



ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โดย

นายธีรนาถ บุญญาธิการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โดย

นายธีรนาถ บุญญาธิการ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

BY

Mr. THERANART BUNYATHIKAN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FALCULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2018
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นายธีรนาถ บุญญาธิการ

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้า
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นุชนาถ บรรทมพร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพ. ธรรมนาถ เจริญบุญ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภิณ แสงอ่อน)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร. มรยาท รุจิวิชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
ผู้เขียน	นายธีรนาถ บุญญาธิการ
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 60 คน จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้งๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน และ 3) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งสองนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที่ (t-test) ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง ($M = 9.23, SD = 1.25$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 17.30, SD = 2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.57, p < .05$)

2) ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนอาการซึมเศราระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.07, SD = 1.87$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.70, SD = 1.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67, p < .05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา, อาการซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Thesis Title	THE EFFECTS OF AN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER
Author	Mr. Theranart Bunyathikan
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing Program Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Rangsiman Soonthornchaiya, R.N., Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Thammanard Charernboon, M.D., MSc., Ph.D., FRCPsychT.
Academic Year	2018

Abstract

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. The sample consisted of 60 patients with major depressive disorder aged 60 years and older, recruited using inclusion criteria from the outpatient clinic at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital in Thailand. Then each pair was randomly assigned to the control or experimental group, with 30 patients in each group. The experimental group participated in the acceptance and commitment therapy program (ACT) developed by the researcher based on the acceptance and commitment therapy concepts of Hayes and colleagues. Their activities comprised 6 sessions, each session lasting 60 - 90 minutes, once a week for 6 weeks. The control group received regular nursing care. The research instruments were the following: 1) the acceptance and commitment therapy program, 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): Thai version. The reliability of these questionnaires was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .83 and .91 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research findings were as follows:

1. The experimental group's participants mean scores of the depressive symptoms on the posttest ($M = 9.23$, $SD = 1.25$) after participating in the ACT program were significantly lower than their mean scores of the depressive symptoms on the pretest ($M = 17.30$, $SD = 2.48$) before participating in the program ($t = 23.57$, $p < .05$).

2. The mean difference of the depressive symptoms between the pretest and posttest of the experimental group that participated in the ACT program ($\bar{D}_1 = 8.07$, $SD = 1.87$) was significantly higher than the mean difference of the depressive symptoms of the control group that received regular nursing care ($\bar{D}_2 = 2.70$, $SD = 1.37$) ($t = 12.67$, $p < .05$).

In summary, the ACT program was able to effectively reduce the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. Thus, the program can be designed as an alternative activity or program to reduce the depressive symptoms of this group of individuals.

Keywords: acceptance and commitment therapy program, depressive symptoms, elderly patients with major depressive disorder

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา เอาใจใส่อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ แนวคิด คำชี้แนะ ตลอดจนเสียสละ ทุ่มเทเวลาอันมีค่าให้แก่ศิษย์ และช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, อาจารย์วีระชัย เตชะนิริติศัย, แพทย์หญิงนพวรรณ ต้นศิริมาศ, คุณสำราญ อยู่หมื่นไวย และคุณดำรงพล จันทร์สวด ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือวิจัย และกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษาทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้และให้คำแนะนำแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีทุกประการ

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ และผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่าง ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้มี คุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม ขอขอบคุณ คุณอัจฉรา นาคมณี, คุณเพชรฯ เทียงขันธุ์ และ คุณทักษพร กิตติพงษ์ ที่คอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัว ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ และส่งเสริม สนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัยมาตลอด และขอบคุณเพื่อนๆ กัลยาณมิตรทุกท่าน พี่น้องร่วมคณะ พยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่คอยแนะนำ ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ขอขอบคุณโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนค่าธรรมเนียม การศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ประเภททุน วิจัยทั่วไป สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ปีงบประมาณ 2561 สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอมอบสิ่งดีๆ ที่มี คุณค่าจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านด้วยเทอญ

ธีรนาถ บุญญาธิการ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2561

สารบัญ

หน้า

หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพประกอบ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	9
1.5 ขอบเขตการศึกษา	9
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	9
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
1.8 สมมติฐานการวิจัย	14
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	16
2.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า	16
2.1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	18
2.1.3 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	19
2.1.4 ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	19
2.1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า	21
2.1.6 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	23
2.1.7 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	24
2.1.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	27
2.1.9 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ	30
2.1.10 การรักษาโรคซึมเศร้า	31
2.1.11 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	35
2.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	42
2.2.1 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	42
2.2.2 ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	45
2.2.3 องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	46
2.2.4 กลไกการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	61
2.3 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	63
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	78
3.1 รูปแบบการวิจัย	78
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	79

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.2.1 ประชากร	79
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	79
3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	79
3.2.2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	80
3.2.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	80
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	82
3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	82
3.3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	82
3.3.2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน	82
3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง	83
3.3.4 เครื่องมือกำกับการทดลอง	85
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	86
3.4.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	86
3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง	86
3.4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง	87
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	88
3.5.1 ระยะเตรียมการวิจัย	88
3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย	89
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.2 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.3 ผู้วิจัยอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	90
3.6.4 การเก็บรักษาความลับ	91
3.6.5 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง	91
3.6.6 วิธีการเก็บข้อมูล	91
3.6.7 ผู้วิจัยจะดำเนินการในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง	91
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	91

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	94
4.1 ผลการวิจัย	94
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	101
บทที่ 5	114
5.1 สรุปผลการวิจัย	114
5.2 ข้อจำกัดของการวิจัย	115
5.3 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้	116
รายการอ้างอิง	117
ภาคผนวก	130
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	131
ภาคผนวก ข เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย	132
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	134
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	152
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	166
ภาคผนวก ฉ คະແນອາກາຣສົມເສຣ້າກ່ອນແລະຫຼັງການທດລອງຂອງກຸ່ມຕ້ວຍຢ່າງ	168
ภาคผนวก ช คະແນວຍາມຍືດຫຸ່ນທາງຈິຕໃຈຂອງກຸ່ມທດລອງ	169
ภาคผนวก ซ เอกสารรับรองการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Acceptance and Commitment therapy”	170
ประวัติผู้เขียน	171

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.2 แสดงโครงสร้างและองค์ประกอบหลักของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและ พันธะสัญญา	63
4.1 แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	95
4.2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองใน กลุ่มทดลอง	100
4.3 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	101



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13
2.1 องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	47
3.1 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	81
3.2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	93



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิต (Zivin, Wharton, & Rostant, 2013) ถึงแม้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การทำงานของสมองและการรู้คิดเสื่อมถอยลง (Barha, Best, Hsiung, Tam, & Liu-Ambrose, 2016) แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือการเกิดโรคซึมเศร้าไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของวัยสูงอายุ การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า มีจำนวนประมาณ 900 - 2000 ล้านคน และผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือโรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2015) ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นลำดับที่สองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (WHO Regional Office for South-East Asia, 2001) ก่อให้เกิดความรุนแรงของการสูญเสียเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ (Murray, Lopez, & Organization, 1996) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและในอนาคต (สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อิทธิวิศวกุล, 2553) ทั้งในทวีปเอเชียและทุกประเทศทั่วโลก (Park et al., 2010)

รายงานการศึกษาเชิงระบาดวิทยาความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งการศึกษาตามภูมิภาคของโลกเป็น 5 ทวีป ได้แก่ ทวีปออสเตรเลียมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศออสเตรเลียพบร้อยละ 2.4 และพบในกลุ่มอายุช่วง 65-69 ปีมากที่สุด (Trollor, Anderson, Sachdev, Brodaty, & Andrews, 2007) ทวีปแอฟริกามีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศแอฟริกาใต้พบร้อยละ 39.6 (Padayachey, Ramlall, & Chipps, 2017) ทวีปยุโรปมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มประเทศแถบยุโรปทั้งหมด 10 ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก สวีเดน เยอรมัน ออสเตรีย เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ กรีซ อิตาลี ฝรั่งเศส และสเปน พบร้อยละ 18-36 และพบในกลุ่มอายุช่วง 60-74 ปีมากที่สุด (Castro-Costa et al., 2007) กลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร ได้แก่ อังกฤษ และเวลส์ พบร้อยละ 8.7 (McDougall et al., 2007) กลุ่มประเทศแถบตะวันตกของยุโรปพบร้อยละ 19.47 (Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk, & Andreas, 2013) ประเทศตุรกีพบร้อยละ 18.6 (Yaka, Keskinoglu, Ucku, Yener, & Tunca, 2014) ทวีปอเมริกามีการรายงานความชุกของการ

เกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 30 (Woodward, Lipari, & Eaton, 2017) และทวีปเอเชียมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศญี่ปุ่นพบร้อยละ 10.4 (Kaneko, Motohashi, Sasaki, & Yamaji, 2007) ประเทศจีนพบร้อยละ 39.86 (Yu, Li, Cuijpers, Wu, & Wu, 2012) ประเทศเลบานอนพบร้อยละ 8.6 พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า (Karam et al., 2016) ประเทศอิหร่านพบร้อยละ 36.7 พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 เท่า และพบในกลุ่มอายุช่วง 66-75 ปีมากที่สุด (Taheri Tanjanai, Moradinazar, & Najafi, 2017)

สำหรับในประเทศไทยรายงานการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 7.7 (ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุทิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์ และ พวงสร้อย วรกุล, 2553) เขตชนบทพบร้อยละ 27.5 และพบในกลุ่มอายุช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (Haseen & Prasartkul, 2011) การศึกษาระดับชาติความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 ซึ่งมากกว่าทุกกลุ่มวัย (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 5.9 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554) จากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบร้อยละ 21.72 ในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 24.88 ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 30.23 ในปี พ.ศ. 2560 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ ดังนั้นหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงมีอัตราการเกิดซ้ำและเรื้อรังได้สูงถึงร้อยละ 40 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) อาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

สมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition; DSM-5) ว่าผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า อย่างน้อยต้องมีอาการข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หนึ่งข้อ โดยเกิดขึ้นแทบทั้งวันและเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้าโดยเป็นเกือบทั้งวัน 2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆลดลงอย่างมาก 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหารหรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก 5) กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงซ้าลง 6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป

8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือคิดอยากตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ หรือการทำงานที่ด้านอื่นที่สำคัญพร่องลงอย่างชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน

สำหรับโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง ความอ่อนแอทางจิตใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง (Evers & Marin, 2002) เป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่ามีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ซึ่งจะมีการแสดงออกของอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางด้านร่างกายหลายๆ อาการ เช่น ปวดเมื่อยศีรษะ นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ในขณะที่ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นลักษณะอารมณ์หดหู่ท้อแท้ใจ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใคร (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ไม่สดชื่น ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข ทุกข์ทรมานใจ ทำอะไรก็รู้สึกไม่สนุกสนานเพลิดเพลินเหมือนเดิม เมื่อถูกขัดใจหรือมีความรู้สึกไม่ได้ตั้งใจ จะเกิดอารมณ์น้อยใจง่าย หงุดหงิดง่ายมากกว่าจะเกิดอารมณ์เศร้า (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ประกอบกับมีพฤติกรรมพุดน้อย เงียบเฉย แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง กระบวนการคิดช้า ตัดสินใจช้า ลังเล ไม่ค่อยมั่นใจ หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มักจะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่ เป็นปัญหา ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ต่ำหนืดตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คุณภาพชีวิตลดลง (Blazer, 2003) ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในสังคม สูญเสียความสามารถในการแสดงออกในด้านต่างๆ สูญเสียความสามารถในการทำงานและความสามารถในการดูแลตนเอง (Kondo, Kazama, Suzuki, & Yamagata, 2008) ความสามารถในการทำงานลดลง ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมาก และพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Bruine de Bruin, Dombrowski, Parker, & Szanto, 2016) จึงต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาพยาบาลในการดูแลทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู (Tsai, 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นผลมาจากความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Blazer & Hybels, 2005) ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ เพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (Karam et al., 2016 ; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) พันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ คู่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 10-25 (Hsu, Young-Wolff, Kendler, Halberstadt, & Prescott, 2014) ญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1.5 ถึง 3 เท่า (Imran, Azidah, Asrenee, & Rosediani, 2009) และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลลามีน โดยมีการลดลงของซีโรโทนิน โดปามีน และนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญและมีผลต่ออารมณ์ในผู้สูงอายุ พบว่าจะมีการลดการจับตัวกันระหว่างซีโรโทนินกับตัวรับซีโรโทนิน ผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (ปุลนยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพสามารถเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงกว่า 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer & Hybels, 2005) เช่น บุคลิกภาพแบบย่ำคิดย่ำทำ บุคลิกภาพแบบพึ่งพิง บุคลิกภาพแบบก้าวกึ่ง (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) และบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวสูงจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวต่ำกว่า (Rappaport, Flint, & Kendler, 2017) ความคิดผิดปกติ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง การมีความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่งผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (Blazer & Hybels, 2005) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Orth & Robins, 2013 ; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559, 2559) และความเข้มแข็งทางใจสูง (Mehta et al., 2008 ; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ส่งผลทำให้อาการซึมเศร่าลดลง และการขาดความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ (Hayes et al., 2006 ; Ayers et al., 2010) ของผู้ป่วยจากการมีภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotional distress) ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าและมักพบว่าจะมีอาการซึมเศร้าในระดับสูง (Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006) ผู้สูงอายุที่ประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เกิดความขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่สูงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จะเกิดความภาคภูมิใจช่วย

เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hardy, Concato, & Gill, 2004) ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรโชยา, 2559)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือการรักษาทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีกลไกการออกฤทธิ์ในการเพิ่มสารสื่อประสาทในสมองที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโดยเฉพาะซีโรโทนิน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) และการรักษาด้วยไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมีภาวะเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเองซ้ำๆ หรือทำร้ายผู้อื่น (Pagnin, de Queiroz, Pini, & Cassano, 2008) ส่วนอีกประเภทเป็นการรักษาทางจิตสังคมบำบัดเป็นการบำบัดทางด้านจิตใจและสังคมตามสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการบูรณาการโดยมีการประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ ตามความเหมาะสม รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง จิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพเต็มที่เป็นกรให้การรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและจิตสังคมบำบัด (Cleare et al., 2015)

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) องค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based nursing practice) ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาต้านเศร้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน เป็นต้น (Gelenberg et al., 2010) โดยมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรและมีการทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นตัวแปรในด้านจิตสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Blazer & Hybels, 2005) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีลักษณะขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ มักจะมีความคิดหมกมุ่นกับความทุกข์หรือความเจ็บปวดทางจิตใจ ไม่สามารถหลุดจากความคิดแง่ลบ สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตเห็นแต่ความผิดพลาดล้มเหลวในชีวิต จนต้องติดอยู่ในวังวนแห่งอารมณ์

เศร้าหรือหดหู่ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ จากการทำผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการทำผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่เป็นที่รัก การสูญเสียบทบาททางสังคม เป็นต้น จนไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจึงมักหลีกเลี่ยงจากความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) (Andrew & Dulin, 2007) และเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Suppression) (Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal, & Lynch, 2008) ซึ่งไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยังติดอยู่กับความคิดหมกมุ่นทางลบและหวังแห่งอารมณ์เศร้าหรือหดหู่ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางจิตใจอยู่ เป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่และอาจทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การหลีกเลี่ยงปัญหาและเก็บกดความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Ayers, Petkus, Liu, Patterson, & Wetherell, 2010) และทำให้ประสิทธิผลของการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุลดลง (Rosenthal, Cheavens, Compton, Thorp, & Lynch, 2005)

แนวทางการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นทฤษฎีกลุ่มที่ 3 ของการบำบัดกลุ่มพฤติกรรมนิยม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational frame theory) อธิบายว่าปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจของบุคคล เกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) มีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) พยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก เป็นต้น ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง มีการเชื่อมโยงความคิดของตนเองกับความเป็นจริงว่าเป็นเรื่องเดียวกัน และนำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) ซึ่งการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาใช้หลักการของการรับรู้ การรู้สึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) กล่าวอีกอย่างคือการมีสติ (Awareness) เพื่อเน้นให้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่ยึดติดหรือหลงกับความทุกข์ในระยะสั้น แต่มุ่งให้สติรับรู้ที่ใช้ชีวิตตามค่านิยมที่เลือกไว้หรือตามบรรทัดฐานของตนเอง การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับปัญหาในหลายรูปแบบ มีกระบวนการหลักประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การฝึกสติ และการยอมรับ (Acceptance process) แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามาจากการศึกษาบุคคลที่มีภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยมักจะหลีกเลี่ยงจากความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ ด้วยการแยกตัวหลีกเลี่ยงจากสังคม ซ่อนเร้นหรือเก็บกดความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ซึ่งการหลีกเลี่ยงเหล่านี้สามารถกลายเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงได้ หากบุคคลกระทำสิ่งอื่นทดแทนเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยง เช่น การดื่ม

สุรา การฆ่าตัวตาย เป็นต้น โดยเป้าหมายของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลมีความยืดหยุ่นและมีการปรับตัวทางจิตใจ (Psychological flexibility) สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมของชีวิต แม้ว่าจะจะเป็นพฤติกรรมที่อาจเป็นปัญหาสำหรับผู้มีปัญหาทางจิตใจร่วมด้วย (จุฑามาศ แหนจอน, 2561)

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่าเป็นการบำบัดแนวใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลทั้งในผู้ที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง (Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Wetherell et al., 2011) ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ (Saedy, Kooshki, Firouzabadi, Emamipour, & Ardani, 2015) ผู้หญิงโรคอ้วนที่มองภาพลักษณ์ตนเองด้านลบ (Gholamhoseini, Koolae, & Taghvae, 2015) และผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาล (Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor, 2017) ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011 ; L. Hayes, Boyd, & Sewell, 2011 ; Pots et al., 2016) และยังสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ แต่ยังเป็นการศึกษาแบบรายกรณี 1 ราย (Petkus & Wetherell, 2013 ; Roberts & Sedley, 2016) ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการปวด เพิ่มคุณภาพชีวิตและทักษะการแก้ปัญหา ในกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง เป็นต้น (Öst, 2014 ; A-tjak et al., 2015) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการนำแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มทักษะการคิดแก้ปัญหาทางสังคมในกลุ่มนิสิตปริญญาตรี (จุฑามาศ แหนจอน, 2557) กลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดสารแอมเฟตามีน (สุภาภรณ์ กำเลิศ, 2561) และนำแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มหญิงข้ามเพศ (นันทยา คงประพันธ์, 2559) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ปรากฏหลักฐานชัดเจน อีกทั้งวัยสูงอายุเป็นระยะที่บุคคลมีการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา ทั้งความรู้สึกลึกซึ้งและความสำเร็จและความสิ้นหวังท้อแท้ เป็นวัยที่มีการยึดมั่นกับความคิดของตนเอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ถึงแม้ว่าความรวดเร็วของการใช้ความคิด ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และความสามารถในการรับรู้เข้าใจสิ่งที่มีความซับซ้อนจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นก็ตาม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) การบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นถึงแม้ว่าปัญหายังคงอยู่ มีการ

ตอบสนองต่อความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) สามารถยอมรับและรับรู้ความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยลดการยึดติดหรือหมกมุ่นกับปัญหาหรือความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นในอดีต และลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต (Roberts & Sedley, 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นการลดภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียด หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายของชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

1.3.2 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent variables) คือ โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables) คือ อาการซึมเศร้า

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งโดยมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุ อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกโรค DSM-5 และ ICD-10 โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 ซึ่งจะเข้ารับบริการการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนมิถุนายน 2561 ถึง ตุลาคม 2561

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ให้สามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมีสติ แทนการมีความคิดหมกมุ่นววนทางลบ เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นเป้าหมายในชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางอารมณ์ จากการที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยลดลง โดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) โดยมีการบูรณาการหลักการพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การยอมรับ การรู้สึกตัว และอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ ซึ่งองค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ดังนี้ 1) การยอมรับ (Acceptance) 2) การแยกความคิด (Cognitive defusion) 3) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) 5) การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued

directions) 6) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) โดยโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีการดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

1.6.2 อาการซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม มีการแสดงออกของอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ในขณะที่ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นลักษณะอารมณ์หดหู่ห่อเหี่ยวใจ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใคร ไม่สดชื่น ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข ทุกข์ทรมานใจ ทำอะไรก็รู้สึกไม่สนุกสนานเพลิดเพลินเหมือนเดิม เมื่อถูกขัดใจหรือมีความรู้สึกไม่ได้ตั้งใจ จะเกิดอารมณ์น้อยใจง่าย หงุดหงิดง่ายมากกว่าจะเกิดอารมณ์เศร้า ประกอบกับมีพฤติกรรมพุดน้อย เงียบเฉย แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง กระบวนการคิดซ้่า ตัดสินใจช้า ลังเล ไม่ค่อยมั่นใจ หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ลดลง มักจะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหา ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ต่ำหนิตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการซึมเศร้าประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539)

1.6.3 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กระบวนการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q-9Q-8Q ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การสังเกตอาการเตือน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ให้คำปรึกษารายบุคคล และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตลดลง กลุ่มอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย (Hayes et al., 1999) ผู้ป่วยจึงมักหลีกเลี่ยงจากความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (Andrew & Dulin, 2007) และเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Cukrowicz et al., 2008) เป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร่ายังคงอยู่และอาจทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การหลีกเลี่ยงปัญหาและเก็บกดความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และ

ความคิดทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Ayers et al., 2010) และทำให้ประสิทธิผลของการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุลดลง (Rosenthal et al., 2005)

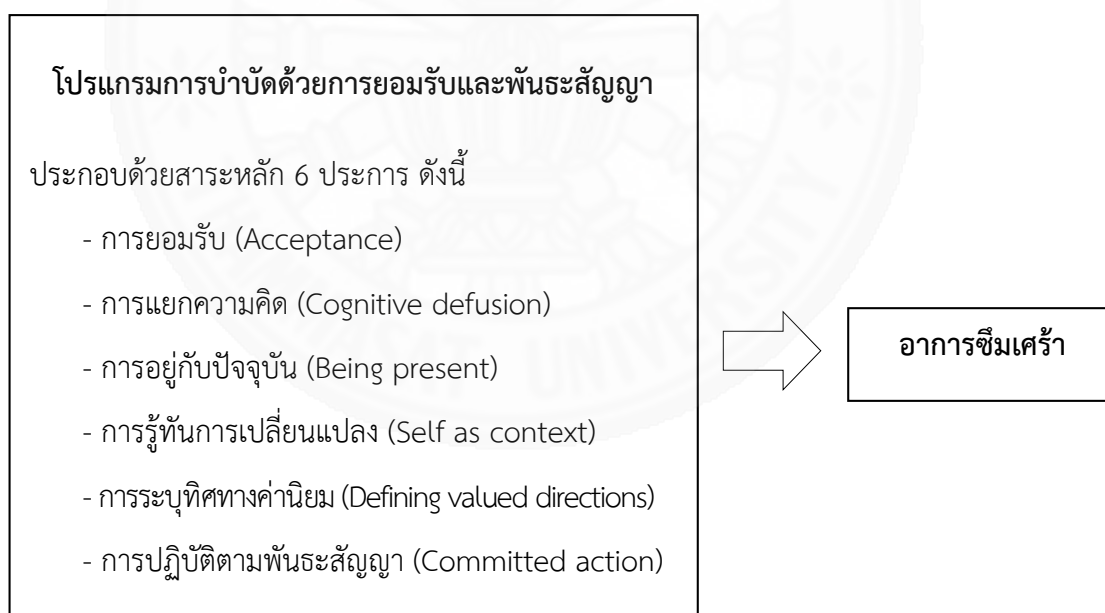
ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) เชื่อว่าปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งอาการซึมเศร้ามักถือว่าเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Kato, 2016) ผู้ป่วยจะมีลักษณะ คือ มีความคิดหมกมุ่นกับความทุกข์หรือความเจ็บปวดทางจิตใจ ไม่สามารถหลุดจากความคิดแง่ลบ สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตเห็นแต่ความผิดพลาดล้มเหลวในชีวิต จนต้องติดอยู่ในวังวนแห่งอารมณ์เศร้าหรือหดหู่ ไม่สามารถยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ จากการที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า พยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง มีการเชื่อมโยงความคิดของตนเองกับความเป็นจริงว่าเป็นเรื่องเดียวกัน และนำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง เช่น มีคนพูดว่า “คุณช่างเป็นคนไร้ค่า” แล้วบุคคลนั้นได้นำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการประเมินค่าและแปลความหมายของภาษาว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งความเป็นจริงแล้วเขาไม่ใช่คนที่ไม่มีคุณค่า แต่สิ่งที่เขาได้ยินมาเป็นเพียงแค่คำพูดหรือภาษาซึ่งเป็นสิ่งที่สมมติขึ้นมาไม่มีอยู่จริง เป็นต้น ทำให้บุคคลคิดว่าหมกมุ่นหรือมีความวิตกกังวลในการทำให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือจากสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ จึงไม่สามารถรับรู้ความคิดตามความเป็นจริง แต่เป็นการรับรู้ตัวตนตามมโนคติซึ่งเป็นสิ่งที่ปรุงแต่งขึ้น ไม่สามารถอยู่กับปัจจุบัน ยึดติดกับอดีตและกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลขาดการตระหนักรู้ประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขาดการพิจารณาถึงสิ่งสำคัญของชีวิตหรือค่านิยมที่ต้องการ นำมาสู่การประเมินประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ คิดหาเหตุผลเข้าข้างพฤติกรรมของตนเอง ทำให้เกิดความคิดวอกววนไม่สามารถหาวิธีการที่ดีในการแก้ปัญหาได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัว อยู่คนเดียว อยากหนีให้พ้นจากปัญหา อยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของตนเองในระยะสั้น แสวงหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และมีความสุขในระยะสั้น แทนการมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่นหรือสร้างความสุขที่แท้จริงในระยะยาว

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการบำบัดโดยใช้กระบวนการทางจิตวิทยา ทำให้บุคคลเกิดการยอมรับตนเองในทุกๆ ด้านของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยไม่ตัดสินสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์หรือพยายามใช้การควบคุมและขจัดทิ้ง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้ สามารถรับรู้การควบคุมปฏิกิริยาของตนต่อปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถจัดลำดับความสำคัญของการกระทำก่อนและหลัง

จึงแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะแตกต่างจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นที่จะปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ความรู้สึกเพื่อที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ต้องการ ในทางกลับกัน การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการเปลี่ยนวิธีในการตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ไม่ได้มุ่งเน้นกับจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของบุคคล หรือการเปลี่ยนรูปแบบความคิดและความถี่ของความคิดในบุคคล แต่มุ่งให้ความสำคัญกับการจัดการกับกระบวนการทางภาษาและค่านิยมที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

กลไกการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เกิดจากการจัดกระทำกับองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ได้แก่ 1) การยอมรับ (Acceptance) เป็นการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้นต่อสถานการณ์ แทนการขจัดอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง 2) การแยกความคิด (Cognitive defusion) เป็นการจัดการกับการหลอมรวมความคิด พิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษาที่เข้าใจ และความหมายที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด สามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ 3) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) เป็นการเฝ้ามองดูการปรากฏและตระหนักต่อประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการตัดสินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ เพียงแค่มองดูและรับรู้ตามความเป็นไปของสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความทุกข์หรือความสุข มากกว่าที่จะคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีต และกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เกิดความรับผิดชอบ และเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในทุกเวลา อีกทั้งยังช่วยลดความยึดมั่นในตนเองและการหลอมรวมความคิด 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) เป็นการที่บุคคลมีสติสามารถรับรู้ที่ตนเองกำลังมีความคิดอะไรจากสถานการณ์ใด เพื่อลดตัวตนในแบบยึดมั่นตัวตนตามมโนคติหรือลดการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาความคิด ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง เกิดบริบทของการยอมรับและแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ 5) การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions) เป็นการค้นหาความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในทุกๆด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ การทำงาน การเรียน ครอบครัว ความรัก จิตวิญญาณ เป็นต้น เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย ส่งผลให้เกิดความผาสุกในระยะยาว 6) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) เป็นการนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ มีการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยมที่สามารถประเมินผลได้ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการแก้ไข เมื่อมีการจัดกระทำกับองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological

flexible) เกิดการยอมรับ มีสติรู้ตัว (Mindfulness) และลดการหลอมรวมความคิดกับความเป็นจริง (Cognitive fusion) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ (Waters, 2012) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหากเกิดความยึดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้เกิดการรู้ตัวต่อการกระทำของตนเอง สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองแทนที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ได้อย่างอัตโนมัติ มีความคิดและรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมีสติ แทนการมีความคิดหมกมุ่นทวนทางลบ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการจัดลำดับความสำคัญของการกระทำอย่างเหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นเป้าหมายที่แท้จริงในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางอารมณ์ จาก การที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง องค์ประกอบดังกล่าวมีการเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ดังกรอบแนวคิดการวิจัย แผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

1.8.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยใช้การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่ง เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย

เป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ไปขยายผลในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อรับรองผลของโปรแกรม ให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าวิจัย โดยนำเสนอเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 2.1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 2.1.3 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 2.1.4 ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 2.1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 2.1.6 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 2.1.7 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.1.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 2.1.9 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ
- 2.1.10 การรักษาโรคซึมเศร้า
- 2.1.11 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT)

- 2.2.1 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา
- 2.2.2 ความยืดหยุ่นทางจิตใจ
- 2.2.3 องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา
- 2.2.4 กลไกการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

2.3 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

เบค (Aaron T Beck, 1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงอาการแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ เช่น เศร้า เสียใจ สิ้นหวัง โดดเดี่ยว อ้างว้าง เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ อยากตาย มีอัตมโนทัศน์ด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต เป็นต้น และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น หลีกหนีจากสถานการณ์หรือสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สนใจทำกิจกรรม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

โคลาซานตีและคณะ (Colasanti, Marianetti, Micacchi, Amabile, & Mina, 2010) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการแสดงถึงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรู้คิด และการทำหน้าที่ของร่างกาย

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และ สรยุทธ วาสิกนายนนท์ (2558) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ มีความรู้สึกเศร้า หม่นหมอง จิตใจหดหู่ท้อเหี่ยว เชื่องซึม เป็นต้น มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรง ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น ประกอบกับมีพฤติกรรม แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง กระบวนการคิดช้า สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ ส่งผลต่อการมีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่บุคคลทั่วไปทำได้ และสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิด

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในคนไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ไม่ต้องการให้ใครมารบกวน ทนต่อสถานการณ์ที่มีเสียงดังไม่ได้ อยากอยู่คนเดียวเงียบๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดเรื่องตาย ความคิดเปลี่ยนไปในทางลบ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร

สมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 2013) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition; DSM-5) ว่าผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่าอาการต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ 1) อาการซึมเศร้า โดยเป็นเกือบทั้งวัน 2) ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก

3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหารหรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก 5) กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงซ้าลง 6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือคิดอยากตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ หรือการทำงานที่ด้านอื่นที่สำคัญพร่องลงอย่างชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1992) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าตามการวินิจฉัยแยกโรค (International Classification of Disease and Health Related Problem [ICD-10]) ในกลุ่มรหัสโรค F32.0 - F33.9 ซึ่งวินิจฉัยได้ตามอาการแสดงหลัก (Typical symptoms) ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้า 2) ความสนใจความเพลิดเพลินใจลดลง 3) หดพลังงาน อ่อนเพลีย และอาการเกิดร่วม (Associated symptoms) ที่พบมีดังนี้ 1) สมาธิลดลงไม่มีสมาธิ 2) ความภูมิใจและความมั่นใจในตนเองลดลง 3) รู้สึกผิดมาก และไร้ค่า 4) มีท่าทางกระสับกระส่ายหรือซ้าง 5) มีความคิดการกระทำที่ร้ายตนเอง 6) การนอนที่ผิดปกติ 7) อยากรอาหารลดลงและได้แบ่งโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ กล่าวคือ ถ้ามีอาการแสดง 4 อาการจะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) อาการแสดง 5-6 อาการ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ถ้ามีอาการ 7 อาการ หรือมากกว่า หรือมีอาการทางจิต จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) กล่าวว่าโรคซึมเศร้ามีลักษณะการแสดงออกทางด้านอารมณ์เศร้า ความสนใจและความสุขในกิจกรรมต่างๆลดลง รู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนและรับประทานอาหารเปลี่ยนไป อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจอยู่เป็นระยะเวลานาน หรืออาการกำเริบซ้ำได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำงาน การเรียน และการแก้ปัญหาลดลง

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นต้น ด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอยากตาย รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง คิดทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ความต้องการทางเพศลดลง แยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด และอาการเหล่านี้เป็นต่อเนื่องติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน

2.1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เฮย์และคณะ (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงหรือความเครียดในชีวิต หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

เอเวอร์และมาริน (Evers & Marin, 2002) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง ความอ่อนแอทางจิตใจ ภาวะกีดกันทางจิตใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล

เบลเซอร์ (Blazer, 2003) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ในบั้นปลายชีวิตและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตายและมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ

รูสและแซคเคิม (Roose & Sackeim, 2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรมการนอนหลับ และความอยากอาหาร อาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมาน จากจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิดไร้คุณค่าและตำหนิตัวเอง ความภาคภูมิใจและความมั่นใจตัวเองลดลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม พบอาการทางกายร่วมด้วย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลง เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง ความอ่อนแอทางจิตใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง เป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงหรือความเครียดในชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ความเพลิดเพลินลดลง เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง มีความคิดอยากตาย ร่วมกับมีอาการแสดงทางด้านร่างกายที่ค่อนข้างเด่น เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เป็นต้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุลดลงในรายที่มีอาการรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

2.1.3 ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

อาการซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่ามีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ซึ่งจะมีการแสดงออกของอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางด้านร่างกายหลายๆอาการ เช่น ปวดมีนศีรษะ นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ในขณะที่ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นลักษณะอารมณ์หดหู่ห่อเหี่ยวใจ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใคร ไม่สดชื่น ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข ทุกข์ทรมานใจ ทำอะไรก็รู้สึกไม่สนุกสนานเพลิดเพลินเหมือนเดิม เมื่อถูกขัดใจหรือมีความรู้สึกไม่ได้ตั้งใจ จะเกิดอารมณ์น้อยใจง่าย หงุดหงิดง่ายมากกว่าจะเกิดอารมณ์เศร้า (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ประกอบกับมีพฤติกรรมพุดน้อย เงียบเฉย แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง กระบวนการคิดช้า ตัดสินใจช้า ลังเล ไม่ค่อยมั่นใจ หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มักจะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหา ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ต่ำหนิตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คุณภาพชีวิตลดลง (Blazer & Hybels, 2005) ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

2.1.4 ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า มีจำนวนประมาณ 900 - 2000 ล้านคน และผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือโรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2015) ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นลำดับที่สองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (WHO Regional Office for South-East Asia, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และธนาคารโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่าปี ค.ศ. 1990 โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นภาระอันดับที่ 4 และในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่เป็นภาระอันดับที่ 2 ก่อให้เกิดความรุนแรงของการสูญเสียเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ (Murray, Lopez, & Organization, 1996) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและในอนาคต (สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นพพร อิทธิวิศกุล, 2553) ทั้งในทวีปเอเชียและทุกประเทศทั่วโลก (Park et al., 2010)

รายงานการศึกษาเชิงระบาดวิทยาความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งการศึกษาตามภูมิศาสตร์ของโลกเป็น 5 ทวีป ได้แก่ ทวีปออสเตรเลียมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศออสเตรเลียพบร้อยละ 2.4 และพบในกลุ่มอายุช่วง 65-69 ปีมากที่สุด (Trollor, Anderson, Sachdev, Brodaty, & Andrews, 2007) ทวีปแอฟริกามีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศแอฟริกาใต้พบร้อยละ 39.6 (Padayachey, Ramlall, & Chipps, 2017) ทวีปยุโรปมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มประเทศแถบยุโรปทั้งหมด 10 ประเทศ ได้แก่ เดนมาร์ก สวีเดน เยอรมัน ออสเตรีย เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ กรีซ อิตาลี ฝรั่งเศส และสเปน พบร้อยละ 18-36 และพบในกลุ่มอายุช่วง 60-74 ปีมากที่สุด (Castro-Costa et al., 2007) กลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร ได้แก่ อังกฤษ และเวลส์ พบร้อยละ 8.7 (McDougall et al., 2007) กลุ่มประเทศแถบตะวันตกของยุโรปพบร้อยละ 19.47 (Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk, & Andreas, 2013) ประเทศตุรกีพบร้อยละ 18.6 (Yaka, Keskinoglu, Ucku, Yener, & Tunca, 2014) ทวีปอเมริกามีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 30 (Woodward, Lipari, & Eaton, 2017) และทวีปเอเชียมีการรายงานความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของประเทศญี่ปุ่นพบร้อยละ 10.4 (Kaneko, Motohashi, Sasaki, & Yamaji, 2007) ประเทศจีนพบร้อยละ 39.86 (Yu, Li, Cuijpers, Wu, & Wu, 2012) ประเทศเลบานอนพบร้อยละ 8.6 พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่า (Karam et al., 2016) ประเทศอิหร่านพบร้อยละ 36.7 พบเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 เท่า และพบในกลุ่มอายุช่วง 66-75 ปีมากที่สุด (Taheri Tanjanai, Moradinazar, & Najafi, 2017)

สำหรับในประเทศไทยรายงานการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 7.7 (ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุทิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัฐชิโรจน์ และ พวงสร้อย วรกุล, 2553) เขตชนบทพบร้อยละ 27.5 และพบในกลุ่มอายุช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (Haseen & Prasartkul, 2011) การศึกษาระดับชาติความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.1 ซึ่งมากกว่าทุกกลุ่มวัย (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่พบร้อยละ 5.9 (เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ อุมพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554) จากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบร้อยละ 21.72 ในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 24.88 ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 30.23 ในปี พ.ศ. 2560 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ ซึ่งความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามี ความแตกต่างกันนั้นอาจมาจากการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันและปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 5th edition (DSM-V) และระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก International Classification of Disease (ICD 10) (มานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

2.1.5.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 5th edition (DSM-5) มีเกณฑ์ว่า

(1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า อย่างน้อยต้องมีอาการข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หนึ่งข้อ โดยเกิดขึ้นแทบทั้งวันและเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการต่างๆเหล่านี้ ได้แก่

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า
2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก
3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน
4. นอนไม่หลับ หรือหลับมาก
5. กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงช้าลง
6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป
8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้
9. มีความคิดอยากตาย

(2) อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

(3) อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

2.1.5.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

(World Health Organization, 1992) มีเกณฑ์ว่า

(1) มีกลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ อาการหลัก (Typical symptoms) ที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อคือ

1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
2. ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรหรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน
3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน

(2) อาการรอง (Associated symptoms) ที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อคือ

1. ขาดความเชื่อมั่นความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
2. ชอบตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
3. คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย
4. สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
6. นอนไม่หลับหรือนอนมาก
7. น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือเพิ่มอย่างมาก

(3) ไม่เคยมีอาการไฮโปแมนเนีย (hypomania) หรือแมนเนีย (mania) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

(4) อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

การแบ่งระดับอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 สามารถแบ่งได้ดังนี้ อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ) และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ)

สำหรับรหัสโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า ตาม ICD 10 ได้แก่ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

- F32.0 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวครั้งชั่วคราวไม่รุนแรง (Mild depressive episode)

- F32.1 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวครั้งชั่วคราวปานกลาง (Moderate depressive episode)

- F32.2 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรงแต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe depressive episode without psychotic symptoms)
- F32.8 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวแบบอื่น (Other depressive episodes)
- F32.9 อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Depressive episode, unspecified)
- F33.0 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำหลังเกิดขึ้นไม่รุนแรง (Recurrent depressive disorder, current episode mild)
- F33.1 อารมณ์ซึมเศร้าที่กลับเป็นใหม่ กำลังมีอาการเกิดขึ้นอาการปานกลาง (Recurrent depressive disorder, current episode moderate)
- F33.2 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นรุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต (Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms)
- F33.4 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำระยะหาย (Recurrent depressive disorder, currently in remission)
- F33.8 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำแบบอื่น (Other recurrent depressive disorder)
- F33.9 อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำจากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด (Recurrent depressive disorder, unspecified)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-5 และ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

2.1.6 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

2.1.6.1 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) สามารถพบได้ในผู้สูงอายุทั่วไปในบางครั้ง เป็นภาวะอารมณ์ที่หดหู่ ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว มักจะเปรียบเทียบกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจและสมาธิในการทำงานลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2.1.6.2 อาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) อาการในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

2.1.6.3 อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เกิดขึ้นอยู่นานและตลอดเวลาทำให้เกิดความรู้สึกไร้ความหวัง ไร้ซึ่งคุณค่าในตนเอง ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดเกี่ยวกับการตาย อยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัวแทบจะไม่มีความสะดวกในผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมซึมเฉย แยกตัว นิ่งนิ่งๆ เฉยๆ ทำเดียวกันนานๆ หรืออาจมุดลุกมุดนั่ง กระวนกระวาย จังหวะในการพูดค่อนข้างช้า คิดช้า ตอบคำถามช้า ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และพยายามฆ่าตัวตาย

2.1.7 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2 ประเภท คือ การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Interview and observe related scale) และการประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมแบบประเมินอาการซึมเศร้าทั้ง 2 ประเภท ดังนี้

2.1.7.1 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต

(1) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) สร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์แฮมิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1960 (Hamilton, 1960) ในปัจจุบันแบบประเมินจัดเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold standard test) เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยในปี พ.ศ.2539 โดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม เน้นการประเมินอาการซึมเศร้าทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านความคิด ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตั้งแต่ 0-4 คะแนน ไม่เท่ากันในแต่ละข้อ มีค่าคะแนนรวม 0-53 คะแนน ซึ่งแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้า (No depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 0-7 คะแนน อาการซึมเศร้ายระดับเล็กน้อย (Mild depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 8-12 คะแนน อาการซึมเศร้ายระดับปานกลาง (Less than major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 13-17 คะแนน อาการซึมเศร้ายระดับมาก

(Major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 18-29 คะแนน และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (More than depression) ผลรวมค่าคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป มีการรายงานการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยการทดสอบความมั่นคงและความน่าเชื่อถือ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ความมั่นคงของแบบประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (Concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี (Spearman's correlation coefficient = -0.8239, $p < .0001$) ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าพอใจ (Standardized Cronbach's coefficient alpha = .7380) (มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และ จักกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539)

(2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1979 (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการและการแสดงอาการรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเมินการเปลี่ยนแปลงติดตามผลการรักษาสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลสมบูรณ์

2.1.7.2 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

(1) แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory [BDI]) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 โดยเบค (A. T. Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุของโรคซึมเศร้า เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามโรคซึมเศร้าของเบค ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ อาการซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (Normal range) อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression) อาการซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression) และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) (ลัดดา แสนสีหา, 2536) เบค และคณะได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation พบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับ

กลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ จึงมีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยเป็นจำนวนมาก

(2) แบบประเมินระดับวิทยาของอาการซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1977 โดยแรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมของกลุ่มประชากรในชุมชน เน้นการประเมินด้านการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยง ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือไม่สามารถแยกได้ว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นอาการซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

(3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสุขภาพสมองไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรู้สึกเศร้าของผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน รวม 0-30 คะแนน 0-12 คะแนนเป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย 13-18 คะแนนมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนนมีความเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนนเป็นผู้มีความเศร้ามารุนแรง ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยเหลือ 15 ข้อคำถาม จุดประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน รวม 0-15 คะแนน ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอนควรพบจิตแพทย์ ดังนั้นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยจึงไม่เหมาะที่จะใช้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน ฉบับพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในการติดตามผลของการบำบัดรักษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องจากแบบประเมินมีจำนวนข้อไม่มาก คำถามและคำตอบสั้นๆ เข้าใจง่าย มีความตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี ประเมินโดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกต

2.1.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Blazer & Hybels, 2005) ดังนี้

2.1.8.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

(1) เพศ (Gender) โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (Karam et al., 2016 ; มุจรินทร์ พุทธิเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

(2) พันธุกรรม (Genetic) จากการศึกษาสนับสนุนว่าพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าคู่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 10-25 (Blazer & Hybels, 2005 ; Imran, Azidah, Asrenee, & Rosediani, 2009) จากรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันพบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางสายเลือด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1.5 ถึง 3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

(3) สารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มแคทีคอลามีน (Catecholamine) โดยมีการลดลงของซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญและมีผลต่ออารมณ์ ในผู้สูงอายุพบว่าจะมีการลดการจับตัวกันระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับซีโรโทนิน ผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (ปริญญภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2.1.8.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

(1) ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพสามารถเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงกว่า 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer & Hybels, 2005) เช่น บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (Borderline personality disorder) (ธรรณินทร์ กองสุข, 2550) และผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวสูง (Neuroticism personality disorder) จะมีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวต่ำกว่า (Rappaport, Flint, & Kendler, 2017)

(2) ความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) พบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดผิดปกติ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer & Hybels, 2005) ลักษณะของความคิด 3 ประการที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความคาดหวังอนาคตในทางลบ (Aaron T Beck, 1967) เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตมีมากขึ้นเนื่องจากต้องเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียที่เกิดขึ้น

(3) ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากกลับสู่สภาพที่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เป็นสิ่งบ่งชี้ความสำเร็จของการดำรงชีวิตในสภาวะตึงเครียด (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (Mehta et al., 2008 ; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

(4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า นำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง และการยอมรับนับถือตนเอง มาจากการประเมินตนเองโดยภาพรวมในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จของตนเอง และแสดงออกมาในรูปแบบของทัศนคติในแง่บวกที่มีต่อตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคมึนเศร้ามลดลง (Orth & Robins, 2013 ; มุจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

(5) การขาดความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ (Psychological inflexibility) (Hayes et al., 2006 ; Ayers et al., 2010) ของผู้ป่วย จากการมีภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotional distress) จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อมถอยลง รวมถึงการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life events) เช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียบทบาททางสังคมจากหัวหน้างาน หัวหน้าครอบครัว เป็นสมาชิกหรือผู้พักอาศัย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากมีการจัดการปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) (Andrew & Dulin, 2007) และเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Suppression) (Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal, & Lynch, 2008) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Ayers, Petkus, Liu, Patterson, & Wetherell, 2010) และทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยแย่งลง (Rosenthal, Cheavens, Compton, Thorp, & Lynch, 2005)

(6) ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Bereavement) เป็นภาวะที่พบได้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสีย ถือเป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติโดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันจากการเสียชีวิต (ศรีนรินทร์ วัฒนธรรณ์, 2560) เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เป็นต้น หรือการพลัดพรากจากสิ่งของที่ผูกพัน รวมถึงการสูญเสียบทบาททางสังคม ตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้ ภาวะนี้ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัว เกิดความวิตกกังวลมาก หรือเกิดอาการซึมเศร้า

2.8.1.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factors)

(1) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ผู้สูงอายุที่การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เป็นต้น การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง มีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าปกติ (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) และมักพบว่าจะมีอาการซึมเศร้าในระดับสูง (Greenglass, Fiksenbaum, & Eaton, 2006)

(2) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก เกิดความขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มีหนทาง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความเครียดและอาการซึมเศร้าได้สูงกว่าคนปกติ (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550)

(3) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function ability) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ได้แก่ การประกอบอาชีพ การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง เป็นต้น (วัชรี แสงสาย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) พบว่าหากผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จะเกิดความภาคภูมิใจช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Hardy, Concato, & Gill, 2004) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่สูงขึ้น จะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง (มูจรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย (Greenglass et al., 2006)

2.1.9 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และคุณภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (Blazer, 2003) จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเรื้อรังได้สูงถึงร้อยละ 40 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Bruine de Bruin, Dombrovski, Parker, & Szanto, 2016) การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในสังคม สูญเสียความสามารถในการแสดงออกในด้านต่างๆ และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง (Kondo, Kazama, Suzuki, & Yamagata, 2008) การศึกษาในประเทศไต้หวันผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลในการดูแลทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูเพิ่มสูงขึ้น (Tsai, 2007) นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นผลมาจากความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแล อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบที่สำคัญ 3 ด้าน (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) ได้แก่

2.1.9.1 ผลกระทบในด้านการมีสัมพันธภาพ เกิดจากความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว อ้างว้าง อารมณ์เศร้า บางครั้งอารมณ์หงุดหงิดง่าย ส่งผลให้มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นรอบๆตัว เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ผู้ป่วยอาจคิดว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานของตนเอง และคิดว่าการปรับตัวที่ดีคือการติดต่อกับผู้อื่นน้อยลงหรือยุติความสัมพันธ์

2.1.9.2 ผลกระทบในด้านความสามารถ ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ความสามารถในการทำงานลดลง ความพยายามลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมุดกำลังใจ ท้อแท้ ลึนหวัง ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การทำร้ายตนเอง เป็นต้น

2.1.9.3 ผลกระทบในด้านเอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมีความเปราะบางทางด้านความคิดต่อการรับรู้ตนเองในทุกๆเรื่อง มองตนเอง โลก และอนาคตในด้านลบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อารมณ์และไม่มีความสุข ส่งผลให้คิดเกี่ยวกับการตายและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูง

2.1.10 การรักษาโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนอีกประเภทเป็นการรักษาทางจิตสังคมบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพเต็มที่เป็นการให้การรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด (Cleare et al., 2015)

2.1.10.1 การรักษาทางด้านชีวภาพ (Biological treatment) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

(1) การรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy) แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาดังแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้เป็นยาด้านเศร้า (Antidepressant) ได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการรักษาต่อจากระยะแรกอีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว พบว่าหากหยุดยาก่อนจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงมาก และระยะการป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) เป็นการให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ระยะนี้จะให้ยาต่อเนื่องอีกประมาณ 2-3 ปี ซึ่งยาด้านอาการซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552)

1. ยาในกลุ่มซีโรโทนิน สเปซิฟิก รีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (Serotonin-specific reuptake inhibitors [SSRIs]) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline และ Citalopram เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับของซีโรโทนิน ยากลุ่มนี้นิยมใช้รักษาโรคซึมเศร้า มีความปลอดภัยสูง แต่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการเอ็กตราพีดราไมดอล (Extrapyramidal symptoms) ได้

2. ยาในกลุ่มซีโรโทนิน-นอร์อิพิเนฟริน รีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors [SNRIs]) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการดูดกลับของทั้งซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟริน มีประสิทธิภาพรักษาโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว โดยเริ่มเห็นผลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ซึ่งเร็วกว่า

ยากลุ่มอื่นๆ แต่อาการข้างเคียงคือ มีคลื่นไส้ เบื่ออาหาร กระวนกระวาย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

3. ยาในกลุ่มนอร์อะดรีเนอร์จิกและสเปซิฟิค ซีโรโทเนอร์จิก (Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants [NaSSAs]) ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า และมีฤทธิ์คลายความวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับง่าย และช่วยให้รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ยากลุ่มนี้มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย ค่อนข้างปลอดภัยในผู้สูงอายุ

4. ยาในกลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic antidepressants [TCAs]) ยากลุ่มนี้ เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin เป็นต้น ยากลุ่มนี้เป็นต้นแบบในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่ปัจจุบันนิยมใช้ยากลุ่มใหม่ เนื่องจากยากลุ่มนี้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก่อนข้างมาก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น แขนงหน้าอก ง่วงซึม ความรู้สึกตัวลดลง ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะไม่ออก กดการหายใจ และยังมีผลต่อหัวใจทำให้เกิดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

(2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการ รักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทางอิเล็กโทรด (Electrode) เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ดังเช่นกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมีภาวะเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเองซ้ำๆ หรือทำร้ายผู้อื่น (Pagnin, de Queiroz, Pini, & Cassano, 2008)

2.1.10.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นการบำบัดทางด้านจิตใจและสังคมตามสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการบูรณาการโดยมีการประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆตามความเหมาะสม เช่น จิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา และ ครอบครัวบำบัด เป็นต้น การบำบัดรูปแบบนี้ส่งผลในการลดอาการซึมเศร้า ลดความเสี่ยง และป้องกันการกำเริบซ้ำของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในระยะยาวได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจยอมรับตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพความเป็นจริง เพิ่มความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เรียนรู้การเข้าใจปัญหาของตนเอง นำไปสู่การให้ความหมาย และให้คุณค่ากับตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีดังนี้

(1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy [CBT]) เชื่อว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดไม่ตรงกับความเป็นจริง การบำบัดจึงเน้นการเรียนรู้การปรับกระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่มีผลต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ อันเป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น การที่จะเปลี่ยนแปลงอารมณ์โดยการพยายามเปลี่ยนความรู้สึกนั้นทำได้ยาก แต่สามารถเปลี่ยนได้โดยการเปลี่ยนความคิดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการได้รับต้านเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (เซวานี ล่องซูล, 2554) ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียว (Braun, Karlin, & Zeiss, 2015) รวมถึงสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ (วัชรี แสงสาย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Wilkinson et al., 2009)

(2) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy [IPT]) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พบมากที่สุด และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (รสพร เพียรรุ่งเรือง และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถปรับตัวและมีแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม (Weissman, Klerman, & Markowitz, 2017)

(3) การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เพื่อพิจารณาการกระทำในอดีตของตนเองในหลายแง่มุม ซึ่งสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยผ่านความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความเป็นเอกลักษณ์และสามารถจัดการกับประสบการณ์การสูญเสีย โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จช่วยให้เกิดความรู้สึกสุขใจ สบายใจ ภาคภูมิใจกับสิ่งที่ทำสำเร็จในอดีต เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยลดความคิดด้านลบ สนใจเฉพาะความคิดด้านบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่ขัดแย้งกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่สามารถแก้ไข มาสร้างความมั่นใจภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบัน มีแนวทางการแก้ไขปัญหา เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้า (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวาสนา วรรณเกษม และ

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหล่าคณธรรม (2559) ที่พบว่าการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้เช่นเดียวกัน

(4) จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง โดยผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหา และร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความซับซ้อนใจของผู้ป่วยโดยเน้นการพูดคุยและบำบัดช่วยเหลือประคับประคองเบื้องต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ใช้ในการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะคงที่ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปรับปรุงการทำงานของสภาวะจิต เพิ่มทักษะในการปรับตัวให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาวะเดิมได้ มีการสร้างกลไกใหม่ๆที่ดีกว่าเดิม และยังมุ่งเน้นถึงปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรม การศึกษาของอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ (2554) พบว่าจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

(5) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) แนวคิดทฤษฎีการแก้ไขปัญหา อธิบายว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล รวมถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (D'Zurilla & Nezu, 2010) การบำบัดรูปแบบนี้ช่วยให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง มีสมรรถนะและทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดในการระบุปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับปัญหารูปแบบต่างๆ รวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมแก้ปัญหาที่เหมาะสมทดแทนวิธีการทางลบ การศึกษาของไคออสเซสและอเล็กซ์พูลอส (Kiosses & Alexopoulos, 2014) โดยการวิเคราะห์อภิมานวิจัยในระดับ RCT ตั้งแต่ปี ค.ศ.1966 ถึง ค.ศ. 2013 ได้ทั้งหมด 15 เรื่องพบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย พลศักดิ์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2560) พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

(6) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) การบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งที่มุ่งเน้นการควบคุม พฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้และผลการทดลองทางจิตวิทยามาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การแก้ไขพฤติกรรมเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) หลักการของพฤติกรรมบำบัด อาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการเรียนรู้ของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม

โดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 1999) ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ ที่บูรณาการหลักการพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม โดยใช้กระบวนการ 6 ขั้นตอน ของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ซึ่งแต่ละด้านเป็นทักษะทางจิตวิทยาเชิงบวก การยอมรับสภาพตามความเป็นจริง ไม่ใช่วิธีที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือการเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกทางจิตใจ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การแยกความคิด (Cognitive defusion) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as a context) การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions) และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) แต่ละองค์ประกอบของการบำบัด เน้นการยอมรับและฟังความสนใจ เพื่อให้บุคคลมีสติอยู่กับปัจจุบัน ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และสามารถรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมของชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก็จะสามารถลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของเพคคัทและเวทเทอร์เรล (Petkus & Wetherell, 2013) และ โรเบิร์ตและเซดลีย์ (Roberts & Sedley, 2016) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบรายกรณี (Case study) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ภายหลังจากบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

2.1.11 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.1.11.1 บทบาทหลักที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คือการให้บริการแก่ผู้รับบริการทางสุขภาพจิตแบบองค์รวม โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลจิตเวชในการประเมินสภาพปัญหา วินิจฉัยปัญหาวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และสังคม เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพจิต ดังนี้ (ทัศนาศ บุญทอง, 2554)

(1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น การได้รับการฝึกฝนการแสดงออกที่เหมาะสม ได้รับความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทาง

จิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง การปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในเรื่องสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้และคำแนะนำ ก่อนสมรส การให้กำเนิดที่ดีแก่ทารกโดยบิดาและมารดาที่มีความพร้อม มีความต้องการบุตรให้การเลี้ยงดูทารก เด็ก และวัยรุ่นให้เจริญเติบโตทั้งร่างกายและจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาของบุคคลทุกวัย ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของบุคคล การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและรับภาระหน้าที่ตามวงจรชีวิต

(2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการรักษาภาวะสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาทางสุขภาพจิตอาจเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทั้งนี้เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์นั้นมีทั้งการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามวัย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคลในสังคม ปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลต้องดิ้นรนขวนขวายต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิต ดังนั้นอาจเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลได้ การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องกระทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลได้รักษาระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ แม้จะมีปัญหาอุปสรรคหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ เข้ามาในชีวิตก็ตาม พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว (Adaptation and adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของผู้รับบริการ รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต การปฏิบัติเช่นนี้เปรียบเสมือนการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจแก่บุคคล

(3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) หากบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือจัดปัญหาให้หมดไป อาจทำให้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม การปฏิบัติการพยาบาลเน้นให้ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม จะเป็นการยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 2 (Secondary prevention) พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็ง เช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เป็นต้น

(4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่มีขีดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และให้การรักษาบำบัด

อื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช รวมทั้งใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดมาผสมผสานให้การฟื้นฟู เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบงานอาชีพ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่

2.1.11.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินทางการพยาบาล การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

(1) การประเมินทางการพยาบาล เน้นการประเมินแบบองค์รวม โดยการรวบรวมข้อมูลที่ได้ในทุกด้านจากลักษณะที่ผู้ป่วยแสดงออก และระบบต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีอาการผิดปกติที่แสดงออก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เพื่อใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เช่น HRSD-17, MADRS, BDI, CES-D และ TGDS เป็นต้น ให้ครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่ามีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นๆ ซึ่งจะมีอาการไม่สบายทางด้านร่างกายเด่นชัด และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางด้านร่างกายหลายๆอาการ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น

2. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุความผิดปกติทางอารมณ์เป็นลักษณะอารมณ์หดหู่ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) หรือบางครั้งอาจมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายมากกว่าจะมีอารมณ์เศร้า (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร ฉลวยกิตติ, 2557) ร่วมกับขาดความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัว

3. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ และการรับรู้ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีกระบวนการคิดช้า ตัดสินใจช้า ลังเล ไม่ค่อยมั่นใจ หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มักจะคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นปัญหา ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ต่ำหนิตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ เบื่อชีวิตอยากตาย อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเกิดประสาทหลอน

4. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีพฤติกรรมเป้าหมายสิ่งต่างๆรอบตัว การสนใจกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่อยากทำอะไร แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง ทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย สุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพการแต่งกาย ทำทางการเคลื่อนไหวช้า และมีกตถอยแยกตัวจากสังคม

5. การประเมินด้านจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (Blazer, 2003) เป็นการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการค้นหาความหมายของชีวิต (เซาเวนี ล่องซุผล, 2552) ได้แก่ ปรัชญาชีวิต (Philosophy of life) เป็นการให้ความหมายของชีวิตตามค่านิยมและความเชื่อของบุคคล เช่น ทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว เป็นต้น ความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ (Sense of transcendence) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความหวัง หมดหวังและความเชื่อมั่นบางอย่างในชีวิตที่ไม่สามารถอธิบายได้ แนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า พระพุทธเจ้า (Concept of deity) เป็นความเชื่อในแนวคิดของบุคคลที่มีต่อศาสนา ลัทธิของตนเอง และความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณ (Spiritual fulfillment) เป็นความศรัทธา เชื่อมั่นในสิ่งดีงาม จะทำให้บุคคลกล้าหาญ มีกำลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ แม้แต่ความตาย ตัวอย่างคำถามในการประเมินด้านจิตวิญญาณ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) เช่น อะไรที่ทำให้ชีวิตคุณมีความหมาย คุณได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือไม่ ความเชื่อทางศาสนาควบคุมชีวิตคุณหรือไม่ คุณเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือไม่ คุณสวดมนต์หรือไม่ และคุณทำสมาธิหรือไม่ เป็นต้น

6. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยหรือพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญที่ควรประเมินให้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ที่อยู่อาศัย ชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

7. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ แม้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน แต่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพของตนเอง ทั้งที่มีโรคประจำตัวถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไปสามารถแบ่งระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วย

สูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น

เมื่อพยาบาลประเมินอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแบบองค์รวมอย่างครอบคลุมในทุกๆด้าน ตามกระบวนการการพยาบาล รวบรวมข้อมูลที่สำคัญและเป็นปัญหาของผู้ป่วย นำมาซึ่งการกำหนดจุดมุ่งหมายในการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล ให้ตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

(2) การกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งอ้างอิงให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ประกอบด้วย 10 ประการหลัก (Gelenberg et al., 2010) ได้แก่

1. ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิต
3. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากความเสี่ยงจากการมีความคิดทำร้ายตนเอง
4. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมตามความต้องการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตร และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
6. ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพตามบริบทของปัญหา จากการทำงานประสานงานของพยาบาล
7. ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษา และได้รับการปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม
8. ผู้ป่วยได้รับการบูรณาการในการได้รับการประเมินโดยการใช้เครื่องมือวัดที่เหมาะสม

9. ผู้ป่วยได้รับการขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำหรับการรักษา เช่น ความกลัว หรือความวิตกกังวล ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา เป็นต้น

10. ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรค ซึมเศร้า อาการและอาการแสดง การรักษา สัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ และการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

(3) การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือ ปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริง จนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ใช้เป็น ฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการ พยาบาลที่กำหนดไว้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีปัญหาสำคัญที่ ต้องการความช่วยเหลือ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวด ศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องอืด ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ปัญหาทางด้าน พฤติกรรม เช่น การสนใจกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่อยากทำอะไร แยกตัว ละเลยการดูแลตนเอง ทั้งการ รับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย สุขอนามัยส่วนบุคคล แยกตัวจากสังคม เป็นต้น มีกระบวนการคิดช้า หลงลืมง่าย สมาธิไม่ดี รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มักจะ คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสิ่งที่ปัญหา ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ต่ำห็นตนเอง มองตนเอง โลก และอนาคตในแง่ลบ เปื่อชีวิตอยากตายอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และมีรูปแบบการเผชิญปัญหา ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา ใช้ยาระงับประสาท หลีกหนีปัญหาหรือเก็บกดความรู้สึก ทำร้ายตนเอง เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง, 2554) ได้แก่

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากอารมณ์หดหู่หรือความรู้สึก วิตกกังวล
2. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น
3. มีความพร้อมในการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง
4. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ
5. มีรูปแบบการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม

(4) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการจัดลำดับข้อวินิจฉัย การพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา โดยพิจารณาถึงปัญหาที่มีความรุนแรงและมี ผลต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไขทันที และเป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว การวางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมายเป็น 2 ระยะ คือ 1) เป้าหมายระยะสั้น ได้แก่ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงและ

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 2) เป้าหมายระยะยาว ได้แก่ ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุและผลของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น รับรู้วิธีการในการลดอาการซึมเศร้า ลดความถี่ของการเกิดอาการซึมเศร้า ปรับบุคลิกภาพ ใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมในการจัดการความขัดแย้ง รวมถึงมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาต้านเศร้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน เป็นต้น ทั้งในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Continuation phase) และระยะคงที่ (Maintenance treatment) (Gelenberg et al., 2010)

(5) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ได้ให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2557) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่

1. การประเมินผลในระยะสั้น ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธความคิดทำร้ายตนเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆมากขึ้น และมีความสุขสบายจากอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายลดลง

2. การประเมินผลในระยะยาว ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ มีความคิดทางลบลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น รวมถึงการมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล องค์กรความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based nursing practice) ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาต้านเศร้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า การพยาบาลผู้ที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม การพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน เป็นต้น โดยมีจุดมุ่งหมายการพยาบาลเพื่อลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรและมีการทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and commitment therapy: ACT)

2.2.1 แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นทฤษฎีกลุ่มที่3 ของการบำบัดกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ ค้นพบโดย ดร.สตีเวน ซี เฮย์ (Steven C. Hayes) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ.1982 โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากการบำบัดกลุ่มพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิม (Tradition behavioral therapy) และทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (Relational frame theory [RFT]) อธิบายว่าบุคคลเกิดความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ ได้จากการเชื่อมโยงระหว่างภาษาที่ใช้และความคิด (Hayes et al., 1999) ซึ่งทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์เน้นอธิบายจุดกำเนิดของความสามารถทางภาษาของมนุษย์ และสำรวจกระบวนการของภาษา ที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ (Luoma, Hayes, & Walser, 2007) แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาใช้หลักการของการรับรู้ การรู้สึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) กล่าวอีกอย่างคือการมีสติ (Awareness) เพื่อเน้นให้อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และไม่ยึดติดกับความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจในระยะสั้น แต่มุ่งเน้นให้บุคคลมีสติรับรู้การใช้ชีวิตตามค่านิยมที่เลือกไว้หรือตามบรรทัดฐานของตนเอง (Waters, 2012) การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับปัญหาในหลากหลายรูปแบบ มีกระบวนการหลักที่ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การรับรู้สติ และกระบวนการของการยอมรับ (Hayes, 2016) ปัจจุบันมีการใช้รูปแบบต่างๆ เสริมขึ้นมาใช้ในกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาของแต่ละบุคคล เช่น การสอนสุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะการคิดแก้ปัญหา และการเสริมแรง เป็นต้น (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามาจากการศึกษาบุคคลที่มีปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ ที่มีกะหลีกหนีจากความคิดหรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจด้วยการการแยกตัวหลีกหนีจากสังคม ซ่อนเร้นหรือเก็บกดความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา (Hayes, 2016) ซึ่งการพยายามที่จะหลีกหนีปัญหาเหล่านี้สามารถทวีความรุนแรงของปัญหาขึ้นได้หากบุคคลกระทำสิ่งอื่นทดแทนเพื่อเป็นการหลีกหนี เช่น การดื่มสุรา การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมของชีวิต ถึงแม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่อาจเป็นปัญหาสำหรับผู้มีปัญหาทางจิตใจร่วมด้วยก็ตาม

เฮย์ (Hayes, 2016) กล่าวว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ ทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (RFT) กระบวนการของการรู้สึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) และการยอมรับ (Acceptance) ตลอดจนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามค่านิยมที่ตั้งไว้ เพื่อที่จะสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจในการแก้ปัญหาของบุคคล

นันทยา คงประพันธ์ (2559) กล่าวว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เป็นวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้การยอมรับและพันธะสัญญาที่เป็นวิธีการทางจิตวิทยาที่ผสมผสานการยอมรับ การมีสติ ร่วมกับการให้สัญญา และกลยุทธ์การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มการปรับตัวและยืดหยุ่นทางความคิดในการแก้ไขปัญหา และรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและอยู่กับปัจจุบัน มีการสร้างค่านิยม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต

จุฑามาศ แหนจอน (2561) กล่าวว่า การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ที่บูรณาการหลักการพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การยอมรับ และการรู้สึกตัวอยู่เสมอ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา หรือความสามารถในการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ และรับรู้ตามความเป็นจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยม

เฮย์ และคณะ (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) กล่าวว่า สาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) ซึ่งอาการซึมเศร้าก็ถือว่าเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Kato, 2016) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ได้แก่

(1) การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) การที่บุคคลพยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก เป็นต้น ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง แต่พบว่าการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ของบุคคลทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและร้ายแรงเพิ่มขึ้นได้ เช่น การหลีกเลี่ยงความเหงาด้วยการดื่มสุรา ซึ่งทำให้บุคคลลืมความเหงาหรือความทุกข์ได้ชั่วคราว แต่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งได้ในอนาคต เป็นต้น

(2) การหลอมรวมความคิด (Cognitive fusion) การที่บุคคลยึดติดกับความคิด รวมถึงสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกต่างๆ ได้แก่ คำพูด สัญญาณ ภาพ และลักษณะทางอารมณ์ต่างๆ เป็นต้น ว่าเป็นความจริงและนำมารวมเข้ากับตัวตนของตนเอง เช่น มีคนพูดว่า “คุณช่างเป็นคนไร้ค่า” แล้วบุคคลนั้นได้นำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการประเมินค่าและแปลความหมาย

ของภาษาว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งความเป็นจริงแล้วเขาไม่ใช่คนที่ไม่มีคุณค่า แต่สิ่งที่เขาได้ ยินมาเป็นเพียงแค่คำพูดหรือภาษาซึ่งเป็นสิ่งที่สมมติขึ้นมาไม่มีอยู่จริง เป็นต้น

(3) การถูกครอบงำด้วยมโนคติของอดีตและอนาคต การที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงหนี ประสบการณ์และการหลอมรวมความคิด ทำให้บุคคลคิดหมกมุ่นหรือวิตกกังวลในการทำให้ตนเองพ้น จากความทุกข์ทรมานหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ทำให้บุคคลไม่สามารถรับรู้ความคิดตามความเป็นจริง แต่เป็นการรับรู้ตัวตนตามมโนคติซึ่งเป็นสิ่งที่ปรุงแต่งขึ้น ไม่สามารถอยู่กับปัจจุบัน ยึดติดกับอดีต และกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต

(4) การยึดมั่นในอดีต อดีตเป็นตัวตนของบุคคลซึ่งอยู่ในรูปแบบของความคิด เช่น ดีหรือไม่ดี ไข้หรือไม่ไข้ ถูกหรือไม่ถูก พอใจหรือไม่พอใจ เป็นต้น ที่ถูกสร้างขึ้นจากรื่องราวใน ประสบการณ์ของชีวิตของบุคคล ทำให้เกิดความลังเลสงสัย จิตใจที่ไม่เป็นอิสระ ทำให้เกิดตัวตนตาม มโนคติที่จำกัดและเกิดความไม่ยืดหยุ่นของพฤติกรรม สุดท้ายก็ไม่สามารถหาวิธีการที่ดีในการ แก้ปัญหาได้

(5) การขาดค่านิยมที่ชัดเจน ซึ่งมาจากการที่บุคคลพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหนี ประสบการณ์ ทำให้ขาดการตระหนักต่อประสบการณ์ภายในและภายนอกต่างๆที่เกิดขึ้น ขาดการ พิจารณาส่งถึงสิ่งสำคัญของชีวิตหรือค่านิยมที่ต้องการ ทำให้อาจเสียโอกาสหรือประสบการณ์ดีๆใน ชีวิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ เช่น บุคคลที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก อาจ ปิดกั้นตนเองโดยการแยกตัว ไม่กล้าที่จะสร้างสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งของอื่น เพราะกลัวที่จะผิดหวัง หรือเสียใจอีก เป็นต้น

(6) การมีพฤติกรรมเพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงอย่างถาวร มาจากการที่บุคคลมีการ หลีกเลี่ยงหนีต่อประสบการณ์ หลอมรวมความคิด ไม่อยู่กับปัจจุบัน ยึดมั่นในอดีต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการ ที่บุคคลไม่สามารถค้นหาค่านิยมที่ชัดเจนของตนเองได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของตนเองในระยะสั้น เช่น แสวงหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า เพื่อให้มีความสุขในระยะสั้น เป็นต้น แทนการหาความหมายของ ชีวิต มีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น และสร้างความสุขที่แท้จริงในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นกระบวนการ บำบัดทางจิตสังคม เป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ เป็นการบูรณาการการยอมรับ การ รู้สึกตัวอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมี สติ เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นเป้าหมายในชีวิต

2.2.2 ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการอยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติสัมปชัญญะ รับรู้สิ่งต่างๆตามความเป็นจริงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และยอมรับความรู้สึที่ไม่พึงพอใจต่างๆ แทนการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยม (Luoma et al., 2007) จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการภายในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีใครกล่าวถึงความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ไว้อย่างชัดเจน แต่มีนักวิชาการบางท่านอธิบายคำศัพท์ที่มีความหมายคล้ายคลึงกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ คือ ความเข้มแข็งทางใจ หรือความยืดหยุ่นทนทานทางจิต ความสำเร็จในการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยง (Resilience) (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤตของชีวิต ให้กลับสู่สภาพที่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญตัวหนึ่งในการเกิดความเข้มแข็งทางใจ ส่วนการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการจากต่างประเทศ มีนักวิชาการให้ความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจ ให้กลับสู่สภาพเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สร้างความทุกข์ใจให้กับบุคคล ภายหลังจากที่บุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง สถานการณ์วิกฤต สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือความทุกข์ทรมานด้านจิตใจในชีวิต (Hayes & Strosahl, 2004) เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก การเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนสถานะทั้งด้านหน้าที่การงาน และสถานภาพภายในครอบครัว เป็นต้น หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นความสามารถของบุคคล ที่จะผ่านประสบการณ์ทางลบในชีวิต หรือการจัดการกับภาวะความยากลำบาก โดยที่บุคคลไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดี นำพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากปัญหาอุปสรรค และผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นๆ (Hayes et al., 2006) ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจที่แข็งแกร่งขึ้น และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามค่านิยมที่สร้างความผาสุก หรือเป็นความต้องการที่แท้จริงของชีวิต โดยบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะเป็นบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่อ่อนไหวง่าย ไม่ถูกกระตุ้นได้ง่าย สามารถทนสภาวะความกดดันรูปแบบต่างๆได้ มีจิตใจที่มุ่งมั่นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีมุมมองหรือการรับรู้ต่อปัญหาตามความเป็นจริง ไม่หลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Luoma et al., 2007)

บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงถือเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิต (Masuda et al., 2009) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียด หรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ก็สามารถเกิดการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพื่อไม่ให้จมอยู่กับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความปกติ

สุขภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุควรมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ ที่จะต้องยืนหยัดเผชิญต่อสู้กับโรคที่เป็นอย่างเข้มแข็งและแข็งแกร่ง เพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ด้วยความสำเร็จในระยะยาว (Roberts & Sedley, 2016) ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นกระบวนการความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรัง ในที่นี้คือโรคซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

แนวทางการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้หรือมุมมองต่อปัญหา บุคลิกภาพ รวมถึงปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน เช่น บุคคลในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งบุคคลสามารถฝึกฝนและพัฒนาขึ้นได้ในเรื่องดังต่อไปนี้ (Luoma et al., 2007)

2.2.2.1 ไม่หลีกเลี่ยงหรือเก็บกดความรู้สึกเมื่อเกิดปัญหาขึ้น และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2.2 รู้สึกตัว มีสติ รับรู้และจัดการกับความคิด อารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2.2.2.3 มีมุมมองต่อชีวิตในทางบวก รู้จักสร้างพลังใจให้ตนเอง ขึ้นชมตนเอง

2.2.2.4 ควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม

2.2.2.5 ศรัทธาในศาสนา ยึดมั่นในจารีตประเพณีและวัฒนธรรม

2.2.2.6 มีทักษะในการสื่อสาร การสร้างมิตร รู้จักต่อรองและขอความช่วยเหลือ

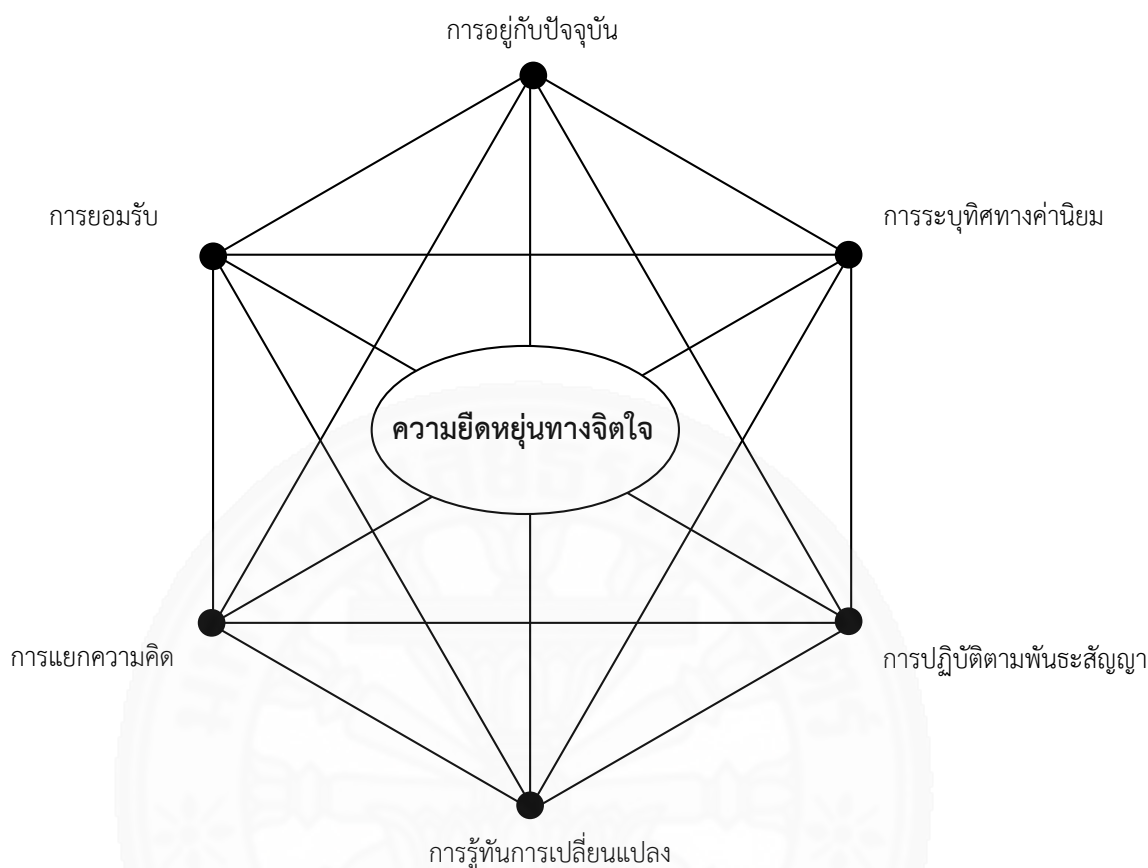
2.2.2.7 มีทักษะในการแก้ปัญหา รู้จักหาทางออก รู้จักวางแผนในอนาคตอย่างเหมาะสม

2.2.2.8 มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนใกล้ชิด และมีอารมณ์ขัน

2.2.2.9 มีการช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถและศักยภาพ

2.2.3 องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

เป้าหมายหลักของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาคือส่งเสริมให้บุคคลเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งโมเดลของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ใช้รูป 6 เหลี่ยม เพื่อประกอบการอธิบาย ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ (Hayes et al., 2006) ดังแผนภาพที่ 2.1 ดังนี้



แผนภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

Note. "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes," by S. C. Hayes, J. B. Luoma, F. W. Bond, A. Masuda, & J. Lillis, 2006, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

จากแผนภาพที่ 2.1 อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะเกิดซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของตนเอง โดยกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ผู้บำบัดจะต้องใช้กระบวนการบำบัดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ การยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับปัจจุบัน การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง การระบุนิสัยทางหรือค่านิยม และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีสติ และรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

2.2.3.1 การยอมรับ (Acceptance)

การยอมรับเป็นการสอนให้บุคคลเกิดความยอมรับในทุกๆด้านของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก จากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยไม่ตัดสินสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์หรือพยายามใช้การควบคุมและขจัดทิ้ง (Hayes et al., 2006) เนื่องจากการพยายามควบคุม

และขจัดทิ้ง จะส่งผลให้เกิดผลในทางตรงกันข้าม ได้แก่ เกิดความคิด อารมณ์ และความรู้สึกมากขึ้น จากเดิมที่ควรจะเป็น อาจนำไปสู่การเกิดการเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่รุนแรงขึ้นต่อการดำรงชีวิตในระยะยาว เช่น การหลีกเลี่ยงความเหงาด้วยการดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงปัญหาหรือความทุกข์ใจด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

การยอมรับในกระบวนการของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไม่ใช่จุดสิ้นสุดของกระบวนการ แต่การยอมรับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีกลวิธีในการปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยมที่ระบุไว้ได้อย่างถูกต้อง (Hayes et al., 2006) การยอมรับจะเกิดขึ้นผ่านกิจกรรมการฝึกหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้บุคคลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง โดยพิจารณาสถานการณ์นั้นอย่างละเอียดรอบคอบในทุกๆด้าน ซึ่งคล้ายกับทักษะการเผชิญในทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิม แต่การยอมรับในกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีวัตถุประสงค์เพิ่มเติมจากเดิม เพื่อการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้น แทนการขจัดอารมณ์หรือเก็บกดความรู้สึก ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยง (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) กระบวนการของการยอมรับสามารถทำได้หลายวิธีตามสถานการณ์ เช่น การสอนให้บุคคลจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยให้บุคคลได้เรียนรู้ว่าความเครียดเป็นเพียงความรู้สึก และสามารถจัดการกับความรู้สึกได้ หรือการทำให้บุคคลได้เผชิญกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดอีกครั้ง เพื่อให้บุคคลสามารถปลดปล่อยความเจ็บปวดนั้นออกจากความรู้สึกได้ เป็นต้น

การพัฒนาความยินดีหรือการยอมรับ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีประสบการณ์ในการเลือกและปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยมที่ระบุไว้ ความยินดีหรือการยอมรับมีคุณสมบัติในด้านของการเปิดรับประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่กับปัจจุบัน ตระหนักรู้ต่อตนเองที่กำลังมีความคิด ความรู้สึก และรับรู้การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการเฝ้ามองดูประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้หากมีความอดทนมากเพียงพอ ความยินดีหรือการยอมรับจะสร้างความกระฉับกระเฉงในตัวขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติ ดังนั้นตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ความยินดีหรือการยอมรับจึงเป็นอีกทางเลือกในการเปิดรับประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคลด้วยความกระฉับกระเฉง เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตไปตามทิศทางของค่านิยมที่ต้องการในชีวิตได้

กระบวนการในการพัฒนาการยอมรับ สามารถทำได้ 2 แนวทาง (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ได้แก่

(1) การจัดการควบคุมประสบการณ์ เป็นการพัฒนาการยอมรับต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องการหลีกเลี่ยง เพื่อให้บุคคลจะได้ไม่หลีกเลี่ยงต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีอีกต่อไป นำมาซึ่ง

ความสามารถในการเลือกค่านิยมที่แท้จริงของชีวิต ขั้นตอนของการจัดการควบคุมประสบการณ์
ได้แก่

1. ระบุวิธีการที่บุคคลใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ให้บุคคล
สำรวจประสบการณ์ในอดีตว่าหากมีปัญหาหรือความทุกข์ทรมานใจ เขามีวิธีการแก้ปัญหาหรือมี
วิธีการที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์เป็นอย่างไร และมีวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาอย่างไร เช่น
บุคคลที่มีความเครียดหรือทุกข์ใจเลือกใช้วิธีการดื่มสุราเพื่อให้ลืมความทุกข์ใจ หรือบุคคลที่กลัวความ
เหงาโดดเดี่ยวเลือกใช้วิธีการเที่ยวกลางคืนเพื่อหลีกเลี่ยงความเหงา เป็นต้น

2. วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาในอดีต โดยการชี้ให้บุคคลเห็นว่า
พฤติกรรมที่เขาได้กระทำไปเพื่อแก้ปัญหาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นเช่นไร โดยเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นใน
ระยะยาวที่สอดคล้องกับเป้าหมายในชีวิต เช่น บุคคลที่เลือกใช้วิธีการดื่มสุราเพื่อให้ลืมความทุกข์ใจ
ให้บุคคลสำรวจว่าผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร และวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ช่วยให้เขาบรรลุ
เป้าหมายในชีวิตได้หรือไม่อย่างไร เป็นต้น

3. ประเมินต้นทุนที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ เพื่อให้บุคคล
เห็นว่าวิธีการแก้ปัญหาของเขาได้ผลลัพธ์ในระยะยาวไม่มั่นคง เป็นการร่วมกันอภิปรายเพื่อพิจารณาถึง
ต้นทุนส่วนบุคคลที่ได้เสียไปจากการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ทำให้บุคคลได้ย้อนกลับมองถึงสิ่งที่สูญเสีย
ได้อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การปลดปล่อยความพยายามที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยงประสบการณ์
กระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญาเรียกวิธีการนี้ว่าความรู้สึกของความสิ้นหวังอย่าง
สร้างสรรค์ (A sense of creative hopelessness) เป็นการตระหนักรู้ของบุคคลว่าวิธีการที่ปฏิบัติ
นั้นใช้การไม่ได้ผล ซึ่งข้อควรระวังในกระบวนการนี้ต้องไม่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีผู้ให้การบำบัดเป็นฝ่ายถูก
ส่วนผู้รับการบำบัดเป็นฝ่ายผิด แต่เป็นการพิจารณาร่วมกันอย่างจริงจังระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับ
การบำบัด ต่อพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำผ่านมานั้นว่าได้ผลหรือไม่อย่างไร

4. กระตุ้นให้บุคคลตระหนักรู้ว่าการควบคุมประสบการณ์เป็นส่วน
หนึ่งของปัญหา และเป็นเหตุให้บุคคลไม่มีค่านิยมในชีวิต การที่บุคคลพยายามที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยง
ประสบการณ์ มักจะนำมาซึ่งปัญหาที่ยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าเดิม เช่น การดื่มสุราเพื่อลืมความ
ทุกข์ใจ นอกจากการควบคุมจะไม่ได้ผลแล้ว ยังจะทำให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่าเดิม อาจทำให้
บุคคลนั้นป่วยเป็นโรคตับแข็งหรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้น นำไปสู่ความทุกข์ทรมานที่เพิ่ม
มากขึ้น รวมไปถึงทำให้บุคคลไม่สามารถไปสู่ค่านิยมหรือเป้าหมายในชีวิตได้ เป็นต้น กระบวนการนี้
ผู้ให้การบำบัดต้องช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ว่า วิธีการต่างๆที่บุคคลนำมาใช้ในการแก้ปัญหา ช่วยให้
บุคคลเข้าใจค่านิยมที่ต้องการหรือไม่อย่างไร

(2) การฝึกปฏิบัติและพัฒนาทักษะการยอมรับต่อประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นการนำบุคคลให้กลับไปเผชิญกับประสบการณ์ที่เคยหลีกเลี่ยงหรือกำลังหลีกเลี่ยง เพื่อให้บุคคลได้เผชิญกับอารมณ์ ความรู้สึก และความทรงจำที่ยุ่งยากนั้น รวมทั้งการอธิบายถึงสถานการณ์ปัญหาที่พยายามหลีกเลี่ยง อาจเริ่มต้นการฝึกการยอมรับโดยการให้บุคคลฝึกเลือกจากสถานการณ์ง่าย ๆ ก่อน ความยินดีหรือการยอมรับเป็นการกระทำที่ไม่สามารถสอนหรืออธิบายได้ง่าย เหมือนกับการนับตัวเลขหรือท่องตัวอักษร แต่สิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการฝึกฝน การนำเทคนิคต่างๆมาใช้ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจหรือความสามารถในการอยู่กับปัจจุบัน และคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่ต้องการ การยอมรับมักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ผ่านกระบวนการแยกความคิดและรู้ทันการเปลี่ยนแปลงแล้ว

2.2.3.2 การแยกความคิด (Cognitive defusion)

การแยกความคิดเป็นการสังเกตและการจำแนก ระหว่างความคิดและกระบวนการทางภาษาออกจากกัน ได้แก่ การประเมินค่า การแปลความหมาย และการตีความของสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ

การแยกความคิดเป็นการพิจารณาถึงรากฐานของความคิดในแต่ละบุคคลที่เกิดจากความหมายของภาษา ซึ่งได้รับการหล่อหลอมจากสังคมและวัฒนธรรมโดยการประเมินค่าและแปลความหมายของภาษา หลายครั้งที่บุคคลไม่ได้พิจารณาถึงความจริงที่ว่าภาษาเป็นเพียงสิ่งสมมติไม่ได้มีอยู่จริง หรือมีความสำคัญแต่อย่างใด (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เช่น ประโยค “Vous n'avez aucune valeur” บุคคลที่ไม่เข้าใจภาษาฝรั่งเศสจะไม่รู้สึกอะไรกับข้อความดังกล่าวนั้น แต่หากเปลี่ยนประโยคเป็น “You are not important” บางคนอาจมีความรู้สึกโกรธมากกว่าเขาเข้าใจภาษาอังกฤษ และเมื่อเปลี่ยนเป็น “คุณช่างไม่มีความสำคัญ” บุคคลอาจมีความรู้สึกโกรธมาก หากมีการเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดีและมีการแปลความหมายไปในทางลบทันที

ดังนั้นกระบวนการแยกความคิดจึงช่วยให้บุคคลได้พิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษาที่เข้าใจ และความหมายที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด รวมทั้งสังเกตความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะคล้ายกับทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) ที่เน้นกระบวนการให้ผู้รับการบำบัดสังเกตติดตาม และเฝ้าดูความคิดของตน แต่กระบวนการแยกความคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ไม่มีขั้นตอนของการวิเคราะห์ ตรวจสอบ หรือเปลี่ยนแปลงความคิดใดๆของบุคคล

เทคนิควิธีที่ใช้ในการแยกความคิด เช่น เทคนิคใบไม้ในสายธาร (Leaves on a stream exercise) เป็นกิจกรรมที่เริ่มต้นโดยการให้บุคคลหลับตา และจินตนาการว่าได้นำทุกความคิดที่เกิดขึ้นวางลงบนใบไม้ หลังจากนั้นจินตนาการว่าได้ปล่อยใบไม้ให้ไหลไปตามสายน้ำ ในลำธารหรือลอยไปตามแม่น้ำจนลับตาไป หรือเทคนิคกองทหารเดินพาเหรด (The soldiers in paired)

เป็นเทคนิคที่ให้คุณคลจินตนาการถึงกองทหารในขบวนพาเหรดที่ถือป้ายความคิดต่างๆของตนเอง ที่เกิดขึ้นในระหว่างการการบำบัด วัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลได้ตระหนักรู้ถึงการเกิดขึ้นตั้งอยู่และดับไปของความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นของบุคคล (จุฑามาศ แหนจอ, 2561)

กระบวนการแยกความคิดเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการจัดการกับการหลอมรวมความคิด (Hayes & Strosahl, 2004) เทคนิคนี้จะช่วยให้คุณเข้าใจว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ซึ่งความคิดจะมีประโยชน์หากความคิดถูกนำมาใช้ในการสร้างสรรค์ค่านิยมให้แก่บุคคลรวมทั้งช่วยให้คุณได้จัดจ้อยอยู่กับความคิด รู้ทันการเปลี่ยนแปลง และตระหนักรู้ต่อเนื้อหาของความคิด หลายครั้งที่บุคคลนั้นได้วนเวียนอยู่ในกระแสแห่งความคิด แต่ไม่ได้สังเกตความเป็นจริงของความคิด และขาดการตระหนักรู้ว่าภาษาหรือความคิดนั้นกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

เป้าหมายของกระบวนการการแยกความคิดเป็นการช่วยให้คุณจัดการกับการหลอมรวมความคิด สามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ มุ่งเน้นไปยังบริบทที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แทนการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดและอารมณ์ต่างๆ ช่วยสร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีขั้นตอนต่างๆ (จุฑามาศ แหนจอ, 2561) ดังนี้

(1) การนำความหมายออกไปจากภาษา เพื่อให้คงอยู่เฉพาะถ้อยคำหรือวลี แต่ความหมายที่ถูกกำหนดขึ้นมาภายหลังนั้นหายไป ดังนั้นการทำหน้าที่ของภาษาที่เป็นลักษณะของสัญลักษณ์ปกติจึงถูกแยกออกมา และเห็นการกระทำหน้าที่โดยตรงของภาษามากขึ้น อีกนัยหนึ่งกระบวนการแยกความคิดช่วยให้คุณตระหนักรู้ว่า ความคิดเป็นเพียงความคิดและลดการนำความคิดมาหลอมรวมกับนัยทางภาษาให้น้อยลง ดังนั้นในการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา จึงไม่ใช้วิธีการเปลี่ยนจำนวนครั้ง เช่น หยุดคิดถึงหรือทำอย่างอื่นเพื่อให้ลืมความรู้สึกไร้คุณค่า เป็นต้น หรือการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดที่ไม่ดีให้มีความหมายเชิงบวก นอกจากนี้บุคคลจะได้เรียนรู้ว่าความกลัวหรือความวิตกกังวลนั้นตามความหมายของภาษา ไม่สามารถทำร้ายพวกเขาได้ แต่สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงประสบการณ์ เช่น ความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ทำยที่สุดจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ทั้งหมดที่พวกเขามี เป็นต้น กิจกรรมที่นำความหมายออกจากภาษาทำได้โดยให้คุณพูดคำหรือข้อความ อย่างรวดเร็วและซ้ำไปซ้ำมาประมาณ 30-60 วินาที เช่น “นม นม นม ...” หรือ “ไร้ค่า ไร้ค่า ไร้ค่า ...” เป็นต้น เมื่อเสร็จสิ้นจะพบว่าทั้งสองสิ่งเกิดขึ้น อย่างแรกความหมายของคำพูดนั้นหายไปชั่วคราวหรือทั้งหมด และอย่างที่สองหน้าที่อื่นๆของคำพูดจะปรากฏความเด่นชัดออกมา เช่น เสียง หรือความรู้สึกสั่นสะเทือนของปากที่เกิดขึ้น เป็นต้น

(2) การเพ่งความสนใจต่อปัจจุบัน เป็นการเน้นให้คุณคลใส่ใจในพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ สามารถตระหนักต่อความคิดอย่างเป็นปัจจุบัน เพื่อจะได้ปฏิบัติตามพันธะสัญญาโดยทั่วไปแล้วกิจกรรมต่างๆของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มักใช้การอุปมาอุปไมย

หรือภาษาที่ไม่ได้มีความหมายตามตัวอักษรตรงๆ เช่น การเฝ้ามองความคิดคล้ายกับการที่บุคคลสามารถจับผีเสื้อที่บินมาเกาะอยู่บนนิ้วมือของตนเองได้ ซึ่งหมายถึง การกระทำด้วยความรู้สึกมุ่งมั่น จดจ่อ และสัมผัสอย่างแผ่วเบา (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เพื่อให้บุคคลได้มองเห็นภาพของความคิดได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

(3) สอนข้อจำกัดของภาษา วิธีการนี้จะให้บุคคลสร้างประสบการณ์เดิมที่อยู่ในความทรงจำขึ้นมาอีกครั้ง เพื่อสังเกตข้อจำกัดของความคิดในระดับจิตสำนึก เช่น การใช้การอุปมาอุปไมยและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีประสบการณ์ตรง ตัวอย่างกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้ เช่น ใจของคุณไม่ได้เป็นเพื่อนของคุณ (Your mind is not your friend) เดินอย่างไร (How to walk) เล่นดนตรีอย่างไร (How to play music) (Hayes et al., 1999) ดำเนินการโดยการให้บุคคลอธิบายวิธีการเดินหรือนั่ง ให้กับผู้ที่ให้การบำบัดปฏิบัติตาม โดยผู้ที่ให้การบำบัดจะกล่าวเพียงว่า “ฉันต้องทำอะไร” กล่าวอย่างนี้ทุกครั้งที่บุคคลอธิบาย ทำไปเรื่อยๆจนบุคคลเกิดการเรียนรู้ข้อจำกัดของภาษา ที่ไม่สามารถอธิบายวิธีการกระทำกิจกรรมใหม่ๆบางอย่างได้ เช่น การเริ่มต้นขี่จักรยาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะของความสมดุลจึงจะสามารถกระทำได้ ซึ่งคำว่าสมดุลอธิบายหรือสอนได้ยากกว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร แต่สิ่งที่บอกกล่าวได้คือใจหรือความรู้สึกที่รับรู้ถึงความสมดุลด้วยตนเอง เป็นต้น

(4) การจำแนกระหว่างความคิดกับผู้ที่มีความคิด และความรู้สึกกับผู้ที่มีความรู้สึก เป็นการเพิ่มระยะห่างระหว่างประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ที่บุคคลกำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งความคิดและความรู้สึกเป็นสิ่งที่บุคคลมี ไม่ใช่สิ่งที่บุคคลเป็น ดังนั้นผู้ที่ให้การบำบัดควรเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถจำแนกระหว่างการมีและการเป็น ตามการกล่าวอ้างของภาษา เช่น ฉันมีความคิดว่าฉันไร้ค่า กับ ฉันเป็นคนไร้ค่า เป็นต้น รวมทั้งสามารถจำแนกการมีความรู้สึกหรือมีความคิดกับเนื้อหาของความคิดได้เป็นอย่างดี กิจกรรมของการสร้างระยะห่างเพื่อจำแนกความคิดอย่างมีเป้าหมาย เพื่อทำภาษาให้เป็นรูปธรรม โดยผู้ที่ให้การบำบัดควรเอื้ออำนวยให้บุคคลได้มองความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ส่วนบุคคลอื่นๆ เสมือนเป็นวัตถุหรือเป็นรูปธรรม เพื่อที่จะสร้างระยะห่างที่สมบูรณ์ระหว่างตัวตนกับความคิด ซึ่งความคิดยังคงมีอยู่แต่สิ่งที่เปลี่ยนไป คือ มุมมองที่มีต่อความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในรูปแบบใหม่ ตัวอย่างกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้ เช่น

1. การให้ความรู้เรื่องความคิด เพื่อให้บุคคลได้พิจารณาถึงแก่นแท้ของความคิด เช่น การพิจารณาถึงความเป็นจริงของความคิดที่ติดตามเขาอยู่ ทั้งความคิดดำหนิ ตัดสิน ประเมิน ทำนาย และโน้มน้าวการกระทำของพวกเขาอยู่เสมอ การตระหนักถึงความเป็นจริงในนี้ทำให้เกิดระยะห่างอย่างสมบูรณ์ ระหว่างการประเมินและความหมายตามนัยภาษาที่แท้จริง การอยู่กับปัจจุบันช่วยสร้างพื้นที่ในการเริ่มต้นที่จะจำแนกความแตกต่างดังกล่าว และสามารถมองเห็นการโต้ตอบทางความคิดอื่นๆ ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้การบำบัดอาจถามบุคคลว่า “ความคิดของคุณบอกกับคุณ

ว่าอย่างไร” หรือ “ใครที่กำลังพูดกับฉัน (ผู้ให้การบำบัด) อยู่ตอนนี้ คุณหรือว่าความคิดของคุณ” หรือ บางครั้งอาจตั้งชื่อให้กับความคิดก็ได้

2. กิจกรรมพูดกับความคิดของคุณขณะที่คุณก้าวเดิน (Talking to your mind for a walk) (Hayes et al., 1999) โดยให้บุคคล 2 คนจับคู่กัน คนหนึ่งเป็นความคิด ส่วนอีกคนเป็นร่างกาย โดยคนที่หนึ่งสวมบทบาทเป็นความคิด ซึ่งจะพูดอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะ ประเมิน สงสัย คาดเดา ตัดสิน ตีเทียบ และมีหน้าที่ติดตามร่างกายไปในทุกๆที่ที่ร่างกายก้าวไป โดยไม่รู้ว่ร่างกายจะไปทิศทางใด คนที่สองสวมบทบาทเป็นร่างกาย ซึ่งเดินอย่างมีสติ เจียบๆ และไปที่ใดก็ได้ตามที่ต้องการ ฝึกอย่างนี้ประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นให้สลับบทบาทกันคนละ 5 นาที จากนั้นให้ต่างคนต่างเดินเจียบๆ อีกคนละ 5 นาที แล้วผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ โดยทั่วไป แล้วสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้จากกิจกรรมนี้ ประการแรก คือ ความคิดทำงานอยู่เสมอและมีสิ่งต่างๆ มากมายที่ต้องการสื่อสาร ประการที่สอง คือ ความคิดไม่ใช่เจ้านาย จึงไม่ได้รับการบอกกล่าวถึง ทิศทางที่ร่างกายจะก้าวไป สุดท้ายในขั้นตอนที่บุคคลเดินคนเดียว พวกเขาจะได้เรียนรู้อีกเช่นกันว่า ไม่ว่าเขาจะไปทีใดความคิดจะอยู่กับเขาเสมอ

(5) การเปิดเผยคุณสมบัติที่ซ่อนเร้นของภาษา ซึ่งคุณสมบัติของภาษา จำแนกได้ 2 ประการ คือ การอธิบาย (Description) เป็นการที่บุคคลได้แสดงหรือบรรยาย คุณลักษณะตามธรรมชาติที่มีต่อสิ่งเร้านั้น และการประเมิน (Evaluation) เป็นการที่บุคคลเกิดการ หลอมรวมความคิด เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและนัยทางภาษาของสิ่งเร้า ซึ่งไม่ใช่คุณสมบัติตาม ความเป็นจริงของสิ่งนั้น เช่น ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นต้น หลักของการบำบัดด้วยการยอมรับ และพันธะสัญญาเป็นการทำให้เกิดระยะห่างระหว่างการอธิบายและการประเมิน ทำให้บุคคลเกิดการ เรียนรู้ว่าการประเมินไม่มีอยู่จริง แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการหลอมรวมความคิด

(6) พิจารณาความคิดแทนการขจัดความคิด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคล มีความสามารถในการพิจารณาความคิดแทนการหลีกเลี่ยงจากความคิด โดยมีความคิดแต่ไม่เชื่อหรือ ปฏิบัติตามความคิดนั้น วิธีการที่นำมาใช้ ได้แก่ การให้บุคคลสังเกตเนื้อหาของความคิดที่เกิดขึ้น เช่น ฉันเห็นด้วย ฉันไม่ชอบ ฉันชอบ ฉันไม่รู้ว่ฉันชอบสิ่งนั้น หรือฉันจะทำ เป็นต้น

2.2.3.3 การอยู่กับปัจจุบัน (Being present)

การอยู่กับปัจจุบัน เป็นการเฝ้ามองดูการปรากฏและตระหนักต่อ ประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการตัดสิน (Hayes et al., 2006) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ เพียงแค่มองดูและรับรู้ตามความเป็นไปของสิ่งที่เกิดขึ้น เป้าหมายของการอยู่กับ ปัจจุบัน คือ การตระหนักรู้ต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความทุกข์หรือความสุข มากกว่าที่จะคิด หมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีต และกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต จะนำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกที่ ยืดหยุ่นมากขึ้น เกิดความรับผิดชอบ และเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การอยู่กับ

ปัจจุบันยังช่วยลดความยึดมั่นในตนเองและการหลอมรวมความคิด รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ และเกิดการรับรู้ต่อตัวตนตามบริบท (Self as process) จากการที่บุคคลสามารถแยกความคิดและอธิบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ส่วนบุคคลได้ทันทีโดยไม่มี การตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น (จุฑามาศ แทนจอน, 2561)

การอยู่กับปัจจุบันสามารถฝึกผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง ขึ้นอยู่กับกระบวนการของการค้นพบปัจจุบัน สัมพันธภาพ และการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอน ดังนี้ (จุฑามาศ แทนจอน, 2561)

(1) การฝึกการอยู่กับปัจจุบันโดยใช้กิจกรรมที่มีโครงสร้าง เป็นวิธีการช่วยให้บุคคลสัมผัสกับความรู้สึก รู้ทันการเปลี่ยนแปลง และมีความรู้สึกที่ตนกำลังเป็นผู้ดำเนินกระบวนการต่างๆ เป็นความสามารถในการอธิบายความคิด ความรู้สึก และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการตัดสิน มีความเป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง เพื่อลดการยึดติดกับความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมการฝึกที่มีโครงสร้าง ได้แก่

1. กิจกรรมที่สังเกตการเกิดขึ้นและหายไปของความคิด เช่น ใบไม้ในสายธาร (Leaves on a stream exercise) วงโยธวาทิต (Marching band) รถที่วิ่งไปมาบนถนน (Vehicles passing by on the road) หรือเมฆลอยอยู่บนท้องฟ้า (Clouds floating by in the sky) โดยหลังจากสิ้นสุดการฝึกแล้วให้สอบถามถึงการเปลี่ยนแปลงของความคิดและความรู้สึกของผู้ฝึก เช่น ในกิจกรรมเมฆลอยอยู่บนท้องฟ้า คำตอบที่ได้รับหลังการฝึกอาจเห็นความคิดคล้ายการเคลื่อนไหวไปมา บางครั้งวุ่นวายและลอยอยู่เหนือสถานที่ต่างๆ บางครั้งเป็นเส้นตรง บางครั้งเป็นภาพ และบางครั้งยากต่อการมอง เป็นต้น

2. กิจกรรมประสบการณ์อิสระ (Free experience exercise) และการเพ่งความสนใจที่ลมหายใจ (Mindfulness of breath) โดยให้ผู้ฝึกอยู่ในอิริยาบถที่ผ่อนคลายและหลับตาลง จากนั้นสังเกตติดตามและกำหนดลมหายใจเข้าออกของตนเอง จดจ่ออยู่ที่การเคลื่อนไหวขึ้นลงของหน้าอกตามจังหวะของลมหายใจ พร้อมทั้งรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หากมีการผุดขึ้นของความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น สังเกตอาการคันที่เกิดขึ้นและอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นมา ตามมาด้วยความคิดอื่นๆ อาจมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและไม่สบาย เป็นต้น ให้สังเกตเพียงว่าประสบการณ์ใหม่ๆที่เกิดขึ้นมานั้น เป็นเพียงสิ่งที่ผ่านเข้ามาในการรับรู้ของบุคคลเท่านั้น มีการเกิดขึ้นแล้วก็หายไป เป้าหมายของกิจกรรมเป็นการช่วยให้บุคคลมีรูปแบบของความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง รับรู้อยู่กับปัจจุบัน และสังเกตประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

3. กิจกรรมรับประทานลูกเกดอย่างมีสติ (Eating a raisin mindfully) ดำเนินการโดยผู้ให้การบำบัดให้บุคคลหยิบลูกเกด 1 ลูก ใช้มือค่อยๆสัมผัสให้รับรู้ถึงผิวสัมผัสของลูกเกด จากนั้นนำลูกเกดเข้าปากค่อยๆเคี้ยวและกลืนลูกเกด ผู้ให้การบำบัดต้องเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้บุคคลตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าเวลาเคลื่อนไปข้างหน้าในแต่ละช่วงขณะ เช่นเดียวกันการตระหนักรู้ใหม่ก็เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามช่วงเวลาเคลื่อนไป

ส่วนการฝึกการอยู่กับปัจจุบันโดยใช้กิจกรรมที่ไม่มีโครงสร้าง เป็นการฝึกการมีสติ ตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคุณ เช่น การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร การเดิน เป็นต้น เพื่อฝึกให้บุคคลมีสติ ตระหนักรู้ต่อทุกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง

(2) การค้นพบปัจจุบันเป็นการเพิ่มการตระหนักรู้ต่อปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการ ควรเริ่มต้นด้วยการฝึกการฟังความสนใจก่อนทุกครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดรับต่อสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น นอกจากนี้การค้นพบปัจจุบันเป็นทักษะสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับ การแยกความคิด และเกิดค่านิยม ซึ่งสามารถฝึกผ่านกิจกรรมการค้นหาประสบการณ์ (Experiential seeking exercise) (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เป็นกิจกรรมที่ฝึกการสังเกตสภาพเสียง ประสาทสัมผัส และเผื่อระวังความคิด ความรู้สึก และความทรงจำที่เกิดขึ้น พร้อมกับนำตนเองกลับมาสู่ปัจจุบันได้เมื่อต้องการ รวมทั้งฟังความสนใจต่อการเคลื่อนไหวไปมา ระหว่างการอยู่กับปัจจุบัน การถูกดึงย้อนกลับไปในอดีตหรือไปสู่อนาคต ควรเริ่มต้นจากการสังเกตง่ายๆ ถึงการเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัสตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น การให้บุคคลกล่าวถึงความรู้สึกที่สัมผัสได้ขณะที่นั่งอยู่บนเก้าอี้ ความรู้สึกเมื่อได้จดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออกของตนเอง และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อยืดแขนหรือเมื่อเหยียดขา เป็นต้น

(3) สัมพันธภาพปัจจุบัน ปัญหาส่วนใหญ่ที่มักเกิดขึ้นของบุคคลมักเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ ซึ่งการอยู่กับปัจจุบันเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาทักษะด้านสัมพันธภาพของระหว่างบุคคล เนื่องจากการอยู่กับปัจจุบันจะช่วยพัฒนาบุคคลให้มีการเปิดรับและการไม่ตัดสินในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลมักยึดติดกับการประเมินและเปรียบเทียบกับสิ่งต่างๆ ทั้งสิ่งของ บุคคล หรือแม้กระทั่งตัวเอง อาจทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคคลอื่น

(4) การอยู่กับปัจจุบันโดยการเรียนรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้บุคคลได้อยู่กับปัจจุบัน โดยการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ช่วยขจัดการยึดมั่นในตนเอง และมีการตระหนักรู้ต่อความคิดและความรู้สึก ช่วยทำให้บุคคลมีสติ การอยู่กับปัจจุบันสามารถเกิดขึ้น ผ่านสังเกตเฝ้าติดตามความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้น อาจใช้วิธี

ง่าย ๆ เช่น ให้นักบุคคลสังเกตตนเองว่าขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไรตามร่างกาย และมีอารมณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง เป็นต้น

2.2.3.4 การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context)

การรู้ทันการเปลี่ยนแปลงเป็นการที่บุคคลมีสติ สามารถรับรู้ว่าคุณลักษณะกำลังมีความคิดอะไรจากสถานการณ์ใด เพื่อลดตัวตนในแบบยึดมั่น (Self as content) หรือลดการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาความคิด คล้ายกับการสมมติให้ตนเองเป็นบุคคลอื่นที่เฝ้าดูสถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง (Hayes et al., 2006) ให้นักบุคคลสามารถมองเห็นตนเองในขณะที่มีความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทุกด้านทุกแง่มุมทั้งทางบวกและทางลบ เป้าหมายของกระบวนการนี้เพื่อให้นักบุคคลลดการยึดมั่นตัวตนตามมโนคติ พัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง สร้างบริบทของการยอมรับและแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจของบุคคล

กระบวนการเสริมสร้างการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง สามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้อุปมาอุปไมยเปรียบเทียบ การให้คำปรึกษาแบบกระชับ และการสังเกตประเมินตนเอง

(1) การใช้อุปมาอุปไมย (Metaphor) เปรียบเทียบประสบการณ์ภายในของบุคคล เพื่อให้รู้ทันเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ตัวอย่างการอุปมาอุปไมยเปรียบเทียบในการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ได้แก่

1. การใช้อุปมาอุปไมยรถบัส (The bus metaphor) เป็นการเปรียบเทียบที่ใช้บ่อยในการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา อธิบายถึงประสบการณ์ภายในของบุคคล ได้แก่ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ เป็นต้น เปรียบเสมือนการขับเคลื่อนชีวิตของเขา โดยให้รถบัสเป็นตัวแทนของทิศทางการดำเนินชีวิต ผู้โดยสารภายในรถเป็นประสบการณ์ภายในที่แตกต่างกัน บุคคลเสมือนคนขับรถที่สามารถแยกเนื้อหาความคิดที่ผู้โดยสารแสดงออกมา เช่น คนขับรถบัสสามารถสังเกตและรับรู้ได้ว่า ผู้โดยสารภายในรถกำลังสั่งให้เขาควบคุมรถไปในทิศทางที่พวกเขาต้องการ บ้างก็ช้า บ้างก็ขวา บ้างก็ให้ขับตรงไปเรื่อยๆ หรือหยุดรถ แต่เขาไม่จำเป็นต้องเชื่อ ความคิดหรือทำตามคำสั่งของผู้โดยสาร เป็นต้น (Hayes, 2005) การยอมรับเปรียบเทียบเหมือนการที่บุคคลขับรถบัสด้วยตัวของเขาเอง เลี้ยวขวาหรือซ้ายตามที่เขาเลือก ตามค่านิยมของตนเอง ถึงแม้ว่าภายในรถบัสจะบรรทุกผู้โดยสารที่เต็มไปด้วยความคิดเห็นที่หลากหลายก็ตาม (Follette & Pistorello, 2007)

2. การอุปมาอุปไมยหมากรุก (The chessboard metaphor) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบว่ากระดานหมากรุกเป็นตัวบุคคล และตัวเดินหมากรุกเป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคล แบ่งเป็นตัวเดินหมากรุกสีขาวและสีดำ ชิ้นสีขาวเป็นความคิดและความรู้สึกที่บุคคลต้องการ เช่น ความเชื่อมั่น ความสุข ความนับถือตนเอง เป็นต้น ส่วนชิ้นสีดำเป็นความคิดและความรู้สึกที่บุคคลไม่ต้องการ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว รู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น สิ่งหนึ่งที่บุคคลมักจะทำคือพยายามเอาชนะชิ้นส่วนสีดำ ต้องการที่จะกำจัดความคิดเชิงลบและความรู้สึกของเขา เสมือนการเกิดสงครามการรบของตัวเดินหมากรุกบนกระดาน ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตของ ชิ้นส่วนสีดำจะถูกเอาชนะด้วยชิ้นส่วนสีขาว ในบางครั้งอาจดูเหมือนชนะที่สามารถเคาะชิ้นส่วนสีดำหลายชิ้นออกจากกระดานได้ แต่การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจะเป็นการปลดปล่อยการสู้รบของตัวเดินหมากรุก โดยไม่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นระหว่างการต่อสู้ของชิ้นส่วนสีดำกับชิ้นส่วนสีขาวที่ปรากฏบนกระดาน รับรู้เพียงว่าผลของการรบหรือความเสียหายเป็นไปในลักษณะใด ซึ่งกระดานไม่ใช่ผลลัพธ์ของการต่อสู้ สุดท้ายบุคคลจะสามารถสังเกตและรับรู้ได้ว่า แม้ตัวเดินหมากรุกหลายตัวจะถูกทำลายไปเพื่อรักษาไว้ซึ่งส่วนรวม แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงอยู่คือกระดานหมากรุก หรือตัวบุคคลที่ต้องเดินไปตามทิศทางที่เขาตั้งเป้าหมายไว้ (Hayes, 2005) นอกจากนี้ผู้ให้การรักษาสามารถใช้กระดานหมากรุกจริง ในการสร้างอุปมาอุปไมยให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในกรณีที่บุคคลมีข้อจำกัดเรื่องความคิดเชิงนามธรรม

(2) การให้คำปรึกษาแบบกระชับ (Brief Intervention) เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลได้รับรู้ตัวตนตามมโนคติ และเนื้อหาของความคิดหรืออารมณ์ของตนเองที่กำลังเกิดขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อให้รู้ทันการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

1. เสื้อสูทไม่พอดี (The ill suited) เป็นการอธิบายการทำหน้าที่ของตัวตนตามมโนคติที่มีต่อบุคคลผ่านเรื่องราวที่ขบขัน ซึ่งเป็นการโต้ตอบระหว่างตัวตนตามมโนคติ กับเสื้อสูทที่เขาสวมใส่ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) โดยให้คำปรึกษาผ่านสถานการณ์ที่ว่า มีชายคนหนึ่งไปเลือกซื้อเสื้อสูทในร้าน เขาได้เลือกเสื้อสูทขึ้นมาแล้วลองสวมใส่ พบว่าเสื้อสูทที่เขาได้เลือกไม่พอดีกับตัวของเขา ติดบริเวณข้อศอก ไหล่เอียง และเอวบิด เขาจึงบอกกับเจ้าของร้านว่าเสื้อสูทไม่พอดีเขาจะไม่ซื้อ เจ้าของร้านสุทจึงแนะนำชายผู้นั้นว่าให้ลองขยับข้อศอก เอียงไหล่ และเอี้ยวตัว ชายผู้นั้นทำตามคำแนะนำของเจ้าของร้าน พบว่าสามารถสวมเสื้อสูทได้อย่างพอดี เขาจึงตัดสินใจซื้อและเดินออกไปจากร้าน ทำให้เขาได้พบกับผู้หญิงสองคน หญิงคนแรกพูดกับเพื่อนว่า “ดูชายพิการผู้นั้นสวมเสื้อสูทซิ” หญิงคนที่สองตอบเพื่อนกลับไปว่า “นี่อาจจะเป็นเสื้อสูทที่พอดีกับชายผู้นั้นก็ได้” เมื่อเล่าสถานการณ์จบให้ถามผู้รับการบำบัดโดยใช้คำถาม ได้แก่ เสื้อสูทที่คุณสวมอยู่พอดีกับคุณหรือไม่ ใครเป็นคนเลือกเสื้อสูทให้กับคุณ คุณเป็นคนเลือกที่จะใส่เสื้อสูทเองหรือใส่เพราะความเคยชิน และจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อคุณถอดเสื้อสูทนี้ออก เป็นต้น จากสถานการณ์เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรับรู้และ

เข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างล้วนขึ้นอยู่กับตัวของบุคคลเอง กิจกรรมนี้เหมาะสำหรับนำไปใช้กับบุคคลที่กำลังสับสนกับการค้นหาอัตลักษณ์หรือค่านิยมที่ต้องการเลือก เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นของบุคคลมาจากการแปลความเป็นจริงของบุคคลต่อสถานการณ์ เปรียบกับการที่บุคคลพยายามขยับร่างกายตนเองให้พอดีกับเสื้อสูท บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ว่าบางครั้งการที่เขามีชีวิตอยู่อย่างจำกัด ผิดหวัง หรือเสียใจ มาจากการที่สังคมรอบข้างเลือกหรือสนับสนุนให้เขาเป็น แต่ไม่ได้เกิดขึ้นจากความต้องการที่แท้จริงของตัวบุคคลเอง

2. การเลือกอัตลักษณ์ (Pick an identity) เป็นการให้บุคคลพยายามเลือกอัตลักษณ์ที่หลากหลาย โดยผู้ให้การบำบัดนำกระดาษที่มีข้อความที่บรรยายถึงอัตลักษณ์ต่างๆ ที่สะท้อนมาจากการกล่าวถึงตนเองของผู้รับการบำบัด เช่น ฉันเป็นคนดี ฉันเป็นคนเก่ง ฉันมีอำนาจ เป็นต้น จากนั้นให้ผู้รับการบำบัดลองสวมบทบาทของอัตลักษณ์ต่างๆจนครบ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสำรวจว่าอัตลักษณ์แต่ละแบบมีคุณสมบัติอย่างไร ส่งผลต่อความคิดและความรู้สึกของตนเองอย่างไร

(3) การสังเกตการประเมินตนเอง เป็นการพัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง บ่อยครั้งเมื่อบุคคลประสบกับปัญหามักจะมีการประเมินตนเองไปในทางลบ เช่น ฉันไม่ดี ฉันไร้ค่า ฉันไม่มีความสามารถ เป็นต้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ การหาวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อจัดการกับการประเมินตนเองจึงทำได้ค่อนข้างยาก การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการช่วยให้บุคคลได้สังเกตรับรู้ในสิ่งที่เขาเป็น และสิ่งที่บุคคลประเมินโดยไร้ซึ่งอคติใดๆในการสังเกต เพื่อให้บุคคลได้เข้าใจว่าการประเมินตนเองนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลได้สร้างขึ้นและมีการหลอมรวมกับตัวตนของเขา

2.2.3.5 การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions)

การระบุทิศทางค่านิยมเป็นการที่บุคคลค้นหาความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในทุกๆด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ การทำงาน การเรียน ครอบครัว ความรัก จิตวิญญาณ เป็นต้น เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย และมีความสุขเกิดขึ้นในระยะยาว โดยให้บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ใดที่ทำให้เขาได้ใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและมีความสุข จากนั้นนำสิ่งที่สามารถพิจารณาได้มาสร้างทิศทางค่านิยม โดยใช้ภาษาเป็นตัวกำหนด ซึ่งภาษาที่นำมาใช้นี้จะไม่ใช่คำนาม แต่เป็นการผสมผสานระหว่างคำกริยาและคำวิเศษณ์ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เช่น มีสุขภาพแข็งแรง เป็นที่เคารพรักของบุตรหลาน เป็นต้น โดยการระบุทิศทางค่านิยมเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย สร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่น และมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ต้องการได้อย่างมีชีวิตชีวา เป็นสิ่งที่ทำให้การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีประสิทธิภาพ กระบวนการยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับ

ปัจจุบัน และความรู้ทันการเปลี่ยนแปลง เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้บุคคลมีค่านิยมที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของบุคคลมากที่สุดและสามารถปฏิบัติได้จริง

กระบวนการระบุทิศทางค่านิยมช่วยให้บุคคลสามารถระบุถึงความสำคัญและทิศทางของค่านิยมในด้านต่างๆของชีวิต ที่สามารถประเมินผลได้ และท้ายที่สุดเป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถดำเนินการได้ดังนี้ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561)

(1) สร้างความชัดเจนในค่านิยม เป็นการช่วยให้บุคคลมีค่านิยมที่ชัดเจน ตั้งแต่ผู้ให้การบำบัดใช้คำถาม เช่น หากอยู่ในโลกที่สามารถเลือกอะไรก็ได้ คุณเลือกที่จะมีชีวิตอย่างไร เป็นต้น การใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินค่านิยม เช่น แบบสอบถามค่านิยมของชีวิต (The valued living questionnaire) (Wilson & Groom, 2002) เป็นต้น

(2) การตรวจสอบทิศทางของชีวิต เป็นการให้บุคคลประเมินการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ว่าเป็นไปตามค่านิยมที่ต้องการหรือไม่อย่างไร

(3) การจำแนกความหมายของค่านิยม เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถจำแนกความหมายของคำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ได้แก่ ค่านิยมกับเป้าหมาย และกระบวนการกับผลลัพธ์

1. ค่านิยมกับเป้าหมาย ค่านิยมเป็นการระบุคุณลักษณะหรือคุณภาพของพฤติกรรมที่กำลังดำเนินไป ไม่สามารถทำให้สิ้นสุดได้ แต่เป้าหมายเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยม สามารถประเมินผลและทำให้สิ้นสุดได้ เช่น ค่านิยมด้านครอบครัวของบุคคล คือ เป็นลูกที่มีความกตัญญู เป้าหมายหนึ่ง ได้แก่ การที่สามารถสร้างบ้านหลังใหม่ให้บิดามารดา เป็นต้น

2. กระบวนการกับผลลัพธ์ แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือการดำเนินชีวิตอยู่ให้มากขึ้น และลดการยึดติดกับผลลัพธ์ของการกระทำให้น้อยลง บางครั้งการยึดติดกับเป้าหมายที่ทำให้บุคคลมีความสุข ส่งผลให้บุคคลมีชีวิตที่ไม่ยืดหยุ่น ขาดการอยู่กับปัจจุบัน วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตเกินไป เป้าหมายเปรียบเสมือนสิ่งซึ่งนำไปเกิดการปฏิบัติตามค่านิยมและไม่ใช่อุทิศสิ้นสุด เพราะเมื่อเป้าหมายเดิมสำเร็จก็จะเกิดเป้าหมายใหม่เกิดขึ้นตามมาเรื่อยๆ ดังนั้นการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจึงเน้นที่กระบวนการในการดำเนินชีวิตที่สามารถนำบุคคลไปสู่ค่านิยมได้

2.2.3.6 การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)

การปฏิบัติตามพันธะสัญญาเป็นการที่บุคคลนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม โดยแบ่งออกเป็นเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาวที่สามารถประเมินผลได้ มีการ

วางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการแก้ไข

กระบวนการของการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่ได้กำหนดมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน (Luoma et al., 2007)

(1) เลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุด เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแผนสำหรับการนำมาปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแผนปฏิบัติการที่ดีควรระบุเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนดังนี้

1. เป้าหมายมีความเฉพาะเจาะจง สามารถประเมินผลได้ และหลีกเลี่ยงเป้าหมายที่กำกวม เช่น จากเดิมที่ตั้งเป้าหมายว่ามีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวมากขึ้น ควรระบุเป้าหมายเป็นร่วมกันทำอาหารมื้อเย็นทุกวันอาทิตย์กับสามีและบุตรสาวทั้งสองคนที่บ้าน เป็นต้น

2. เป้าหมายสามารถนำมาปฏิบัติได้และสอดคล้องกับความสามารถของบุคคล ในการดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จ เช่น ตั้งเป้าหมายเป็นร่วมกันทำอาหารมื้อเย็นทุกวันอาทิตย์กับสามีและบุตรสาวทั้งสองคนที่บ้าน ซึ่งบุคคลควรชอบและมีความสามารถในการประกอบอาหารได้ เป้าหมายที่ตั้งไว้ถึงจะสอดคล้องกับความสามารถและปฏิบัติได้จริง เป็นต้น

3. หลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายที่ปฏิบัติได้ยาก เช่น ตั้งเป้าหมายไว้เป็นขี้เกียจลดลง แต่ควรเปลี่ยนเป้าหมายเป็นว่าทบทวนหนังสือวันละ 1 ชั่วโมงก่อนนอน สัปดาห์ละ 5 วัน เป็นต้น

4. ควรบันทึกเป้าหมายลงการ์ดหรือสมุดบันทึก เพื่อกระตุ้นเตือนความจำและมีแรงจูงใจในการนำมาปฏิบัติ

5. เป้าหมายควรเกิดจากความต้องการและสอดคล้องกับค่านิยมของบุคคล เพราะตามธรรมชาติเมื่อบุคคลมีการเข้าใจทิศทางของค่านิยมแล้ว มักจะมีข้อมูลที่บ่งบอกให้บุคคลรับรู้ได้ เช่น ความรู้สึกมีชีวิตชีวา เป็นต้น

6. เป้าหมายควรมีหลักฐานว่าเป็นความต้องการที่แท้จริงของบุคคล

(2) การช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามพันธะสัญญาได้ทั้งในกระบวนการบำบัด และนำวิธีการปฏิบัติที่บุคคลทำสำเร็จแล้วไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง

(3) เผื่อระวังและเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งอุปสรรคภายใน เช่น ความยุ่งยากทางอารมณ์ ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น และอุปสรรคภายนอก เช่น ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้ เป็นต้น โดยการใช้วิธีการยอมรับ มีสติอยู่กับปัจจุบัน และการแยกความคิด รวมทั้งการฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น

(4) ทำซ้ำในขั้นตอนที่ 1 และเลือกค่านิยมในด้านอื่นของชีวิต หรือ ประสบการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง ขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจมาดำเนินการต่อ จนกระทั่งบุคคลได้ รูปแบบของพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการเปลี่ยนค่านิยมในเชิง นามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง

2.2.4 กลไกการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) เชื่อว่าปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดจากการที่บุคคลขาดความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) มีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ (Experiential avoidance) พยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง มีการเชื่อมโยงความคิดของ ตนเองกับความเป็นจริงว่าเป็นเรื่องเดียวกัน และนำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง เช่น มีคนพูด ว่า “คุณช่างเป็นคนไร้ค่า” แล้วบุคคลนั้นได้นำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการประเมินค่า และแปลความหมายของภาษาว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งความเป็นจริงแล้วเขาไม่ใช่คนที่ไม่มี คุณค่า แต่สิ่งที่เขาได้ยินมาเป็นเพียงแค่คำพูดหรือภาษาซึ่งเป็นสิ่งที่สมมติขึ้นมาไม่มีอยู่จริง เป็นต้น ทำให้บุคคลคิดทวนทวนหม่นหรือมีความวิตกกังวลในการทำให้อาชีพตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือจาก สถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ จึงไม่สามารถรับรู้ความคิดตามความเป็นจริง แต่เป็นการรับรู้ตัวตนตาม มโนคติซึ่งเป็นสิ่งที่ปรุงแต่งขึ้น ไม่สามารถอยู่กับปัจจุบัน ยึดติดกับอดีตและกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ในอนาคต ทำให้บุคคลขาดการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขาดการพิจารณาถึงสิ่งที่ สำคัญของชีวิตหรือค่านิยมที่ต้องการ นำมาสู่การประเมินประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ คิดหาเหตุผล เข้าข้างพฤติกรรมของตนเอง ทำให้เกิดความคิดทวนทวนไม่สามารถหาวิธีการที่ดีในการแก้ปัญหาได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น แยกตัว อยู่คน เดียว อยากหนีให้พ้นจากปัญหา อยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของตนเองใน ระยะสั้น แสวงหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และมีความสุขในระยะสั้น แทน การมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่นหรือสร้างความสุขที่แท้จริงในระยะยาว

การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการบำบัดโดยใช้กระบวนการ ทางจิตวิทยา ทำให้บุคคลเกิดการยอมรับตนเองในทุกๆด้านของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก จาก สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยไม่ตัดสินสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์หรือพยายามใช้การ ควบคุมและขจัดทิ้ง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้ สามารถรับรู้การควบคุมปฏิกริยาของตนต่อปัญหานั้นได้ อย่างเหมาะสม เห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถจัดลำดับความสำคัญของการกระทำก่อนและหลัง จึงแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะแตกต่างจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นที่

จะปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ความรู้สึกเพื่อที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ต้องการ ในทางกลับกัน การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเป็นการเปลี่ยนวิถีในการตอบสนองต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ไม่ได้มุ่งเน้นกับจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของบุคคล หรือการเปลี่ยนรูปแบบความคิดและความถี่ของความคิดในบุคคล แต่มุ่งให้ความสำคัญกับการจัดการกับกระบวนการทาง ภาษาและค่านิยมที่เป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

กลไกการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เกิดจากการจัดกระทำกับองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ได้แก่ 1) การยอมรับ (Acceptance) เป็นการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้นต่อสถานการณ์ แทนการขจัดอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา จากสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง 2) การแยกความคิด (Cognitive defusion) เป็นการจัดการกับการหลอมรวมความคิด พิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษาที่เข้าใจ และความหมายที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด สามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ 3) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) เป็นการเฝ้ามองดูการปรากฏและตระหนักต่อประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการตัดสินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ เพียงแค่มองดูและรับรู้ตามความเป็นไปของสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความทุกข์หรือความสุข มากกว่าที่จะคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีต และกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เกิดความรับผิดชอบ และเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในทุกเวลา อีกทั้งยังช่วยลดความยึดมั่นในตนเองและการหลอมรวมความคิด 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) เป็นการที่บุคคลมีสติสามารถรับรู้ที่ตนเองกำลังมีความคิดอะไรจากสถานการณ์ใด เพื่อลดตัวตนในแบบยึดมั่นตัวตนตามมโนคติหรือลดการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาความคิด ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนารู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง เกิดบริบทของการยอมรับและแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ 5) การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions) เป็นการค้นหาความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในทุกๆด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ การทำงาน การเรียน ครอบครัว ความรัก จิตวิญญาณ เป็นต้น เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย ส่งผลให้เกิดความผาสุกในระยะยาว 6) การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) เป็นการนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ มีการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยมที่สามารถประเมินผลได้ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการแก้ไข เมื่อมีการจัดกระทำกับองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexible) เกิดการยอมรับ มีสติรู้ตัว (Mindfulness) และลดการหลอมรวมความคิดกับความเป็นจริง

(Cognitive fusion) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ (Waters, 2012) ซึ่งอาการซึมเศร้าก็ถือว่าเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Kato, 2016) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหากเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้เกิดการรู้ตัวต่อการกระทำของตนเอง สามารถควบคุม ปฏิกริยาตอบสนองแทนที่จะแสดงปฏิกริยาตอบโต้อย่างอัตโนมัติ มีความคิดและรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมีสติ แทนการมีความคิดหมกมุ่นวอกวนทางลบ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการจัดลำดับความสำคัญของการกระทำอย่างเหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมที่เป็นเป้าหมายที่แท้จริงในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานทางอารมณ์ จากการศึกษาที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

2.3 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) และดัดแปลงบางกิจกรรมมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาต่อการเพิ่มการคิดแก้ปัญหาทางสังคม (จุฑามาศ แหนจอน, 2557) จากนั้นผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาให้สอดคล้องกับโครงสร้างและองค์ประกอบหลัก ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

แสดงโครงสร้างและองค์ประกอบหลักของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
1. การยอมรับ (Acceptance) แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้าน	กิจกรรมที่ 1 “ยอมรับปรับใจ” (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้นการอธิบายให้สมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัด เข้าใจและสามารถอธิบายผลจากการที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยง

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>จิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงต่อประสบการณ์ (Experiential avoidance) โดยพยายามจะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก เป็นต้น ทั้งรูปแบบความถี่ และความรุนแรง</p> <p>การพัฒนาความยืดหยุ่นหรือการยอมรับ เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีประสบการณ์ในการเลือก และปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยมที่ระบุไว้ เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่กับปัจจุบัน ตระหนักรู้ต่อตนเองว่า กำลังมีความคิด ความรู้สึก และรับรู้การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สามารถทำได้โดยใช้รูปแบบของการจัดการควบคุมประสบการณ์ เป็นการพัฒนาการยอมรับต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องการหลีกเลี่ยง เพื่อที่บุคคลจะได้ไม่หลีกเลี่ยงต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีอีกต่อไป นำมาซึ่งความสามารถในการเลือกค่านิยมที่แท้จริงของชีวิต ขั้นตอนของการจัดการควบคุมประสบการณ์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ระบุวิธีการที่บุคคลใช้ในการหลบหนีประสบการณ์ 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาในอดีต 	<p>หนีประสบการณ์ต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และร้ายแรงเพิ่มขึ้นได้ โดยผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ เช่น การที่บุคคลหลีกเลี่ยงความเหงาด้วยการดื่มสุรา ซึ่งทำให้บุคคลลืมความเหงาหรือความทุกข์ได้ชั่วคราว แต่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ หรือป่วยด้วยโรคตับแข็งได้ในอนาคต เป็นต้น</p> <p>ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมย่อยๆ ตามใบกิจกรรมที่ 1.1-1.3 เป็นทั้งหมด 3 กิจกรรมให้สอดคล้องกับการพัฒนาความยืดหยุ่นหรือการยอมรับ โดยใช้รูปแบบของการจัดการควบคุมประสบการณ์ โดยมีเป้าหมายของกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะการพัฒนาการยอมรับต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เขาต้องการหลีกเลี่ยง รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1.1 “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” ออกแบบกิจกรรมโดยการเน้นให้สมาชิกอธิบายและจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ โดยมีข้อความทั้งหมด 15 ข้อความ เป็นความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ล้วนเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากนั้นให้สมาชิกได้จำแนกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 1.2 “อสุรกาย กระทบ” ออกแบบกิจกรรมโดยการให้สมาชิกได้</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>3) ประเมินต้นทุนที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงหรือประสพการณ์</p> <p>4) กระตุ้นให้บุคคลตระหนักรู้ว่าการควบคุมประสพการณ์เป็นส่วนหนึ่งของปัญหา</p>	<p>ลองจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ลำบาก หรือทุกข์ทรมาน เปรียบกับอสุรกายร้ายอันน่ากลัว ที่รวมตัวมาจากเศษกระป๋องและเชือก ที่ทำให้สมาชิกไม่อยากที่จะเผชิญหรือต่อสู้ จึงพยายามที่จะหลบหนีจากอสุรกายนั้น จากนั้นให้สมาชิกลองจินตนาการใหม่ถึงอสุรกายตัวเดิมที่ถูกแยกออกเป็นชิ้นๆ ที่พบว่าเป็นเพียงสิ่งที่สร้างขึ้นจากกระป๋องและเชือก ซึ่งเป็นเพียงส่วนประกอบชิ้นเล็กๆ ที่ง่ายต่อการเผชิญและไม่น่ากลัวอีกต่อไป จากนั้นให้สมาชิก จากนั้นให้สมาชิกคิดถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือความเครียดที่กำลังต่อสู้ดิ้นรน หรือสถานการณ์บางอย่างที่มีความสำคัญสำหรับสมาชิก ที่นำมาซึ่งการเกิดอาการซึมเศร้า เมื่อจินตนาการได้แล้วให้สมาชิกพยายามสัมผัสกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์เดิมนั้นอีกครั้ง ความรู้สึกที่ทำให้สมาชิกมีความยุ่งยากใจหรือกดดัน ให้สังเกตว่าเมื่อคิดถึงเหตุการณ์นี้แล้ว ร่างกายมีอาการเป็นอย่างไร ประสาทสัมผัสรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างไร สังเกตพบอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึกใดที่เกิดขึ้นบ้างในสถานการณ์นี้ หากมีความรู้สึกใดๆเกิดขึ้น ขอเพียงสังเกตว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามร่างกายเป็นอย่างไร กำลังแสดงอาการอย่างไรอยู่ ให้เวลากับตนเองในการสังเกตความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องสินว่าชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ต้องการหรือไม่ต้องการ และผู้วิจัยให้สมาชิกใช้ช่วงเวลานี้ในการปลดปล่อยการต่อสู้ดิ้นรน โดยเป้าหมายไม่ได้อยู่ที่ว่าชอบหรือไม่ชอบความรู้สึกนี้ แต่</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
	<p>กำลังยินดีหรือเต็มใจที่จะมีความรู้สึกนี้ โดยไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับมันอีกต่อไป หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่า การเผชิญต่อสถานการณ์ปัญหาไม่ได้เป็นเรื่องที่น่ากลัวหรือต้องหลีกเลี่ยง</p> <p>กิจกรรมที่ 1.3 “การจัดการควบคุมประสบการณ์” ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนของการจัดการควบคุมประสบการณ์ ซึ่งเป็นทักษะในการพัฒนาความยินดีหรือการยอมรับ โดยให้สมาชิกวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตและปัจจุบันของตนเอง ประกอบด้วยการระบุสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้สมาชิกเกิดความลำบากยุ่งยากหรือทุกข์ทรมานใจ การเลือกวิธีการและวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา ผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สุดท้ายวิเคราะห์ถึงผลดีของการเผชิญปัญหาและผลเสียของการหลีกเลี่ยงปัญหา หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่า การหลีกเลี่ยงปัญหาอาจทำให้ความรู้สึกมีความสุขหรือความทุกข์ใจทุเลาลงในระยะสั้น แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจในระยะยาวได้ การพัฒนาความยินดีหรือการยอมรับจะนำไปสู่การเลือกค่านิยมที่ต้องการอย่างแท้จริงของชีวิตได้</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ยอมรับปรับใจ” คือ สมาชิกเกิดการพัฒนาการยอมรับต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
	<p>ชีวิตที่ต้องการหลีกเลี่ยง เพื่อที่จะได้ไม่ต้องหลีกเลี่ยง ต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีอีกต่อไป</p> <p>หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 ได้ มอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 ให้สมาชิกกลับไปทำ เป็นการสำรวจตนเองว่า ภายใน 1 สัปดาห์ มี เหตุการณ์อะไรที่ผ่านเข้ามาในชีวิตบ้าง และ ขอให้พิจารณาว่าเกิดความคิด อารมณ์/ ความรู้สึก และพฤติกรรมอะไรต่อเหตุการณ์</p>
<p>2. การแยกความคิด (Cognitive defusion) แนวคิดของการบำบัดด้วยการ ยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้าน จิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลมีการ หลอมรวมความคิด (Cognitive fusion) มีการ ยึดติดกับความคิดรวมถึงสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึง ความรู้สึกต่างๆ ได้แก่ คำพูด สัญญาณ ภาพ และลักษณะทางอารมณ์ต่างๆ เป็นต้น ว่าเป็น ความจริงและนำมารวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการประเมินค่าและแปลความหมายของภาษา เป็นไปในทางที่บั่นทอนความสุขของการดำเนิน ชีวิต</p> <p>กระบวนการแยกความคิด (Hayes & Strosahl, 2004) เป็นรูปแบบการ บำบัด ที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาถึงความหมาย ตามความเป็นจริงของภาษาที่เข้าใจ และ ความหมายที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” (สัปดาห์ที่ 2)</p> <p>กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้น การอธิบายให้สมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดเข้าใจ และสามารถอธิบายผลการหลอมรวมความคิดต่อ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยมีการ ยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ เช่น มีคนพูดว่า “คุณช่างเป็นคนไร้ค่า” แล้วบุคคลนั้น ได้นำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการ ประเมินค่าและตัดสินว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มี คุณค่า ซึ่งความเป็นจริงแล้วเขาไม่ใช่คนที่ไม่มี คุณค่า เป็นต้น</p> <p>ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมย่อยๆ ตามใบกิจกรรมที่ 2.1-2.4 เป็นทั้งหมด 4 กิจกรรม ให้สอดคล้องกับกระบวนการแยกความคิด โดยมี เป้าหมายของกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกสามารถ จัดการกับการหลอมรวมความคิดต่อสถานการณ์ ปัญหา มีการตระหนักรู้ต่อความคิดและเนื้อหา ของความคิดที่เกิดขึ้น แยกความคิดที่เกิดขึ้นกับ ความเป็นจริงได้ รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>รวมทั้งสิ่งกระตุ้นความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ ทำให้บุคคลเข้าใจว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ซึ่งความคิดจะมีประโยชน์หากความคิดถูกนำมาใช้ในการสร้างสรรค์ค่านิยมให้แก่บุคคล กระบวนการแยกความคิดมีเป้าหมายเพื่อจัดการหลอมรวมความคิดของบุคคล มุ่งเน้นไปยังบริบทที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แทนการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดและอารมณ์ต่างๆ ช่วยสร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้น กระบวนการแยกความคิดประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การนำความหมายออกไปจากภาษา เพื่อให้คงอยู่เฉพาะถ้อยคำหรือวลี แต่ความหมายที่ถูกกำหนดขึ้นมาภายหลังนั้นหายไป ดังนั้นการทำหน้าที่ของภาษาที่เป็นลักษณะของสัญลักษณ์ปกติจึงถูกแยกออกมา และเห็นการกระทำหน้าที่โดยตรงของภาษามากขึ้น เช่น หน้าที่ของเสียงและประสาทสัมผัส เป็นต้น 2) การเพ่งความสนใจต่อปัจจุบัน เป็นการเน้นให้บุคคลใส่ใจในพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ สามารถตระหนักต่อความคิดอย่างเป็นปัจจุบัน เพื่อจะได้ปฏิบัติตามพันธะสัญญา 3) สอนข้อจำกัดของภาษา วิธีการนี้จะให้บุคคลสร้างประสบการณ์เดิมที่อยู่ในความทรงจำขึ้นมาอีกครั้ง เพื่อสังเกตข้อจำกัด 	<p>กิจกรรมที่ 2.1 “การนำความหมายออกไปจากภาษา” ออกแบบกิจกรรมโดยการให้สมาชิกพูดคำว่า “นม” และ “ไร้ค่า” อย่างรวดเร็วและเข้าไปเข้ามา 30 วินาที หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม สามารถสรุปได้ว่าจะมีสองสิ่งเกิดขึ้นเสมอ ได้แก่ ความหมายของคำพูดนั้นหายไปชั่วคราวหรือหายไปทั้งหมด และหน้าที่อื่นๆของคำพูดมีแนวโน้มที่จะปรากฏเด่นชัดออกมา เช่น เสียง หรือความรู้สึกของปากที่เคลื่อนไหวจากคำพูด เป็นต้น</p> <p>กิจกรรมที่ 2.2 “ความคิดกับผู้ที่มีความคิด ความรู้สึกกับผู้ที่มีความรู้สึก” ออกแบบกิจกรรมโดยการให้สมาชิกได้เรียนรู้และสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่าง “การมี” และ “การเป็น” หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่าความคิดและความรู้สึกเป็นสิ่งที่บุคคลมี แต่ไม่ใช่ความจริงหรือสิ่งที่เขาเป็น</p> <p>กิจกรรมที่ 2.3 “อธิบายและประเมิน” ออกแบบกิจกรรมโดยผู้วิจัยอธิบายคุณสมบัติของภาษาที่จำแนกได้ 2 ประการ ได้แก่ การอธิบายและการประเมิน ใช้รูปภาพควายและคำว่าควายเป็นสื่อในการอธิบาย เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างการอธิบายและการประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่าเมื่อใดที่บุคคลนำภาษามาใช้ในลักษณะของการประเมิน ผลที่ได้รับมักเป็นการต่อสู้ดิ้นรนและมีพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่น เช่น บุคคลที่ได้รับการกล่าวว่า เป็นควาย อาจจะรู้สึกโกรธ น้อยใจ หรือ</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>ของความคิดในระดับจิตสำนึก</p> <p>4) การจำแนกระหว่างความคิดกับผู้ที่มีความคิด และความรู้สึกกับผู้ที่มีความรู้สึก เป็นการเพิ่มระยะห่างระหว่างประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ที่บุคคลกำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งความคิดและความรู้สึกเป็นสิ่งที่บุคคลมี ไม่ใช่สิ่งที่บุคคลเป็น</p> <p>5) การเปิดเผยคุณสมบัติที่ซ่อนเร้นของภาษา เป็นการทำให้เกิดระยะห่างระหว่างการอธิบายและการประเมิน ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าการประเมินไม่มีอยู่จริง แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการหลอมรวมความคิด</p> <p>6) พิจารณาความคิดแทนการขจัดความคิด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการพิจารณาความคิดแทนการหลีกเลี่ยงจากความคิด โดยมีความคิดแต่ไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามความคิดนั้น</p>	<p>เสียใจ เพราะได้มีการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับมีลักษณะโง่เขลาหรือด้อยต่ำกว่าคล้ายกับควาย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและอาจทวีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้</p> <p>กิจกรรมที่ 2.4 “พิจารณาความคิด” ออกแบบโดยผู้วิจัยจะเปิดคลิปวิดีโอสั้น “สกุ๊ปชีวิตทดแทนคุณแม่ด้วยการทอดทิ้ง” ให้สมาชิกรับชม จากนั้นให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น หลับตาลงและจินตนาการว่าได้นำทุกความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ไปวางบนฟองอากาศที่ลอยอยู่เหนือศีรษะ หลังจากนั้นฟองอากาศค่อยๆลอยหายขึ้นไปในอากาศจนลับสายตา หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่า การพิจารณาความคิดเป็นการลดการหลอมรวมความคิด และช่วยให้บุคคลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจมากขึ้น จากการทำบุคคลมีความคิดแต่ไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือปฏิบัติตามความคิดนั้นๆ และจากกิจกรรมจะทำให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของความคิดต่างๆ</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” คือ สมาชิกสามารถพิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษาและความหมายที่เกิดจากการหลอมหลอมความคิด โดยไม่ยึดติดหรือนำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง นำไปสู่การเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลได้</p> <p>หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 ได้มอบหมายการบ้านครั้งที่ 2 ให้สมาชิกกลับไปทำ</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
	<p>โดยการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริงที่ทำให้เกิดการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และให้สมาชิกพิจารณาว่าหากอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว จะเกิดความคิดอะไรขึ้นกับสมาชิกบ้าง ผลลัพธ์ที่ตามมาจะเป็นอย่างไร หากมีการตระหนักและไม่ตระหนักต่อความคิดที่เกิดขึ้น</p>
<p>3. การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลถูกครอบงำด้วยมโนคติของอดีตและอนาคต การที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และการหลอมรวมความคิด ทำให้บุคคลคิดหมกมุ่นหรือวิตกกังวลในการทำให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ทำให้บุคคลไม่สามารถรับรู้ความคิดตามความเป็นจริง แต่เป็นการรับรู้ตัวตนตามมโนคติซึ่งเป็นสิ่งที่ปรุงแต่งขึ้น ไม่สามารถอยู่กับปัจจุบัน ยึดติดกับอดีตและกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต</p> <p>การอยู่กับปัจจุบัน เป็นการเฝ้ามองดูการปรากฏและตระหนักต่อประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการตัดสินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นดีหรือเลว ชอบหรือไม่ชอบ เพียงแค่มองดูและรับรู้ตามความเป็นไปของสิ่งที่เกิดขึ้น</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีวันเป็นสุข” (สัปดาห์ที่ 3)</p> <p>กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้นพัฒนาให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่กับปัจจุบัน ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และอธิบายให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการฝึกการอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการอยู่กับปัจจุบัน ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้าง 2 กิจกรรมย่อย รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 3.1 “การระลึกอารมณ์หายใจ” โดยการให้สมาชิกอยู่ในอิริยาบถที่ผ่อนคลายและหลับตาลง จากนั้นสังเกตติดตามและกำหนดลมหายใจเข้าออกของตนเอง จดจ่ออยู่ที่การเคลื่อนไหวขึ้นลงของหน้าอกตามจังหวะของลมหายใจ พร้อมทั้งรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หากมีการผุดขึ้นของความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น สังเกตอาการคันที่เกิดขึ้นและอาจมี</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>เป้าหมายของการอยู่กับปัจจุบัน คือ การตระหนักรู้ต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความทุกข์หรือความสุข มากกว่าที่จะคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีต และกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต จะนำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เกิดความรับผิดชอบ และเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น การอยู่กับปัจจุบันเป็นทักษะที่เกิดขึ้นผ่านการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่กับปัจจุบันได้เร็วที่สุดในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ เช่น การทำงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การสูญเสียของอันเป็นที่รัก เป็นต้น เปรียบเสมือนกับมิดที่ต้องลับไว้ให้คมกริบอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อต้องการ</p>	<p>ความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นมา ตามมาด้วยความคิดอื่นๆ อาจมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและไม่สบาย เป็นต้น ให้สังเกตเพียงว่าประสบการณ์ใหม่ๆที่เกิดขึ้นมานั้น เป็นเพียงสิ่งที่ผ่านเข้ามาในการรับรู้ของบุคคลเท่านั้น มีการเกิดขึ้นแล้วก็หายไป</p> <p>กิจกรรมที่ 3.2 “การรับรู้ของร่างกาย” โดยการให้สมาชิกอยู่ในอิริยาบถที่ผ่อนคลาย อาจจะอยู่ในท่านั่งหรือนอนก็ได้ และหลับตาลง จากนั้นให้สมาชิกฟังความสนใจไปที่ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยสังเกตอย่างเป็นระบบไปที่ละส่วน พร้อมกับสังเกตลมหายใจเข้าออกของตนเอง</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีวิตเป็นสุข” คือ สมาชิกมีรูปแบบของความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง รับรู้อยู่กับปัจจุบันสามารถสังเกตประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว มีสติตระหนักรู้ต่อทุกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง นำไปสู่การเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลได้</p> <p>หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 ได้มอบหมายการบ้านครั้งที่ 3 ให้สมาชิกกลับไปทำ โดยให้สมาชิกทบทวนการทำกิจกรรมระลึกรู้ลมหายใจ (เหมือนกับใบกิจกรรมที่ 3.1) ขณะอยู่ที่บ้าน 3 วัน อย่างน้อยครั้งละ 10 นาที และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึก</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>4. การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context)</p> <p>แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของคุณเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลมีการยึดมั่นในอดีต ซึ่งเป็นอดีตเป็นตัวตนของคุณซึ่งอยู่ในรูปแบบของความคิด เช่น ดีหรือไม่ดี ใช่หรือไม่ใช่ ถูกหรือไม่ถูก พอใจหรือไม่พอใจ เป็นต้นที่ถูกสร้างขึ้นจากร่องรอยในประสบการณ์ของชีวิตของคุณ ทำให้เกิดความลึกลับสับสน จิตใจที่ไม่เป็นอิสระ ทำให้เกิดตัวตนตามมโนคติที่จำกัดและเกิดความไม่ยืดหยุ่นของพฤติกรรมสุดท้ายก็ไม่สามารถหาวิธีการที่ดีในการแก้ปัญหาได้</p> <p>การรู้ทันการเปลี่ยนแปลงเป็นการที่บุคคลมีสติ สามารถรับรู้ที่ตนเองกำลังมีความคิดอะไรจากสถานการณ์ใด เพื่อลดตัวตนในแบบยึดมั่น (Self as content) หรือลดการนำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาความคิด คล้ายกับการสมมติให้ตนเองเป็นบุคคลอื่นที่เฝ้าดูสถานการณ์ต่างๆของตนเอง ทำให้บุคคลสามารถมองเห็นตนเองในขณะที่มีความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทุกด้านทุกแง่มุมทั้งทางบวกและทางลบ</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 “ปลดปล่อยตัวตน” (สัปดาห์ที่ 4)</p> <p>กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกเกิดทักษะการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ต่อความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และอธิบายให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการฝึกการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้าง 2 กิจกรรมย่อย รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 4.1 “ไปไม้ในสายธาร” โดยการให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายหลับตาลง จินตนาการว่ากำลังนั่งอยู่ตรงริมลำธารแห่งหนึ่ง มองเห็นไปไม้กำลังลอยอยู่บนสายน้ำ และให้สมาชิกสังเกตความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น แล้วค่อยๆวางสิ่งที่สังเกตเห็นลงบนไปไม้อย่างอ่อนโยน และปล่อยให้ไปไม้ต่างๆเหล่านั้น ค่อยๆไหลไปตามสายน้ำ ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และสังเกตถึง การเกิดขึ้นและการดับไปของความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกต่างๆ</p> <p>กิจกรรมที่ 4.2 “กล้องวิดีโอฉายภาพ” โดยการให้สมาชิกเล่าถึงปัญหาหรือสถานการณ์ที่สำคัญ ซึ่งรบกวนชีวิตและทำให้ทุกข์ทรมานใจเป็นอย่างมาก โดยให้เล่าเหตุการณ์อย่างละเอียด เสมือนได้ใช้กล้องวิดีโอ</p>

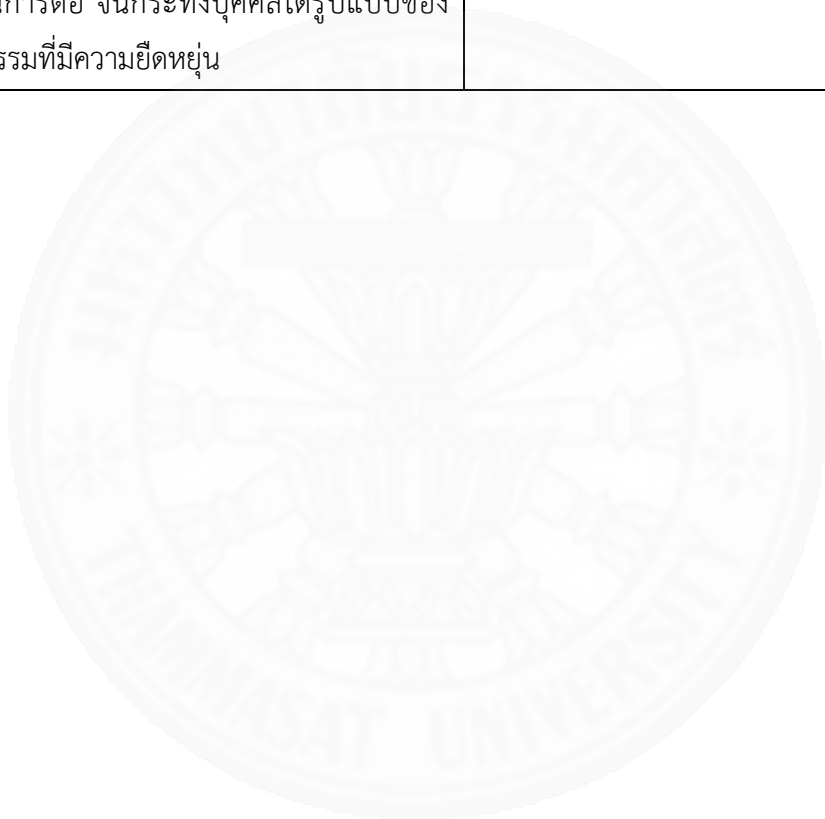
องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
	<p>บันทึกเหตุการณ์นั้นเอาไว้ จากนั้นให้สมาชิกบอกถึงความคิดหรือความเชื่อ ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์ว่า หากเชื่อและทำตามความคิดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไรได้บ้าง แต่ถ้าหากมีความคิดแต่ไม่เชื่อหรือทำตามความคิดส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไร และให้วิเคราะห์รูปแบบการคิดแก้ปัญหาของสมาชิกแต่ละคน</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ปลดล๊อคตัวตน” คือ สมาชิกสามารถลดการยึดมั่นตัวตนตามมโนคติ พัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง สร้างบริบทของการยอมรับและแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ</p> <p>หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ได้มอบหมายการบ้านครั้งที่ 4 ให้สมาชิกกลับไปทำ โดยให้สมาชิกทบทวนการทำกิจกรรมไปไว้ในสายธาร (เหมือนกับใบกิจกรรมที่ 4.1) ขณะอยู่ที่บ้าน 3 วัน อย่างน้อยครั้งละ 10 นาที และสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึก</p>
<p>5. การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions)</p> <p>แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความ</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 “ค้นหาค่านิยม” (สัปดาห์ที่ 5)</p> <p>กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกสามารถระบุ และค้นหาค่านิยมที่เป็นความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในแต่ละด้านได้ นำไปสู่การมีทิศทางหรือการกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งกิจกรรมที่</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>ยึดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลขาดค่านิยมที่ชัดเจนในชีวิต ซึ่งมาจากการที่บุคคลพยายามที่จะหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ทำให้ขาดการตระหนักต่อประสบการณ์ภายในและภายนอกต่างๆที่เกิดขึ้น ขาดการพิจารณาถึงสิ่งสำคัญของชีวิตหรือค่านิยมที่ต้องการ ทำให้อาจเสียโอกาสหรือประสบการณ์ดีๆในชีวิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ เช่น บุคคลที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก อาจปิดกั้นตนเองโดยการแยกตัว ไม่กล้าที่จะสร้างสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งของอื่น เพราะกลัวที่จะผิดหวังหรือเสียใจอีก เป็นต้น</p> <p>การระบุทิศทางค่านิยมเป็นการที่บุคคลค้นหาความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในทุกๆด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ การทำงาน การเรียน ครอบครัว ความรัก จิตวิญญาณ เป็นต้น เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย และมีความสุขเกิดขึ้นในระยะยาว การระบุทิศทางค่านิยมเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความหมาย สร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่น และมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ต้องการได้อย่างมีชีวิตชีวา เป็นสิ่งที่ทำให้การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีประสิทธิภาพ กระบวนการยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับปัจจุบัน และการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้บุคคลมีค่านิยมที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการที่</p>	<p>ผู้วิจัยออกแบบนี้ มีการดำเนินการให้สอดคล้องกับกระบวนการระบุทิศทางค่านิยม ได้แก่ การสร้างความชัดเจนในค่านิยม การตรวจสอบทิศทางของชีวิต และการจำแนกความหมายของค่านิยม ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการระบุทิศทางค่านิยม ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้าง 2 กิจกรรมย่อย รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 5.1 “โลกของฉัน” โดยการให้สมาชิกนั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลายหลับตาลง จินตนาการว่าหากอยู่ในโลกที่สามารถเลือกอะไรก็ได้ สมาชิกเลือกที่จะมีชีวิตเป็นอย่างไร เพื่อเป็นการประเมินความชัดเจนในค่านิยม และเป็นการตรวจสอบทิศทางของชีวิต</p> <p>กิจกรรมที่ 5.2 “เป้าหมายของฉัน” โดยการให้สมาชิกระบุและค้นหาค่านิยมที่เป็นความต้องการที่แท้จริงของตนเองทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านคู่ครอง/คู่สมรส ด้านการเป็นพ่อ/แม่ ด้านเพื่อน/สัมพันธภาพทางสังคมด้านการงาน/อาชีพ ด้านนันทนาการ/งานอดิเรก ด้านศาสนา/จิตวิญญาณ ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน/การเป็นพลเมืองดี และด้านสุขภาพ/ความผาสุกในชีวิต</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ค้นหาค่านิยม” คือ สมาชิกเกิดค่านิยมที่ชัดเจน มีชีวิตชีวา สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา มีความหมาย เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และมีความสุขในระยะยาว</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>แท้จริงของบุคคลมากที่สุดและสามารถปฏิบัติได้จริง</p>	<p>หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ได้มอบหมายการบ้านครั้งที่ 5 ให้สมาชิกกลับไปทำ โดยให้สมาชิกทบทวนค่านิยมในแต่ละด้าน ที่ได้ระบุไว้ในใบกิจกรรมที่ 5.2 จากนั้นให้สมาชิกได้พิจารณาว่ายังคงต้องการระบุค่านิยมในแต่ละด้าน ให้เป็นเช่นนั้นหรือไม่ ถ้าต้องการเปลี่ยนแปลงให้ระบุว่าต้องการเปลี่ยนแปลงค่านิยมไปในลักษณะใด</p>
<p>6. การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)</p> <p>แนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (Hayes et al., 2006) กล่าวว่าสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) สาเหตุประการหนึ่งมาจากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงอย่างถาวร จากการที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงต่อประสบการณ์หลอมนรวมความคิด ไม่อยู่กับปัจจุบัน ยึดมั่นในอดีต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลไม่สามารถค้นหาค่านิยมที่ชัดเจนของตนเองได้ ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของตนเองในระยะสั้น เช่น แสวงหาวิธีการจัดการกับความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า เพื่อให้มีความสุขในระยะสั้น เป็นต้น แทนการหาความหมายของชีวิต มีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น และสร้างความสุขที่แท้จริงในระยะยาว</p>	<p>กิจกรรมที่ 6 “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” (สัปดาห์ที่ 6)</p> <p>กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกสามารถเลือกและระบุค่านิยมที่สำคัญที่สุด มาสร้างแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ตามกระบวนการของการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้เกิดความผาสุกของชีวิตในระยะยาว ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามพันธะสัญญา ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้าง 2 กิจกรรมย่อย รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 6.1 “ทบทวนเป้าหมาย” โดยการให้สมาชิกทบทวนและระบุค่านิยมที่เป็นความต้องการที่แท้จริงของตนเองทั้งหมด 9 ด้าน จากนั้นให้สมาชิกเลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุด เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 6.2 “จดทะเบียนความสุข” โดยการให้สมาชิกนำค่านิยมที่สำคัญที่สุดที่ได้เลือก มาสร้างแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิต มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น (ปัจจุบัน –</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>การปฏิบัติตามพันธะสัญญาเป็นการที่บุคคลนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม โดยแบ่งออกเป็นเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาวที่สามารถประเมินผลได้ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการแก้ไข</p> <p>กระบวนการของการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่ได้กำหนดมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน (Luoma et al., 2007)</p> <p>(1) เลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุดเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแผนสำหรับการนำมาปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแผนปฏิบัติการที่ดีควรระบุเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน</p> <p>(2) การช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามพันธะสัญญาได้ทั้งในกระบวนการบำบัด และนำวิธีการปฏิบัติที่บุคคลทำสำเร็จแล้วไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง</p> <p>(3) เผื่อระวังและเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งอุปสรรคภายใน เช่น ความยุ่งยากทางอารมณ์ ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น และอุปสรรคภายนอก เช่น ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้ เป็นต้น โดยการใช้วิธีการยอมรับ มีสติอยู่กับปัจจุบัน และ</p>	<p>1 เดือน) เป้าหมายระยะยาว (1 เดือน – 5 ปี) แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดสำรวจอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ทั้งอุปสรรคภายใน (ความคิด/ความรู้สึก) อุปสรรคภายนอก (บุคคล/สิ่งแวดล้อม/แหล่งทรัพยากร) และมีการหาแนวทางป้องกันหรือแก้ไข</p> <p>ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” คือ สมาชิกมีดำเนินชีวิตและเกิดพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น ตามค่านิยมที่ได้เลือกสรรตามความต้องการที่แท้จริงของชีวิต ซึ่งมีแผนการปฏิบัติและการระบุเป้าหมายที่ชัดเจนนำไปสู่การเกิดความผาสุกที่แท้จริงในระยะยาว</p>

องค์ประกอบหลักและแนวคิดของการบำบัด ด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา	การพัฒนากิจกรรมการบำบัด
<p>การแยกความคิด รวมทั้งการฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น</p> <p>(4) ทำซ้ำในขั้นตอนที่1 และเลือก ค่านิยมในด้านอื่นของชีวิต หรือประสบการณ์ที่ พยายามหลีกเลี่ยง ขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจมา ดำเนินการต่อ จนกระทั่งบุคคลได้รูปแบบของ พฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น</p>	



บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O_{11}	X_1	O_{12}
กลุ่มควบคุม	O_{21}		O_{22}

$$\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$$

$$\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$$

O_{11} หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

O_{12} หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

O_{21} หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_{22} หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X_1 หมายถึง โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

\bar{D}_1 หมายถึง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$

\bar{D}_2 หมายถึง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 (World Health Organization, 1992) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 (World Health Organization, 1992) ซึ่งจะเข้ารับบริการการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

(1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแอมิลตันฉบับภาษาไทย (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539) มีค่าคะแนนเท่ากับ 8-29 คะแนน

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination [TMSE]) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

3. เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

1. มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

2. มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ

(3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ

1. เสียชีวิต

2. ย้ายสถานรักษาพยาบาล

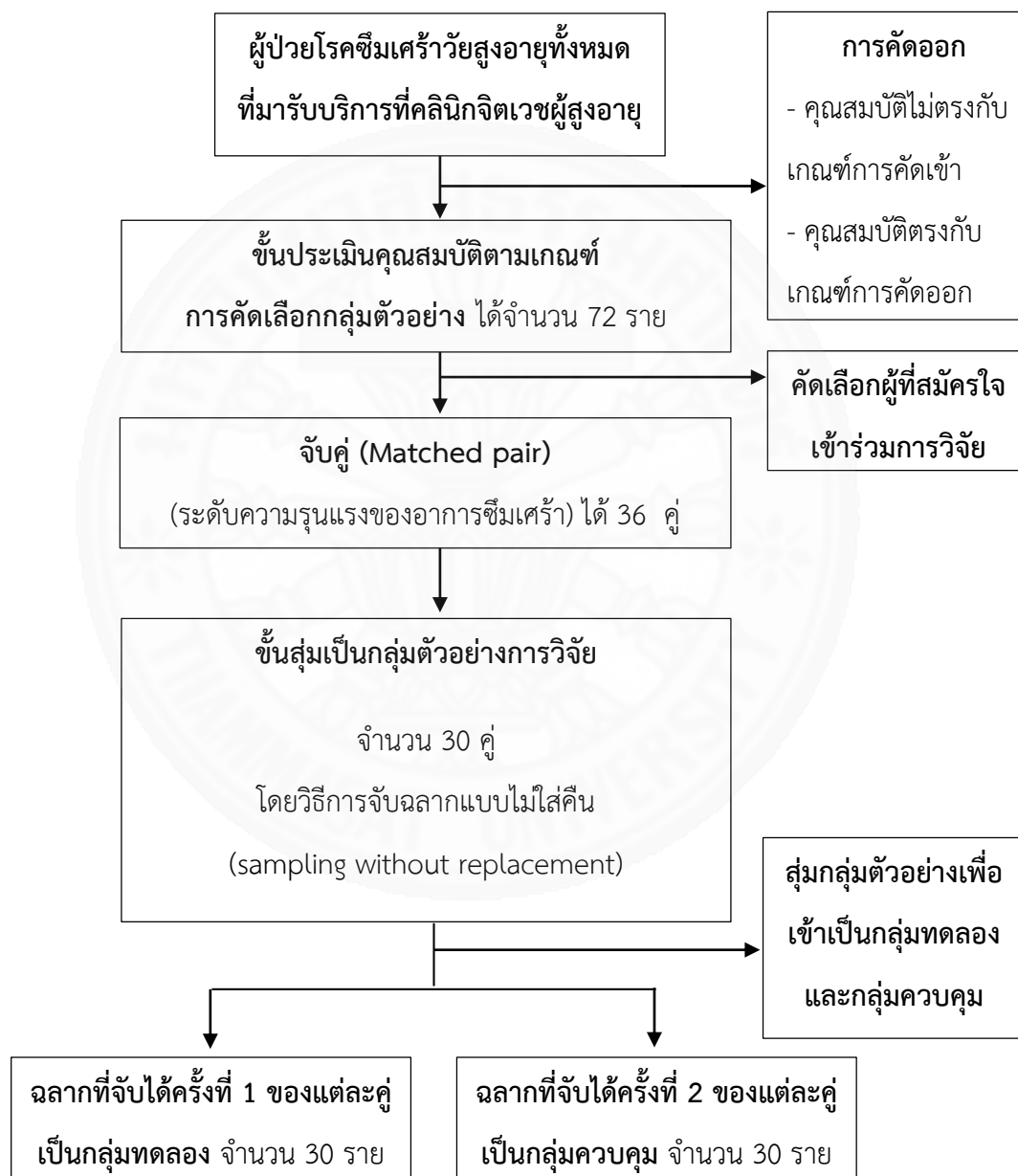
3. เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 5 ครั้ง

3.2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ใช้โปรแกรม G * Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) (Test family : T-test, Statistic test : Difference two between independent means two groups, One tail) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ ร้อยละ 95 ผู้วิจัยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.66 มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของดาวิสันและคณะ (Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor, 2017) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาต่อภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ จากนั้นคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย

3.2.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

- (1) ผู้ช่วยผู้วิจัยประสานขอข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งหมดที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ จากพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก
- (2) ผู้ช่วยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งหมดที่มารับบริการ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 72 ราย
- (3) ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย
- (4) ผู้ช่วยผู้วิจัยจับคู่ (Matched pair) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษา โดยการควบคุมให้สมาชิกภายในคู่มีสถานะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน HRSD-17 ได้แก่ เล็กน้อย (8-12 คะแนน) ปานกลาง (13-17 คะแนน) และมาก (18-29 คะแนน) จับคู่ได้ทั้งหมด จำนวน 36 คู่
- (5) ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คู่ โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากจำนวนผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 36 คู่

(6) ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ฉลากที่จับได้ครั้งที่ 1 ของแต่ละคู่จะถูกจัดเป็นกลุ่มทดลอง และฉลากที่จับได้ครั้งที่ 2 ของแต่ละคู่จะถูกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ทำไปจนครบ 30 คู่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination [TMSE]) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองทางปริชาปัญญา (Cognitive screening test) ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากใช้ง่ายและมีคุณภาพสูง โดยมีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 87 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 แบบทดสอบวัดการรับรู้ทางเขาวนปัญญาทั้ง 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่บุคคล (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) มีค่าคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งหมด 30 คะแนน การแปลค่าคะแนน มี 2 ระดับคือ ระดับการรู้คิดต่ำและปกติ ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

3.3.2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) สร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์แฮมิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1960 (Hamilton, 1960) ในปัจจุบันแบบประเมินจัดเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold standard test) เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของ

โรคสูง มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยในปี พ.ศ.2539 โดยมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิชัย และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม เน้นการประเมินอาการซึมเศร้าทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านความคิด ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย 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 มีการรายงานการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยการทดสอบความมั่นคงตรงและความน่าเชื่อถือ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ความมั่นคงตรงของแบบประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (Concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี (Spearman's correlation coefficient = -0.8239, $p < 0.0001$) ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าสนใจ (Standardized Cronbach's coefficient alpha = 0.7380) (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิชัย และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539)

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ การยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับปัจจุบัน การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง การระบุทิศทางหรือค่านิยม และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาให้สอดคล้องกับโครงสร้างและองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการ ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังนี้

3.3.3.1 กิจกรรมที่ 1 “ยอมรับปรับใจ” ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 1.1 “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” กิจกรรมที่ 1.2 “อสุรกายกระป๋อง” และกิจกรรมที่ 1.3 “การจัดการควบคุมประสบการณ์” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ (2) เพื่อให้สมาชิกเกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหา จากสถานการณ์ปัญหาที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า (3) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงวิธีการในการแก้ปัญหา และวัตถุประสงค์ของวิธีการ

แก้ปัญหาในแต่ละวิธีได้ (4) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้น จากวิธีการที่เลือกใช้ในการแก้ปัญหาได้ และ (5) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลเสียของการหลีกเลี่ยงปัญหา และผลดีของการเผชิญปัญหาได้

3.3.3.2 กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 2.1 “การนำความหมายออกไปจากภาษา” กิจกรรมที่ 2.2 “ความคิดกับผู้ที่มีความคิด ความรู้สึกกับผู้ที่มีความรู้สึก” กิจกรรมที่ 2.3 “อธิบายและประเมิน” และกิจกรรมที่ 2.4 “พิจารณาความคิด” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายผลของการหลอมรวมความคิดต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (2) เพื่อให้สมาชิกสามารถแยกความคิดของตนเองออกจากความเป็นจริงได้ (3) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างการอธิบายและการประเมินได้ และ (4) เพื่อให้สมาชิกสามารถพิจารณาความคิดที่เกิดขึ้น แทนการหลีกเลี่ยงจากความคิดได้

3.3.3.3 กิจกรรมที่ 3 “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีวิตเป็นสุข” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 3.1 “การระลึกถึงลมหายใจ” และกิจกรรมที่ 3.2 “การรับรู้ของร่างกาย” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (2) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่กับปัจจุบันและความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ และ (3) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความสำคัญของการฝึกการอยู่กับปัจจุบันได้

3.3.3.4 กิจกรรมที่ 4 “ปลดปล่อยตัวตน” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 4.1 “ไปไม่มีในสายธาร” และกิจกรรมที่ 4.2 “กล้องวิดีโอฉายภาพ” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาและรูปแบบการแก้ปัญหาของตนเอง (2) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการยึดมั่นตัวตนตามมโนคติ การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง และความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ และ (3) เพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะในการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น

3.3.3.5 กิจกรรมที่ 5 “ค้นหาค่านิยม” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 5.1 “โลกของฉัน” และกิจกรรมที่ 5.2 “เป้าหมายของฉัน” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการขาดค่านิยมที่ชัดเจน การระบุทิศทางค่านิยม และความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ (2) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างค่านิยมกับเป้าหมาย และกระบวนการกับผลลัพธ์ได้ และ (3) เพื่อให้สมาชิกสามารถระบุและค้นหาค่านิยมที่เป็นความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในแต่ละด้านได้

3.3.3.6 กิจกรรมที่ 6 “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ กิจกรรมที่ 6.1 “ทบทวนเป้าหมาย” และกิจกรรมที่ 6.2 “จดทะเบียนความสุข” มีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงอย่างถาวร การปฏิบัติตามพันธะสัญญา และความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ (2) เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบาย

กระบวนการของการปฏิบัติตามพันธสัญญาได้ และ (3) เพื่อให้สมาชิกสามารถเลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุดมาสร้างแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้

3.3.4 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความยึดหยุ่นทางจิตใจ (Acceptance and Action Questionnaire-II [AAQ-II]) พัฒนาโดยบอนด์และคณะ (Bond et al., 2011) สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความยึดหยุ่นทางด้านจิตใจของบุคคล ทั้งบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.78 ถึง 0.88 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84 (Bond et al., 2011) และจากการพัฒนาแบบประเมินในหลายประเทศ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นและความแม่นยำตรงอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.88 ถึง 0.91 (Ruiz et al., 2016) มีการพัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย วณิชชา น้อยผล (2560) เพื่อใช้ประเมินความยึดหยุ่นทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยมีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-objective congruence [IOC]) ของแบบประเมินแต่ละข้อสูงกว่า 0.5 (ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0) และ ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1.0 ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.92 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item – total correlation) อยู่ระหว่าง 0.59 – 0.92 แบบประเมินประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม คำตอบเป็นมาตรวัด 7 ระดับ (ตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่เคยเลย จนกระทั่งถึง 7 คะแนน คือเป็นทุกครั้ง) มีค่าคะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 7-49 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความยึดหยุ่นทางจิตใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความยึดหยุ่นทางจิตใจมาก ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 7-17 คะแนน มีความยึดหยุ่นทางจิตใจปานกลาง ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 18-28 คะแนน และมีความยึดหยุ่นทางจิตใญ่น้อย ผลรวมค่าคะแนนตั้งแต่ 29 คะแนนขึ้นไป โดยผลรวมค่าคะแนนที่ต่ำสะท้อนความยึดหยุ่นทางด้านจิตใจที่มีสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนในช่วง 7-28 คะแนน

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญาเสรีจิตสิ้นครบกระบวนการตามองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือกำกับการทดลองมาประเมินกับกลุ่มทดลองทันที ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ผ่านเกณฑ์มีทั้งหมด 30 ราย ($M = 17.03, SD = 2.49$)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกันว่าแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3.4.1.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) ฉบับพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ และผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบโดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำผลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Coefficient of reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบประเมินอาการซึมเศร้านี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง นำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยการหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน โดยตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้านความเกี่ยวข้อง (Relevance) ของเนื้อหา ความชัดเจน (Clarity) ของเนื้อหา ความสมบูรณ์ของเนื้อหา (Comprehensiveness) และความเหมาะสมของขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้คือ ในส่วนของโปรแกรมได้ปรับการใช้ภาษาบางคำเพื่อให้เข้าใจง่าย และมีความเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 5 คน จนครบกระบวนการบำบัดทั้งหมด 6 ขั้นตอน เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งอุปสรรคอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ คือ 60 – 90 นาที ผู้วิจัยได้นำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะทำการทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ กิจกรรมที่ 1.1 “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” และ กิจกรรมที่ 2.2 “การมี การเป็น” ผู้ป่วยเข้าใจยากเกินไป จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการอธิบายและยกตัวอย่างประกอบให้เข้าใจง่ายขึ้น กิจกรรมที่ 3 “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีววันเป็นสุข” และ กิจกรรมที่ 4 “ปลดปล่อยตัวตน” ผู้ป่วยสะท้อนกลับว่าการนั่งบนเก้าอี้จะทำให้ปวดเมื่อยและไม่สบาย ต้องการนั่งพื้นและเหยียดขาได้อย่างเต็มที่ จึงได้ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์จากการนั่งเก้าอี้เป็นการนั่งพื้นบนเสื่อโยคะ เพื่อผู้ป่วยได้มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่สะดวกขึ้น กิจกรรมที่ 5 “ค้นหาค่านิยม” ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำว่า “ค่านิยม” จึงปรับเปลี่ยนเป็นคำว่า “เป้าหมายในชีวิต” โดยอธิบายและยกตัวอย่างประกอบให้เข้าใจง่ายขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3.4.3 เครื่องมือกำกับการทดลอง นำแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Acceptance and Action Questionnaire-II [AAQ-II]) ที่สร้างขึ้นโดยบอนด์และคณะ (Bond et al., 2011) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วณิชชา น้อยผล (2560) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ระดับคะแนนความคิดเห็นมี 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ไม่สอดคล้องเลยเท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึงสอดคล้องมาก 4 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ถู้อภิเษกตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้จากนั้นนำไปประเมินไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำผลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Coefficient of reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป

(บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจมีค่าความเชื่อมั่นที่ .91 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย และระยะดำเนินการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการ ดังนี้

3.5.1 ระยะเตรียมการวิจัย

3.5.1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Acceptance and Commitment Therapy: Third - Wave Cognitive Behavioral Therapy จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาดำเนินการวิจัยไปอย่างถูกต้อง และเรียนรู้ฝึกการทำกลุ่มบำบัดเพิ่มเติมจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

3.5.1.2 จัดเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1.3 ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยในการวิจัย โดยชี้แจงบทบาทให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบว่าจะมีส่วนช่วยในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เก็บแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิงตัน (HRSD-17) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ผู้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน และมีการทดลองใช้ประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นจำนวน 10 คน

3.5.1.4 ดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ขอพิจารณาจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่3 สาขาวิทยาศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์เพื่ออนุมัติก่อนที่จะดำเนินการวิจัย

3.5.1.5 จัดทำแผนการทดลอง เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3.5.1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือในการดำเนินการตามโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย

3.5.2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

(1) ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) ฉบับพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ซึ่งเป็นการประเมินตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด

(2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q-9Q-8Q ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การสังเกตอาการเตือน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ให้คำปรึกษารายบุคคล และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

(3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 (นับตั้งแต่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งแรก) เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้า (Post-test) โดยผู้ช่วยวิจัย

(4) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.5.2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

(1) ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD-17]) ฉบับพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) ซึ่งเป็นการประเมินตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด

(2) หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

(3) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีโดยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (AAQ-II) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวนิชา น้อยผล (2560)

(4) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 (ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา 2 สัปดาห์) เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินอาการซึมเศร้า (Post-test) โดยผู้ช่วยวิจัย

(5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ ตามหนังสือรับรองโครงการที่ COA No.068/2561 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี ตามหนังสือรับรองโครงการที่ 004/2561 ได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.6.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย และไม่แสดงถึงการคุกคามหรือสร้างความรู้สึกดัดดันให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบายใจและเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ

3.6.2 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินโครงการ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลกระทบหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ให้โอกาสซักถามจนพอใจ และให้พิจารณาเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

3.6.3 ผู้วิจัยอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล แม้ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยไปแล้วก็ตาม โดยในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมได้อย่างอิสระ และ

จะไม่ถูกบังคับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้จะไม่ มีผลกระทบใดๆต่อผู้ป่วย ทั้งด้านการรักษาหรือสิทธิประโยชน์ที่เคยได้รับในโรงพยาบาล

3.6.4 การเก็บรักษาความลับ ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า เอกสารแบบสอบถามจะกำหนดรหัส จะไม่มีการระบุชื่อ หรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่สามารถระบุหรืออ้างอิง ถึงกลุ่มตัวอย่างได้ และจะจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ ปรึกษาเท่านั้น บุคคลอื่นจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอผลการวิจัยจะแสดงในภาพรวมเพื่อ ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

3.6.5 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง ในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่ม ทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิด หากเกิดอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจะรีบให้การช่วยเหลือโดยทันที หากประเมิน แล้วว่ามีความจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อทำการรักษา ผู้วิจัยจะประสานกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

3.6.6 วิธีการเก็บข้อมูล มีการจัดสถานที่สำหรับตอบแบบสอบถาม ให้เงียบสงบมี ระยะห่างกัน และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างเต็มที่ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับ จะมีผู้ช่วยผู้วิจัยคอยอธิบายและตอบข้อซักถามตลอดเวลา

3.6.7 ผู้วิจัยจะดำเนินการในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง การเก็บ แบบสอบถามจะใช้มาตรฐานเดียวกับกลุ่มทดลอง และเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว หากพบว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการจัดโปรแกรมการบำบัดด้วยการ ยอมรับและพันธะสัญญาในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง “ตามความสมัครใจ”

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือรหัสและรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม สำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรค ประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ระหว่างกลุ่ม

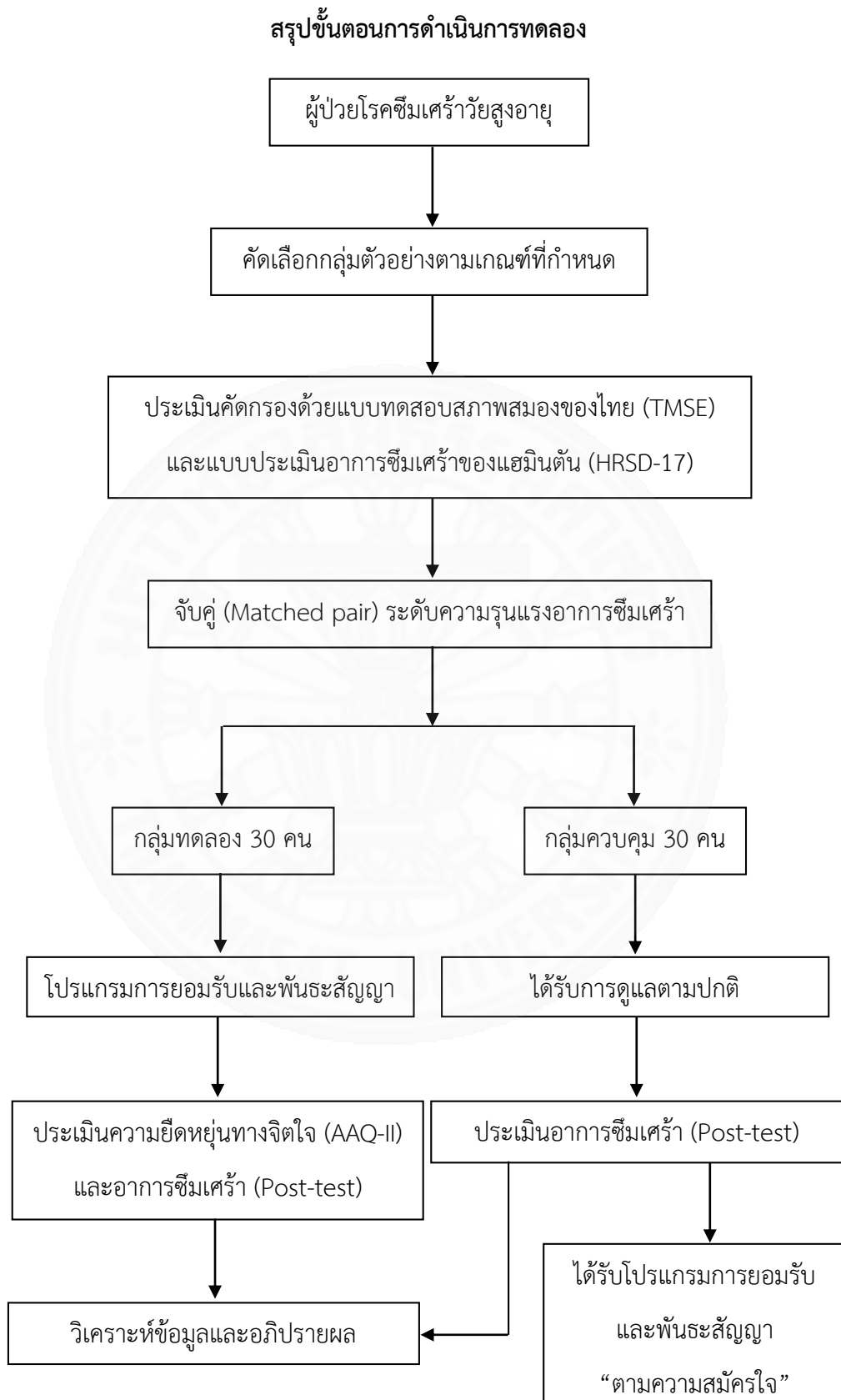
ควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค - สแควร์ (Chi - square test) และสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test)

3.7.2 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ t-test คือ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ ข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป

3.7.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test for dependent samples)

3.7.4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่กรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples)

3.7.5 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05



แผนภาพที่ 3.2 แสดงขั้นตอนดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน (Matched pair) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในระหว่างการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาร่วมกับการดูแลตามปกติ โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลา ที่ศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1

แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี) (M = 66.88 , SD = 4.999)					.082 ^a	.774
60 – 69	22	73.3	21	70.0		
70 – 79	8	26.7	9	30.0		
เพศ					.300 ^a	.584
หญิง	19	63.3	21	70.0		
ชาย	11	36.7	9	30.0		
ระดับการศึกษา					2.464 ^b	.785
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.3	1	3.3		
ประถมศึกษา	21	70.0	21	70.0		
มัธยมศึกษา	7	23.3	5	16.7		
อนุปริญญา	0	0	2	6.7		
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3		
สถานภาพสมรส					1.725 ^b	1.000
โสด	1	3.3	0	0		
คู่	21	70.0	20	66.7		
หย่า	1	3.3	2	6.7		
หม้าย	6	20.0	7	23.3		
แยก	1	3.3	1	3.3		
อาชีพ					4.802 ^b	.329
ไม่ได้ทำงาน	7	23.3	8	26.7		
ข้าราชการบำนาญ	0	0	4	13.3		
เกษตรกร	18	60.0	13	43.3		
รับจ้าง	2	6.7	2	6.7		
ค้าขาย	3	10.0	3	10.0		

a = Chi - square, b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.1

แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					1.999 ^b	.299
1,001 – 3,000 บาท	7	23.3	3	10.0		
3,001 บาทขึ้นไป	23	76.7	27	90.0		
ความเพียงพอของรายได้					.000 ^b	1.000
เพียงพอ	28	93.3	28	93.3		
ไม่เพียงพอ	2	6.7	2	6.7		
จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว					4.017 ^b	.187
1 - 2 คน	13	43.3	11	36.7		
3 - 5 คน	17	56.7	15	50.0		
มากกว่า 5 คน	0	0	4	13.3		
ประวัติโรคประจำตัว					6.066 ^b	.432
ไม่มี	16	53.3	15	50.0		
เบาหวาน	3	10.0	3	10.0		
ความดันโลหิตสูง	10	33.3	7	23.3		
ไขมันในเลือดสูง	0	0	3	10.0		
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	3.3	0	0		
ในเลือดสูง						
ความดันโลหิตสูงและไขมัน	0	0	1	3.3		
ในเลือดสูง						
ไตรอยด์	0	0	1	3.3		
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว					1.509 ^b	.872
ไม่มี	24	80.0	26	86.7		
เบาหวาน	2	6.7	1	3.3		
ความดันโลหิตสูง	3	10.0	3	10.0		

a = Chi - square, b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.1

แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว					2.580 ^b	.492
ไม่มี	29	96.7	28	93.3		
โรคจิตเภท	1	3.3	0	0		
โรคซึมเศร้า	0	0	2	6.7		
การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า					.942 ^b	.776
F32.2	24	80.0	25	83.3		
F32.9	1	3.3	2	6.7		
F33.0	5	16.7	3	10.0		

a = Chi - square, b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว การวินิจฉัยโรค และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

ด้านอายุ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 70 - 79 ปี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 73.3 อายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี ร้อยละ 27.7 โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย (M = 66.03 , SD = 4.21) และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 70.0 อายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี ร้อยละ 30.0 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย (M = 66.73 , SD = 5.75) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค - สแควร์ (Chi - square test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ด้านเพศ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 63.3 เพศชาย ร้อยละ 36.7 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 70.0 เพศชาย ร้อยละ 30.0 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านเพศระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค – สแควร์ (Chi – square test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านระดับการศึกษา ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา คือ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.7 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านสถานภาพสมรส ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่ รองลงมา คือ มีสถานสมรสหม้าย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 มีสถานสมรสหม้าย ร้อยละ 20.0 และกลุ่มควบคุมมีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 มีสถานสมรสหม้าย ร้อยละ 23.3 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านสถานภาพสมรสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านอาชีพ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26.7 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านรายได้ครอบครัว ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ 3,001 บาทขึ้นไป รองลงมา คือ 1,001 – 3,000 บาท โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 3,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 76.7 รายได้ 1,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมมีรายได้ 3,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 90.0 รายได้ 1,001 – 3,000 บาท ร้อยละ 10.0 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านรายได้ครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอมากกว่าไม่เพียงพอ โดยข้อมูลเหมือนกันทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 93.3 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 6.7 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านความเพียงพอของรายได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 5 คน รองลงมา คือ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 – 2 คน โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 5 คน ร้อยละ 56.7 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 – 2 คน ร้อยละ 43.3 และกลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 5 คน ร้อยละ 50.0 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 – 2 คน ร้อยละ 36.7 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านโรคประจำตัว ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านโรคประจำตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยในครอบครัว รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 80.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.0 และกลุ่มควบคุมไม่มีการเจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 86.7 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.0 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 96.7 โรคจิตเภท ร้อยละ 3.3 และกลุ่มควบคุมไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 93.3 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.7 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ด้านการวินิจฉัยโรค ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย F32.2 รองลงมา คือ F33.0 โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัย F32.2 ร้อยละ 80.0 วินิจฉัย F33.0 ร้อยละ 16.7 และกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัย F32.2 ร้อยละ 83.3 วินิจฉัย F33.0 ร้อยละ 10.0 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ประกอบด้วย 2 ข้อ ได้แก่

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

คะแนนอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($M = 9.23, SD = 1.25$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 17.30, SD = 2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.57, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

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

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.07, SD = 1.87$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.70, SD = 1.37$) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67, p < .05$) แสดงว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้า ($M = 9.23, SD = 1.25$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 14.67, SD = 2.25$) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

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

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่ามีผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($M = 9.23$, $SD = 1.25$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 17.30$, $SD = 2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.57$, $p < .05$)

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

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลจากการได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา กับผลจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้

ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีค่า .80 ขึ้นไป เป็นค่าที่ยอมรับได้ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของตัวแปรตามที่เป็นผลจากเครื่องมือ ให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด (Minimize error variance) และควบคุมตัวแปรให้มีค่าต่ำสุด (Control extraneous variance) ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ในด้านระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา หลังการทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร่าต่ำกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องมาจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) ทำให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถึงแม้ว่าปัญหายังคงอยู่ มีการตอบสนองต่อความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถยอมรับและรับรู้ความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบัน โดยช่วยให้ผู้ป่วยลดการยึดติดหรือหมกมุ่นกับปัญหาหรือความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นในอดีต ลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียด หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทรมานทางอารมณ์จากการที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเซดีและคณะ (Saedy, Kooshki, Firouzabadi, Emamipour, & Ardani, 2015) ที่พบว่า การบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ การศึกษาของโคแลมฮอสเซยีนิและคณะ (Gholamhoseini, Koolae, & Taghvae, 2015) ที่พบว่า การบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงโรคอ้วนที่มองภาพลักษณะตนเองด้านลบ การศึกษาของดาวิสซันและคณะ (Davison, Eppingstall, Runci, & O'Connor, 2017) ที่พบว่า การบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาล และการศึกษาของโบวไมเจอร์และคณะ (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011) ที่พบว่า การบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธะสัญญาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่

ซึ่งโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) ที่ว่าเชื่อว่า ปัญหาความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดจากการที่บุคคลขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) ซึ่งอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุถือเป็นความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในสังคม สูญเสียความสามารถในการแสดงออกในด้านต่างๆ สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่และความสามารถในการดูแลตนเอง (Kondo, Kazama, Suzuki, & Yamagata, 2008) ความสามารถในการทำงานลดลง ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมาก และพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตลดลง (Blazer, 2003) ซึ่งแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของตนเอง ต้องใช้กระบวนการบำบัดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การแยกความคิด (Cognitive defusion) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) การระบุทิศทางหรือค่านิยม (Defining valued directions) และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลของการให้โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการของแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การยอมรับ (Acceptance) ผ่านกิจกรรม “ยอมรับปรับใจ” เป็นกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมการยอมรับให้กับผู้ป่วยในทุกๆ ด้านของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก จากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในชีวิต โดยไม่พยายามที่จะตัดสินสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์หรือพยายามใช้การควบคุมหรือขจัดทิ้ง รวมถึงมีการสร้างความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาทักษะการยอมรับ (Luoma, Hayes, & Walser, 2007) จากกิจกรรมย่อยที่ 1.2 “อสุรกายระบอง” โดยการนำผู้ป่วยกลับไปเผชิญกับประสบการณ์ที่เขาได้เคยหลีกเลี่ยง หรือกำลังหลีกเลี่ยง เพื่อให้ได้พบกับอารมณ์ ความรู้สึก และความทรงจำที่ยังยากอีกครั้ง เปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ได้ผ่านเข้ามาในชีวิต ทำให้รู้สึกว่าการหลีกเลี่ยงหน้ากับอสุรกายร้ายขนาดใหญ่ยักษ์ ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากระบองและเชือก เมื่อมองเป็นภาพรวมแล้วทำให้ความคิดและความรู้สึกน่อกแล้ว ไม่ยินดีและเต็มใจที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาหรืออสุรกายร้าย ทำให้พยายามที่จะหลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากปัญหาที่เกิดขึ้น แต่หากพิจารณาถึงสาเหตุและวิธีการ

แก้ปัญหา เปรียบเทียบกับการแยกอสุรกายร้ายนี้ออกเป็นชิ้นๆ จะพบเพียงว่าเป็นแค่สิ่งที่ถูกสร้างขึ้น จากกระป๋องและเชือก และหลังที่ได้แยกมันออกจากกันแล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนประกอบเล็กๆ นี้ก็มีความง่ายต่อการเผชิญและไม่มีความน่ากลัวอีกต่อไป ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่ว่า “จริงๆ ถ้ามองปัญหาเป็นส่วนเล็กๆ ไม่ต้องมองเป็นภาพใหญ่ๆ แล้วค่อยๆ ช่วยกันแก้ไขโดยไม่หนีปัญหา ก็ไม่มีอะไรที่น่ากลัวอีกต่อไป” สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มที่จะยินดีและเต็มใจที่จะเผชิญปัญหา จากนั้นได้นำกลยุทธ์การสร้างการยอมรับ โดยแนวทางการจัดควบคุมประสบการณ์ 4 ขั้นตอน (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) มาสร้างเป็นกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ได้แก่

1) ระบุวิธีการที่บุคคลใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักรู้ต่อวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจถึงวิธีการ จุดมุ่งหมาย และผลที่ได้รับการหลบหนี ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มหลังจากสำรวจวิธีการหลบหนีประสบการณ์ในอดีต ได้แก่

“เมื่อป่าทะเลาะและน้อยใจลูกหลาน มักจะเดินหนี ไปนอนในห้องคนเดียว ไม่พูดคุยด้วย”

“เมื่อลุงเหงาๆ ก็มักจะออกไปสูบบุหรี่ บ้างก็ออกไปดื่มเหล้ากับเพื่อนฝูง”

“บางเดือนเงินไม่ค่อยพอใช้ มันเครียดทุกขใจ ก็จะไปกินเหล้า เล่นไพ่ ซื้อหวย บางครั้งแทบอยากตายๆ ไป ไม่อยากมีชีวิตอยู่”

2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาในอดีต โดยสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นว่าวิธีการที่ได้ทำไปโดยการหลีกเลี่ยงประสบการณ์เพื่อแก้ปัญหานั้น ผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้หรือไม่ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มหลังจากวิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาในอดีต ได้แก่

“การเดินหนีไปอยู่ในห้องคนเดียว ก็ไม่ได้ช่วยให้ป่าหายน้อยใจลูกหลาน บางครั้งทำให้รู้สึกไม่ดีขึ้น”

“กินเหล้าสูบบุหรี่ก็หายเหงาได้ชั่วคราว แต่จริงๆ พอฤทธิ์เหล้าหมดก็กลับมาเหงาเหมือนเดิม”

“ยิ่งเล่นไพ่ ซื้อหวย กินเหล้า ยิ่งทำให้เงินไม่พอใช้ทำให้เครียดมากกว่าเดิมอีก”

3) ประเมินต้นทุนที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ โดยส่งเสริมผู้ป่วยเห็นว่าวิธีการแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ได้ผลลัพธ์ในระยะยาวไม่ดีขึ้น เป็นการร่วมกันอภิปรายเพื่อพิจารณาถึงต้นทุนส่วนบุคคลที่ได้เสียไปจากการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ทำให้บุคคลได้ย้อนกลับมามองถึงสิ่งที่สูญเสียได้อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การปลดปล่อยความพยายามที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยงประสบการณ์ จากกิจกรรมย่อยที่ 1.3 “จัดการควบคุมประสบการณ์” ผู้ป่วยจะได้วิเคราะห์ถึงผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาวที่ในการแก้ไขปัญหา ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“เดินหนีไปอยู่คนเดียวในห้อง ระยะสั้นทำให้สบายใจชั่วคราว ระยะยาวก็ยิ่งทะเลาะกับลูกหลานเหมือนเดิม”

“กินเหล้าสูบบุหรี่ ระยะสั้นทำให้หายเหงาได้ ระยะยาวก็ยิ่งเหงาเหมือนเดิม”

“เล่นไฟซื้อหวย ระยะสั้นได้พอแก้เหงาได้บ้าง ระยะยาวก็ยิ่งเครียดจากเงินไม่พอใช้”

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการควบคุมประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของปัญหา และเป็นเหตุให้คุณค่าในชีวิต การพยายามที่จะควบคุมหรือหลีกเลี่ยงประสบการณ์ มักจะนำมาซึ่งปัญหาที่ยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าเดิม เช่น การดื่มสุราเพื่อลืมความทุกข์ใจ นอกจากการควบคุมจะไม่ได้ผลแล้ว ยังจะทำให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่าเดิม อาจทำให้บุคคลนั้นป่วยเป็นโรคตับแข็ง หรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้น นำไปสู่ความทุกข์ทรมานที่เพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงทำให้บุคคลไม่สามารถไปสู่เป้าหมายหรือเป้าหมายในชีวิตได้ จากกิจกรรมย่อยที่ 1.3 “การจัดการควบคุมประสบการณ์” ผู้ป่วยจะได้วิเคราะห์ถึงข้อดีข้อเสีย ของการหลีกเลี่ยงประสบการณ์และการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ข้อเสียในการหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้ปัญหายังคงอยู่ ไม่มีความสุขที่แท้จริง ปัญหารุนแรงขึ้น ไม่ได้พัฒนาตนเอง เสียเวลา ทุกข์ใจ เสียเงิน สุขภาพแย่ เป็นภาระของลูกหลาน”

“ข้อดีของการเผชิญปัญหา ทำให้ปัญหาคลี่คลาย ทำให้เราเก่งขึ้นฉลาดขึ้น ประสบความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิต มีความสุข ไม่มีทุกข์ ทำลายความกลัวที่เกิดขึ้น เป็นประสบการณ์ในการสอนลูกหลาน”

การยอมรับในกระบวนการของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไม่ใช่จุดสิ้นสุดของกระบวนการ แต่การยอมรับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีกลวิธีในการปฏิบัติตามทิศทางของค่านิยมที่ระบุไว้ได้อย่างถูกต้อง การยอมรับจะเกิดขึ้นผ่านกิจกรรมการฝึกหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้บุคคลได้เผชิญกับสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง โดยการพิจารณาสถานการณ์นั้นอย่างละเอียดรอบคอบในทุกๆด้าน ซึ่งคล้ายกับทักษะการเผชิญในทฤษฎีพฤติกรรมนิยมแบบดั้งเดิม แต่การยอมรับในกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีวัตถุประสงค์เพิ่มเติมจากเดิม เพื่อการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้น แทนการขัดอารมณ์หรือเก็บกดความรู้สึก ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยง

องค์ประกอบที่ 2 การแยกความคิด (Cognitive defusion) ผ่านกิจกรรม “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” กิจกรรมในครั้งนี้เน้นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถแยกความคิด โดยการจัดการกับการหลอมรวมความคิด พิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษาที่เข้าใจ และความหมายที่เกิดจากการหลอมรวมความคิด สามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรับรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความคิดเป็นเพียงสิ่งที่ถูกคิด ซึ่ง

ความคิดจะมีประโยชน์หากความคิดถูกนำมาใช้ในการสร้างสรรค์ค่านิยมให้กับตนเอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้จดจ่ออยู่กับความคิด รู้ทันการเปลี่ยนแปลง ตระหนักรู้ต่อเนื้อหาของความคิด และช่วยสร้างการตอบสนองทางด้านจิตใจที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบันอย่างมีสติ แทนการมีความคิดหมกมุ่นทวนทางลบ หรือการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดและอารมณ์ต่างๆ นำมาซึ่งการเกิดความสุขในการดำเนินชีวิตโดยมีขั้นตอนต่างๆ (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 “การนำความหมายออกไปจากภาษา” มีวัตถุประสงค์เพื่อจำแนกระหว่างความหมายที่แท้จริงของภาษา และสิ่งที่เป็นบริบทที่ถูกสร้างขึ้นมาภายหลัง โดยการให้สมาชิกพูดคำว่า “นม” และ “ไร้ค่า” อย่างรวดเร็วและซ้ำไปซ้ำมา 30 วินาที (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม สามารถสรุปได้ว่าจะมีสองสิ่งเกิดขึ้นเสมอ ได้แก่ ความหมายของคำพูดนั้นหายไปชั่วคราวหรือหายไปทั้งหมด และหน้าที่อื่นๆ ของคำพูดมีแนวโน้มที่จะปรากฏเด่นชัดออกมา เช่น เสียง หรือความรู้สึกของปากที่เคลื่อนไหวจากคำพูด เป็นต้น ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ว่าแท้จริงคำว่า “ไร้ค่า” ไม่สามารถทำร้ายพวกเขาได้ แต่สิ่งที่ทำร้ายเขาเป็นเพียงความคิดที่มีต่อสถานการณ์ในช่วงเวลานั้นๆ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ตอนพูดคำว่า นม และ ไร้ค่า เร็วๆ ไม่ได้นึกถึงความหมายหรืออะไรทั้งนั้น ได้ยินแค่เสียงที่ตัวเองพูดออกมาอย่างรวดเร็ว”

“ตอนพูดทั้งสองคำเร็วๆ รู้สึกได้ว่าปากสั่นเร็วมาก และชาริมฝีปากเลย”

กิจกรรมที่ 2.2 “ความคิดกับผู้ที่มีความคิด ความรู้สึกกับผู้ที่มีความรู้สึก” โดยการให้สมาชิกได้เรียนรู้และจำแนกความแตกต่างระหว่าง “การมี” และ “การเป็น” หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม สามารถสรุปได้ว่าความคิดและความรู้สึกเป็นสิ่งที่บุคคลมี แต่ไม่ใช่ความจริงหรือสิ่งที่เขาเป็นทั้งหมด ซึ่งเป็นการเพิ่มระยะห่างระหว่างประสบการณ์ และสิ่งที่บุคคลกำลังมีประสบการณ์ นำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ป่ามีความรู้สึกไร้ค่า แต่ความจริงแล้วป่าไม่ได้เป็นคนไร้ค่า”

“ลุงมีความรู้สึกว่าลูกหลานไม่รัก แต่ความจริงลูกหลานก็ยังรักลุง”

“ป่าคิดว่าลุงไม่รักป่าแล้ว แต่ความจริงลุงอาจจะรักหรือหมดรักป่าแล้วก็เป็นได้ ต้องถามลุงก่อน”

กิจกรรมที่ 2.3 “การเปิดเผยคุณสมบัติที่ซ่อนเร้นของภาษา” มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการทำหน้าที่ของความคิดที่อยู่เหนือประสบการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยผู้วิจัยได้อธิบายคุณสมบัติของภาษาที่จำแนกได้ 2 ประการ ได้แก่ การอธิบายและการประเมิน ซึ่งการอธิบายเป็นการบรรยายคุณลักษณะตามธรรมชาติของสิ่งเรานั้น ส่วนการประเมินเป็นปฏิสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลและผลลัพธ์ทางภาษาของสิ่งเร้า ซึ่งไม่ใช่คุณสมบัติตามความเป็นจริงของสิ่งเร้า เช่น ชอบ ไม่ชอบ ดี ไม่ดี เป็นต้น โดยผู้วิจัยใช้รูปภาพควายและคำว่าควาย เป็นสื่อในการอธิบาย เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างการอธิบายและการประเมินได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่า เมื่อใดที่บุคคลนำภาษามาใช้ในลักษณะของการประเมิน ผลที่ได้รับมักเป็นการต่อสู้อันรุนแรงและมีพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่น เช่น บุคคลที่ได้รับการกล่าวว่าเป็นควาย อาจจะรู้สึกโกรธ น้อยใจ หรือเสียใจ เพราะได้มีการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับว่ามีลักษณะโง่เขลาหรือต้อยต่ำคล้ายกับควาย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า และอาจทวีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“จริงๆ แล้วควายเป็นสัตว์ 4 ขา สีดำ ใช้ไถนา เป็นสัตว์ที่ขยันและอดทน ต่อถ้ามีคนบอกว่าเราเป็นควาย ก็คงไม่ต้องรู้สึกโกรธหรือเสียใจแล้วสินะ”

กิจกรรมที่ 2.4 “พิจารณาความคิด” มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพิจารณาความคิด แทนการหลีกเลี่ยงจากความคิด โดยมีความคิดแต่ไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือปฏิบัติตามความคิดนั้นๆ โดยผู้วิจัยจะเปิดคลิปวิดีโอสั้น “สกุ๊ปชีวิตทดแทนคุณแม่ด้วยการทอดทิ้ง” ให้สมาชิกรับชม จากนั้นให้สมาชิกพิจารณาถึงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น หลับตาลงและจินตนาการว่าได้นำทุกความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ไปวางบนฟองอากาศที่ลอยอยู่เหนือศีรษะ หลังจากนั้นฟองอากาศค่อยๆ ลอยหายขึ้นไปในอากาศจนลับสายตา หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมสามารถสรุปได้ว่าการพิจารณาความคิด เป็นการลดการหลอมรวมความคิด และช่วยให้บุคคลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจมากขึ้น จากการที่บุคคลมีความคิดแต่ไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือปฏิบัติตามความคิดนั้นๆ และจากกิจกรรมจะทำให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของความคิดต่างๆ ซึ่งสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“หลังจากป่าดูคลิปรู้สึกเศร้าตามคุณยายในคลิปกลัวว่าชีวิตจะเป็นแบบนั้น หลังจากได้หลับตาและพิจารณาความคิดความรู้สึก แล้วค่อยๆ ปล่อยออกไปโดยไม่เก็บไว้กับตัวความรู้สึกเศร้าและกลัวก็หายไป”

“ลุงกังวลว่าคุณยายในคลิปจะมีชีวิตต่อได้อย่างไร แต่หลังจากหลับตาแล้วค่อยๆ ปล่อยความคิดลอยออกไป ความกังวลก็ค่อยๆ ลอยหายไป”

กระบวนการการแยกความคิดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการหลอมรวมความคิดสามารถแยกความคิดที่เกิดขึ้นกับความเป็นจริงได้ เพิ่มการตระหนักรู้ความคิดที่เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์ มุ่งเน้นไปยังบริบทที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แทนการเปลี่ยนรูปแบบของความคิดและอารมณ์ต่างๆ ช่วยสร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นของจิตใจมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) ผ่านกิจกรรม “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชิววันเป็นสุข” กิจกรรมในครั้งนี้เน้นการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความทุกข์หรือความสุข มากกว่าที่จะคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีต และกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต จะนำมาซึ่งความคิดและความรู้สึกที่ยืดหยุ่นมากขึ้น เกิดความรับผิดชอบ และเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลให้อาการซึมเศร้าทุเลาลง (Luoma et al., 2007)

กิจกรรมที่ 3.1 “การรับรู้ลมหายใจ” โดยการฝึกให้ผู้ป่วยได้สังเกตติดตามและกำหนดลมหายใจเข้าออกของตนเอง จดจ่ออยู่ที่การเคลื่อนไหวขึ้นลงของหน้าอกตามจังหวะของลมหายใจ พร้อมทั้งรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หากมีการผุดขึ้นของความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น สังเกตอาการคันที่เกิดขึ้นและอาจมีความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นมา ตามมาด้วยความคิดอื่นๆ อาจมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและไม่สุขสบาย เป็นต้น ให้สังเกตเพียงว่าประสบการณ์ใหม่ๆที่เกิดขึ้นมานั้น เป็นเพียงสิ่งที่ผ่านเข้ามาในการรับรู้ของบุคคลเท่านั้น มีการเกิดขึ้นแล้วก็หายไป และกิจกรรมที่ 3.2 “การรับรู้ของร่างกาย” โดยฝึกให้ผู้ป่วยฟังความสนใจไปที่ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตามส่วนต่างๆของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยสังเกตอย่างเป็นระบบไปที่ละส่วน พร้อมกับสังเกตลมหายใจเข้าออกของตนเอง ซึ่งทั้ง 2 กิจกรรมเป็นการฝึกผู้ป่วยให้มีสติอยู่กับปัจจุบันอย่างเป็นทางการ โดยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ต่อการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ทั้งความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มได้แก่

“ช่วงแรกๆ ก็มีสติสามารถอยู่กับการกำหนดลมหายใจได้ ช่วงหลังมีผลหลุดออกจากลมหายใจไป 3 - 4 ครั้ง รู้สึกปวดเมื่อยตัวและขา และคิดถึงลูกที่รออยู่ข้างนอกกว่าจะได้กินข้าวหรือยัง แต่เมื่อนึกได้จึงกลับเข้ามากำหนดลมหายใจต่อ”

“รู้สึกสงบมากขึ้นที่ได้สังเกตสัมผัสความคิดและความรู้สึกของร่างกายไปที่ละส่วน ตั้งแต่หัวจรดเท้า มีบ้างที่กลับไปคิดถึงส่วนของร่างกายที่ผ่านมาแล้ว แต่เมื่อนึกได้ก็กลับมาอยู่กับอวัยวะที่เป็นปัจจุบัน”

การฝึกอยู่กับปัจจุบันโดยใช้กิจกรรมที่มีโครงสร้าง เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้สัมผัสกับความรู้สึก และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ลดการนำตนเองไปยึดติดกับความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ลดความคิดหมกมุ่นกับสิ่งที่เกิดในอดีตและความกังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต เป็นส่วนหนึ่งของการค้นหาค่านิยม เพื่อสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าทุเลาลง (Kato, 2016)

องค์ประกอบที่ 4 การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) ผ่านกิจกรรม “ปลด ล็อคตัวตน” กิจกรรมในครั้งนี้เน้นฝึกให้ผู้ป่วยรู้ทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบัน สามารถรับรู้ว่าคุณค่าตนเองกำลังมีความคิดอะไรจากสถานการณ์ใด เพื่อลดตัวตนในแบบยึดมั่น หรือลดการ นำตนเองไปหลอมรวมกับเนื้อหาความคิด คล้ายกับการสมมติให้ตนเองเป็นบุคคลอื่นที่เฝ้าดู สถานการณ์ต่างๆ ของตนเอง มองเห็นตนเองในขณะที่มีความคิด อารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ของ ตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทุกด้านทุกแง่มุมทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้ลดการยึดมั่นตัวตนตามมโน มติ

กิจกรรมที่ 4.1 “ไปไม้ในสายธาร” เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ตระลึกรู้สติ ณ ปัจจุบันขณะ หลังจากทำกิจกรรมผู้ป่วยจะได้รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งความคิด อารมณ์หรือความรู้สึก ที่ ค่อยๆ ผุดขึ้นมา แล้วให้ผู้ป่วยได้จินตนาการนำสิ่งต่างๆ ที่ผุดขึ้นมาวางลงบนไปไม้ และมองเห็นไปไม้ที่ มีความคิด อารมณ์หรือความรู้สึก และภาพในใจต่างๆ กำลังลอยหายไปกับสายน้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ เห็นหรือรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และไม่ยึดมั่นในอัตตาหรือตัวตน ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“หลังทำกิจกรรมป่าได้เรียนรู้ถึงการเฝ้ามองความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยที่ไม่ต้องไปยึดติดกับสิ่งเหล่านั้น ค่อยๆ ปลอยให้ลอยไปกับสายน้ำ ต่อไปถ้าป่ามีเรื่องไม่สบายใจ ป่า จะปลอยไปกับสายน้ำเช่นกัน”

“ขณะทำกิจกรรมลุงมีความคิดต่างๆ ผุดเข้ามาเต็มไปหมด ลุงได้รู้ว่าลุงมีความคิด ในตอนนี้ แต่สักพักมันก็ค่อยๆ หายไป แล้วเกิดความคิดอื่นขึ้นมาอีก แต่ลุงก็ได้ปลอยให้มันไหลผ่านไป ตามน้ำ”

กิจกรรมที่ 4.2 “กล้องวิติโอบฉายภาพ” โดยให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงปัญหาหรือสถานการณ์ที่ สำคัญ ซึ่งรบกวนชีวิตทำให้ทุกข์ทรมานใจเป็นอย่างมาก โดยให้เล่าเหตุการณ์อย่างละเอียด จากนั้นให้ ผู้ป่วยได้ระลึกถึงความคิดหรือความเชื่อ ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ และวิเคราะห์ ว่าหากเชื่อและทำตามความคิดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไร แต่ถ้าหากมีความคิดแต่ไม่เชื่อ หรือทำตามความคิดส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไร ซึ่งเป็นการสังเกตการประเมินตนเองเป็นวิธีการหนึ่ง ในการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง (Luoma et al., 2007) บ่อยครั้งเมื่อผู้ป่วยประสบกับปัญหามักจะมีการ ประเมินตนเองไปในทางลบ เช่น ฉันไม่ดี ฉันไร้ค่า ฉันไม่มีความสามารถ เป็นต้น ซึ่งมักเกิดขึ้น โดยอัตโนมัติ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้สังเกตรับรู้ในสิ่งที่เขาเป็น และสิ่งที่เขาประเมินโดยไร้ซึ่งอคติ ใดๆ ในการสังเกต เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าการประเมินตนเองนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่ตนเองได้สร้างขึ้น มา และมีการหลอมรวมกับตัวตนของเขา ดังนั้นหากผู้ป่วยได้ฝึกสังเกตและลดการประเมินตนเองไปในทาง ลบ จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในเองเพิ่มขึ้น ทำให้อาการซึมเศร้าลดลง ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ปัญหาที่ทำให้ป่าทุกข์ใจมากที่สุด คือ สามีนินเหล้าเมาเกือบทุกวัน ลูกชายก็ไม่ทำงานทำวันๆ เอาแต่นอน ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ คือ เสียใจ เศร้าใจ น้อยใจ ความคิดที่เกิดขึ้นคือ ทำไมชีวิตเราโชคร้ายจังชาติที่แล้วคงทำกรรมไว้อยู่ คิดว่าเราเป็นภรรยาและแม่ที่ไม่ดี บางครั้งคิดไม่อยากจะชีวิตอยู่ แต่ถ้าป่าเชื่อและทำตามความคิดที่เกิดขึ้น ตอนนั้นป่าอาจจะฆ่าตัวตายไปแล้วก็เป็นได้ หรือไม่ก็อาจจะได้ฆ่าสามี แต่เมื่อพิจารณาตัวเองตอนนี้ป่าก็ทำหน้าที่ภรรยาและแม่ที่ดีที่สุดที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะทำได้เลยรู้สึกดีขึ้น ตอนนี้ก็จะพาสามีไปบำบัดเหล้า และจะคุยกับคนที่รู้จักกันฝากงานให้ลูกได้มีรายได้”

“เหตุการณ์ที่ทำให้ลุงทุกข์ใจ คือ เมียลุงเป็นคนขี้บ่นและชอบด่าถึงบรรพบุรุษโคตรเหง้า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ คือ โกรธเคืองมาก ความคิดที่เกิดขึ้นคือ เมียเราเป็นคนไม่ดีไม่ให้เกียรติเราเลย แต่ถ้าลุงเชื่อและทำตามความคิดที่เกิดขึ้น ตอนนี้อาจจะเลิกกับภรรยา ทำร้ายภรรยาและออกไปกินเหล้าให้ลืมความทุกข์ แต่คิดวิเคราะห์แล้วภรรยาลุงก็เป็นห่วงลุง และคอยอยู่เคียงข้างลุง ทุกครั้งที่มีปัญหา คิดว่าต่อไปถ้ามีเรื่องทะเลาะกันก็จะคุยกันดีๆ และจะไม่หันไปกินเหล้า เพราะยังทำให้ทะเลาะกันมากขึ้น”

การพัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นการเสริมสร้างบริบทของการยอมรับ และแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตได้อย่างยืดหยุ่นและมีชีวิตชีวา (จุฑามาศ แหนจอน, 2561) ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยทุเลาลง

องค์ประกอบที่ 5 การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions) ผ่านกิจกรรม “ค้นหาค่านิยม” กิจกรรมในครั้งนี้เน้นฝึกให้ผู้ป่วยระบุทิศทางค่านิยม ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยจะได้ค้นหาความคิด ความเชื่อ ความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในทุกๆ ด้าน เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย และมีความสุขเกิดขึ้นในระยะยาว ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านคู่ครอง/คู่สมรส ด้านการเป็นพ่อ/แม่ ด้านเพื่อน/สัมพันธภาพทางสังคม ด้านการทำงาน/อาชีพ ด้านนันทนาการ/งานอดิเรก ด้านศาสนา/จิตวิญญาณ ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน/การเป็นพลเมืองดี และด้านสุขภาพ/ความผาสุกในชีวิต ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ค่านิยมด้านครอบครัว คือ ครอบครัวมีความสุข ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง มีความสามัคคีปรองดองกัน”

“ค่านิยมด้านคู่สมรส คือ เป็นภรรยา/สามี ที่ดีอยู่เคียงข้างกันไปจนแก่เฒ่า”

“ค่านิยมด้านการเป็นพ่อแม่ คือ เป็นแบบอย่างที่ดีในทุกๆ ด้านให้กับลูกหลาน”

“ค่านิยมด้านเพื่อน/สังคม คือ มีเพื่อนที่เข้าใจเราในทุกๆ เรื่อง อยู่เคียงข้างเรายามมีปัญหาทุกข์ใจ”

“ค่านิยมด้านงาน/อาชีพ คือ มีความสุขในการทำงาน และมีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงชีพ”

“ค่านิยมด้านงานอดิเรก คือ ได้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบและถนัด”

“ค่านิยมด้านสุขภาพ คือ มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคร้าย”

“ค่านิยมด้านศาสนา/จิตใจ คือ เป็นพุทธศาสนิกชนที่ดี และสามารถช่วยเหลือทำนุบำรุงศาสนาได้ตามกำลังความสามารถ”

“ค่านิยมด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน คือ เข้าร่วมกิจกรรม และช่วยเหลือกิจกรรมภายในชุมชนให้สามารถส่งต่อถึงรุ่นลูกรุ่นหลาน”

การระบุทิศทางค่านิยมเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิตมีความหมาย สร้างการตอบสนองที่ยืดหยุ่นและมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตไปในทิศทางที่ต้องการได้อย่างมีชีวิตชีวา เป็นสิ่งที่ทำให้การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีประสิทธิภาพ กระบวนการยอมรับ การแยกความคิด การอยู่กับปัจจุบัน และการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีค่านิยมที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสติ มีความหมาย มีความสุขเกิดขึ้นในระยะยาว เกิดความภาคภูมิใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยทุเลาลง

องค์ประกอบที่ 6 การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) ผ่านกิจกรรม “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” กิจกรรมในครั้งนี้เน้นให้ผู้ป่วยนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยม โดยแบ่งออกเป็นเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาวที่สามารถประเมินผลได้ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต้องการแก้ไข นำไปสู่ความผาสุกระยะยาวของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต กระบวนการของการปฏิบัติตามพันธะสัญญา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตตามค่านิยมที่ได้กำหนดมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน (Luoma et al., 2007) ได้แก่ 1) เลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุด เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแผนสำหรับการนำมาปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแผนปฏิบัติการที่ดีควรระบุเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน 2) การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามพันธะสัญญาได้ทั้งในกระบวนการบำบัด และนำวิธีการปฏิบัติที่บุคคลทำสำเร็จแล้วไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง 3) เผื่อระวังและเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทั้งอุปสรรคภายใน เช่น ความยุ่งยากทางอารมณ์ ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น และอุปสรรคภายนอก เช่น ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้ เป็นต้น 4) ทำซ้ำในขั้นตอนที่ 1 และเลือกค่านิยมในด้านอื่นของชีวิต หรือประสบการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง ขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจมาดำเนินการต่อ จนกระทั่งผู้ป่วยได้รูปแบบของพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่

“ค่านิยมที่มีบทบาทเด่นที่สุดในการดำเนินชีวิต คือ ค่านิยมด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวมีความสุข ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง มีความสามัคคีปรองดองกัน

เป้าหมายระยะสั้น คือ ตนเองจะบ่นให้น้อยลง และสามีกดการตี้มเหล่านี้จากเดิมตี้มทุกวันเปลี่ยนเป็น 1-2 วันต่อสัปดาห์

เป้าหมายระยะยาว คือ สามีกดตี้มสุราได้ถาวร

แนวปฏิบัติ คือ ใช้เหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ ให้คำปรึกษา คอยอยู่เคียงข้าง และให้กำลังใจสามีกในการเลิกตี้มเหล่านี้ ชวนสามีไปหากิจกรรมอื่นแทนการตี้มเหล่านี้ เช่น ทำไร่ ทำสวน

อุปสรรคภายใน คือ ความรู้สึกโกรธ/น้อยใจ ความคิดโทษตัวเองและสามี

อุปสรรคภายนอก คือ คนในชุมชนชอบชวนกันตี้มเหล่านี้เมื่อว่างหรือหลังทำงานกันเหนื่อยๆ

แนวทางการแก้ไข คือ ระลึกถึงความรู้สึกของตัวเอง ค่อยๆ ปล่อยให้หายไป และไม่จำเป็นต้องเชื่อทุกๆ ความคิดที่เกิดขึ้น เพราะ ความคิดบางอย่างไม่ใช่ความจริง ตระหนักว่าการบ่นหรือดุด่าสามีไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ได้ผล และคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกันต่อไปเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้”

การปฏิบัติตามพันธะสัญญาเป็นกระบวนการในการสร้างขั้นตอนปฏิบัติ เพื่อให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ผู้ป่วยตั้งไว้ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนจนระบุวิธีการจัดการกับอุปสรรคทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมุ่งเน้นให้การดำเนินชีวิตมีความยืดหยุ่น เกิดความสุขที่แท้จริงในระยะยาว สร้างความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง นำไปสู่การลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q-9Q-8Q ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การสังเกตอาการเตือน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป แต่ยังขาดรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ชัดเจนและเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของเคลียร์และคณะ (Cleare et al., 2015) พบว่าการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพเต็มที่เป็น การให้การรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและจิตสังคมบำบัด อีกทั้งภาระงานและอัตราการกำเริบซ้ำของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้ประสิทธิภาพการในรักษาและฟื้นฟูจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มควบคุมยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จึง

ทำให้ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.07$, $SD = 1.87$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.70$, $SD = 1.37$) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นการลดภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียด หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายของชีวิต โดยไม่พยายามที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับนับถือตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางอารมณ์จากการที่สามารถยอมรับและปรับตัวจากสถานการณ์ความทุกข์หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design) วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกโรค DSM-5 และ ICD-10 โดยกลุ่มรหัสโรคคือ F32.0 - F33.9 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 14 กันยายน 2561 โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิงตันฉบับภาษาไทย (HRSD-17) 3) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และ 4) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (AAQ-II)

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t – test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t – test)

ผลการวิจัยด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และการวินิจฉัยโรค ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 60 คน พบว่า ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไค - สแควร์ (Chi - square test) และสถิติฟิชเชอร์ แอคแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ($M = 9.23, SD = 1.25$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 17.30, SD = 2.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.57, p < .05$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.07, SD = 1.87$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.70, SD = 1.37$) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.67, p < .05$)

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา มีประสิทธิผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงมากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

5.2 ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาจะมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดในบางประเด็น ดังนี้

5.2.1 ผู้วิจัยไม่สามารถนัดหมายกลุ่มควบคุมให้มาพบปะกันและให้การพยาบาลตามปกติได้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เหมือนกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน เนื่องด้วยข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณ ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัยที่เกิดขึ้นได้ว่า อาการซึมเศร้าที่ลดลงในกลุ่มทดลองมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเพียงอย่างเดียวหรือไม่

5.2.2 ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนบางอย่างที่อาจส่งผลต่อการวิจัยได้ เช่น ระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ชนิดและขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ การสนับสนุนทางสังคม และต้นทุนของความยืดหยุ่นของจิตใจ เป็นต้น

5.2.3 การสื่อสารระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนจะใช้ภาษาอีสานและภาษาโคราชในการสื่อสาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องมีผู้ช่วยวิจัยในการแปลและสื่อสารกลับให้กับกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้เนื้อความในการสื่อสารคลาดเคลื่อนได้

5.2.4 แม้ว่าการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและในพื้นที่ของจังหวัดนครราชสีมาเท่านั้น นอกจากนี้ยังไม่ได้มีการติดตามผลอาการซึมเศร้าในระยะยาว ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง

5.3 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปลได้ว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญามีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ดังนี้

5.3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.3.1.1 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ไปใช้เป็นแนวทางในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้

5.3.1.2 การนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมในคู่มือโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรที่มสุขภาพผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการศึกษาติดตามอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนการลดลงของอาการซึมเศร้าต่อไป

5.3.2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ขยายผลไปใช้ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยอื่นๆ

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานความก้าวหน้าแผนงานวิจัยบูรณาการ : การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหา และป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า ระยะที่ 2 ปี 2550. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. สารลีลาวดี, 45(6), 359-374.
- จุฑามาศ แหนจน. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาต่อการเพิ่มการคิดแก้ปัญหาทางสังคมของนิสิตระดับปริญญาตรี. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(3), 98-112.
- จุฑามาศ แหนจน. (2561). การยอมรับและพันธะสัญญา(ACT) : กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพแนวใหม่. ชลบุรี: เกทก๊อตครีเอชั่น.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2552). การประเมินภาวะจิตสังคม. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมพฤติกรรมทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(1), 80-90.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2554). มโนคติการพยาบาลจิตเวช.เอกสารการอบรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2), 103-116.
- ธณินทร์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการเล่ม 1. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขขาว, ศิริจันทร์ สุขใจ และ จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชระดับชาติ ปี 2551. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 11(4), 667-676.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ, มุกิตา พนาสถิตย์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสฬพัทธ์ เหมรัมย์โรจน์, และ พวงสร้อย วรกุล. (2553). ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 15 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 10(4), (428-436).

- ธวัชชัย พลชะศักดิ์ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60-74.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 2(1), 63-74.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24-31.
- นันทยา คงประพันธ์. (2559). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตของหญิงข้ามเพศโดยทฤษฎีการปรึกษากลุ่มการยอมรับและพันธะสัญญา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิพนธ์ พวงวรรณทร์. (2537). แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 7-11.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ใกล้เคียง.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิขย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิขย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่4)*. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- มัจฉรินทร์ พุทธเมตตา และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 69-82.
- รศพร เพียรรุ่งเรือง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-34.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง: การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 1-11.

- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554b). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. นครปฐม: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย).
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิชา น้อยผล. (2560). *ความเที่ยงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- วัชรี้ แสงสาย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 104-116.
- วาสนา วรรณเกษม และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-95.
- วาสนา เหล่าคณธรรม. (2559). ผลของกลุ่มบำบัดแบบนวนิทัศน์ความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 12-26.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรนนท์. (2560). ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก : บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 13-21.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2552). *จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อธิธิวิศวกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 5-22.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10) ไทย-อังกฤษ*. กรุงเทพมหานคร: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. (2553). บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุขในชุมชนกิ่งเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 50-59.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ กำเลิศ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมฝึกคิดแก้ปัญหาโดยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดสารแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสมองจิตใจและการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ สรยุทธ วาสิกานนท์. (2558). ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-142.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- อรพิน คำโต. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 74-87.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 127-142.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ. (2554). ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*, 84(1), 30-36.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.

- 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.
- Barha, C. K., Best, J. R., Hsiung, G.-Y. R., Tam, R., & Liu-Ambrose, T. (2016). SEX AND BDNF POLYMORPHISM: IMPACT ON COGNITIVE DECLINE AND WHITE MATTER LESION LOAD IN OLDER ADULTS WITH SUBCORTICAL VASCULAR COGNITIVE IMPAIRMENT. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 12(7), P1035-P1036.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249-M265. doi: 10.1093/gerona/58.3.M249
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychol Med*, 35(9), 1241-1252.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 62-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.10.003>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

- Braun, M. M., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2015). 19 Cognitive-Behavioral Therapies in Older Adult Populations. *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*, 349.
- Bruine de Bruin, W., Dombrovski, A. Y., Parker, A. M., & Szanto, K. (2016). Latelife 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.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., . . . Prince, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry*, 191, 393-401. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036772
- Cleare, A., Pariante, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J., . . . Gilbody, S. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.001>
- 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.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 197-225.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766-773.
- Evers, M. M., & Marin, D. B. (2002). Mood disorders. Effective management of major depressive disorder in the geriatric patient. *Geriatrics*, 57(10), 36-40; quiz 41.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Follette, V., & Pistorello, J. (2007). *Finding life beyond trauma: using acceptance and commitment therapy to heal from post-traumatic stress and trauma-related problems*: New Harbinger.
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., . . . Fawcett, J. A. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder third edition. *The American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1.
- Gholamhoseini, B., Koolaei, A. K., & Taghvaei, D. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health (Salamat-i ijtim)*, 2(2), 72-79.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 15-31.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (Seventh ed.). St.Louis, Missouri: Elsevier.
- Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(2), 257-262.
- Haseen, F., & Prasartkul, P. (2011). Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 37(2), 51-56.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94.
- Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*: New Harbinger.

- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*: Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press.
- Hsu, K. J., Young-Wolff, K. C., Kendler, K. S., Halberstadt, L. J., & Prescott, C. A. (2014). Neuropsychological deficits in major depression reflect genetic/familial risk more than clinical history: A monozygotic discordant twin-pair study. *Psychiatry research*, 215(1), 87-94.
- Imran, A., Azidah, A., Asrenee, A., & Rosediani, M. (2009). Prevalence of depression and its associated factors among elderly patients in outpatient clinic of Universiti Sains Malaysia Hospital. *The Medical Journal of Malaysia*, 64(2), 134-139.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Kaneko, Y., Motohashi, Y., Sasaki, H., & Yamaji, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. *Community mental health journal*, 43(6), 583-590.
- Karam, G., Itani, L., Fayyad, J., Karam, A., Mneimneh, Z., & Karam, E. (2016). Prevalence, correlates, and treatment of mental disorders among Lebanese older adults: a national study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 278-286.

- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: comparison among older and younger veterans. *Aging Ment Health, 17*(5), 555-563. doi: 10.1080/13607863.2013.789002
- Kato, T. (2016a). Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. *Springerplus, 5*(1). doi: 10.1186/s40064-016-2393-0
- Kato, T. (2016b). Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian English speakers: A study on Indian, Philippine, and Singaporean samples. *Psychiatry Res, 238*, 1-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.007
- Kiosses, D. N., & Alexopoulos, G. S. (2014). Problem-solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry, 1*(1), 15-26.
- Kondo, N., Kazama, M., Suzuki, K., & Yamagata, Z. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Preventive medicine, 46*(5), 457-462.
- Kongsuk, T., Pengjuntr, W., Kittirattanapaiboon, P., Chutha, W., Boonyamarik, P., Arunpongpaian, S., . . . Leejongpermpoon, J. (2010). Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. *Report). Department of Mental Health.*
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*: New Harbinger.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S. A., & Fletcher, L. B. (2009). The relation between psychological flexibility and mental health stigma in Acceptance and Commitment Therapy: A preliminary process investigation. *Behavior and Social Issues, 18*(25), 58-69.
- McDougall, F. A., Kvaal, K., Matthews, F. E., Paykel, E., Jones, P. B., Dewey, M. E., & Brayne, C. (2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: *the MRC CFA Study. Psychol Med, 37*(12), 1787-1795. doi: 10.1017/s0033291707000372

- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., . . . Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young and old International. *Journal of geriatric psychiatry*, 23(3), 238-243.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Murray, C. J., Lopez, A. D., & Organization, W. H. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61(2), 105-121.
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, 59(2), 61-66.
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2008). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *Focus*, 6(1), 155-162.
- Park, J. H., Lee, J. J., Lee, S. B., Huh, Y., Choi, E. A., Youn, J. C., . . . Kim, K. W. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 234-240. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.109>
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy With Older Adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>
- Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A., Peter, M., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 208(1), 69-77.

- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*, 78(2), 73-80. doi: 10.1159/000190790
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rappaport, L., Flint, J., & Kendler, K. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychol Med*, 43(6), 1-11.
- Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy 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.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late-life depression*: Oxford University Press.
- Rosenthal, M., Cheavens, J., Compton, J., Thorp, S., & Lynch, T. (2005). Thought suppression and treatment outcome in late-life depression. *Aging & mental health*, 9(1), 35-39.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., & Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II in Colombia. *The Psychological Record*, 66(3), 429-437.
- 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). 1-7.
- Schroots, J. J. F. (1996). Theoretical Developments in the Psychology of Aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748. doi: 10.1093/geront/36.6.742
- Taheri Tanjanai, P., Moradinazar, M., & Najafi, F. (2017). Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012. *Geriatrics & gerontology international*, 17(1), 126-131.
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England journal of medicine*, 371(13), 1228-1236.

- Trollor, J. N., Anderson, T. M., Sachdev, P. S., Brodaty, H., & Andrews, G. (2007). Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 455-466.
- Tsai, Y.-F. (2007). Self-care management and risk factors for depressive symptoms among Taiwanese institutionalized older persons. *Nursing research*, 56(2), 124-131.
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., & Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 52-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries—a meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(1), 339-353.
- Waters, C. (2012). *Acceptance and commitment therapy: efficacy and mechanisms of therapeutic action*. Cardiff University.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., & Markowitz, J. C. (2017). *The Guide to Interpersonal Psychotherapy: Updated and Expanded Edition*: Oxford University Press.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., . . . Sorrell, J. T. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- Wilkinson, P., Alder, N., Juszczak, E., Matthews, H., Merritt, C., Montgomery, H., . . . Jacoby, R. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(1), 68-75.
- Wilson, K., & Groom, J. (2002). *The valued living questionnaire*. Department of Psychology, University of Mississippi, University, MS.
- Woodward, A., Lipari, R., & Eaton, W. (2017). Occupations and the Prevalence of Major Depressive Episode in the National Survey on Drug Use and Health.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Conquering depression: You can get out of the blues*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.
- Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(1), 150-154.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.03.014>
- Yu, J., Li, J., Cuijpers, P., Wu, S., & Wu, Z. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population based study. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 305-312.
- 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.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สังกัด
1. พญ.นพวรรณ ตันศิริมาศ	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
2. นางทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. นายวีระชัย เตชะนริตติชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ ชัยภูมิ
4. นางสาวสำราญ อยู่หมื่นไวย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
5. นายดำรงพล จันทร์สด	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

ภาคผนวก ข

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

AF 01_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 068/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 038/2561

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

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

ผู้วิจัยหลัก : นายธีรนาถ บุญญาธิการ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

<p>ลงนาม </p> <p>(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์) ประธานคณะอนุกรรมการ</p>	<p>ลงนาม </p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกษมา เหล่าเกียรติ) อนุกรรมการและเลขานุการ</p>
---	---

วันที่รับรอง : 15 มิถุนายน 2561 **วันหมดอายุ** : 14 มิถุนายน 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 15 ธันวาคม 2561

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ภาคผนวก ข (ต่อ)

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 004/2561 รหัสโครงการ : 04-042561

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วันสูงอายุ

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นายธีรนาถ บุญญาธิการ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2561

วันที่หมดอายุ : 25 เมษายน 2562

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นายคมสันต์ ชิตเชื้อ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

FAR-17-01-170160

ภาคผนวก ค

เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มทดลอง) (Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยที่

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECTS OF AN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

ชื่อผู้วิจัย นายธีรนาถ บุญญาธิการ

ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

(ที่บ้าน) 86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 044-233999 ต่อ 65718 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 085-XXXXXXX E-mail: theranart175@nurse.tu.ac.th

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

เนื่องจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย การทำงานของสมอง และการรู้คิดเสื่อมถอยลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้ป่วยจึงมักใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาและเก็บกดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยังติดอยู่กับความคิดหม่นทางลบและห้วงแห่งอารมณ์เศร้าหรือหดหู่ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางจิตใจอยู่ ดังนั้นหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีอัตราการกำเริบซ้ำและเรื้อรังสูง ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้ามักลดลง และอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาว่าจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้หรือไม่
4. อาสาสมัครวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า

- (1) เป็นผู้ที่มีอาการซึมเศราระดับเล็กน้อยถึงมาก โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแอมิลตันฉบับภาษาไทย มีค่าคะแนนเท่ากับ 8-29 คะแนน
- (2) เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination [TMSE]) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
- (3) เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

- (1) มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
- (2) มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา

- (1) เสียชีวิต
- (2) ย้ายสถานรักษาพยาบาล
- (3) เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 5 ครั้ง

4.2 อาสาสมัครวิจัยเป็นทั้งเพศชายและหญิง อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 60 คน

4.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

(1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการทั้งหมด

(2) ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินเบื้องต้นว่า มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดหรือไม่

(3) หากพบว่ามีคุณสมบัติเบื้องต้นครบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครวิจัย

4.4 อาสาสมัครวิจัยจะได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการ โดยใช้วิธีการจับคู่อาสาสมัครวิจัยที่มีระดับอาการซึมเศร้าใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ และทำการจับฉลาก เพื่อสุ่มอาสาสมัครวิจัยออกเป็นกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 30 คน

4.5 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ถูกสุ่มจับฉลากชื่อได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

5.1 การดำเนินการในอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ทดลอง โดยการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา กับอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561 – เดือนกรกฎาคม 2561 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มของ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม แบ่งอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “ยอมรับปรับใจ” (สัปดาห์ที่ 1) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นการอธิบายให้สมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัด เข้าใจและสามารถอธิบายผลจากการที่บุคคลมีการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ ต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและร้ายแรงเพิ่มขึ้นได้ โดยผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ เช่น การที่บุคคลหลีกเลี่ยงความเหงาด้วย การดื่มสุรา ซึ่งทำให้บุคคลลืมความเหงาหรือความทุกข์ได้ชั่วคราว แต่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือป่วย ด้วยโรคตับแข็งได้ในอนาคต เป็นต้น ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ยอมรับปรับใจ” คือ สมาชิกเกิดการ พัฒนาการยอมรับต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดี ที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือได้เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องการหลีกเลี่ยง เพื่อที่จะได้ไม่ต้องหลีกเลี่ยงต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีอีก ต่อไป

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” (สัปดาห์ที่ 2) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นการอธิบายให้สมาชิกที่เข้าร่วมการบำบัดเข้าใจและสามารถอธิบาย ผลการหลอมรวมความคิด ต่อ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ เช่น มีคน พูดว่า “คุณช่างเป็นคนไร้ค่า” แล้วบุคคลนั้นได้นำมาหลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง มีการประเมิน ค่าและตัดสินว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ซึ่งความเป็นจริงแล้วเขาไม่ใช่คนที่ไม่มีคุณค่า เป็นต้น ผลลัพธ์ของกิจกรรม “รู้เท่าทันความคิด ชีวิตเป็นสุข” คือ สมาชิกสามารถพิจารณาความหมายตามความเป็นจริงของภาษา และความหมายที่เกิดจากการหลอมหลอมความคิด โดยไม่ยึดติดหรือนำมา หลอมรวมเข้ากับตัวตนของตนเอง นำไปสู่การเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถลดความทุกข์ ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลได้

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีวิตเป็นสุข” (สัปดาห์ที่ 3) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นพัฒนาให้สมาชิกเกิดการตระหนักรู้ต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่กับปัจจุบัน ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความทุกข์ ทรมานทางจิตใจ และอธิบายให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการฝึกการอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดการอยู่กับปัจจุบัน ผ่านกิจกรรมที่มีโครงสร้าง 2 กิจกรรมย่อย คือ การระลึกถึงลมหายใจและการรับรู้ของร่างกาย ผลลัพธ์ของกิจกรรม “มีสติอยู่กับปัจจุบัน ชีวิตเป็นสุข” คือ สมาชิกมีรูปแบบของความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง รับรู้อยู่กับปัจจุบัน สามารถสังเกตประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว มีสติตระหนักรู้ต่อทุกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง นำไปสู่การเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และสามารถลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของบุคคลได้

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “ปลดปล่อยตัวตน” (สัปดาห์ที่ 4) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกเกิดทักษะการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ต่อความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และอธิบายให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการฝึกการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ปลดปล่อยตัวตน” คือ สมาชิกสามารถลดการยึดมั่นตัวตนตามมโนคติ พัฒนาการรู้ทันการเปลี่ยนแปลงของตนเอง สร้างบริบทของการยอมรับและแยกความคิดในทางลบที่เกิดความทุกข์ทรมานของบุคคลออกไป นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “ค้นหาค่านิยม” (สัปดาห์ที่ 5) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกสามารถระบุและค้นหาค่านิยม ที่เป็นความต้องการที่แท้จริงของชีวิตในแต่ละด้านได้ นำไปสู่การมีทิศทางหรือการกำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยออกแบบนี้ มีการดำเนินการให้สอดคล้องกับกระบวนการระบุทิศทางค่านิยม ได้แก่ การสร้างความชัดเจนในค่านิยม การตรวจสอบทิศทางของชีวิต และการจำแนกความหมายของค่านิยม ผลลัพธ์ของกิจกรรม “ค้นหาค่านิยม” คือ สมาชิกเกิดค่านิยมที่ชัดเจน มีชีวิตชีวา สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา มีความหมาย เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ และมีความผาสุกในระยะยาว

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” (สัปดาห์ที่ 6) คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้สมาชิกสามารถเลือกและระบุค่านิยมที่สำคัญที่สุด มาสร้างแนวปฏิบัติในการดำเนินชีวิตตาม กระบวนการของการปฏิบัติตามพันธสัญญา เพื่อให้เกิดความผาสุกของชีวิตในระยะยาว ผลลัพธ์ของ กิจกรรม “ฉันทำได้อย่างสุขใจ” คือ สมาชิกมีดำเนินชีวิตและเกิดพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น ตามค่านิยมที่ได้เลือกสรรตามความต้องการที่แท้จริงของชีวิต ซึ่งมีแผนการปฏิบัติและการระบุเป้าหมายที่ชัดเจน นำไปสู่การเกิดความผาสุกที่แท้จริงในระยะยาว

โดยก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครวิจัยกลุ่ม ทดลองตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้าของอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิลตันฉบับภาษาไทย (17ข้อ) ก่อนการทดลอง และประเมินอาการซึมเศร้าอีกครั้งหลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8) และทันทีที่เสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 จะมีการกำกับทดลองกับอาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (7ข้อ)

5.2 การวิจัยนี้อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ในการวิจัย และรายงานเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงตัวบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย)

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่อาสาสมัครวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์แรก สำหรับอาสาสมัครที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้อ่านเอง และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย สำหรับอาสาสมัครที่อ่านหนังสือได้ไม่คล่องหรืออ่านได้ช้าและอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ ตามความสมัครใจ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่ายและส่งมอบ “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย” ให้แก่อาสาสมัครวิจัย

6.2 อาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่สามารถให้คำยินยอมได้ด้วยตนเอง

7. ในขั้นตอนการคัดกรองอาสาสมัครวิจัย ตามเกณฑ์คัดเข้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิลตันต้องเป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก หากพบว่ามมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือพบความผิดปกติใดๆ ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ และดำเนินการช่วยเหลือตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การใช้เวชระเบียน

8.1 การวิจัยที่ดูข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8.2 การวิจัยที่มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษาและการยินยอมจากผู้ป่วย

8.3 การวิจัยครั้งนี้มีการใช้เวชระเบียน โดยผู้วิจัยยื่นหนังสือเพื่อขออนุมัติโครงการวิจัย และบันทึกข้อความการขออนุญาตใช้ข้อมูลทางเวชระเบียน ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ หลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยติดต่อเวชระเบียนในการค้นหาแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวิจัย และผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนเพียงคนเดียว

9. ในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย โดยกิจกรรมการวิจัยเป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้า โดยส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายของชีวิต ไม่มีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใดๆ กับร่างกายของอาสาสมัครวิจัย ไม่มีการทดลองใช้ยาหรือวัคซีน ดำเนินกิจกรรมโดยรูปแบบกระบวนการกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก และสรุปประเด็นสำคัญให้แก่สมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนจิตใจของอาสาสมัคร

10. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่

ประโยชน์ส่วนบุคคล อาสาสมัครวิจัยจะได้รับคำแนะนำและส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายที่สร้างความสุขในระยะยาวได้ด้วยตนเอง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อลดความทุกข์ทรมานและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ตามกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

ประโยชน์ต่อส่วนร่วม การวิจัยนี้คาดว่าจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกำเริบซ้ำของโรคและป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ป้องกันเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง ลดการเป็นภาระของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

ประโยชน์ทางวิชาการ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ไปขยายผลในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อรับรองผลของโปรแกรม ให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยทางการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิต

11. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ (โดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

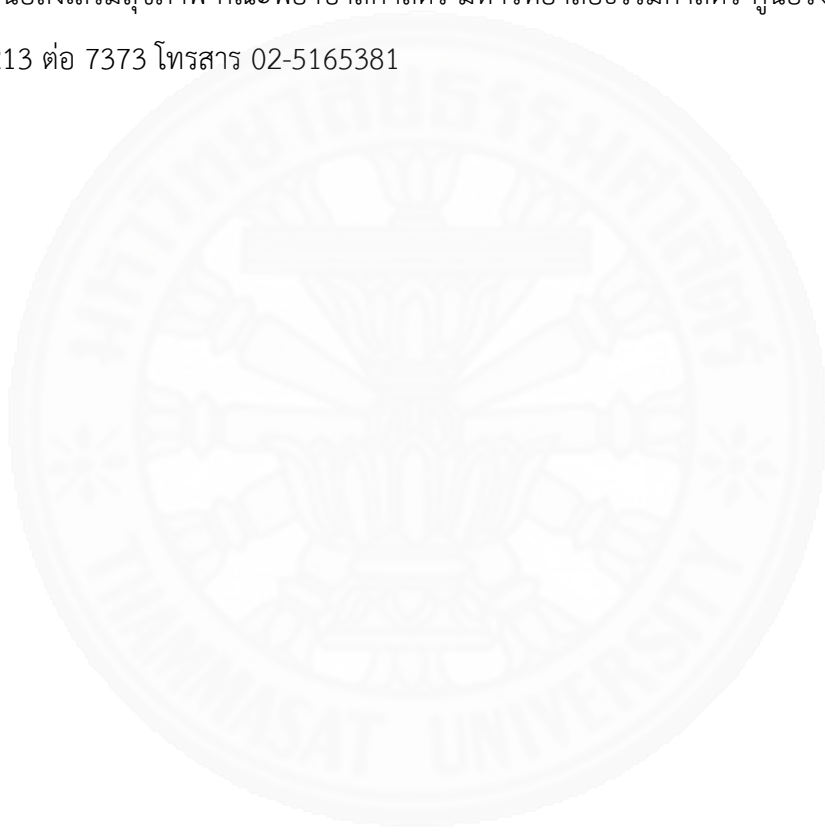
12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085 – 5170633 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ (ยกเว้นไม่ต้องระบุข้อความนี้เมื่อทำการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งเดียว และไม่สามารถติดต่อผู้เข้าวิจัยได้อีก)

13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

14. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลองจะได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทางทุกครั้งที่มา

เข้าร่วมกิจกรรม ครั้งละ 100 บาท จำนวน 6 ครั้ง และในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดอาหารว่างสำหรับอาสาสมัครวิจัยคนละ 1 ชุด ทุกครั้งที่ดำเนินการวิจัย สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุมจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาและค่าเดินทาง ครั้งละ 100 บาท ในการมาเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในการทำแบบประเมินก่อนการทดลองโปรแกรม และครั้งที่ 2 ในการทำแบบประเมิน

15. หลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรมหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381



ภาคผนวก ค (ต่อ)

เอกสารพืักษลิตีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มควบคุม)

(Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยที่

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECTS OF AN ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY PROGRAM ON DEPRESSION SYMPTOMS OF ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS

ชื่อผู้วิจัย นายธีรนาถ บุญญาธิการ

ตำแหน่ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

(ที่บ้าน) 86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 044-233999 ต่อ 65718 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 085-5170633 E-mail: theranart175@nurse.tu.ac.th

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

เนื่องจากในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย การทำงานของสมอง และการรู้คิดเสื่อมถอยลง แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะกีดกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้ป่วยจึงมักใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาและเก็บกอดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยังติดอยู่กับความคิดหมกมุ่นทางลบและห้วงแห่งอารมณ์เศร้าหรือหดหู่ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดทางจิตใจอยู่ ดังนั้นหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น มีอัตราการกำเริบซ้ำและเรื้อรังสูง ประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร่าลดลง และอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาว่าจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุได้หรือไม่
4. อาสาสมัครวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า

- (1) เป็นผู้ที่มมีอาการซึมเศร่าระดับเล็กน้อยถึงมาก โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร่าของแอมิลตันฉบับภาษาไทย มีค่าคะแนนเท่ากับ 8-29 คะแนน
- (2) เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination [TMSE]) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป
- (3) เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับผู้อื่นได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

- (1) มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
- (2) มีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร่ากับโรคอื่นๆ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา

- (1) เสียชีวิต
- (2) ย้ายสถานรักษาพยาบาล
- (3) เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 5 ครั้ง

4.2 อาสาสมัครวิจัยเป็นทั้งเพศชายและหญิง อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 60 คน

4.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

(1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โดยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการทั้งหมด

(2) ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินเบื้องต้นว่า มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดหรือไม่

(3) หากพบว่ามีคุณสมบัติเบื้องต้นครบตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ามีการศึกษาวิจัยเรื่องการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครวิจัย

4.4 อาสาสมัครวิจัยจะได้รับการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการ โดยใช้วิธีการจับคู่อาสาสมัครวิจัยที่มีระดับอาการซึมเศร้าใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ และทำการจับฉลาก เพื่อสุ่มอาสาสมัครวิจัยออกเป็นกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 30 คน

4.5 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ถูกสุ่มจับฉลากชื่อได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

5.1 การดำเนินการในอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการซึมเศร้าของอาสาสมัครวิจัยกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิลตันฉบับภาษาไทย (17ข้อ) เพื่อ

เป็นข้อมูลพื้นฐาน และผู้ช่วยผู้วิจัยนัดาสาสมัครกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินหลังสิ้นสุดการทดลองเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตเบื้องต้น คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q-9Q-8Q ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า การบำบัดรักษา การสังเกตอาการเตือน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ให้คำปรึกษารายบุคคล และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

5.2 การวิจัยนี้อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ในการวิจัย และรายงานเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงตัวบุคคลของอาสาสมัครวิจัย

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย)

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่อาสาสมัครวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์แรก สำหรับอาสาสมัครที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้อ่านเอง และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย สำหรับอาสาสมัครที่อ่านหนังสือได้ไม่คล่องหรืออ่านได้ช้าและอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังอย่างช้าๆ ตามความสมัครใจ หากยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะอ่านทวนซ้ำ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่ายและส่งมอบ “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย” ให้แก่อาสาสมัครวิจัย

6.2 อาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่สามารถให้คำยินยอมได้ด้วยตนเอง

7. ในขั้นตอนการคัดกรองอาสาสมัครวิจัย ตามเกณฑ์คัดเข้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมมิลตันต้องเป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก หากพบว่ามีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือพบความผิดปกติใดๆ ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น และอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ และดำเนินการช่วยเหลือตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การใช้เวชระเบียน

8.1 การวิจัยที่ดูข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8.2 การวิจัยที่มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ เป็นต้นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษาและการยินยอมจากผู้ป่วย

8.3 การวิจัยครั้งนี้มีการใช้เวชระเบียน โดยผู้วิจัยยื่นหนังสือเพื่อขออนุมัติโครงการวิจัย และบันทึกข้อความการขออนุญาตใช้ข้อมูลทางเวชระเบียน ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราช นครินทร์ หลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยติดต่อเวชระเบียนในการค้นหาแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวิจัย และผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนเพียงคนเดียว

9. ในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงขึ้นแก่อสาสมัครวิจัย โดยกิจกรรมการวิจัยเป็นการ บำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบหนึ่ง เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้า โดยส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางด้าน จิตใจ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถอยู่กับ ปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหรือเป้าหมายของชีวิต ไม่มีการใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือใดๆ กับร่างกายของอาสาสมัครวิจัย ไม่มีการทดลองใช้ยาหรือวัคซีน ดำเนินกิจกรรมโดย รูปแบบกระบวนการกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก และสรุปประเด็นสำคัญให้แก่สมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยจะปกปิด ข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนจิตใจของอาสาสมัคร

10. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่

ประโยชน์ส่วนบุคคล อาสาสมัครวิจัยจะได้รับคำแนะนำและส่งเสริมให้เกิดความยืดหยุ่นทางด้าน จิตใจ โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายที่สร้างความสุขในระยะยาวได้ด้วยตนเอง สามารถอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีสติ ยอมรับและรับรู้ความเป็นจริงของสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อ ลดความทุกข์ทรมานและอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ตามกระบวนการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะ สัญญา

ประโยชน์ต่อส่วนร่วม การวิจัยนี้คาดว่าจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกำเริบซ้ำของโรคและป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล ป้องกันเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย ลดการเป็นภาระของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

ประโยชน์ทางวิชาการ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาเพื่อ ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ไปขยายผลในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อ

รับรองผลของโปรแกรม ให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยทางการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิต

11. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ (โดยระบุให้ชัดเจนเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085 – 5170633 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ (ยกเว้นไม่ต้องระบุข้อความนี้เมื่อทำการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งเดียว และไม่สามารถติดต่อผู้เข้าวิจัยได้อีก)**

13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

14. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลองจะได้รับค่าใช้จ่ายในการเดินทางทุกครั้งที่มาเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งละ 100 บาท จำนวน 6 ครั้ง และในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดอาหารว่างสำหรับอาสาสมัครวิจัยคนละ 1 ชุด ทุกครั้งที่ดำเนินการวิจัย สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุมจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาและค่าเดินทาง ครั้งละ 100 บาท ในการมาเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในการทำแบบประเมินก่อนการทดลองโปรแกรม และครั้งที่ 2 ในการทำแบบประเมินหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรม

15. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ภาคผนวก ค (ต่อ)

เอกสารพิกัดสิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มทดลอง)

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นายธีรนาถ บุญญาธิการ

ตำแหน่ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ 86 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ หอผู้ป่วยพวงชมพู2 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ 085-5170633

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ และเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายธีรนาถ บุญญาธิการ)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค (ต่อ)

เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มควบคุม)

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วย
โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
ชื่อผู้วิจัย นายธีรนาถ บุญญาธิการ
ตำแหน่ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ติดต่อ 86 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ หอผู้ป่วยพวงชมพู2 ถนนช้างเผือก
ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 085-5170633

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการ
วิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจาก
ผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซึมเศร้า
จำนวน 17 ข้อ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที รวม 30 นาที ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 8 สัปดาห์ เมื่อ
เสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
 นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้า
 สามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3
 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
 โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้
 แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นายธีรนาถ บุญญาธิการ)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (HRSD-17)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
 - 3.1 โปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา
4. เครื่องมือกำกับการทดลอง
 - 4.1 แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (AAQ-II)

ภาคผนวก ง (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม _____

แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state examination [TMSE])

1. Orientation (6 คะแนน)

- 1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร (1 คะแนน)
- 1.2 วันนี้ วันอะไร (1 คะแนน)
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร (1 คะแนน)
- 1.4 เวลาี่ ช่วงไหนของวัน (1 คะแนน)
- 1.5 ที่นี้ ที่ไหน (1 คะแนน)
- 1.6 คนในภาพ เป็นใคร (1 คะแนน)



2. Registration บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม (3 คะแนน)

ต้นไม้ (1 คะแนน) รถยนต์ (1 คะแนน) มือ (1 คะแนน)

3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์

ศุกร์ (1 คะแนน) พฤหัสบดี (1 คะแนน) พุธ (1 คะแนน)

อังคาร (1 คะแนน) จันทร์ (1 คะแนน)

4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง

100-7 (1 คะแนน) -7 (1 คะแนน) -7 (1 คะแนน)

5. Language (10 คะแนน)

- 5.1 ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (1 คะแนน)
- 5.2 ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อผ้าของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (1คะแนน)
- 5.3 ให้ผู้ถูกทดสอบพูดประโยคตาม ดังต่อไปนี้ “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” (1 คะแนน)
- 5.4 ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (ผู้ทดสอบพูดประโยคต่อไปนี้ให้ครบ 3 ประโยค)
- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา (1 คะแนน)
- (2) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น (1 คะแนน)
- (3) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ (1 คะแนน)
- 5.5 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา” (1 คะแนน)
- 5.6 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง (2 คะแนน)
- 5.7 กลัวยกกันล้มเหมือนกันคือ สุนัขกับแมวเหมือนกันคือ (1 คะแนน)



6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้จำตามข้อ 2

ต้นไม้ (1 คะแนน) รถยนต์ (1 คะแนน) มือ (1 คะแนน)

รวม คะแนน

ภาคผนวก ง (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม _ _ _

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. ท่านอายุ ปี
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	() 2. ประถมศึกษา	() 3. มัธยมศึกษา
() 4. ปวช.	() 5. ปวส.	() 6. อนุปริญญา
() 7. ปริญญาตรี	() 8. สูงกว่าปริญญาตรี	
4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด	() 2. สมรส	() 3. หย่า
() 4. หม้าย	() 5. แยก	
5. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ทำงาน	() 2. ข้าราชการบำนาญ	() 3. เกษตรกร
() 4. รับจ้าง	() 5. ค้าขาย	() 6. อื่น ระบุ
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

() 1. รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท	() 2. รายได้ 1,001 - 3,000 บาท	() 3. รายได้ 3,001 บาทขึ้นไป
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------
7. ความเพียงพอของรายได้ () 1. เพียงพอ () 2. ไม่เพียงพอ
8. จำนวนสมาชิกที่ยังมีชีวิตอยู่ในครอบครัว

() 1. จำนวน 1-2 คน	() 2. จำนวน 3-5 คน	() 3. จำนวน มากกว่า 5 คน
---------------------	---------------------	---------------------------
9. ประวัติโรคประจำตัว

() 1. มี ระบุ (โรค)	() 2. ไม่มี
----------------------------	--------------
10. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว / การเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

() 1. มี ระบุ (บุคคล,โรค)	() 2. ไม่มี ** ทางกาย **
() 1. มี ระบุ (บุคคล,โรค)	() 2. ไม่มี ** ทางจิต **

ภาคผนวก ง (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม ____

แบบประเมินอาการซึมเศร้า The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)

อาการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าต่อไปนี้ได้จัดแบ่งไว้เป็นข้อ ทั้งหมด 17 ข้อ สำหรับผู้ประเมินอาการ ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า ซึ่งค่าคะแนนรวม ที่มากจะบอกระดับภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากด้วย

โดยแต่ละข้ออาการบ่งชี้ จะมีตัวเลขหน้ากลุ่มอาการ (0-4) ไว้สำหรับใส่หน้าหมายเลขข้อ (ให้ใส่ตัวเลขกลุ่มอาการเพียงตัวเดียวในหนึ่งข้อ) เมื่อครบทุกข้อแล้ว ให้รวมตัวเลขหน้าข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้จะใช้แปลผลระดับความรุนแรงในหน้าข้อสุดท้าย

_____ 1. อารมณ์ซึมเศร้า (DEPRESSION MOOD) [เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หดหนทาง, ไร้ค่า]

0 = ไม่มี

1 = จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2 = บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3 = สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ ทางการแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียงและท่าทางจะร้องไห้

4 = ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกเล่าเอง และภาษากาย

_____ 2. ความรู้สึกผิด (FEELINGS OF GUILT)

0 = ไม่มี

1 = ตีเถียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2 = คิดคิดว่าตนเองมีความผิด หรือครุ่นคำนึงถึงความผิดพลาด หรือการก่อกรรมทำบาปในอดีต

3 = ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนเองมีความผิดบาป

4 = ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

.....

.....

.....

_____ 17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง (INSIGHT)

0 = ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1 = ตระหนักว่าตนกำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อาหารที่เลว ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 = ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

ภาคผนวก ง (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ตัวอย่าง) คู่มือโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ



โดย

นายธีรนาถ บุญญาธิการ
รหัสนักศึกษา 5914030175

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพจนถึงการเสียชีวิต (Zivin, Wharton & Rostant, 2013) ถึงแม้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การทำงานของสมองและการรู้คิดเสื่อมถอยลง (Barha et al., 2016) แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือการเกิดโรคซึมเศร้าไม่ได้เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของวัยสูงอายุ การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า มีจำนวนประมาณ 900 - 2000 ล้านคน และผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือโรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2015) ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นลำดับที่สอง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (WHO Regional Office for South-East Asia, 2001) ก่อให้เกิดความรุนแรงของการสูญเสียเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ (Murray and Lopez, 1996) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและในอนาคต (สาวิตรี วิชญโยธิน และ นชพร อธิวิธวิกุล, 2553) ทั้งในทวีปเอเชียและทุกประเทศทั่วโลก (Park et al., 2010)

.....

.....

.....

ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการยอมรับและพันธะสัญญาให้สอดคล้องกับโครงสร้างและองค์ประกอบหลัก ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญาของเฮย์และคณะ (Hayes et al., 2006) ได้แก่ การยอมรับ (Acceptance) การแยกความคิด (Cognitive defusion) การอยู่กับปัจจุบัน (Being present) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง (Self as context) การระบุทิศทางค่านิยม (Defining valued directions) และการปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)

ผู้บำบัด

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ระยะเวลาและการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นจำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

โครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา

โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา แบ่งกิจกรรมออกเป็น 6 ครั้ง ทุกกิจกรรมจะแบ่งตามองค์ประกอบหลักตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา ทั้ง 6 ประการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

ครั้ง	แนวคิด/องค์ประกอบหลัก	วัตถุประสงค์	ชื่อกิจกรรม
1	การยอมรับ (Acceptance) เป็นการเพิ่มความยินดีและการตอบสนองที่ยืดหยุ่นมากขึ้นต่อสถานการณ์ แทนการขจัดอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์ที่พยายามหลีกเลี่ยง	1. จำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ 2. ยอมรับและเข้าใจปัญหา จากสถานการณ์ปัญหาที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า	“ยอมรับปรับใจ”
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
6	การปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action) เป็นการนำเอาค่านิยมที่สร้างความสุข หรือความต้องการที่แท้จริงของชีวิตมาสู่การปฏิบัติ มีการสร้างเป้าหมายที่สอดคล้องกับค่านิยมที่สามารถประเมินผลได้ มีการวางแผนการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน รวมถึงมีการวางแผนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข	1. อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เพิกเฉยหรือหลีกเลี่ยงอย่างถาวร การปฏิบัติตามพันธะสัญญา และความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ 2. อธิบายกระบวนการของการปฏิบัติตามพันธะสัญญาได้ 3. เลือกค่านิยมที่สำคัญที่สุดมาสร้างแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตได้	“ฉันทำได้อย่างสุขใจ”

บทที่ 2

กระบวนการโปรแกรม

กิจกรรมที่ 1

ชื่อกิจกรรม “ยอมรับปรับใจ”

สถานที่ ห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

จำนวนสมาชิก 8-12 ราย

สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ มาจากการที่ผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งจากเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยพยายามที่จะควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ความคิด การรับรู้ และความรู้สึก เป็นต้น ทั้งรูปแบบ ความถี่ และความรุนแรง แต่พบว่าการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ของบุคคลทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและร้ายแรงเพิ่มขึ้นได้ เช่น การหลีกเลี่ยงความเหงาด้วยการดื่มสุรา ซึ่งทำให้บุคคลลืมความเหงาหรือความทุกข์ได้ชั่วคราว แต่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งได้ในอนาคต เป็นต้น กิจกรรมในครั้งนี้เน้นการส่งเสริมการยอมรับให้กับผู้ป่วย ในทุกๆ ด้านของความคิด อารมณ์ ความรู้สึก จากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในชีวิต โดยไม่พยายามที่จะตัดสินสถานการณ์นั้นๆ ด้วยอารมณ์หรือพยายามใช้การควบคุมหรือขจัดทิ้ง รวมถึงมีการสร้างความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยผ่านกระบวนการในการพัฒนาความยินดีการยอมรับ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระบุวิธีการที่บุคคลใช้ในการหลบหนีประสบการณ์ 2) วิเคราะห์วิธีการแก้ปัญหาในอดีต 3) ประเมินต้นทุนที่ใช้ในการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ 4) กระตุ้นให้บุคคลตระหนักรู้ว่าการควบคุมประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ไม่หลีกเลี่ยงต่อความคิดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีอีกต่อไป ทำให้เกิดความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหา จากสถานการณ์ปัญหาที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงวิธีการในการแก้ปัญหา และวัตถุประสงค์ของวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวิธีได้

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้น จากวิธีการที่เลือกใช้ในการแก้ปัญหาได้

5. เพื่อให้สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลเสียของการหลีกเลี่ยงปัญหา และผลดีของการเผชิญปัญหาได้

สื่อและอุปกรณ์

1. โน้ตบุ๊ก 1 เครื่อง ฉายภาพแสดงผ่านจอโทรทัศน์
2. สื่อ Powerpoint เรื่อง “การยอมรับ”
3. รูปภาพอสุรกายที่สร้างมาจากกระป๋องและเชือก
4. โมเดลอสุรกายที่สร้างมาจากกระป๋องและเชือก
5. ดินสอ
6. ใบกิจกรรมที่ 1.1 “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม”
6. ใบกิจกรรมที่ 1.2 “อสุรกายกระป๋อง”
7. ใบกิจกรรมที่ 1.3 “การจัดการควบคุมประสบการณ์”

รูปแบบและกระบวนการ

รูปแบบเป็นกลุ่มกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มปิด ดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นตัวขับเคลื่อน

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ขั้นเปิดกลุ่ม (Initial phase) ใช้ระยะเวลา 10 นาที
 - 1.1 ผู้วิจัยสนทนาในเรื่องทั่วไป สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง กล่าวต้อนรับ แนะนำตัวผู้วิจัยและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง
 - 1.2 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์ กติกากลุ่ม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ขอบเขตการทำกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมในครั้งนี้
2. ขั้นดำเนินการกลุ่ม (Working phase) ใช้ระยะเวลา 40 นาที
 - 2.1 ผู้วิจัยอธิบายและให้ความรู้แก่สมาชิกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อาการ/อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีการหลีกเลี่ยงต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น
 - 2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำใบกิจกรรมที่ 1.1 เรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ โดยข้อคำถามจะเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.3 ผู้วิจัยฉายภาพอสุรกายร้ายขนาดใหญ่ที่สร้างมาจากกระป๋องและเชือกให้สมาชิกภายในกลุ่มดู ถ้ามสมาชิกเห็นว่าเห็นอะไรจากภาพ มีความคิดและความรู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นภาพนี้

2.4 ผู้วิจัยอธิบายเปรียบเทียบเกี่ยวกับการที่สมาชิกต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา บ่อยครั้งที่บุคคลจะเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาเหมือนกับการเผชิญหน้ากับอสุรกายร้ายขนาดใหญ่ยักษ์ ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากกระป๋องและเชือก ทำให้บุคคลไม่ยินดีและเต็มใจที่จะเผชิญหน้ากับอสุรกายร้ายนี้ แต่หากลองแยกอสุรกายร้ายนี้ออกเป็นชิ้นๆ จะพบเพียงว่ามันเป็นแค่สิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากกระป๋องและเชือก และหลังที่ได้แยกมันออกจากกันแล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนประกอบเล็กๆนี้ ก็มีความง่ายต่อการเผชิญและไม่มีที่น่ากลัวอีกต่อไป ซึ่งไม่แตกต่างจากปัญหาที่สมาชิกทุกคนได้พบเจอ

2.5 ผู้วิจัยนำโมเดลอสุรกายที่สร้างมาจากกระป๋องและเชือก มาให้สมาชิกแยกส่วนประกอบออกเป็นชิ้นๆ และเปรียบเทียบให้สมาชิกเห็นว่า หากสมาชิกเปรียบเทียบปัญหาเป็นกระป๋องหรือเชือกที่สมาชิกได้ถือหรือสัมผัสอยู่ จะพบว่าปัญหาเป็นสิ่งที่สัมผัสได้ไม่นานแล้ว และสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาได้โดยไม่ต้องใช้วิธีการหลีกเลี่ยงอีกต่อไป

2.6 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำกิจกรรมที่ 1.2 เรื่องอสุรกายกระป๋อง โดยจัดให้สมาชิกนั่งอยู่ในท่าที่สบายและผ่อนคลาย บอกให้สมาชิกค่อยๆหลับตาลง คิดถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หรือความเครียดที่กำลังต่อสู้ดิ้นรน หรือสถานการณ์บางอย่างที่มีความสำคัญสำหรับสมาชิก ที่นำมาซึ่งการเกิดอาการซึมเศร้า เมื่อจินตนาการได้แล้วให้สมาชิกพยายามสัมผัสกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์เดิมนั้นอีกครั้ง ความรู้สึกที่ทำให้สมาชิกมีความยุ่งยากใจหรือกดดัน ให้สังเกตว่าเมื่อคิดถึงเหตุการณ์นี้แล้ว ร่างกายมีอาการเป็นอย่างไร ประสาทสัมผัสรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงใดๆบ้าง สังเกตพบอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึกใดๆที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้บ้าง หากมีความรู้สึกใดๆเกิดขึ้น ขอเพียงสังเกตว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามร่างกายเป็นอย่างไร กำลังแสดงอาการอย่างไรอยู่ ให้เวลากับตนเองในการสังเกตความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องตัดสินว่า ชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี ต้องการหรือไม่ต้องการ และผู้วิจัยให้สมาชิกใช้ช่วงเวลานี้ในการปลดปล่อยการต่อสู้ดิ้นรน โดยเป้าหมายไม่ได้อยู่ที่ว่าชอบหรือไม่ชอบความรู้สึกนี้ แต่กำลังยินดีหรือเต็มใจที่จะมีความรู้สึกนี้ โดยไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับมันอีกต่อไป

2.7 ผู้วิจัยบอกให้สมาชิกค่อยๆลืมตาขึ้น เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึก ขณะหลับตาและมีการจินตนาการถึงสถานการณ์ปัญหา ร่วมกันกับสมาชิกคนอื่นๆ

2.8 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำไปกิจกรรมที่ 1.3 เรื่องการขจัดการควบคุมประสบการณ์และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ใช้ระยะเวลาในการทำประมาณ 10-15 นาที

2.9 ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จากการทำจากไปกิจกรรมที่ 1.3

3. ขั้นปิดกลุ่ม (Terminating phase) 10 นาที

3.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับในการเข้ากลุ่ม

3.2 ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครอบคลุม และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อ

สงสัย

3.3 ผู้วิจัยสรุปและยุติการทำกลุ่ม มอบหมายการบ้านครั้งที่ 1 ให้สมาชิกกลับไปทำ และนัดหมายการทำกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สมาชิกสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้

2. สมาชิกเกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหา จากสถานการณ์ปัญหาที่นำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า

3. สมาชิกสามารถอธิบายวิธีการในการแก้ปัญหา และวัตถุประสงค์ของวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวิธีได้

4. สมาชิกสามารถอธิบายผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้น จากวิธีการที่เลือกใช้ในการแก้ปัญหาได้

5. สมาชิกสามารถอธิบายผลเสียของการหลีกเลี่ยงปัญหา และผลดีของการเผชิญปัญหาได้

ใบกิจกรรมที่ 1.1

เรื่อง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

ให้ท่านพิจารณาข้อความข้างล่างนี้ ว่าเป็นข้อความประเภทใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องนั้น

ข้อความ	ความคิด	อารมณ์/	พฤติกรรม
1. เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร			
2. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย			
3. แยกตัวอยู่คนเดียว			
.....			
.....			
.....			
15. ซึ่หลังซึ่ลืม			

ใบกิจกรรมที่ 1.2

เรื่อง อสุรกายกระป๋อง



เมื่อมีสถานการณ์ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ได้ผ่านเข้ามาในชีวิตของท่าน บ่อยครั้งทำให้ท่านรู้สึกราวกับว่ากำลังเผชิญหน้ากับอสุรกายร้ายขนาดใหญ่ยักษ์ ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากกระป๋องและเชือก เมื่อมองเป็นภาพรวมแล้วทำให้ท่านเกิดความคิดและความรู้สึกน่ากลัว ไม่ยินดีและเต็มใจที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาหรืออสุรกายร้ายนี้ ทำให้ท่านพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากปัญหาที่เกิดขึ้น แต่หากท่านค่อยๆพิจารณาถึงสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหา เปรียบเทียบกับการแยกอสุรกายร้ายนี้ออกเป็นชิ้นๆ จะพบเพียงว่ามันเป็นแค่สิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากกระป๋องและเชือก และหลังที่ได้แยกมันออกจากกันแล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนประกอบเล็กๆนี้ ก็มีความง่ายต่อการเผชิญและไม่มีความน่ากลัวอีกต่อไป

.....

.....

.....

ใบกิจกรรมที่ 1.3

เรื่อง ขจัดการควบคุมประสบการณ์

ระบุสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก ลำบาก หรือทุกข์
ทรมาน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ?

.....

.....

.....

.....



ท่านเลือกใช้วิธีอะไรในการแก้ปัญหา แต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์อะไร?

วิธีที่ 1

วัตถุประสงค์

วิธีที่ 2

วัตถุประสงค์

วิธีที่ 3



ภาคผนวก ง (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม _ _ _

แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ AAQ-II

จากข้อความต่อไปนี้ กรุณาให้ระดับคะแนน โดยการวงกลมรอบหมายเลขว่าเป็นความจริง สำหรับคุณแค่ไหน ตั้งแต่ไม่จริงเลย (1) จนถึง จริงทุกครั้ง (7)

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริงเลย (1)	แทบไม่ ค่อย จริง (2)	ไม่ค่อย จริง (3)	จริง บางครั้ง (4)	จริง บ่อยครั้ง (5)	จริง เกือบ ทุกครั้ง (6)	จริงทุก ครั้ง (7)
1	ประสบการณ์และความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีตทำให้ยากลำบากที่ฉันจะดำเนินชีวิตอย่างที่ผมเห็นว่ามีความค่า							
2	ฉันกลัวความรู้สึกของตัวเอง							
3	ฉันกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลและความรู้สึกต่างๆได้							
4	.....						
5	.....						
6	.....						
7	ความกังวลเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในชีวิตของฉัน							
รวมคะแนน								

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t – test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน จึงทำการทดสอบด้วยสถิติที่ ชนิดไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t – test)

2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน จึงทำการทดสอบด้วยสถิติที่ ชนิดเป็นอิสระจากกัน (Independent t – test)

ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling)

2. ตัวแปรตามที่วัด มีมาตราวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale)

3. การกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากค่าสถิติชาปิโร - วิลค์ (Shapiro – wilk test) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าน้อยกว่า 50

ตารางภาคผนวก จ แสดงการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนอาการซึมเศร้า	Shapiro – wilk		
	Statistic	df	Sig
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	.957	30	.255
หลังการทดลอง	.941	30	.095
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	.956	30	.240
หลังการทดลอง	.959	30	.299

จากตารางพบว่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติชาปิโร - วิลค์ (Shapiro - wilk test) ของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) จึงสรุปได้ว่าคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีการกระจายแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติทดสอบค่าที (t - test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Test for significant difference of mean score) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)



ภาคผนวก ฉ

คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางแสดง คะแนนอาการซึมเศร้ารายคู่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง		คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	20	11	21	16
2	22	10	22	18
3	17	9	16	13
4	21	12	22	18
5	16	7	16	12
6	17	11	17	15
7	12	9	11	11
8	20	10	21	17
9	19	9	19	15
10	20	9	21	17
11	15	8	15	15
12	12	7	12	11
13	16	8	16	13
14	16	9	15	12
15	15	8	14	11
16	16	8	16	12
17	15	8	16	13
18	19	10	18	14
19	18	9	18	14
20	20	11	20	17
21	21	10	21	19
22	19	11	19	16
23	17	10	17	16
24	16	8	16	14
25	16	9	15	13
26	18	9	19	16
27	15	9	16	16
28	18	10	18	17
29	17	8	17	15
30	16	10	17	14

ภาคผนวก ข

คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลอง

ตารางแสดง คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธะสัญญา (n = 30)

คนที่	คะแนน	การแปลผล
1	15	ระดับสูง
2	16	ระดับสูง
3	15	ระดับสูง
4	18	ระดับปานกลาง
5	20	ระดับปานกลาง
6	15	ระดับสูง
7	16	ระดับสูง
8	21	ระดับปานกลาง
9	14	ระดับสูง
10	17	ระดับสูง
11	14	ระดับสูง
12	15	ระดับสูง
13	17	ระดับสูง
14	19	ระดับปานกลาง
15	21	ระดับปานกลาง
16	14	ระดับสูง
17	15	ระดับสูง
18	20	ระดับปานกลาง
19	16	ระดับสูง
20	21	ระดับปานกลาง
21	21	ระดับปานกลาง
22	16	ระดับสูง
23	15	ระดับสูง
24	15	ระดับสูง
25	19	ระดับปานกลาง
26	20	ระดับปานกลาง
27	14	ระดับสูง
28	15	ระดับสูง
29	20	ระดับปานกลาง
30	17	ระดับสูง

$M = 17.03, SD = 2.49$

ภาคผนวก ซ

เอกสารรับรองการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Acceptance and Commitment therapy”



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายธีรนาถ บุญญาธิการ
วัน เดือน ปีเกิด	มีนาคม 2534
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2555 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้รับรางวัลเรียนดียอดเยี่ยม เกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 4.00 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท ปี พ.ศ. 2558
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต
ทุนการศึกษา	ปีงบประมาณ 2560 ทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เข้ารับการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีงบประมาณ 2561 ทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไป สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประสบการณ์ทำงาน	ปี พ.ศ. 2555 – 2556 พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ภาควิชา ศัลยศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปี พ.ศ. 2557 – 2561 เข้ารับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข