การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น

Enhancing Psychological Flexibility and Inhibitory Control in Chronic Kidney Disease Patients with Acceptance and Commitment Program

วิรัชยา โคเสนา จุฑามาศ แหนจอน* วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์

Wirachaya Kosaena Juthamas Haenjohn* Warakorn Supwirapakorn

ศูนย์วิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจและการเรียนรู้แห่งภาคตะวันออก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131

Brain, Mind and Learning Research and Development Center in Eastern Region, Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที และกลุ่มควบคุม 12 คน ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประเมินผลด้วย แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา แบบทดสอบซีเคดี โก/ โน - โก และการสัมภาษณ์เชิงลึก วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการควบคุมยับยั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่นฯ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งที่นำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น, ความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา, การควบคุมยับยั้ง, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The objective of this research is to study the effects of the acceptance and commitment program on psychological flexibility and inhibitory control. The participants were 24 patients diagnosed with stage 3 chronic kidney disease. Participants were randomly assigned to experimental group (n = 12) participated in the acceptance and commitment program for chronic kidney disease, consisted of 8 sessions (50 minutes each) and control group (n = 12) was provided with the hospital's standard treatment. Assessed by the psychological flexibility scale, CKD Go/No-Go task and In-depth interviews. Assessments were conducted at pre-test, post-test,

Corresponding Author: juthamas@go.buu.ac.th

วันที่รับ (Received) 4 ม.ค. 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มี.ค. 2569

and follow-up in 2 weeks. Statistical analyses were performed using repeated-measures analysis of variance with one between-subjects variable and one within-subjects variable. The Bonferroni method was applied for multiple comparisons.

The results showed that the experimental group had a significantly higher psychological flexibility than control group in post-test and follow-up ($p < .05$). And, in the experimental group, the post-test and follow-up had a significantly higher inhibitory control than pre-test ($p < .05$).

In conclusion, the acceptance and commitment program was effective in improving both psychological flexibility and inhibitory control. This program may be applied to promote behavioral modification as a guideline for delaying kidney failure and as a model for other patient groups.

Keywords: Acceptance and commitment program, Psychological flexibility, Inhibitory control, Chronic kidney disease

บทนำ

แนวโน้มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากขึ้นตามปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยา NSAIDs พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสจัด โดยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน[1] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ต่อปี[2] ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ไตเสื่อมจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตที่สร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องควบคุมพฤติกรรมให้มีค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของไต ทำให้ต้องเผชิญข้อจำกัดมากมายในการดำเนินชีวิต ทั้งการควบคุมอาหาร การดื่มน้ำ การใช้ยา และการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเผชิญภาระทางจิตใจและสังคม[3] การสูญเสียตัวตน ความรู้สึกพึ่งพา การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการทำงาน[4] และการขาดความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Psychological flexibility: PF) ซึ่งเป็นทักษะที่ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย[5] และเผชิญกับการลุกลามของโรคและความเจ็บปวดเรื้อรังได้[6] ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาร่วมกับการเสริมสร้างการควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control: IC) หรือการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral inhibitory)[7] ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ[8] และยึดมั่นในแนวทางการรักษา[9] ที่สอดคล้องกับคุณค่า[10] นำไปสู่การชะลอความเสื่อมของไตและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

การควบคุมยับยั้ง (IC) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EFs) เป็นทักษะที่เกิดจากการทำงานของสมองส่วนหน้า โดยเฉพาะบริเวณ Prefrontal cortex (PFC) ซึ่งประกอบด้วย สมองส่วน Ventrolateral prefrontal cortex (VLPFC), Dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), Rostral prefrontal cortex (RPFC) และ Medial prefrontal cortex (mPFC)[11] มีบทบาทในการยับยั้งการตอบสนองพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (PF) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วน Orbitofrontal cortex (OFC)[12] เป็นความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าเน้นไปที่ความคิดและความเชื่อในการรับรู้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง[13] ในขณะที่ทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy: ACT) ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ มุ่งเน้นการพัฒนา PF โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับประสบการณ์ตามความเป็นจริง และดำเนินชีวิตตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับโรค โดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[14] ซึ่งเป็นต้นเหตุของความทุกข์[15] ACT ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การยอมรับ 2) การหลอมรวมความคิด 3) การอยู่กับปัจจุบัน 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง 5) การระบุค่านิยมหรือคุณค่า และ 6) การปฏิบัติตามความมุ่งมั่น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้คุณค่าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต แม้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดจากโรค[16] จากงานวิจัยพบว่า ACT สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดยช่วยลดความรู้สึกไร้พลัง (Powerlessness) ภาวะเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการบำบัดทดแทนไต[17,18] รวมถึงมีส่วนช่วยชะลอความเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุ[18] นอกจากนี้ ACT ยังถูกนำไปใช้ในกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมการกิน[20] ปัญหาพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น[21] และปัญหาติดสารเสพติด[22] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ ACT ในการเสริมสร้างทั้งความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง ซึ่งบูรณาการทั้งกระบวนการทางจิตวิทยาและการทำงานของสมองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้ตระหนักถึงค่านิยมหรือคุณค่าที่ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและยืนหยัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การชะลอการดำเนินโรค ตลอดจนสามารถสร้างทางเลือกให้ตนเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วย ACT ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงนำองค์ความรู้ทางจิตวิทยาการรู้คิดมาช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้และเป็นแนวทางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและกลุ่มอื่นต่อไป

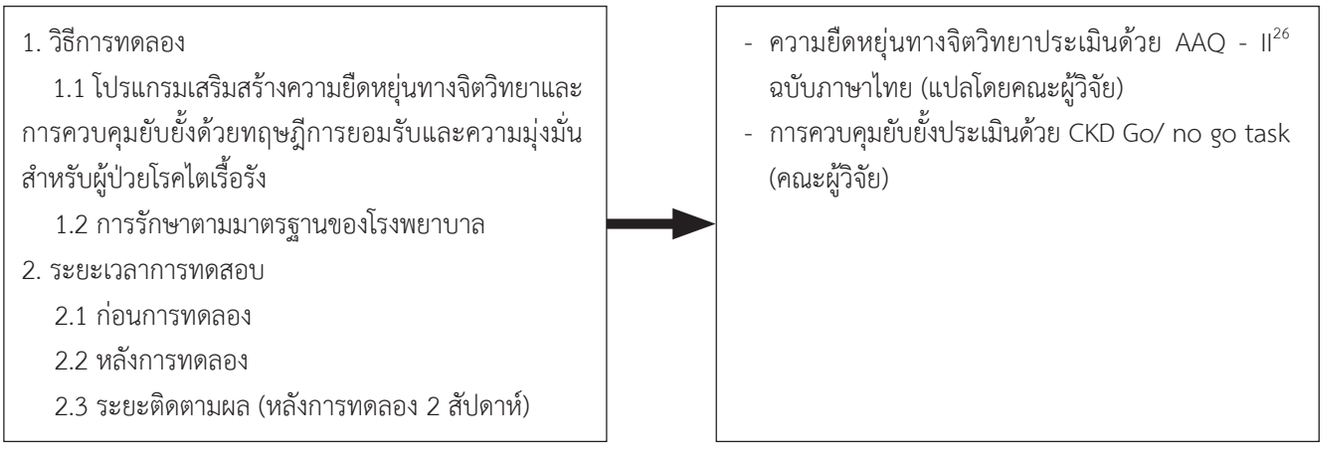
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง และในระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและติดตามอาการตามนัด ณ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ที่มีอายุ 30 - 65 ปี สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ไม่พบภาวะผิดปกติทางจิต ไม่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power Version 3.1.9.7 ค่า Partial η^2 = 0.07, Effect size (f) เท่ากับ 0.2743516 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ .05, Power (1- β err prob) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 24 คน และสุ่มจับคู่คะแนนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ 3 กลุ่มคลินิกวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รหัสโครงการวิจัย G-HS134/2567 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Acceptance and commitment program for chronic kidney disease: Program ACT - CKD) ที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยบูรณาการ ACT ควบคู่กับการให้ความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านประสาทวิทยา อายุรกรรมโรคไตและจิตวิทยา จำนวน 5 ท่าน พบว่าโปรแกรม ACT - CKD มีความเหมาะสมทั้งด้านวัตถุประสงค์ เนื้อหา และวิธีการดำเนินการ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉมัน จังหวัดจันทบุรี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมของกิจกรรม เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปทดลองจริง ผลสรุปได้โปรแกรม ฯ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 รู้จักกัน รู้จักไต และความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้และความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา

ครั้งที่ 2 ค้นหาทิศทางและการควบคุมยับยั้งเพื่อค้นหาคุณค่า กำหนดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่า และฝึกทักษะการควบคุมยับยั้ง ด้วยกิจกรรมการจดจ่ออยู่กับลมหายใจ “หายใจ...ให้ใจฟู” และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยับยั้ง

ครั้งที่ 3 ชะลอไตได้ ด้วยใจยอมรับ เพื่อฝึกทักษะการยอมรับต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะภาวะโรคไตเรื้อรัง ด้วยกิจกรรมการรับรู้ร่างกายผ่าน Body scan และกิจกรรม “อสุรกายโรคไต”

ครั้งที่ 4 พิจารณาคิด พิชิตใจ เพื่อฝึกทักษะการแยกความคิด ลดช่องว่างของภาษากับความหมาย ด้วยกิจกรรม “ใบไม้ในสายธาร”

ครั้งที่ 5 สติตั้ง ยั้งไต ใจยืดหยุ่น เพื่อฝึกทักษะการอยู่กับปัจจุบัน ด้วยกิจกรรมการรับประทานอย่างมีสติ

ครั้งที่ 6 เปิดใจรับ การเปลี่ยนแปลง เพื่อฝึกทักษะการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ลดการยึดมั่นตัวตน ด้วยกิจกรรม “เปิดใจรับ การเปลี่ยนแปลง”

ครั้งที่ 7 ทิศทางชีวิต ดำเนินสุข เพื่อระบุคุณค่าและตั้งเป้าหมายอย่างแท้จริง รวมถึงการจัดการอุปสรรคภายในและภายนอก ด้วยกิจกรรม “ค่านิยม นำชีวิต”

ครั้งที่ 8 ยินดีรับ ความมุ่งมั่น เพื่อบูรณาการกระบวนการของ ACT ในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง ด้วยกิจกรรม “ยินดีรับความมุ่งมั่น”

2. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Acceptance and Action Questionnaire-II: AAQ-II)[23] เป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริง และ 7 หมายถึง จริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาต่ำ ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาสูง โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยจาก บอนด์และคณะ[23]

3. แบบทดสอบ CKD Go/ no go task ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากโปรแกรม E-prime version 3.0 โดยปรับปรุงจากแบบทดสอบ Go/ no go folk handicraft[24] ประกอบด้วยสิ่งเร้า จำนวน 250 trials (สัดส่วน Go: No go เท่ากับ 80:20) ระยะเวลาปรากฏหน้าจอคอมพิวเตอร์ 500 ms ระยะห่างระหว่างสิ่งเร้า (Fixation) 1,000 ms แปลผลคะแนนพิจารณาจากความผิดพลาดในการตอบสนองต่อ No go หรือ Commission error และระยะเวลาการตอบสนอง (RT) ต่อเงื่อนไขการตอบสนองที่เหมาะสม (Go)

4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา โดยแนวคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อคำถามของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายในการชะลอไตเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (ชุดเดิม) ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น คุณค่าและเป้าหมายของท่านคืออะไร ท่านบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ อย่างไร ขอให้ท่านลองยกตัวอย่างพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated - measure analysis of variance: One between subject variable and within - subject variable) เมื่อพบความแตกต่าง ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีการแบบบอนเฟอโรนี (Bonferroni method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.90 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 58.50 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.30) และเพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 41.70) ด้านโรคประจำตัวอื่น ๆ พบว่ากลุ่มทดลองเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 91.70) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.70) ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 100) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.70) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา ระหว่างวิธีการทดลอง (Groups) กับระยะเวลาการทดลอง (Interval)

Measure	Source of variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Psychological	**Between subjects**						
Flexibility (PF)	Groups	174.22	1	174.22	1.19	.29	.05
	Error	3223.56	22	146.53			
	Within subjects						
	Interval	606.86	2	303.43	20.16*	.00	.48
	Interval * Group	158.86	2	79.43	5.28*	.009	.19
	Error (Interval)	662.28	44	15.05			

**Significant Level at 0.05; PF แทน ความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา

จากตารางที่ 1 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง โดยระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ย PF อย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่วิธีการทดลองที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ย PF

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Variables	Groups	Inhibitory control			F	P-value	η^2	Pairwise comparison
		Pretest	Posttest	Follow-up				
Go RT	**Experiment group**	721.03	595.02	577.12	2.43	0.15	0.18	n/s
	Control group	516.23	489.40	471.22	6.87*	0.02	0.38	Posttest < Pretest Follow-up < Pretest
	F	2.64	6.59*	5.53*				
	P-value	0.12	0.02	0.03				
	η^2	0.11	0.23	0.20				
	Pairwise comparison	n/s	Exp. group > Con. group			Exp. group > Con. group		
% Com ER	**Experiment group**	12.17	10.33	5.33	2.51	0.10	0.19	n/s
	Control group	26.67	21.67	18.83	0.69	0.51	0.06	n/s
	F	4.67*	5.00*	5.52*				
	P-value	0.03	0.04	0.01				
	η^2	0.11	0.19	0.24				
	Pairwise comparison	**Exp. group < Con. group**	**Exp. group < Con. group**	**Exp. group < Con. group**				

Significant Level at 0.05; n/s: No significance

1) Go RT แทน ระยะเวลาตอบสนองต่อ Go 2) % Com ER แทน คะแนนเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดในการตอบสนอง

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคะแนน Go RT พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผล น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนน % Com ER หลังการทดลองและระยะติดตามผล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ACT - CKD โดยสรุปผลการสัมภาษณ์ได้ดังนี้

1. คุณค่าที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือก คือด้านสุขภาพ ดังเช่น นายชาย (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ลุงจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง จะได้อยู่กับลูกนาน ๆ"* นางดาว (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ป้าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตใจที่ดี"* เป็นต้น

2. กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับคุณค่า ด้านสุขภาพ คือ การชะลอไตเสื่อม โดยสามารถปฏิบัติตามแผนในการชะลอไตเสื่อมตามเป้าหมายระยะสั้นที่ตั้งไว้ คือ "ค่าไตไม่ลดลง ได้ภายใน 3 เดือน" ดังเช่น นายชาติ (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ฝึกสติโดยการสแกนร่างกายตอน 7 โมงเช้า และใช้การกินอย่างมีสติช่วยในการควบคุมอาหาร ลดการปรุง ออกกำลังกายโดยการเดิน กินยาตามแผนการรักษาและพบแพทย์ตามนัด"*

3. กลุ่มทดลองมีผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยสรุปได้ดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวิธีการฝึกสติและการออกกำลังกายตามบริบทที่เหมาะสม เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การยืดตัว อย่างน้อยวันละ 20 - 30 นาที ควบคุมอาหาร โดยเน้นการรับประทานไข่ขาวและเนื้อสัตว์ที่มีคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปและหมักดอง ควบคุมของหวานและเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ เบียร์ น้ำอัดลม และน้ำหวาน รวมถึงดื่มน้ำเปล่า ประมาณ 2 - 3 ลิตรต่อวัน

4. อุปสรรคและวิธีการจัดการกับอุปสรรค โดยแบ่งเป็นอุปสรรคภายใน เช่น ความเครียด กังวล และอุปสรรคภายนอก เช่น รูปแบบการใช้ชีวิต ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ใช้วิธีการฝึกสติที่ได้จากการเรียนรู้จากโปรแกรมฯ เป็นวิธีการจัดการกับอุปสรรค โดยผลการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับจากการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

ด้านจิตใจ พบว่า ความเครียดลดลง สภาพจิตใจดีขึ้น และเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตามเป้าหมายมากขึ้น ด้านร่างกายและสุขภาพ พบว่า นอนหลับดีขึ้น อาการปวด อาการบวมลดลง อาการเฉพาะลดลง เช่น ไม่มีอาการปากแห้ง คอแห้ง ไม่เหนื่อยง่าย การปัสสาวะและการขับถ่ายดีขึ้น น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยนางอ้าย (นามสมมุติ) อายุ 56 ปี กล่าวว่า *"ค่าน้ำตาลสะสมของป้าลดลง จาก 14% เหลือ 7%"* ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมการยับยั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานและยึดมั่นในแผนการรักษา

การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Psychological flexibility: PF) หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก โปรแกรม ACT - CKD ได้บูรณาการขึ้นตามกระบวนการของ ACT โดยได้ฝึกทักษะการค้นหาคุณค่าอย่างแท้จริง ฝึกทักษะการยอมรับผ่านกิจกรรม "อสุรกายโรคไต" แทนการขจัดประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[14] ฝึกทักษะการพิจารณาความคิดผ่านกิจกรรม "ใบไม้ในสายธาร" ฝึกทักษะการอยู่กับปัจจุบัน เช่น การเพ่งความสนใจที่ลมหายใจ การเดินอย่างมีสติ และการชิมคุ๊กกี้ไข่ขาวอย่างมีสติ การรับรู้ร่างกายผ่าน Body scan และกิจกรรมหายใจให้ใจฟู ซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา[3, 8] เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่าที่แท้จริงและเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง[25] ซึ่งทำให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง[26] ส่งผลให้คะแนน PF เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผล[27,28] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม ACT - CKD สามารถเพิ่ม PF ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

2. กลุ่มทดลองมี PF สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของ PF อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผลแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของ PF ในกลุ่มทดลอง ขณะเดียวกันพบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนน PF เพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ยังคงต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาที่สั้นทำให้ยังไม่พบผลการเปลี่ยนแปลงทางสถิติ และกลุ่มควบคุมเองยังได้รับการรักษาตามปกติและได้รับคำปรึกษาทางด้านจิตใจของ

โรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความเครียดได้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. กลุ่มทดลองมีการควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control: IC) สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพิจารณาจากคะแนน % Com ER ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และคะแนน Go RT ที่น้อยลงหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหุนหันพลันแล่นลดลง[29] ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองมีการปรับปรุงคุณภาพการประมวลผล คิดก่อนตอบ และมีความสนใจจดจ่อ (Attention) ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ตอบได้เร็วและแม่นยำขึ้น[30]

4. กลุ่มทดลองมี IC หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า มีคะแนน % Com ER ลดลงอย่างต่อเนื่องที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ดีขึ้น ซึ่งข้อจำกัดอาจเกิดจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เล็กและความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรคประจำตัวอื่น ๆ รวมถึงภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจขณะที่ทำการทดสอบ อีกทั้งควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลให้นานขึ้น เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าน้ำตาลสะสม และอาจเพิ่มการฝึกหรือฝึกที่บ้าน เพื่อลดการเลือนหายของทักษะ

นอกจากนี้การทดสอบด้วย CKD Go/ no go task ซึ่งเป็นการทดสอบเชิงพฤติกรรม (Performance) อาจให้ผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกับแบบประเมินตนเอง (Self - report)[22] อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่า PF มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญกับ IC31 จึงสรุปได้ว่า โปรแกรม ACT - CKD สามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรม ACT - CKD ไปใช้เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่น และควรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย

2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไปบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ เช่น คลินิกโรคไต คลินิกเบาหวาน หน่วยฟื้นฟูสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นกิจกรรมบำบัดจิตควบคู่กับการรักษาทางกาย เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และลดความเครียดระหว่างการรักษา

3. ควรพัฒนาโปรแกรมฯ ให้เข้าถึงง่ายผ่านระบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันฝึกจิตใจ หรือแพลตฟอร์มการฝึก ACT ออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกต่อเนื่องได้จากที่บ้าน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลร่างกายและสุขภาพจิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแบบทดสอบ CKD Go/ no go task โดยเลือกใช้ภาพถ่ายอาหารและพฤติกรรมจริงที่คุ้นเคยในชุมชน เพื่อเพิ่มความตรงตามสภาพจริงและมีความชัดเจน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นกลไกการยั้งคิดและสะท้อนพฤติกรรมการตัดสินใจในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยได้ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ควรดำเนินการร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองขณะทำกิจกรรม (Event-related potential: ERP) เพื่อเชื่อมโยงผลทางจิตวิทยากับหลักฐานทางประสาทวิทยา

2. ควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินของโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

3. ตรวจสอบผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) เป็นต้น

References

1. Thanakitcharu P. Hemodialysis and nursing care. Bangkok: Bangkok Vejasan Publishing; 2024. (in Thai)
2. Department of Disease Control (Thailand). Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease [report]. Thailand: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)

3. Wilson A, Carswell C, McKeaveney C, Atkinson K, Burton S, McVeigh C, et al. Examining the acceptability and feasibility of the Compassionate Mindful Resilience (CMR) programme in adults living with chronic kidney disease: the COSMIC study findings. BioMed Central Nephrology. 2024;25(1):1-12.
4. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2008;3(6):1620-7.
5. Kashdan TB, & Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical Psychology Review. 2010;30(7):865-78.
6. Sadeghi AH, Ghodrati-Torbati A, & Ahmadi SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain control and adherence to treatment in dialysis patients. Journal of Research & Health. 2023;13(5): 381-8.
7. Hazavei F, & Robatmeili S. The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and behavioral inhibition of adolescents with social anxiety disorder. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(6):18-29.
8. Ismoyowati TW. Pengaruh acceptance and commitment therapy terhadap perubahan kecemasan dan self-efficacy pada pasien dengan hemodialisa di RS Sint Carolus Jakarta. Jurnal Kesehatan. 2018;5(2)44–58.
9. Diéguez S, García-Llana H, Lobato D, Marín MT, Arenas MD, Dapena F, et al. Acceptance and commitment therapy for depression in chronic kidney patients: a pilot study. Frontiers in Psychology. 2025;16(1)1-10.
10. Facon-Barillot Q, Romo L, de Dios LG, & Morvan Y. Psychological flexibility and psychological distress among students: a temporal network approach. Journal of Contextual Behavioral Science. 2025;38(1):1-12.
11. Haenjohn J. Cognitive psychology. 3rd ed. Bangkok: Grand Point; 2021. (in Thai)
12. Salehinejad MA, Nejati V, & Derakhshan M. Neural correlates of trait resiliency: evidence from electrical stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex (dLPFC) and orbitofrontal cortex (OFC). Personality and Individual Differences. 2017;106(1):209-16
13. Sanitpol W, Jaratham N, & Prayong C. Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease Control Behaviors among Chronic Kidney Disease with stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital. Lanna Public Health Journal. 2017;13(2):48-63.
14. Dindo L, Van Liew JR, & Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. Neurotherapeutics. 2017;14(3):546-53.
15. Haenjohn J. Acceptance and commitment therapy (ACT): Chonburi, Get Good Creation; 2014. (in Thai)
16. Spatola CA, Rapelli G, Giusti EM, Cattivelli R, Goodwin CL, Pietrabissa G, et al. Effects of a brief intervention based on acceptance and commitment therapy versus usual care for cardiac rehabilitation patients with coronary heart disease (ACTonHEART): a randomised controlled trial. The British Medical Journal open. 2024;14(6):1-11.
17. Ardiansyah F, Shinta S, & Amita D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for patients with chronic renal failure. Malahayati International Journal of Nursing and Health Science. 2021; 26;4(1):51-6.
18. Iida H, Fujimoto S, Wakita T, Yanagi M, Suzuki T, Koitabashi K, et al. Psychological flexibility and depression in advanced CKD and dialysis. Kidney medicine. 2020;2(6):684-91.

19. Punpoem N, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Delay dementia in the elderly: a working memory training program based on acceptance and commitment therapy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):428-37. (in Thai)
20. Järvelä-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Muotka J, Lindroos S, Laitinen J, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2018;15(1):1-14.
21. Rattanatamtong A, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Development of online acceptance and commitment program to enhance inhibitory control on cyberbullying in adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;24(1):80-90. (in Thai)
22. Haenjohn J, Supwirapakorn W, & Namyen J. Integrative cognitive neuropsychological program emphasizing brain response to enhance inhibitory control among substance abusers at the alternative rehabilitation communities in Eastern Thailand. Frontiers in Psychiatry. 2025;16(1):1-18.
23. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011;42(4): 676-88.
24. Haenjohn J, Sapwirapakorn W, Noimanop K, & Chulvanitphong T. Outstanding basketry wisdom for integrated knowledge development: a study in the Eastern Economic Corridor area [research report]. Chonburi: Burapha University; 2023. (in Thai)
25. Elander J, Kapadi R, Coyne E, Taal MW, Selby NM, Stalker C, et al. Using patient feedback to adapt intervention materials based on acceptance and commitment therapy for people receiving renal dialysis. BioMed Central Urology. 2021;21(1):1-11.
26. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, & Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: a systematic review. Heliyon. 2023;9(3):1-12.
27. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy. 2014;61(10):105-21.
28. A-Tjak J, & De Groot F. Acceptatie. In: A-Tjak J, De Groot F, editors. Acceptance & commitment therapy: theorie en praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015. p. 19-25.
29. Leblanc-Sirois Y, Braun CM, & Elie-Fortier J. Reaction time of erroneous responses in the Go/No-go paradigm. Experimental Psychology. 2018;65(5): 314–21.
30. Heitz RP. The speed-accuracy tradeoff: history, physiology, methodology, and behavior. Frontiers in Neuroscience. 2014;8(1):1-19.
31. Afek A, Ben-Avraham R, Davidov A, Berezin Cohen N, Ben Yehuda A, Gilboa Y, et al. Psychological resilience, mental health, and inhibitory control among youth and young adults under stress. Frontiers in Psychiatry. 2021;11(1):1-12.