



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อิงหลักการเจริญสติ

อรวรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.¹

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, พร.ด.²

รศ.สุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอิงหลักการเจริญสติ

วัสดุวิธีการ มี 2 ขั้นตอน คือ ฝึกทักษะบุคลากรวิชาชีพทักษะการฝึกสติเพื่อเตรียมเป็นผู้นำกลุ่ม (ครู ก.) และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอิงหลักสติ ทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ ณ โรงพยาบาลสวนปรุงและศรีธัญญา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกันยายน ๒๕๕๖ เครื่องมือคือ แบบประเมินสติ ภาวะการดูแล สุขภาวะความทุกข์ทางใจ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายใน 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มด้วย unpaired t test และสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มทดลองด้านความพึงพอใจและประโยชน์

ผล มีบุคลากร 16 คน เข้าอบรมการเจริญสติ และฝึกทักษะครู ก. ด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอิงหลักการเจริญสติ ประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม 6 ครั้งๆ ละประมาณ 90 นาที จำนวน 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 ครึ่งวัน ดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์ มีครู ก. จำนวน 10 คน ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแลในลักษณะกลุ่มบำบัดแบบปิด 5 กลุ่ม รวม 17 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลการประเมินคะแนนระดับสติ ความผาสุก ภาวะของการดูแลก่อนหลังระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มทดลองมีความพอใจมากและได้ใช้ประโยชน์จริงในชีวิตประจำวัน

สรุป มีบุคลากรมีทักษะเป็นครู ก. จำนวน 10 คน นำรูปแบบการดูแลที่ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ถ่ายทอดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เมื่อติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ามีแนวโน้มของภาวะการดูแลลดลง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งควรติดตามผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : การดูแล สติ สมองเสื่อม

¹ โรงพยาบาลศรีธัญญา

² ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: osilpakit@hotmail.com



Mindfulness-based care for dementia

Orawan Silpakit, M.D.¹

Chatchawan Silpakit, Ph.D.²

Rossukon Chomchuen, M.A.¹

Abstract

Objective To train medical staff and develop a mindfulness-based care for dementia care taker (MBCD)

Materials and methods This research composed of 2 steps. First, medical staff were enhanced mindfulness capacity in daily life and trained to be therapists for MBCD. Second MBCD was developed in June 2013 to be the intervention program. Subjects were care takers of dementia patients attended Srithanya and Suanprung hospitals between June to September 2013. Control cases were specific selected. Instruments were the sati assessment scale, the spiritual wellbeing and a burden of care. The differences of mean scores of these scale prior to the study and 4 weeks after the program between 2 groups were analyzed. Satisfaction and benefit of the program were assessed by interview.

Results There were 16 staff completed training to be therapists by observing, practicing and discussion. The MBCD composed five 90-minute-sessions and a half day which held within 2 weeks. There were 10 trainee staff to run the intervention. There were 5 close groups consisting 17 cases in the study group and 15 cases in the control group. The differences of mean scores of sati, spiritual well being and burden of care were not significant between 2 groups. From interview, care takers revealed highly satisfied with the program and its benefit in daily life.

Conclusion There were 16 staff completed the training course and 10 were able to run the course and applied the MBCD. The MBCD was consisted of five 90-minute-sessions and a half day. Care takers were highly satisfied with the program. Scores of burden of care tended to decrease, however, long term study should be continued.

Key words : care, dementia, mindfulness

¹ Srithanya Hospital, Department of Mental Health,

² Contemplative education center Mahidol University.

Contact address: osilpakit@hotmail.com

บทนำ

ในปีค.ศ. 1992 Kabat-Zinn¹ ประยุกต์การเจริญสติเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังด้วยการฝึกสติที่เรียกว่า mindfulness-based stress reduction (MBSR) เป็นครั้งแรกในวงการแพทย์ นำไปสู่การประยุกต์รูปแบบอื่นๆ เช่น mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), dialectical behavior therapy (DBT) และ acceptance and commitment therapy (ACT) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของทุกวัย เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติดหรือกลุ่มโรคเช่น การรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ²⁻⁵ Baer ได้ทบทวนเกี่ยวกับการเพาะบ่มให้มีสติตามแนวพุทธศาสนาด้วยการภาวนาหรือการเจริญสติสามารถลดความทุกข์นำไปสู่ การตื่นรู้ (insight) และปัญญา (wisdom) โดยหลักการภาวนาหรือการเจริญสตินั้นสามารถฝึกฝนได้โดยอิสระจากระบบความเชื่อทางศาสนา⁶

โปรแกรม MBSR หรือ MBCT มีระยะเวลาฝึกฝนต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ โดยที่ผู้ให้การบำบัดจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และทักษะในการถ่ายทอดการฝึกสติ โดยจะเน้นการฝึกสติในรูปแบบ เช่น สังเกตร่างกาย ปฏิบัติโยคะ การนั่งสมาธิ หัวใจสำคัญของ MBSR คือความร่วมมือของผู้ฝึกต้องมีความเอาใจใส่ในการฝึกปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำสม่ำเสมอ ส่วน DBT⁷ จะเน้นในรูปแบบน้อยกว่าเหมาะสำหรับกลุ่มคนที่มีความยากลำบากในการฝึกแบบรูปแบบ เช่น กลุ่มปัญหาบุคลิกภาพแปรปรวน

ในผู้สูงอายุมีรายงานการฝึกสติในรูปแบบ MBCT พบว่าในมิติการยอมรับโดยไม่มีการตัดสินกับการกระทำด้วยการรู้สึกตัวสัมพันธ์กับการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁸ ส่วนการศึกษาในบุคลากร

ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล พบว่าผู้ดูแลมีมุมมองในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน⁹ ในประเทศไทยมีรายงานผลการบำบัดด้วยการรู้คิดในภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยสูงอายุ¹⁰ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยที่รูปแบบการฝึกสติเป็นการกำหนดพองยุบในขณะหายใจ และกำหนดการเดิน ซึ่งจดจ่อกับการเคลื่อนไหวของร่างกายและไม่เน้นการฝึกเจริญสติในชีวิตประจำวัน ปัจจุบันไม่พบการประยุกต์การฝึกสติในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ดูแลสมองเสื่อม ซึ่งต่อไปโรคสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทย¹¹ มีรายงานผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณหนึ่งในสามจะมีปัญหาซึมเศร้า และร้อยละ 5-10 จะป่วยโรควิตกกังวล สมาชิกครอบครัวมักจะได้รับการสอนให้ลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย¹² ดังนั้นผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรการฝึกสติสำหรับทีมบุคลากรสุขภาพจิตเพื่อเป็นวิทยากรในการถ่ายทอด (ครู ก.) และพัฒนาหลักสูตรที่บูรณาการการฝึกสติและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลสมองเสื่อม โดยให้ครู ก. เป็นวิทยากรในการฝึกอบรมผู้ดูแลสมองเสื่อม

วัสดุวิธีการ

เป็นการศึกษาทดลองซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลศรีธัญญา และสวนปรุง วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ และวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ตามลำดับ โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ การพัฒนาบุคลากรวิชาชีพ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอิงหลักเจริญสติและการทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประเมินผลก่อนการทดลองและติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ขั้นตอนการพัฒนาวิทยากร

แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะแรกเป็นการฝึกอบรมวิชาการวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีธัญญาและสวนปรุงที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มสุขภาพหรือ จัดบำบัดแบบประคับประคองจำนวน 16 คน ให้มีประสบการณ์การเจริญสติในชีวิตประจำวันด้วยการฝึกอบรมเบื้องต้นกับผู้วิจัย (CS) และฝึกอบรมเข้มข้นกับวิทยากรด้านวิปัสสนา อาจารย์อมราสาขาร ระหว่างวันที่ ๑๓-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๕, ๒๒-๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ และ ๑๓-๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๖

ระยะฝึกทักษะให้เป็นวิทยากรนำกลุ่มหรือ ครู ก. เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สอนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม โดยในขั้นตอนแรกให้เป็นผู้สังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม บุคลากรทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยและผู้นำกลุ่มตามลำดับโดยมีผู้วิจัยสังเกตการณ์ โรงพยาบาลสวนปรุงดำเนินการระหว่างวันที่ ๑๘-๑๙ เมษายน ๒๕๕๖ และโรงพยาบาลศรีธัญญาดำเนินการระหว่างวันที่ ๒๔ เมษายน-๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖ หลังกิจกรรมกลุ่มจะมีการสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างผู้วิจัยและบุคลากรเพื่อสรุปบทเรียนและทักษะที่จำเป็น

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้วิจัยนำหลักพระพุทธศาสนา คือ การระลึกอารมณ์ การรับรู้โดยไม่แทรกแซง และการพัฒนาให้สติเกิดขึ้นบ่อยๆ ในชีวิตประจำวัน^๖ บูรณาการร่วมกับการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ออกแบบกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้งๆ ละไม่น้อยกว่า

1 ชั่วโมงไม่เกิน 90 นาที เบื้องต้นทดสอบในเจ้าหน้าที่ระดับผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยของโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่ระดับผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 5 คน ดำเนินการระหว่าง ๑๘-๑๙ เมษายน และ ๒๔ เมษายน-๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖ ตามลำดับ หลังจากนั้นปรับปรุงเนื้อหาสามครั้ง จึงนำไปใช้ในการถ่ายทอดผู้ดูแล

การทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลสวนปรุงที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามกำหนด พูดและฟังภาษาไทยได้ กลุ่มควบคุมคือ ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกโดยได้รับการรักษาตามปกติ คือให้ยารักษาตามอาการ และให้คำแนะนำต่างๆ ไปตามปกติ คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยผู้ช่วยวิจัยโดยพิจารณา อายุและสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้เคียงกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลสวนปรุงดำเนินการระหว่าง ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๖-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ โรงพยาบาลศรีธัญญาระหว่าง ๑๔ พฤษภาคม-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ ผู้ดูแลทุกคนไม่เคยฝึกการเจริญสติตามแนวที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือ

แบบประเมินสติ ฉบับศรีธัญญา¹³ จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 1-5 ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การตระหนักรู้คือข้อ 1-6 และข้อ 10 การ

ยอมรับคือข้อ 7-9 และความก้าวหน้า คือข้อ 11-14 คิดคะแนนรวมแต่ละมิติในทิศทางคะแนนเดียวกัน การแปลผลคะแนนรวมสูงในมิติความก้าวหน้าและ ตระหนักรู้ คะแนนรวมต่ำในมิติการยอมรับ คือมีสติดี

แบบประเมินสุขภาวะความสุขทางใจ (ความผาสุก)¹⁴ เป็นแบบประเมินค่า 1-4 (ไม่เคยเลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด) จำนวน 15 ข้อ (ตัดข้อ 16 คือความคาดหวังในชีวิต) การแปลผลคือ คะแนนรวมสูงมีความสุขมาก

แบบประเมินภาระการดูแล คัดข้อคำถาม โดยความเห็นผู้วิจัย จากแบบประเมิน Zarit Care Giver Burden Interview¹⁵ จำนวน 10 ข้อเป็นแบบ ประเมินค่าระหว่าง 1-4 (ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง และมาก) ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ 1. ต้องช่วยเหลือ ผู้ป่วยในกิจวัตรโดยรวม มีประสบการณ์ดังต่อไปนี้ 2. รู้สึกผิด 3. รู้สึกเบื่อ 4. รู้สึกเครียด 5. มีผลกระทบ ต่องานหน้าที่ทางลบ 6. ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง 7. มีผลกระทบทางลบด้านการเงิน 8. ไม่มีเวลาพอ สำหรับครอบครัว 9. กังวลสำหรับอนาคตตัวเอง และ 10. โดยรวมรู้สึกผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล คะแนนมากแปลผลคือ รู้สึกว่ามีภาระมาก

แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) ฉบับ ย่อ 16 ข้อ¹⁶ เป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 1-5 ซึ่ง ถูกรวบรวมจากผู้ดูแลเกี่ยวกับสติปัญญา และความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กับปัจจุบันของผู้ป่วย สมองเสื่อม จุดตัดคะแนน 3.25 น่าจะมีปัญหาความ จำ¹⁷ ส่วน Jorm ได้ทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลจากนานาชาติ ในชุมชนจุดตัดคะแนนคือ 3.44 ในการศึกษา ครั้งนี้ใช้ IQCODE เพื่อประเมินระดับความสามารถ ของผู้ป่วยในมุมมองของผู้ดูแล

ประเมินผลการทดลอง

ประเมินจากคะแนนเฉลี่ยของภาระการ ดูแล สุขภาวะความสุขทางใจ ระดับสติก่อนการศึกษา และติดตามผล 4 สัปดาห์ และจากการสัมภาษณ์ รายบุคคล ในสามประเด็น ความพึงพอใจใน หลักสูตร การดูแลจิตใจของตนเอง และการจัดการ กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ เปรียบเทียบอายุเฉลี่ย คะแนน IQCODE ความ แตกต่างของคะแนนภาระการดูแล สุขภาวะความสุข ทางใจ (ความผาสุก) ระดับสติ ด้วย unpaired t-test เปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลด้วย Chi square

ผล

การพัฒนาวิทยากร

- ขั้นตอนฝึกทักษะการเจริญสติในชีวิต ประจำวัน

มีบุคลากรจำนวน 16 คน เป็นพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 11 คน ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการอย่างละ 1 คน เข้าร่วมการอบรมเบื้องต้นโดยผู้วิจัย (CS) ซึ่งเป็ นการบรรยาย สันทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซักถาม และฝึกปฏิบัติ ในหัวข้อ สติเกิดบ่อยได้ อย่างไร สัมผัสดีต่างจากสามัญสติอย่างไร โดยเน้น ให้ฝึกในกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ตีมน้ำ ส่วนหลักสูตรเข้มข้นวิปัสสนาจารย์จะบรรยาย และฝึกปฏิบัติในรูปแบบ เช่น การเดินทางไกล และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เชื่อมโยงกับหลักพระพุทธ ศาสนาคือไตรลักษณ์ และอริยมรรค

- ขั้นตอนฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด

ก. ขั้นสังเกตการณ์

แบ่งเป็นการสาธิต มีบุคลากรเข้าร่วมฝึกอบรมจำนวนรวม 15 คน โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในกิจกรรมที่ 1, 2 และ 6 เน้นการเดินทางไกลและการสรุปบทเรียน บุคลากรทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ใน 3 กิจกรรมแรกและกิจกรรมที่ 6 บางส่วน และเป็นผู้ช่วยกลุ่มในกิจกรรมที่ 4, 5 ซึ่งรายละเอียดกิจกรรมกล่าวในหัวข้อการพัฒนาารูปแบบฯ

ผลการแลกเปลี่ยนหลังการฝึกสาธิต มีผู้เข้าอบรม 13/15 คนเห็นว่ากรอบอบรมเป็นไปตามที่คาดหวัง แต่มี 2 คนเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมต่างจากที่คาดหวังไว้ ทุกคนมีความเข้าใจในแนวคิดของการฝึกสติในชีวิตประจำวัน สามารถนำทักษะที่ได้มาฝึกฝนในชีวิตประจำวันก่อนที่จะไปสอนผู้ดูแลต้องการให้มีเอกสารหนังสือหรือคู่มือเพื่อนำไปใช้ในการถ่ายทอด และต้องการมีฝึกทักษะต่อเนื่องโดยผู้วิจัย และต้องการให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างครู ก. ในขณะดำเนินกลุ่มกิจกรรม

ข. ขั้นฝึกทักษะเป็นผู้นำกลุ่ม

บุคลากรจำนวน 10 คน ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในกลุ่มทดลองจริง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์และสนับสนุนเป็นครั้งคราว

หลังการนำกลุ่มมีการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ครู ก. ตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ต้องเตรียมตัวทบทวนกิจกรรมเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่จัดไว้แต่ละครั้ง นอกจากนี้ต้องฝึกฝนในชีวิตจริง คู่มือที่เตรียมไว้เป็นเพียงส่วนประกอบเพื่อความมั่นใจแต่ระหว่างการเข้ากลุ่มนั้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับคู่มือ

การพัฒนาารูปแบบ

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อสาธิตให้ครู ก. ในเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ประจำหอผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 5 คน ดำเนินการบำบัดครบกิจกรรมโดยมีบุคลากรของโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการป้องกันการเสพสุราซ้ำด้วยหลักการเจริญสติ สังเกตการณ์ และแลกเปลี่ยนสนทนา เพื่อปรับปรุงหลักสูตร จากนั้นได้ร่างเป็นคู่มือสำหรับผู้นำกลุ่มฝึกสติในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยมีแนวคิดของกิจกรรมจำนวน 6 ครั้งๆละประมาณ 60-90 นาที ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กติกาการเข้ากลุ่ม การชี้แจงกิจกรรมที่จะให้สมาชิกร่วมมือในขณะเข้ากลุ่มและการบ้านที่จะมอบหมายให้ทำ ประเมินภาระการดูแล ระดับสติ ความผูกพันเบื้องต้น เพื่อสร้างความเข้าใจเรียนรู้สัมผัสมาดีกับสามัญสติเบื้องต้น

2. ความรู้เรื่องสติ ทำอย่างไรสติจะเกิดบ่อยในชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดการตื่นรู้เป็นศักยภาพที่มีอยู่ในธรรมชาติ สามารถพัฒนาจากการรู้สึกตัวมีสติสัมปชัญญะ ชมภาพยนตร์สั้นเรียนรู้อารมณ์ความคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3. เรียนรู้ทันใจจากดนตรี กิจกรรมการดูแลในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สังเกตธรรมชาติของใจที่มีหน้าที่คิด นึก ไม่สามารถห้ามได้ แต่ให้เรียนรู้และจดจำอาการที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นเหตุให้สติเกิดเป็นขณะๆ

4. ธรรมชาติของจิต ไตรลักษณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล ให้สมาชิกรู้พฤติกรรมจิต ขณะอยู่กับผู้ป่วยสมองเสื่อม เรียนรู้ประโยชน์ของการฝึกฝนสติสม่ำเสมอในรูปแบบและไม่มีรูปแบบ

5. การฝึกกายและจิตในบทบาทสมมุติ ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม วิธีการจัดการปัญหาที่พบบ่อยๆ เพื่อให้มีสติ เลือกรูปแบบปฏิบัติและการพูดอย่างที่เป็น

6. เรียนรู้สติในรูปแบบการเดินทางไกล สรุบทเรียนทั้งหมด (เฉพาะครั้งนี้ใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง) ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น

การทดลองฝึกอบรมในผู้ดูแลสมองเสื่อม การสอนผู้ดูแล เป็นกลุ่มปิด ดำเนินกิจกรรมในลักษณะ สันทนาการ ฝึกปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดำเนินการทั้งหมด 5 กลุ่ม โดยดำเนินการ ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา 3 กลุ่ม อีก 2 กลุ่มดำเนินการที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยครู ก. เป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด อาสาสมัครที่เข้ากลุ่มทดลองครบมี 17 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ดูแล โดยที่ข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญดังตารางที่ 1

กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ โดยมีการประเมินคะแนนสติ ความผาสุก ภาวะการดูแลก่อนเข้าการศึกษา และติดตามผลหลังจากเข้ากลุ่ม 4 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสติ ความผาสุก ภาวะ

การดูแล ก่อนหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

เครื่องมือการประเมินภาวะการดูแลจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติดังนี้ ด้านผลกระทบ 5 ข้อ 1. ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรโดยรวม 2. มีผลกระทบทางลบต่องานหน้าที่ 3. ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง 4. มีผลกระทบทางลบด้านการเงิน 5. ไม่มีเวลาพอสำหรับครอบครัว มีค่าความสอดคล้อง ภายใน Conbrach's alpha = 0.88 มิติด้านความรู้สึกคือ 1. รู้สึกผิด 2. รู้สึกเบื่อ 3. รู้สึกเครียด 4. กังวลสำหรับอนาคตตัวเอง และ 5. โดยรวมรู้สึกผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล มีค่าความสอดคล้องภายใน Conbrach's alpha = 0.80 ทั้งฉบับ 0.91 การประเมินภาวะการดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ผลการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เข้าอบรมจำนวน 10 คน มีความพึงพอใจในระดับมาก เพราะรู้ทันอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นขณะๆ ในชีวิตประจำวัน และภาวะการดูแลไม่ได้ลดลง ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยถึงแก่กรรม 2 คน ด้วยโรคมะเร็ง และติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มควบคุม (n=15)	กลุ่มทดลอง (n=17)	p
เพศ			-
ชาย:หญิง (จำนวน)	6:9	3:14	
อายุเฉลี่ย (SD) = 46.7(8.6)	46.0(9.7)	47.3(8.0)	0.68
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล			-
พ่อ/แม่	10	12	
คู่สมรส	2	1	
ญาติ	2	1	
อื่นๆ	1	3	
ระยะเวลาในการดูแล วัน/สัปดาห์			0.84
1-4	4	4	
≥5	11	13	
คะแนน IQCODE 16 ข้อ			-
<3.25	5	6	
≥3.25 - 3.44	2	2	
>3.44 - 4.0	4	7	
>4	4	4	
ค่าเฉลี่ย IQCODE	3.7(1.0)	3.5(0.8)	0.74

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนเฉลี่ย (SD)							
เครื่องมือ	กลุ่มควบคุม (n=15)		ผลต่าง คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=17)		ผลต่าง คะแนน	p
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง		
สติ_ตระหนัก	18.2(5.3)	22.3(4.5)	3.7(6.9)	24.4(4.4)	25.4(5.6)	1.0(6.4)	0.27
สติ_ยอมรับ	12.4(2.4)	13.1(1.8)	0.7(2.1)	13.8(2.1)	14.2(1.7)	0.4(2.4)	0.56
สติ_ก้าวหน้า	8.2(3.9)	6.5(3.9)	-1.6(4.3)	5.9(3.4)	6.9(2.9)	0.9(2.7)	0.09
ผาสึก	38.9(6.9)	39.2(9.1)	0.3(7.7)	33.7(7.8)	31.5(5.5)	-2.2(6.4)	0.34
ผลกระทบ	10.9(4.1)	10.4(4.0)	0.9(2.2)	12.2(4.1)	11.8(3.5)	0.9(2.2)	1.0
ความรู้สึก	11.0(4.5)	10.0(3.7)	1.0(2.6)	11.0(3.8)	10.0(3.4)	1.0(2.5)	0.94
การดูแลรวม	21.9(8.4)	20.4(7.5)	1.5(4.9)	23.2(7.1)	21.8(6.5)	1.5(4.2)	0.97

วิจารณ์

การฝึกวิทยากรเพื่อถ่ายทอดการอบรมรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม แตกต่างจากการฝึกอบรมการรักษาด้วยจิตบำบัดรูปแบบอื่น ในประเด็นที่ผู้เข้าอบรมไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ตรงในกิจกรรม และความสัมพันธ์เป็นลักษณะผู้เชี่ยวชาญกับผู้มาขอคำแนะนำหรือบำบัด¹⁸ แต่ในรูปแบบที่อิงการฝึกสติ วิทยากรต้องมีทักษะและประสบการณ์ตรงของการฝึกสติด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน ในระหว่างการนำกลุ่มผู้นำกลุ่มจะเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันกับสมาชิกกลุ่ม ในฐานะที่เท่าเทียมกันหรือเป็นกัลยาณมิตร ทักษะสำคัญของวิทยากรคือ การฝึกสติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ¹⁹ และทักษะการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พบบ่อยๆ ดังนั้นการประเมินทักษะการนำกลุ่มของบุคลากรเพื่อเป็นวิทยากร การประเมินด้วยแบบสอบถามจะมีข้อจำกัดเสมอ การประเมินด้วยการสังเกตกระบวนการนำกลุ่มโดย

ผู้วิจัย การสะท้อนกลับของวิทยากรที่ร่วมฝึก และการเข้าอบรมต่อเนื่องกับวิทยากร จึงมีความสำคัญในหลักสูตรเช่นเดียวกับ Crane สรุปร¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าอบรมต่อเนื่องตามกระบวนการฝึกครบจำนวน 10 คน แต่ความเชี่ยวชาญและความลื่นไหลในการนำกลุ่มคงต้องมีการฝึกฝนเพิ่มเติมต่อไป ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดหลักสูตรหรือสมรรถนะหลักครูที่จะไปถ่ายทอดการฝึกสติเหมือนในสหราชอาณาจักรเช่นหลักสูตร MBSR หรือ MBCT²⁰

การพัฒนาารูปแบบของกิจกรรมเป็นการฝึกให้รู้สึกตัวมีสัมมาสติพัฒนาจากประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งพบว่ามีส่วนต่อสุขภาวะทางใจ เนื่องจากบูรณาการกับวิถีชีวิตที่ปกติไม่แปลกแยกจากสังคมหรือความเป็นอยู่ของคนธรรมดาที่ยังคงมีหน้าที่การงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นข้อแนะนำในการฝึกสติที่ตามหลักการรู้สึกตัวในอิริยาบถต่างๆ หรือหลักสัมปชัญญะ²¹ การสนทนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

จากกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกฝึกสังเกต ความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้นในจิตใจแต่ละขณะๆตามหลักโยนิโสมนสิการ ส่วนการฝึกฝนในรูปแบบ เช่น การสวดมนต์ หรือการนั่งสมาธิ ดำเนินการช่วงสั้นๆ ไม่เกินห้านาที เพื่อให้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึก เกิดขึ้นโดยไม่สามารถห้ามได้หรือบังคับไม่ได้ เปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อมหรือเหตุปัจจัยต่างๆ เมื่อหมดเหตุก็ดับ ตามหลักไตรลักษณ์ รูปแบบกิจกรรมไม่เน้นความสงบ กิจกรรมหลักจะแตกต่างของ Kabat Zinn²² ซึ่งจะเน้นการฝึกในรูปแบบเพื่อความสงบ เช่น การสำรวจร่างกาย การพิจารณาลมหายใจ โยคะ

รูปแบบสำหรับการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการเจริญสติ ได้บูรณาการกับกิจกรรม บทบาทสมมุติ การชมวิดิทัศน์เรื่องสั้นเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น การขับถ่าย การกิน การนอน และเรียนรู้อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มกิจกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้อารมณ์ความคิดที่มักจะเกิดขึ้น จะทำให้สามารถยอมรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ได้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าการทดลอง ระหว่างเข้ากิจกรรมผู้ดูแลหลายคนไม่ชอบและไม่อยากทำ แต่ผู้นำกลุ่มได้กระตุ้นให้ทดลองทำ ผู้ดูแลยอมรับว่ามีประโยชน์ได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสมาชิกในกลุ่ม และเรียนรู้อารมณ์ความคิดขณะที่ทำ

กิจกรรม

ผลการประเมินด้วยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้งหมดเช่น สติ ภาวะการดูแล ความผาสุก

เป็นการประเมินผลในระยะสั้น จะพบว่าคะแนนของการมีสติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากการศึกษาอื่นพบว่า การเพาะบ่มสติต้องใช้เวลาในการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง²³ และส่วนภาวะการดูแลมีแนวโน้มดีขึ้น แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และภาวะการดูแลในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ซึ่งควรทดลองต่อไปในผู้ดูแลที่มีมีผลกระทบและความรู้สึกในระดับปานกลางขึ้นไป

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลังการอบรมจะเข้าใจสติในลักษณะสัมผัสสติ คือระลึกอารมณ์เฉพาะหน้าได้ ซึ่งแตกต่างจากปกติที่เป็นความคิดและเข้าใจว่ารู้ ยกตัวอย่างผู้เข้าอบรมซึ่งมีประสบการณ์ที่นำสนใจ 2 คนดังนี้

ผู้ดูแลชายเคยบวชเป็นพระภิกษุนานกว่า 20 พรรษา ระหว่างที่บวชไม่ได้ฝึกฝนสติในชีวิตประจำวัน ต้องลาสิกขาบทเพื่อมาดูแลมารดาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและมีอาการทางจิตร่วมด้วย ผู้ดูแลไม่เข้าใจพฤติกรรมอารมณ์ของผู้ป่วย ขาดสติว่ามารดาเพราะความโกรธอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน เมื่อได้เข้าอบรมทำให้เข้าใจธรรมชาติของโรค ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย และจัดการกับปัญหาอย่างมีสติ รู้สึกพอใจกับโครงการนี้มากเห็นว่าจะมีการอบรมกับญาติผู้ป่วยทุกราย

ผู้ดูแลหญิงนับถือศาสนาคริสต์ เรียนรู้เรื่องสัมผัสสติในชีวิตประจำวัน ทำให้ยอมรับพฤติกรรม ลวนลามของผู้ป่วยและจัดการแก้ไขได้ ขณะเข้ารับการอบรมได้รับข่าวคนในครอบครัวได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงยามวิกาล มีความกังวลและกระวนกระวายใจมาก เกิดอาการระลึกได้ถึงความกระวนกระวายใจเกิดสติ และได้ระลึกถึงพระเยซูเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ อธิษฐานจิต และได้แก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม

ข้อจำกัด

เนื่องจากการพัฒนาเบื้องต้นไม่ได้
สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีข้อจำกัดเฉพาะผู้ที่สนใจใน
การฝึกสติ สำหรับการฝึกฝนสติต่อเนื่องที่บ้านไม่
สามารถประเมินได้ว่าปฏิบัติจริงหรือไม่ การตอบ
คำถามเป็นการประเมินตนเอง ซึ่งจะไม่มีการชี้แจง
ถึงความแตกต่างของลัทธิมาสติและสมาธิสติ ดังนั้น
ในการประเมินครั้งแรกของทั้งสองกลุ่มจะเป็นความ
คิดตามปกติ ไม่ใช่ความหมายในพุทธศาสนา ส่วน
ในการประเมินครั้งที่สองของกลุ่มทดลองเป็นความ
เข้าใจของผู้เข้าอบรม ควรมีการติดตามผลในระยะ
ยาวต่อไป และประเมินพร้อมกับสภาวะทางอารมณ์
อื่นๆ เช่น ความเครียด ภาวะเศร้า และพฤติกรรม
อื่นๆ จากครอบครัวหรือผู้ร่วมงานของผู้ดูแล

สรุป

บุคลากรวิชาชีพที่เข้ารับการฝึกทักษะ
การฝึกสติในชีวิตประจำวันจำนวน 10 จาก 16 คน
สามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดหลักสูตรการดูแล
ผู้ป่วยสมองเสื่อมอิงหลักเจริญสติสำหรับผู้ดูแล ซึ่งมี
กิจกรรมจำนวน 6 ครั้งดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์
จากการติดตามผล ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรม มีทักษะ
ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างมีสติ ทำให้
แนวโน้มของภาวะการดูแลลดลง

กิตติกรรมประกาศ

- ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต
ประจำปีพ.ศ. ๒๕๕๖
- บริษัทเอโซ (ประเทศไทย) มาร์เก็ตติ้ง
จำกัด สนับสนุนภาพยนต์สั้น

References

1. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1992;149:936-43.
2. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*. 2007;80:193-203.
3. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1256-64.
4. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:966-78.
5. Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord*. 2009.
6. Baer RA. Mindfulness Training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10:125-43.
7. Linehan M, Comtois K, Murray A, Brown M, Gallop R, Heard H, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757.
8. Splevins K, Smith A, Simpson J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging and Mental Health*. 2009;13:328-35.
9. McBee L. Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers: Changing the practitioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2003;19:257-64.

10. Kitsumban V, Thapinta D, Sirindharo B, Anders RL. Effect of cognitive mindfulness practice program on depression among elderly Thai women. *Thai J Nurs Res.* 2009;13:95-108.
11. Sirilak S. Montly report of Ministry of Public Health 2/2555. Available from: bps.ops.moph.go.th/moph/mati11-moph.50.doc [22 Aug 2012].
12. Epstein-Lubow GP, Miller IW, McBee L. Mindfulness training for caregivers. *Psychiatr Serv.* 2006;57:421.
13. Silpakit O. Mindfulness (sati) scale : development and psychometric study. Nonthaburi: Srithanya Hospital; 2012.
14. Silpakit C, Silpakit O. Mindfulness meditation and mental well being indicators. *J Ment Health Thai* 2008;16:24-32.
15. Ballesteros J, Santos B, González-Fraile E, Muñoz-Hermoso P, Domínguez-Panchón A, Martín-Carrasco M. Unidimensional 12-Item Zarit Caregiver Burden Interview for the assessment of dementia caregivers' burden obtained by Item response theory. *Value in Health.* 2012;15:1141-7.
16. Jorm AF. The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. *Int Psychogeriatr.* 2004; 16:275-93.
17. Silpakit O, Silpakit C, Pukdeenaul P. A comparison study of cognitive impairment screening tools: CDT, IQCODE VS MMSE. *Siriraj Med J.* 2007;59:361-63.
18. Crane RS, Kuyken W, Williams JMG, Hastings RP, Cooper L, Fennell MJ. Competence in teaching mindfulness-based courses: concepts, development and assessment. *Mindfulness.* 2012;3:76-84.
19. Crane R, Elias D. Being with what is - Mindfulness practice for counsellors and psychotherapists. *Therapy Today.* 2006;17:31.
20. Crane RS, Kuyken W, Hastings RP, Rothwell N, Williams JMG. Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: learning from the UK experience. *Mindfulness.* 2010;1:74-86.
21. The Sangha. Questions and answers. The teaching of Ajahn Chah: A collection of Ajahn Chah's translated dhamma talks. Ubon Rachathani: Budha Dharma Education Inc; 2004.
22. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10:144-56.
23. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine.* 2007;31:23-33.