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญากับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ปรากฏหลักฐาน

ชัดเจน อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา ทั้งความรู้สึกลึกซึ้งและอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริง มีการยึดมั่นกับความคิดของตนเอง ถึงแม้ว่าความรวดเร็วของการใช้ความคิด ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และความสามารถในการรับรู้เข้าใจสิ่งที่มีความซับซ้อนจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นก็ตาม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) การบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าปัญหายังคงอยู่ มีการตอบสนองต่อความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2561) สามารถยอมรับและรับรู้ความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ลดการยึดติดหรือหมกมุ่นกับปัญหาหรือความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นในอดีต และลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานและภาวะกดดันทางอารมณ์ เป็นผลให้อาการซึมเศร้าลดลง ดังนั้น

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

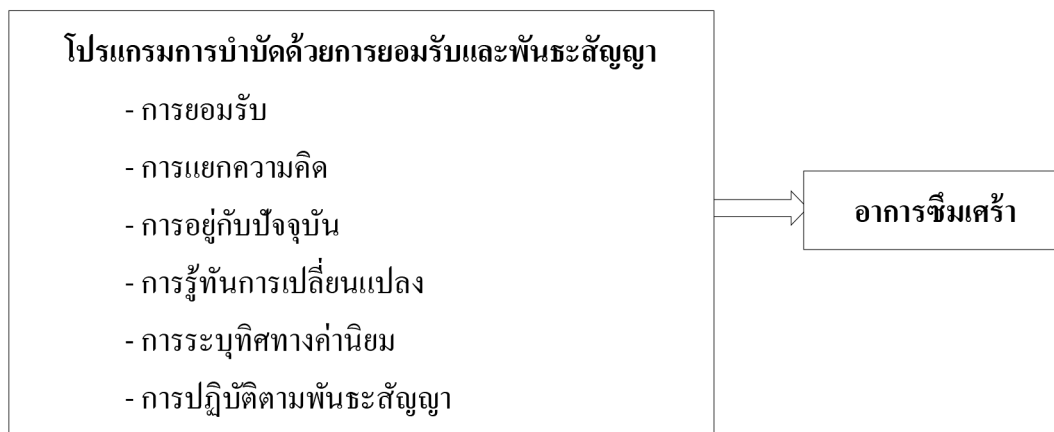
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาตามแนวคิดของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) สอดคล้องกับโครงสร้างและองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลักเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest–posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 (WHO, 1992)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค DSM-5 และ ICD-10 โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 ซึ่งเข้ารับบริการการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา พิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ถึงมาก 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 3) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ 1) มีอาการหลงผิดและประสาทหลอน 2) มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบใช้โปรแกรม G* Power 3.1 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.66 จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงเรื่องผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาต่อภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ตามหนังสือรับรองโครงการที่ COA No.068/2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ ตามหนังสือรับรองโครงการที่ 004/2561 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล เน้นย้ำ

ว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรมสอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (HRSD-17) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 17 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตั้งแต่ 0-4 คะแนน ไม่เท่ากันในแต่ละข้อ มีค่าคะแนนรวม 0-53 คะแนน ซึ่งแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้า (no depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 0-7 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 8-12 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (less than major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 13-17 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับมาก (major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 18-29 คะแนน และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (more than depression) ผลรวมค่าคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป จากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับปัจจุบัน การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง การระบุทิศทางหรือค่านิยมและการปฏิบัติตามพันธะสัญญา ผู้วิจัยออกแบบให้มีทั้งหมด 6 กิจกรรมหลัก ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Acceptance and Action Questionnaire-II [AAQ-II]) ฉบับภาษาไทยโดยวนิชา น้อยผล (2560) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 7 ข้อคำถาม คำตอบเป็นมาตรวัด 7 ระดับ (ตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่เคยเลย จนกระทั่งถึง 7 คะแนน คือเป็นทุกครั้ง) มีค่าคะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 7-49 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความยืดหยุ่นทางจิตใจมาก ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 7-17 คะแนน มีความยืดหยุ่นทางจิตใจปานกลาง ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 18-28 คะแนน และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจน้อย ผลรวมค่าคะแนนตั้งแต่ 29 คะแนนขึ้นไป โดยผลรวมค่าคะแนนที่ต่ำสะท้อนความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจที่มีสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนในช่วง 7-28 คะแนน จากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ความเที่ยง

โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ระยะเตรียมการ** ผู้วิจัยศึกษาตำราบทความทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รับการฝึกทักษะอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Acceptance and Commitment Therapy” จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (pre-test)

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ตรวจสุขภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q - 9Q-8Q ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าให้คำแนะนำเรื่องการรับปรึกษา ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และให้คำปรึกษารายบุคคล

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ เมื่อเสร็จสิ้นทั้ง 6 กิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจทันที

3. **ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม** ในสัปดาห์ที่ 8 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อทำการประเมินอาการซึมเศร้า (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า เป็นการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไค – สแควร์ (Chi – square test) และสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher’s exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที่ กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที่ กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.3, 70.0 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปีคิดเป็นร้อยละ 73.3, 70.0 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70.0 ทั้งสองกลุ่ม สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 70.0, 66.7 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 60.0, 43.3 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 5 คนคิดเป็นร้อยละ 56.7, 50.0 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 53.3, 50.0 ตามลำดับ ไม่มีการเจ็บป่วยในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 80.0, 86.7 ตามลำดับ ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 96.7, 93.3 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม และสถิติฟิชเชอร์แอคเช็ค พบว่าไม่แตกต่างกัน ทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไค - สแควร์ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง (n = 30)	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	17.30	2.48	29	23.57	.000
หลังการทดลอง	9.23	1.25			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนอาการซึมเศร้า ($M = 9.23$, $SD = 1.25$) ต่ำกว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ($M = 17.30$, $SD = 2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.57$, $p < .05$)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

อาการ ซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				df	t	p - value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	17.30	2.48			17.37	2.77					
			8.07	1.87			2.70	1.37	58	12.67	.000
หลังทดลอง	9.23	1.25			14.67	2.25					

จากตารางที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.07$, $SD = 1.87$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.70$, $SD = 1.37$) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67$, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา หลังการทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับ

และพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) ที่ว่าเชื่อว่าปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุถือเป็นความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางจิตใจ การบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($M = 17.03$, $SD = 2.49$) ทำให้กลุ่มทดลองสามารถปรับสภาพจิตใจนำไปสู่ลดอาการซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการทางจิตตามองค์ประกอบหลัก คือ 1) การยอมรับ (acceptance) เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีกลวิธีในการปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยมที่ระบุไว้ได้อย่างถูกต้อง การยอมรับจะเกิดขึ้นผ่านกิจกรรมการฝึกหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้บุคคลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง โดยพิจารณาสถานการณ์นั้นอย่างละเอียดรอบคอบในทุก ๆ ด้าน เพื่อการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้น แทนการขจัดอารมณ์หรือเก็บกดความรู้สึก ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยง 2) การแยกความคิด (cognitive defusion) ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการหลอมรวมความคิด สามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ มุ่งเน้นไปยังบริบทที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แทนการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดและอารมณ์ต่างๆ ช่วยสร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นของจิตใจมากขึ้น

3) การอยู่กับปัจจุบัน (being present) ช่วยให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับความรู้สึก และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงเป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ลดการนำตนเองไปยึดติดกับความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (จุฑามาศ แหนจอ, 2561) ลดความคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีตและความกังวลในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นส่วนหนึ่งของการค้นหาค่านิยม เพื่อสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าทุเลาลง (Kato, 2016) 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (self as context) เป็นการเสริมสร้างบริบทของการยอมรับ และแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตได้อย่างยืดหยุ่นและมีชีวิตชีวา (Davison et al., 2017) 5) การระบุทิศทางหรือค่านิยม (defining valued directions) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตมีความหมาย สร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นและมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ต้องการได้อย่างมีชีวิตชีวา ช่วยให้ผู้ป่วยมีค่านิยมที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย มีความสุขเกิดขึ้นในระยะยาว เกิดความภาคภูมิใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (committed action) เป็นกระบวนการในการสร้างขั้นตอนปฏิบัติ เพื่อทำให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ผู้ป่วยตั้งไว้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนระบุวิธีการจัดการกับอุปสรรคทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมุ่งเน้นให้การดำเนินชีวิตมีความยืดหยุ่น เกิด

ความสุขที่แท้จริงในระยะยาว สร้างความมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเอง จนสามารถลดอาการซึมเศร้าลงได้

นอกจากนั้น ผลต่างค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีองค์ประกอบที่ปรับกระบวนการทางจิต การรู้คิดและอารมณ์ให้สามารถลดอาการซึมเศร้า ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การสังเกตอาการเตือนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ให้คำปรึกษารายบุคคล และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลในการลดอาการซึมเศร้าเช่นเดียวกัน หากแต่ไม่สามารถลดลงจนเห็นความแตกต่างได้มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเพิ่มความแปรปรวนของตัวแปรแทรกซ้อนโดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมที่แตกต่างกัน และการลดความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนให้น้อยที่สุดโดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ และเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีอิทธิพลต่อคะแนนอาการซึมเศร้า เพื่อทำให้เกิดความตรงภายในมากที่สุดโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยการควบคุมระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของ

คู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด รวมทั้งการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของแซดี้และคณะ (Saedy, Kooshki, Firouzabadi, Emamipour, & Ardani, 2015) ที่พบว่าการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ การศึกษาของ โกลัมโฮสเซนีย์และคณะ (Gholamhoseini, Koolae, & Taghvae, 2015) ที่พบว่าการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหูรูดที่มองภาพลักษณะตนเองด้านลบ การศึกษาของดาวิสชันและคณะ (Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor, 2017) ที่พบว่าการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาล และการศึกษาของโบวไมเจอร์และคณะ (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011) ที่พบว่าการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ครบทั้ง 6 กิจกรรม ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นการลดภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียด หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและ

รับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายของชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางอารมณ์จากการที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าลดลง สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ไปใช้เป็นแนวทางในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้

1.2 การนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมในคู่มือโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ใน

ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาขยายผลไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้เอื้อนามในที่นี้สำหรับการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามาศ แหนจน. (2561). *การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT): กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพแนวใหม่*. ชลบุรี: เก้ทู้ดครีเอชั่น.
- ชรินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). *ความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2551*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235 - 246.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. ปทุมธานี:

- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
 วนิชาน้อยผล. (2560). *ความเที่ยงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยึดหยุ่นทางจิตใจในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Andrew, D., & Dulin, P. (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(5), 596-603.
- Ayers, C. R., Petkus, A., Liu, L., 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(1), 146-154.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 49(1), 62-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Bruine de Bruin, W., Dombrowski, A. Y., Parker, A. M., & Szanto, K. (2016). Late life depression, suicidal ideation, and attempted suicide: The role of individual differences in maximizing, regret, and negative decision outcomes. *Journal of Behavioral Decision Making*, 29(4), 363-371.
- Cukrowicz, K. C., Ekblad, A., Cheavens, J., Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2008). Coping and thought suppression as predictors of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging and Mental Health*, 12(1), 149-157.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of ACT for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.
- Gholamhoseini, B., Koolae, A. K., & Taghvae, D. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on depression and body image in women with Obesity. *Community Health (Salamat i jtim)*, 2(2), 72-79.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). ACT for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). ACT: Model,

- processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Kato, T. (2016). Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian English speakers: A study on Indian, Philippine, and Singaporean samples. *Psychiatry Research*, 238, 1-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.007
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). ACT with older adults: Rationale and case study of an 89-year-old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 15(1), 53-67.
- Saedy, M., Kooshki, S., Firouzabadi, M. J., Emamipour, S., & Ardani, A. R. (2015). Effectiveness of acceptance-commitment therapy on anxiety and depression among patients on methadone treatment: a pilot study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(1). doi:10.17795/ijpbs222
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 631.