

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อ  
ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING PLANNED INFORMATION WITH ANAPANASTI  
PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER  
PEOPLE WITH DEMENTIA



Miss Wanlapa Pongpaew

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2010  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

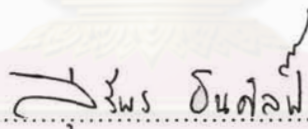
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

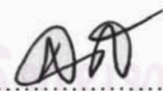
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

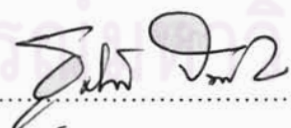
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

วัลลภา ผ่องแผ้ว: ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. (THE EFFECT OF GIVING PLANNED INFORMATION WITH ANAPANASTI PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 146 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....วัลลภา.....ผ่องแผ้ว.....  
ปีการศึกษา.....2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5177600836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : GIVING PLANNED INFORMATION WITH ANAPANASTI PROGRAM /  
STRESS / CAREGIVERS / OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA

WANLAPA PONGPAEW: THE EFFECT OF GIVING PLANNED INFORMATION  
WITH ANAPANASTI PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER  
PEOPLE WITH DEMENTIA. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT.  
SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 146 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of giving planned information with Anapanasti program on stress in caregivers of older people with dementia. The participants consisted of 40 caregivers of older people with dementia at Dementia clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The participants were divided into the experimental and control groups for 20 people in each group. Both groups had similar in gender, age and length of time in caring. The experimental group receiving the giving planned information with Anapanasti program and control group received conventional nursing care. The experimental instrument was giving planned information with Anapanasti program and was tested for validity. The instrument for collect data was Caregiver Strain Index (CSI) and was tested for reliability with cronbach alpha of .81. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The major findings were as follows:

1. Stress of the experimental group after receiving the giving planned information with Anapanasti program was significantly lower than before receiving the program at the level of .05.
2. Stress of the experimental group after receiving the giving planned information with Anapanasti program was significantly lower than those who were received conventional nursing care at the level of .05.

Field of Study : ..... Nursing Science .....

Student's Signature : Wanlapa Pongpaw

Academic Year : 2010 .....

Advisor's Signature : Siriphan Sasat

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ าสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภาควิชาจิตเวช หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ตึกภปร.12 แผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย รวมถึงการดำเนินการทดลอง ตลอดจนผู้ดูแลทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับบัณฑิต และทุนคณะพยาบาลส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

และขอกราบขอบพระคุณ เพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยตึกภปร.14 ผู้ที่คอยสนับสนุน ห่วงใย ให้กำลังใจและให้โอกาสที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว ด้วยความรักเคารพเป็นที่สุดที่ได้ให้โอกาส กำลังใจ และสิ่งที่ดีงามทั้งปวงกันเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	14
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	22
ความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ.....	39
แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน.....	46
บทบาทของพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ....	59
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	63

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 64
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 65
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 66
	การดำเนินการทดลอง..... 71
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 79
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 80
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 82
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 90
	สรุปผลการวิจัย..... 95
	อภิปรายผลการวิจัย..... 96
	ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย..... 101
	รายการอ้างอิง..... 103
	ภาคผนวก..... 114
	ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... 115
	ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... 117
	ภาคผนวก ค จดหมายจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 123
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 130
	ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล..... 142
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 146



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	จำนวนและร้อยละ ของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ กับผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ.....	83
2	จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ โรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ.....	85
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึก สมาธิแบบอานาปานสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	87
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึก สมาธิแบบอานาปานสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	88
5	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ โดยพิจารณา องค์ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล.....	143
6	เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล ก่อนและ หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฝึก สมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	144
7	การทดสอบการแจกแจงของความเครียด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่าง มีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติด้วยสถิติ Kolmogorov- Smirnov Test .....	145

สารบัญแผนภาพ

ตารางที่	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	63
2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	81



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุด้วย ซึ่งเป็นเรื่องในแต่ละครอบครัวปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนาน อาจมีบ้างในเมืองใหญ่ที่สมาชิกในครอบครัวติดภารกิจมาก จำเป็นต้องพาผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างเข้ามาดูแลแทน แต่ลักษณะทั่วไปของแต่ละครอบครัวนั้น สมาชิกหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่การดูแลและนิยมเรียกว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (family caregiver) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) การดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมที่บ้านถือเป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ดูแลจนอาจทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยด้วยโดยที่คนอื่นมองไม่เห็น (Luecknott, 2000) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จากการสูญเสียการทำงานของสมอง (cognitive impairment) หลาย ๆ ด้านพร้อมกัน อย่างช้า ๆ แต่ถาวร ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพการเข้าสังคม และการดูแลตนเองในที่สุด (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, 2547) อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินไปของโรค (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2546) ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar and Newen, 2543) การดูแลประกอบด้วย การทำกิจกรรมทดแทนการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่อยู่ในความดูแลและช่วยเหลือแก้ปัญหาแหล่งประโยชน์ต่อผู้ที่อยู่ในความดูแลและพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง (สุตศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึงแม้พบว่า ผลกระทบทางด้านบวกที่เกิดขึ้นทางจิตใจ ได้แก่ ความสุขทางใจ ความพึงพอใจ มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) แต่พบว่าส่วนใหญ่มักเกิดผลกระทบทางด้านลบกับผู้ดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย การดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น พบว่าผู้ดูแลประสบปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 72.4 เช่น อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย (Bruce et al.,

2005) ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน หรืออาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปทำงานบางเวลา ซึ่งอาจส่งผลทำให้มีรายได้ลดลง ในบางรายอาจเกิดปัญหาหนี้สินตามมาจนในที่สุดอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) และผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุดกับผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า การเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น พฤติกรรมการเดินวุ่นวายไปมาตลอดเวลา (agitation) มีอาการก้าวร้าว (aggressive) เป็นต้น เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล (Hooker. et al., 2002) รวมทั้งผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกผิด (guilt) จากการโกรธทะเลาะกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และสมฤดี สิทธิมงคล, 2542; ชญาภา ประเสริฐทอง, 2545; ลีวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547)

นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศออสเตรเลียพบว่ามี ความเครียดร้อยละ 76.9 ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล และส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายความเครียด (Bruce et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยของ วรณิภา บุญระยอง (2537) สำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ารู้สึกหนักใจลำบากใจ หรือเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ในการศึกษาผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสมีความเครียดร้อยละ 43 ซึ่งต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ เนื่องจากอาจมีประสบการณ์การดูแลมานานจึงสามารถทนต่อความเครียดได้ดีกว่า (Sasat, 1998) และจากการศึกษาของ Marcia et al. (1999) ที่ได้เปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดจากการดูแลระหว่างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคอื่นที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องใช้เวลาในการดูแลและเกิดผลกระทบทางอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ความเครียดเป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นผลของการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการหรือการเรียกร้องจากสิ่งแวดล้อมกับความสามารถในการตอบสนองของบุคคล บุคคลจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ รูปแบบการตอบสนองทางอารมณ์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ (Lazarus & Folkman, 1984) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบ

ทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ตลอดจนด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าความยากลำบากดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด ผลกระทบจากความเครียดทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย หรือความลำบากใจในการรับบทบาท ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล มีผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต (รุจา ภูโพนบูลย์, 2537)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล แบ่งออกเป็นปัจจัยที่เกิดจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและพบว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด (Pinquart & Sorensen, 2003) นอกจากนี้ความเครียดของผู้ดูแลที่สูงขึ้นจะแปรผกผันกับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง ในขณะที่เดียวกันจะแปรผันตรงกันกับระดับการพึ่งพาที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ต้องการในการดูแลที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งระยะเวลาของการป่วยที่นานขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2543) ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลมีอายุมากและมีปัญหาสุขภาพ ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบจากผู้ดูแลทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา (อัฉรธา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสสกุล, 2541; Sasat, 1998; Bruce et al., 2005) ซึ่งผู้ดูแลร้อยละ 58.62 ที่มีความเครียดไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ หรือหาวิธีผ่อนคลายเลย (วรรณิภา สมนาวรรณ, 2537)

ผลกระทบจากการเกิดความเครียดของผู้ดูแลพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการตอบสนองทางอารมณ์ และผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ (Pinquart & Sorensen, 2007) การตอบสนองทางอารมณ์ของความเครียดแตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์การดูแลและรูปแบบการเผชิญปัญหา ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์เกิดได้ทั้งภาวะซึมเศร้า (Schulz et al., 2003) ความวิตกกังวล (Cooper et al., 2007) และความรู้สึกทางลบ (Brummett et al., 2006) สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า ความเครียดทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพแย่ลง อ่อนเพลีย และภูมิคุ้มกันโรคลดลง (Bruce et al., 2005) นอกจากนี้ ความเครียดของผู้ดูแลยังมีผลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Kim et al., 2009)

การจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีสุขภาพดีจะต้องใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบ

มุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยการมุ่งจัดการกับปัญหาเป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและวิเคราะห์หาทางแก้ไข หรือเพิ่มความสามารถของตนในการแก้ไขที่จะเผชิญกับปัญหา เช่น การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น สำหรับการมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตมาช่วยจัดการ หรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจไว้ เช่น การระบายออกทางอารมณ์ การทำสมาธิ เป็นต้น ซึ่งการเผชิญปัญหาต้องประยุกต์ใช้แต่ละโอกาสของสถานการณ์และเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งคุกคามนั้นได้ จากการศึกษา Hosaka & Sugiyama (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนวคิดของความเครียด การฝึกผ่อนคลาย และการพักผ่อนโดยการฝึกจิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม พบว่าการจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแล โดยทำให้ความซึมเศร้า ความโกรธ และความเครียดลดลงมากกว่าการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล จากงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลหรือความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้นและกระบวนการกลุ่มให้โอกาสผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกลดเดี่ยวและเหงา แต่สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ในระยะสั้น (เยาวภา ยงดีมิตรภาพ, 2546)

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) จากการประยุกต์ความรู้ทั้งศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานกัน

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวถึงการให้ข้อมูลว่าเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เพื่อให้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและ

ช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

จากทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์มาเตรียมตัวก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และส่งผลให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (proceduce information) ความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ (sensory information) และข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) จากการศึกษาของ Wilz & Heitz (2008) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดลดลง

นอกจากนี้ในปัจจุบันการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกมีหลายวิธี และกำลังเป็นที่นิยม โดยมีจุดเน้นที่การดูแลคนทั้งคน รวมมิติทั้งด้านกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ การบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสานในกลุ่มการแพทย์ทางกายและจิต (mind and body medicine) เป็นกลุ่มและเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่กระทำด้วยกาย แต่มุ่งปรับเปลี่ยนสภาวะทางจิตใจที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายและเกิดผลในการบำบัดต่าง ๆ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552) เช่นเดียวกับ ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตใจ (mind body connection theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้ความสำคัญสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตใจ ซึ่งการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เทคนิคการผ่อนคลายมีหลากหลายวิธี (Well-Federman, 1995 อ้างถึงใน อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2542) ดังเช่นงานวิจัยของ นิตยา คชศิลา (2548) Lane et al. (2007) และ Swartz & Keir (2007) ที่ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงเมื่อได้รับการบำบัดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ

การทำสมาธิเป็นแนวทางหนึ่งที่น่ามาช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาแบบการมุ่งจัดการกับอารมณ์ เพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลาย บรรเทาความตึงเครียดและรักษาภาวะสมดุลของจิตใจสมาธิตามแนวพุทธศาสนา หมายถึง การทำจิตใจให้สงบหรือการทำจิตใจให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง (จำลอง ดิษยวานิช, 2544) ซึ่งมีหลายระบบ เช่น ระบบอานาปานสติเป็นการกำหนดระลึกถึงลมหายใจเข้าและออก ระบบธรรมกายเป็นการกำหนดการบริกรรมว่า “สัมมาอรหัง” ระบบยุบหนอพองหนอเป็นการนำหลักมหาสติปัฏฐานสี่เป็นแม่บท เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้สมาธิแบบอานาปานสติ ตามแนวทางปฏิบัติของหลวงพ่อดวงพ่พระโพธิญาณเถร (ชา สุภทฺโท) เนื่องจาก

สามารถปฏิบัติได้ทุกอิริยาบถทั้ง ทำนั่ง ทำยืน ทำนอน จึงมีจุดเด่นที่สามารถปฏิบัติได้สะดวกได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ใช้ได้ทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ใด ๆ

จากการศึกษาพบว่าการศึกษาการฝึกสมาธิส่งผลทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย การตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกายมีจุดกำเนิดที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะน้อยลงพร้อม ๆ กันทันที มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกาย โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกอย่างสมดุล มีการหลั่งสารสื่อประสาทที่เรียกว่า Nor-epinephrine มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Wallace & Benson, 1972) สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง คือ การฝึกสมาธิทำให้มีการหลั่งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน ออกมาในสมอง สารนี้เรียกว่า Endorphin มีผลทำให้มีความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบและสุขสบาย (จำลอง ดิษยวาทิน, 2544) ระหว่างการฝึกสมาธิ คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนแปลงเป็นคลื่นอัลฟามากกว่าปกติ คลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่มีลักษณะพิเศษจากภาวะของการตื่นตัว รับรู้แบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น ทำให้ร่างกายพักผ่อน สามารถคลายเครียดได้ (Wallace & Benson, 1972) จากการศึกษาของพรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับแนวอริยสังขีต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าความเครียดของมารดาหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึก สอดคล้องกับ นัยนา เหลืองประวัตติ (2547) ศึกษาผลของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกสมาธิ การคิดแบบอริยสังขี การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อจัดการกับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่าความเครียดของนิสิตที่ได้รับการฝึกวิธีการจัดการกับความเครียดลดลง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ มาสร้างโปรแกรมเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีสภาพจิตใจที่มั่นคง ส่งเสริมให้การทำหน้าที่ทางสังคมสามารถดำเนินไปอย่างปกติ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการดูแลได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล



### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นผลของการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับความสามารถในการตอบสนองของบุคคล บุคคลจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบแตกต่างกันขึ้นกับการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ หากพบว่าสิ่งเร้ามีผลคุกคาม บุคคลนั้นจะประเมินต่อเพื่อหาวิธีการแก้ไขอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าความยากลำบากดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

การจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีสุขภาพดีจะต้องใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบการมุ่งจัดการปัญหาและการมุ่งจัดการทางอารมณ์ ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เพื่อให้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เพิ่มความรู้สึกสามารถ การควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับ

ความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์จากการเตรียมผู้ดูแลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (proceduce information) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ (sensory information) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) ซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีที่ต้องปฏิบัติในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยนำการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มการแพทย์ทางกายและจิต (mind and body medicine) ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตใจ (mind body connection theory) ที่อธิบายการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Well-Federman, 1995) ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายโดยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการทำให้จิตใจสงบ ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง โดยระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (จำลอง ดิษยวานิช, 2544)

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านมาช่วยในการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล และมีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแล รวมทั้งลดภาวะความขงใจที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ Lazarus & Folkman (1984) ว่าการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ช่วยเพิ่มการรับรู้ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่มุ่งให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดทั้งแบบการจัดการปัญหาร่วมกับการจัดการทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมทั้งนำทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ที่มุ่งให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์มาเตรียมตัวก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และส่งผลให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล มาอธิบายการส่งเสริมการเผชิญปัญหาด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีขั้นตอนและครอบคลุม ซึ่งจากการพัฒนาขั้นตอนโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือเป็นก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)

2. การปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษาและแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ จากการศึกษาของ Wilz & Heitz (2008) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจกับผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับ Eayrs (2009) ที่ทำการศึกษาลงการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายกลุ่มในประเทศออสเตรเลีย โดยการให้ความรู้ในเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ และเทคนิคการจัดการความเครียดรวมทั้งฝึกทักษะเฉพาะในการดูแล พบว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

2.2 การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ที่ผู้วิจัยสอนและสาธิตทักษะด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการระลึกรู้ในลมหายใจเข้าออกสามารถทำได้ทุกอิริยาบถ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสภาพจิตที่มั่นคงสามารถดำเนินการทำหน้าที่ทางสังคมไปอย่างปกติ เป็นการสอนแบบกลุ่มและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติสมาธิ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปฏิบัติสมาธิ มีผลทำให้จิตใจสงบตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง และระหว่างการทำสมาธิร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพผ่อนคลาย ทำให้ความเครียด และความกังวล ลดลงอย่างชัดเจน (ขวัญตา เพชรมณีโชติ, 2541; Carrington & Colling, 1980) จากการศึกษาของ พรทิพย์ อนันตกุล (2543) พบว่า การฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่สามารถลดความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งได้

สอดคล้องกับ พัฒนกร ทองคำ (2548) พบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3 การโทรศัพท์ติดตาม เป็นการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้านและให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับ วิญญา ไพบุลย์วัฒนกิจ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแลลดลง

2.4 การเยี่ยมบ้าน เป็นการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน สอดคล้องจากการศึกษาของ Lane et al. (2007) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการเผชิญความเครียดและความรู้สึกทางลบในกลุ่มประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยสอนและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัย 3 เดือน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกทางลบลดลง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกคลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 40 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

**ตัวแปรตาม** คือ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสมองเสื่อมในโรงพยาบาล

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์เป็น สามี ภรรยา บุตร หลานหรือเป็นญาติพี่น้องกับผู้สูงอายุและเป็นผู้ดูแลหลักที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด

**ความเครียดของผู้ดูแล** หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ รุนแรงใจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้ประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดความไม่เหมาะสม ทำให้มีการสูญเสียหรือถูกคุกคาม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต สามารถวัดได้จากแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (caregiver strain index) ของ Robinson (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) มีเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าปกติ

**โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายกลุ่มที่ประยุกต์

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนน้อม ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

2) การปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้อารมณ์เสีย สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ด้วยวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการสอนรายกลุ่ม ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติสมาธิและให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติสมาธิต่อที่บ้านทุกวัน รวมทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน มีระยะเวลาการติดตามผล 8 สัปดาห์

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการดูแลได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ
5. แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
6. บทบาทของพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในปัจจุบันนี้ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วรวมกับความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้มีโอกาสที่จะพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อมนอกจากจะก่อให้เกิดการสูญเสียต่อตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมาก

### 1.1 ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมไว้ดังนี้

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวถึง ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติในเนื้อสมอง โดยมีอาการเสื่อมของความจำ เป็นอาการเด่น และมีความผิดปกติในหน้าที่ของเนื้อสมองส่วนอื่นร่วมด้วย เช่น อาจมีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง (abstract thinking) มีความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและความผิดปกติอื่น ๆ ในหน้าที่สมองส่วนคอร์ติคัล (higher cortical function) ร่วมด้วยไม่มากนักน้อย แต่ไม่มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว โดยมีความผิดปกติที่กล่าวมาก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิต สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเซาว์ปัญญาที่มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อย ๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้

ฉิววรรณ อุณนาภิรักษ์ (2552) กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมองหรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องซ้ำ ๆ และเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี ทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิดและความจำบกพร่อง หลงลืมทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด พูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือกิจกรรม



ต่าง ๆ ที่เคยทำได้ มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมได้

จะเห็นได้ว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความบกพร่องของสมองในหลายด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านต่าง ๆ ทั้งความจำ ความคิด การตัดสินใจ ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองลดลงในที่สุด

## 1.2 ระบาดวิทยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบัน คือ 72 ปี ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ย 69.5 ปี และผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 76.3 ปี ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 2-10 โดยความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โรคที่เป็นสาเหตุหลักที่สำคัญ ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง ความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบได้เฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 6-8 ในผู้ที่อายุเกิน 65 ปี และมีอัตราเพิ่ม 2 เท่าทุก 5 ปี ในผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี คือ มีความชุก ร้อยละ 1 เมื่ออายุ 60 ปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2 เมื่ออายุ 65 ปี ร้อยละ 4 เมื่ออายุ 70 ปี และพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปี จะประสบภาวะนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และจากรายงานจากสถิติประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รายงานเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2548 มีประชากรสูงอายุ 7,029,000 คน ดังนั้น ได้มีการประมาณการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 773,190 คนและจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็น 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 ดังนั้นคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเป็นจำนวน 1.22 ล้านคน (สุทธิชัย จิตะพันธกุล, 2544)

## 1.3 สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยมากกว่า 55 อาการด้วยกัน(Mayeux et al., 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551) สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ พบประมาณร้อยละ 40-50 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองและอื่นๆ (American Psychiatric Association, 1995 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2551) โดยทั่วไปสามารถแบ่งภาวะสมองเสื่อมออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (สิรินทร ชันศิริกาญจน, 2551)

1.3.1 ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาไม่ได้ เนื่องจากเกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง (neurodegenerative disorders) ภาวะสมองเสื่อมประเภทนี้ จึงไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะ

แต่เป็นการรักษาตามอาการ เช่น อาการทางจิต อาการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer' disease) พบประมาณร้อยละ 40-70 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โรคพาร์กินสัน (Parkinson' disease) เป็นต้น

1.3.2 ภาวะสมองเสื่อมที่รักษาได้ (reversible dementia) กลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เป็นผลจากโรคทางกาย พบประมาณร้อยละ 15.1 ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด โรคที่พบ เช่น

1) โรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) เช่น Ischemic, cardioembolic stroke หรือ Infarct เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่พบได้บ่อยรองจากโรคอัลไซเมอร์ พบประมาณร้อยละ 10-30 ผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มักจะมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือมีระดับไขมันในเลือดสูง รวมทั้งผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินและผู้ที่สูงวัย

2) ภาวะความผิดปกติจากกระบวนการเมแทบอลิซึมหรือต่อมไร้ท่อ (metabolic disorder/endocrine) โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือน้อยเกินไป การทำงานของตับหรือไตผิดปกติ ทำให้เกิดของเสียคั่งค้างของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ หากเกิดภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้มีภาวะสมองเสื่อมได้

3) ขาดวิตามินจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (nutritional disorders) เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และขาด Folic acid ซึ่งวิตามินบี 1 ช่วยทำให้การทำงานของเซลล์สมอง ผู้ที่เป็นโรคสุราเรื้อรังหรือดื่มสุราเป็นประจำและไม่รับประทานอาหาร จะได้รับวิตามินไม่เพียงพอ ทำเซลล์สมองเสียหายและตายไป วิตามินบี 12 มีความจำเป็นต่อการทำงานของสมองเช่นเดียวกัน ซึ่งพบอยู่ในเนื้อสัตว์เท่านั้น ผู้ที่มีโอกาสขาดวิตามินบี 12 คือ ผู้ที่รับประทานมังสวิรัตอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ผู้ที่ผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น มักขาดวิตามินบี 12 เช่นเดียวกัน เนื่องจากทำให้ขาดเอนไซม์ในการดูดซึมวิตามินบี 12 จากกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้มีอาการทางระบบประสาท แขนขาชา เดินไม่ได้ และมีภาวะสมองเสื่อมตามมา

4) ภาวะสมองได้รับความกระทบกระเทือน (head trauma) เช่น จาก Head injury, Subdural hematoma เป็นต้น ผู้ที่มีโอกาสถูกกระทบกระเทือนสมองอยู่เสมอ เช่น นักมวย นักกีฬาบางประเภทที่ต้องใช้ศีรษะกระทบแกว่งต่าง ๆ จะทำให้เซลล์สมองตายไป

มากกว่าคนปกติ เมื่ออายุมากขึ้นผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุ หรือการกระทบกระเทือนศีรษะถึงขั้นสลบ จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น

5) ภาวะช่องสมองขยายใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง (hydrocephalus) หรือจากเนื้องอกในสมอง โดยเฉพาะเนื้องอกที่เกิดตรงบริเวณสมองส่วนหน้า ทำให้ความเฉื่อยฉลาดลดลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความจำและความสามารถในการตัดสินใจสูญเสียไป สำหรับภาวะช่องในสมองขยายใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มักเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วร่วมกับปัญหาคลื่นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาการเดิน ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากน้ำเลี้ยงสมองคั่งสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดระบายน้ำเลี้ยงในสมอง ทำให้ขนาดของเนื้อสมองเล็กลง ผู้ป่วยจะกลับมามีอาการสมองดีขึ้นดังเดิม รวมทั้งสามารถคลื่นปัสสาวะ และเดินได้เป็นปกติ

6) โรคเอดส์ (HIV infection) ซึ่งมีการติดเชื้อในสมองทำให้เกิดการอักเสบ เซลล์สมองบางส่วนตายไป ส่งผลต่อความเฉื่อยฉลาดและการทำงานของสมอง ซึ่งการเกิดอาการทางสมองต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดเชื้อที่มีผลต่อการทำลายของเนื้อสมอง

#### 1.4 พยาธิสภาพ การวินิจฉัย อาการและการดำเนินโรค การรักษา

##### พยาธิสภาพ

ในผู้สูงอายุแม้จะมีการตายของเซลล์สมองอยู่ตลอดเวลา แต่ก็จะมีจำนวนไม่มากเหมือนกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความผิดปกติ 3 ประการที่สำคัญ คือ สูญเสียความสามารถในการสื่อสารกับเซลล์อื่น (nerve cell communication) การเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติ (nerve cell metabolism) และกระบวนการซ่อมแซมเสียไป (nerve cell repair) ดังนั้นจึงมีผลให้เซลล์สมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหยุดทำงานหรือสูญเสียความสามารถในการประสานงานกับเซลล์อื่น และเซลล์เหล่านี้ก็จะตายไปในที่สุด ในระยะแรกของโรคผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่บริเวณสมองส่วน Hippocampus ก่อนซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมเรื่องความจำ จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory) และต่อมาความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในด้านการทำงานที่ทำอยู่ประจำสูญเสียไป หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Geula, 2000)

ในระยะต่อไปจะมีการตายของเซลล์สมองเกิดขึ้นที่บริเวณผิวสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมด้านภาษาและการใช้เหตุผล ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงสูญเสียความสามารถในการใช้ภาษาและการตัดสินใจ ทำให้บุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเปลี่ยนไปจากเดิม นอกจากนี้อารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก เช่น มีอาการก้าวร้าว (aggressive) และเดินวนวายไปมาตลอดเวลา (agitation) ซึ่งมักจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ทำยที่สุดเซลล์สมองที่ผิวสมองจะมีการเสื่อมสลายเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทำให้สมองทั้งหมดฝ่อหรือเหี่ยวอย่างชัดเจน ซึ่งในขณะนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะนอนนิ่งอยู่แต่ในเตียงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย มีการขับถ่ายเรี่ยราด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใดทั้งสิ้น (กัมมันต์ พันธุ์จินดา, 2543)

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยในทางเวชปฏิบัติ ควรซักถามถึงปัญหาด้านความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเสมอจากญาติหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด โดยเกณฑ์ที่นิยมใช้มากที่สุดในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม คือ เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> Edition Text Revision (DSM - IV - TR) ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

- 1) มีความผิดปกติของความทรงจำ (memory impairment)
- 2) มีความผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อในสิ่งเหล่านี้คือ
  - 1.1) ความผิดปกติของการใช้ภาษา (aphasia)
  - 1.2) การสูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม (apraxia) โดยที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของ memory system และ extrapyramidal system
  - 1.3) การรับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน (agnosia) เช่น เห็นสิ่งของแล้วไม่รู้ว่าคืออะไร เห็นหน้าคนคุ้นเคยแต่นึกไม่ออก เป็นต้น
  - 1.4) ความผิดปกติในการบริหารจัดการ (disturbance of executive function) เช่น ความผิดปกติในการวางแผน (planning) จัดระบบงาน (organizing) เรียงลำดับงาน (sequencing) และคิดอย่างเป็นนามธรรม (abstract thinking)
- 3) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในข้อ 1 และ 2 มีมากถึงกับส่งผลกระทบต่อความสามารถทางสังคมและอาชีพและระดับความสามารถที่ลดลงจากเดิม

4) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้อยู่ในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน (delirium)

5) ความผิดปกติที่เกี่ยวกับภาวะทางจิต เช่น วิตกกังวล ความรู้สึกหลงผิด (anxiety mood delusion) ประสาทหลอน (hallucination) บุคลิกเปลี่ยนแปลงเดินวนวายไปมา (personality change wandering agitation) การรับรู้เปลี่ยนแปลงอาจส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยน

6) ภาวะสมองเสื่อมอาจรุนแรงขึ้น คงสภาวะเดิม หรือบรรเทาลงได้

การประเมินความสามารถในการทำงานและการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีความสามารถเหล่านี้ ลดลงจากระดับเดิมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (basic activities of daily living: basic ADL) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง (instrumental activities of daily living: instrumental ADL) โดยต้องเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิมด้วยเสมอ

การประเมินปัญหาเรื่องความจำเบื้องต้นของผู้สูงอายุโดยใช้การตรวจสภาวะทางจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination: MMSE) ซึ่งถ้าได้ค่าต่ำกว่า 24 จาก 30 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต ในประเทศไทยได้มีการดัดแปลงเป็นภาษาไทย เช่น Thai Mini Mental State Examination (TMSE), Chula Mental Test (CMT) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

### อาการและการดำเนินโรค

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในวัยสูงอายุโดยพบร้อยละ 11 ค่าอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุภายหลังวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 8-10 ปี มีลักษณะการดำเนินงานของโรค 3 ระยะ คือ (พนัส ทัศนกิจไพศาล, 2544: 13-14)

ระยะแรก (1-3 ปี) มีอาการสูญเสียความทรงจำที่ชัดเจน คือ การสูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีคำถามซ้ำซากจนผิดสังเกตและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่า การใช้คำต่าง ๆ ในการพูด การเรียกชื่อคน สิ่งของเริ่มไม่ถูกต้อง จนบางครั้งมีใช้คำอธิบายแทนหรือเรียกชื่อใหม่เอง ความสามารถด้าน Construction เช่น การวาดรูป หรือการถ่ายทอดภาพที่เห็นออกเป็นคำพูดไม่ค่อยได้ ระยะนี้เริ่มหลงทิศ หลงทาง ถ้าไปอยู่ในสังคมที่ไม่คุ้นเคย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ในระยาะนี้สามารถดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ได้เป็นปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนจะมีความบกพร่อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงที่พบได้ เช่น ท่าทางเฉยเมยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และในระยาะนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ (perception) ถึงความผิดปกติของตนเองซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยาะที่ 2 (2-10 ปี) ความจำเสื่อมมากขึ้นถึงขั้นจำสิ่งที่เพิ่มทำไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารแล้วยังบอกว่าไม่ได้รับประทาน บ่นว่าของหายเพราะวางผิดที่ จำญาติที่ห่างออกไปไม่ได้ ความจำเก่าเริ่มเสี่ย่อนหลังไป การพูดจาจะยิ่งซ้ำและสั้น การพูดประโยคยาว ๆ จะไม่รู้เรื่อง ในระยาะนี้การดูแลตนเองบกพร่องไม่ค่อยสนใจสุขภาพลักษณะ เช่น การแปรงฟัน หวีผมหรือล้างหน้า การชำระร่างกายภายหลังการขับถ่าย การใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวันยากลำบากมากขึ้น เช่น การขึ้นรถประจำทางไม่ถูก อาจมีอาการทางจิต เช่น ภาพหลอน หูแว่ว การตรวจร่างกายและพบความผิดปกติทาง Motor system อาจพบความผิดปกติในการตรวจ computer scan สมองหรือตรวจคลื่นสมอง

ระยาะที่ 3 (3-12 ปี) ในระยาะสุดท้ายของโรค ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะสูญเสียความจำจนไม่สามารถจดจำคนข้างเคียงได้ จนถึงจำชื่อหรือตัวเองไม่ได้ว่าเคยเป็นใครมาก่อน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่รู้จักการเคี้ยว ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมการขับถ่าย ไม่สามารถพูดได้หรือพูดเป็นคำ ๆ ตามคนอื่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายนอนติดเตียง แขน ขา อเกร็ง ต้องได้รับการดูแลทุกอย่างจนกระทั่งเสียชีวิต

## การรักษา

ภาวะสมองเสื่อมสามารถเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุซึ่งยังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้การป้องกันและรักษายังไม่ประสบความสำเร็จ ยาที่มีอยู่ในปัจจุบันใช้เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและการรักษาตามอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นแนวทางในการดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ประการ ดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological) เป็นการรักษาสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งในรายที่รักษาได้ เช่น การให้ไทโรซิดฮอร์โมนในรายที่ขาดไทโรซิดฮอร์โมน เป็นต้น นอกจากนี้การรักษาโดยการใช้นาามาใช้รักษาตามอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในรายที่ไม่ทราบสาเหตุ อาการที่ควบคุมได้โดยการให้ยา ส่วนมากจะเป็นอาการทางจิต นอกจากอาการหลงผิดและประสาทหลอนที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว ยังมีอาการที่ทำให้ผู้ดูแลต้องยุ่งยากลำบากใจ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกข์ทรมานและเป็นภัย ได้แก่

อาการของความวุ่นวายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว บางรายอาจซึมเศร้า ซึ่งการให้ยารักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องระมัดระวังฤทธิ์ข้างเคียงซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุมากกว่าในวัยหนุ่มสาว (วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องนำมาใช้ควบคู่กับการใช้ยา (pharmacological) ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยามีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมและขีดความสามารถในการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการดำเนินของโรค การดูแลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นส่วนที่สำคัญและจำเป็นของขบวนการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยขบวนการรักษาดังกล่าวประกอบด้วยหลักการ 4 วิธีดังนี้ (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546: 14-21)

2.1 การส่งเสริม โดยการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง สร้างความภาคภูมิใจที่เหมาะสม ไม่ตัดความรำคาญโดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำอะไรเองเลย และส่งเสริมและดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลอาจเครียด ซึมเศร้า ต้องช่วยกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ

2.2 การกระตุ้นที่เหมาะสม หากกระตุ้นมากหรือน้อยเกินไป อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกิดความเครียดเกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา และการกระตุ้นควรหาสิ่งกระตุ้น เครื่องมืออุปกรณ์ที่เป็นสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นหรือรักษากิจกรรมที่จำเป็นให้คงอยู่ เช่น การแต่งตัว การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น ควรเน้นการกระตุ้นพฤติกรรมในทางบวก

2.3 ข้อควรปฏิบัติ ค้นหาและใช้ทักษะที่ผู้ป่วยยังพอมืออยู่ให้เป็นประโยชน์ การเน้นในเรื่อง Reality orientation เช่น วัน เวลา สถานที่ เพื่อไม่ให้สับสน การปรับพฤติกรรมโดยใช้หลักการ ABCs คือ

A = antecedent หาสเหตุการเกิด

B = behavior พฤติกรรมที่ผิดปกติ

C = consequence ผลของพฤติกรรมเป็นอย่างไร

นอกจากนี้ควรเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อมีพฤติกรรมที่มีปัญหา จัดระบบรูปแบบการดำเนินชีวิต จัดตารางกิจกรรมเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ชี้แนะและแสดงตัวอย่างให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำตาม ควรทำซ้ำ ๆ พูดซ้ำ ๆ เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสมาธิสั้น จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกและปลอดภัย

2.4 ข้อควรหลีกเลี่ยง การเผชิญหน้าทางคำพูด อารมณ์ อย่าประจานหรือต่อว่า พยายามรักษาคุณค่าความเป็นตัวของตัวเองให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลีกเลี่ยงการให้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ซับซ้อนและมากเกินไป รวมทั้งควรหลีกเลี่ยงการให้ทางเลือกในการตัดสินใจหลาย ๆ ทางเลือก

## 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านส่วนใหญ่จะดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม ตลอดจนเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังต้องให้การช่วยเหลือในเรื่องอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความผิดปกติเรื่องภาษา การใช้เหตุผล ความจำ พฤติกรรม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้เวลามากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Ory et al, 1999)

### 2.1 ความหมายผู้ดูแล

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2) ผู้รับการดูแล (care receiver) ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลง หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน

นอกจากนี้ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) จำแนกความหมายของผู้ดูแลได้ 5 มิติ ดังนี้



1) การให้ความหมายในมิติของการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ไม่ว่าจะผู้นั้นจะอยู่ในภาวะที่ปกติหรือไม่ปกติ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (คมสัน แก้วระยะ, 2544) นอกจากนี้ ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การสนับสนุนและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพศรัทธาและความหวัง

2) การให้ความหมายของการดำเนินการในลักษณะการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็เพื่อนหรือญาติที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือพิการ และต้องการความช่วยเหลือโดยการส่งเสริมให้มีความอยู่รอดการมีสุขอนามัยและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3) การให้ความหมายในมิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเพราะความสัมพันธ์เป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือมีข้อผูกมัดทางอารมณ์กับผู้ป่วย บางครั้ง เรียกว่า ญาติผู้ดูแล

4) การให้ความหมายในมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล เป็นการพิจารณาในประเด็นที่ว่า บุคคลได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ หรือมีภารกิจหลักในการดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ โดยแบ่งผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท คือผู้ดูแลหลักหรือ ญาติผู้ดูแล (primary caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver)

5) การให้ความหมายในมิติของรูปแบบการดูแลโดยแบ่งเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver)

5.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใช้ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

5.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal caregiver) บางครั้งมีผู้เรียกว่าผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม หมายถึง การให้ความดูแลที่ไม่ต้องชำระค่าบริการให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้อพึ่งพาหรือมีความต้องการช่วยเหลือ ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้าน หรือชุมชน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

จากคำนิยามเหล่านี้ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติ เพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ และสติปัญญา การตัดสินใจต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่ให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

## 2.2 ผลกระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์พฤติกรรม ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำเนินไปของโรค ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2551: 293 - 296)

2.2.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (psychological problem)

1) อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

2) ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ภายหลัง

3) ความโกรธ (anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

4) ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาทางด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสาธารณะทำให้อับอายได้

5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

6) ความเครียด จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดร้อยละ 76.9 (Bruce et al., 2005) ซึ่งพบว่าเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 มีความเครียด เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแล (วรรณิภา บุญระยอง, 2543) แต่ในการศึกษาผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสพบว่ามีความเครียดร้อยละ 43 ซึ่งต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติ เนื่องจากอาจมีประสบการณ์การดูแลมานานจึงสามารถทนต่อความเครียดได้ดีกว่า (Sasat, 1998)

2.2.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) จากการศึกษาของ Yeatman et al. (1993) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกัน สอดคล้องกับ Bruce et al. (2005) ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองเสื่อมประสบกับปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 72.4 ซึ่งปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับเพศ การศึกษา แต่พบว่าสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่า เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ร้อยละ 90 ส่วนผู้ดูแลวัยรุ่นพบผลกระทบทางด้านร่างกายร้อยละ 58 ปัญหาผู้ดูแลที่ประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น อาการปวดหลัง (backache) เนื่องมาจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียด เป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงเกิดโรคแทรกซ้อนได้ เป็นต้น

### 2.2.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic problem)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงาน

เต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลาหรือบางรายต้องเสียสละลาออกจางานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเต็มเวลา

2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจางานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้วช่วยอ้อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากขาดการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

### 2.3 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยผู้ดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลหลักต้องทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันปัจจัยที่จะทำให้สุขภาพและการทำงานของสมองลดลง การกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่เหลืออยู่ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การดูแลประกอบด้วย (Family Caregiver Alliance, 2005)

2.3.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (reality orientation) การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับรู้ว่าเป็นใคร อยู่ที่ไหน รู้เวลา เดือน ปี รู้ว่าตนเองรับประทานอาหารแล้วหรือยัง รู้สภาพดินฟ้าอากาศรอบตัว ซึ่งผู้ดูแลกระตุ้นได้ โดยการตั้งคำถาม คำตอบ หรือกลวิธีอื่น ๆ ให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสความเป็นจริงรอบตัว ซึ่งการตั้งคำถามเหล่านี้ ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการรอคำตอบเนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการนึกและตอบคำถาม

2.3.2 การกระตุ้นเตือนความทรงจำ ผู้สูงอายุจะหลงลืมสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ผู้สูงอายุที่เสียความทรงจำนั้นจะลืมเหตุการณ์ปัจจุบันก่อน ส่วนเหตุการณ์อดีตจะลืมหลังสุด ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะยังจำเหตุการณ์สำคัญที่ประทับใจในชีวิตได้ ผู้ดูแลควรให้โอกาสผู้สูงอายุเล่าเรื่องประสบการณ์ในอดีต หรือหาเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจอยากจะพูดคุยด้วย มาคุยกัน การนำรูปเก่า ๆ ซึ่งถ่ายไว้ในอดีตมาพูดคุยกันใหม่ จะทำให้บรรยากาศในการพูดคุยดียิ่งขึ้น สำหรับเหตุการณ์ปัจจุบัน ควรใช้วิธีการช่วยจำ เช่น การที่ผู้สูงอายุจดบันทึกไว้ มีนาฬิกาและปฏิทินช่วยเตือน

2.3.3 การดูแลการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปในระยะแรกอาจเดินไม่ค่อยมั่นคงต่อมาก็คเดินช้าลงและสุดท้ายเดินลากเท้าหรือในบางรายอาจเดินไม่ได้ ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น การทำราวติดกำแพงให้ผู้สูงอายุยึดจับเพื่อช่วยเดิน ทำราวในห้องน้ำเพื่อให้ความสะดวกในการลุกจากโถส้วม พื้นควรเรียบไม่มีสิ่งกีดขวางและอยู่ในระดับเดียวกัน ใช้รองเท้าหุ้มส้นซึ่งกระชับพอดีเพื่อให้เดินได้สะดวก เสื้อผ้าจัดหาชนิดที่ง่ายต่อการสวมใส่

2.3.4 การดูแลประจำวันทั่วไป ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบปัญหาต่าง ๆ อยู่ต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาจะแตกต่างกันในแต่ละรายกลายเป็นภาวะที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ หากผู้ดูแลเข้าใจและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างถูกต้องหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมก็จะช่วยลดภาระในการดูแลไปได้ เช่น ความปลอดภัยทั่วไป เก็บไม้ขีดไฟแช็คไว้ในที่มิดชิด ระวังเรื่องเตาหุงต้มหากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องความจำทักษะในการเคลื่อนไหวบกพร่อง ก็ไม่ควรให้หุงต้มอาหารเอง พื้นบ้านควรสะอาดไม่ลื่นหรือมีสิ่งกีดขวาง ถ้าต้องขึ้นลงบันไดควรทำราวจับและคอยดูแลขึ้นลงทุกครั้ง จัดวางสิ่งของทั่วไปให้เป็นระเบียบ อยู่ในตำแหน่งเดิมเสมอเพื่อสะดวกในการหยิบและจดจำ ติดป้ายเครื่องหมาย ตำแหน่งประตูห้องน้ำ ห้องนอนให้ชัดเจนทำราวจับเดิน ใช้นาฬิกา โทรศัพท์ ที่แสดงตัวเลขขนาดใหญ่

2.3.5 การดูแลการขับถ่าย ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ บางรายอาจเกิดจากสาเหตุสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้สูงอายุหาทางไปห้องน้ำไม่พบโดยเฉพาะเวลากลางคืน ผู้ดูแลอาจให้ความช่วยเหลือโดยการหาสถานที่พักที่สะดวกแก่การดูแล โดยจัดให้ห้องนอนและห้องน้ำอยู่ไม่ไกลกันมากนัก ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อสะดวกแก่ผู้สูงอายุจะลุกมาเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองจดบันทึกเวลาขับถ่ายของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ประมาณเวลาที่พาผู้สูงอายุไปห้องน้ำได้ทันก่อนที่จะปัสสาวะรดได้ หรือพาไปเข้าห้องน้ำทุก ๆ 2 ชั่วโมง ซึ่งควรทำอย่างสม่ำเสมอ หากผู้สูงอายุมีปัสสาวะรดในตอนกลางคืน ควรจะลดปริมาณน้ำดื่มและพาเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนนอน กรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ใช้ผ้าพลาสติกปูรองพื้นที่นอน

2.3.6 การควบคุมอารมณ์พฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอารมณ์รุนแรง เปลี่ยนแปลงได้ง่ายต่อสถานที่แปลกใหม่ สับสน อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น ร้องไห้ ตื่นเต้น กลัวหรือโกรธ จะกลบเกลื่อนปัญหาโดยปฏิเสธการกระทำของตน หรือกล่าวหาผู้อื่น ผู้ดูแลควรจะปฏิบัติเพื่อลดหรือแก้ไขปัญหานี้ คือ ประการแรกต้องเข้าใจอย่างถูกต้องว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประการที่สอง พยายามลดพฤติกรรมดังกล่าวลง โดยพูดหรือปฏิบัติกับผู้สูงอายุอย่างใจเย็นเป็นขั้นเป็นตอน

2.3.7 การสนทนาและการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาในการใช้คำและชื่อของสิ่งของหรือบุคคลโดยอาจจะใช้คำที่มีเสียงคล้าย ๆ กันแทน บางครั้งอาจใช้คำที่มีความหมายคล้ายกันแทนคำที่นึกไม่ออก ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นมากแล้ว อาจพูดได้เพียงบางคำหรือพูดวลีซ้ำ ๆ กันอยู่ตลอดเวลาหรือพูดไม่รู้เรื่องเลยก็ได้ปัญหานี้ทำให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ฟังคับข้องใจ สุดท้ายก็อาจนำมาสู่ปัญหาการต่อต้าน โวยวาย และโกรธเมื่อไม่มีใครเข้าใจเขา ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้สูงอายุต้องการจะพูด เพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกคำพูดที่นึกไม่ออก หากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูดก็ลองให้เขาอธิบายหรือชี้สิ่งที่เขาต้องการบอกออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรลองเดาคำโดยบอกผู้สูงอายุว่าคุณคิดว่าผู้สูงอายุกำลังบอกอะไรคุณ โดยใช้ประโยคง่าย ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยแก้ไขปัญหาการสื่อสารให้ดีขึ้น (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2543)

### 3. ความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนักมากสำหรับผู้ดูแลจนอาจทำให้กลายเป็นผู้ป่วยด้วยโดยที่คนอื่นมองไม่เห็น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเป็นผู้มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะการดูแลจะก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีความผิดปกติเรื่องภาษา การใช้เหตุผล ความจำพฤติกรรมทางสังคม จนถึงระยะสุดท้ายที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะจำอะไรไม่ได้แม้แต่ตัวเอง เป็นการสูญเสียบุคคลในครอบครัว ซึ่งยากที่ผู้ดูแลจะปรับสภาพยอมรับได้ (Lueckenott, 2000)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศพบว่ามี ความเครียดร้อยละ 76.9 ซึ่งเป็นผลกระทบหลักของผู้ดูแล และส่วนใหญ่มีการใช้ยาเพื่อคลายความเครียด (Bruce et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยของ วรณิภา บุญระยอง (2537) สำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติร้อยละ 86.2 ยอมรับว่ารู้สึกหนักใจ ลำบากใจ หรือเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ในขณะเดียวกันส่วนใหญ่ยังมีค่านิยมเรื่องการตอบแทนบุญคุณบุพการี แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำความยุ่งยากลำบาก หรือมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัวก็ตามและผู้ดูแลร้อยละ 58.62 ที่มีภาวะเครียดไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ หรือหาวิธีผ่อนคลายเลย แต่ในการศึกษาผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสพบว่ามี ความเครียดร้อยละ 43 ซึ่งต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติเนื่องจากอาจมีประสบการณ์การดูแลมานานจึงสามารถทนต่อความเครียดได้ดีกว่าและผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับความเครียดมากกว่าผู้ดูแลเพศชายเล็กน้อย โดยระดับความเครียดในการดูแลมี

ความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสมองเสื่อม จำนวนชั่วโมงในการดูแลและระยะเวลาในการป่วย แต่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Sasat, 1998)

### 3.1 ความหมายของความเครียด

Seley (1976) มีความเห็นว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะทางชีวภาพที่แสดงให้รู้ได้ โดยปรากฏการณ์ของกลุ่มอาการเฉพาะ ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกายต่อสิ่งรบกวน ความเครียดมีทั้งคุณและโทษขึ้นอยู่กับวิธีการที่บุคคลตอบสนองหรือจัดการกับปัจจัยความเครียดนั้น ๆ ถ้าเป็นการตอบสนองเชิงร่างกายเนื่องจากเงื่อนไขที่พึง

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (stimulus and response definition) ซึ่งความหมายด้านการกระตุ้นเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อความเครียด และความหมายด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นการโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวนสมดุล หรือกล่าวได้ว่าความเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีตัวกระตุ้นหรือตัวก่อความเครียด ได้แก่ ความต้องการ อันตราย ภาวะคุกคามหรือภาวะเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นแสดงถึงมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบความเครียดชนิดนี้ได้มากในทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อความเครียดขึ้นมาก่อนแสดงถึงภาวะเครียดทางจิตวิทยา (psychological stress)

2) ความหมายด้านความสัมพันธ์ (relation definition) ซึ่งเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าคุณภาพการณนั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่หรือรับรู้ว่าคุณภาพน้อยกว่าและคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2543) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องหนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย และพฤติกรรมตามไปด้วย

นั่นคือ ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ จากการประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดความไม่เหมาะสม มีการสูญเสียหรือถูกคุกคามต่อบุคคลนั้น ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกาย จนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต

### 3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

จากการศึกษา พบว่า ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียดมี 3 ทฤษฎี ดังนี้ (จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช, 2545)

#### 3.2.1 ทฤษฎีเชิงสิ่งเร้า (stimulus oriented theories)

ทฤษฎีสิ่งเร้าเชื่อว่า ความเครียดเกิดจากสิ่งเร้าที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล เกิดจากแนวคิดของ Homes & Rahe (1967) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์คับขันหรือมีการเปลี่ยนแปลงทั้งที่ดีและไม่ดี อันส่งผลให้ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลนั้นไม่เหมาะสม แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแบบเฉียบพลันและมีช่วงเวลาจำกัด (acute, time limit stressors) เช่น เดินไปตามท้องถนนแล้วเจอกับสุนัขดุ หรือขณะรอผลการตรวจการตั้งครรภ์ เป็นต้น
- 2) ผลต่อเนื่องจากการที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor sequences) เช่น การตกงาน หรือการตายของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดผลที่ไม่ดีตามมา
- 3) สิ่งที่เกิดความเครียดเรื้อรังเป็นช่วง ๆ (chronic intermittent stressor) เช่น การเรียนขับรถ การผ่าตัด เป็นต้น
- 4) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เช่น มีปัญหาการเงิน ปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติทางเพศ เป็นต้น

#### 3.2.2 ทฤษฎีการตอบสนอง (response oriented theories)

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทฤษฎีได้พัฒนาจากแนวคิดของ Selye (1978) โดยเน้นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลมากกว่าเหตุการณ์ เนื่องจากเชื่อว่าความเครียดเป็นภาวะของร่างกายที่สังเกตเห็นได้ โดยปรากฏให้เห็นในการเปลี่ยนแปลงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและการเกิดขึ้นของความเครียดประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ระดับตกใจ (alarm reaction) เป็นระยะแรกที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเผชิญต่อสิ่งเร้ามีการกระตุ้นหรือยั่วยุให้ตื่นตัว ระยะตกใจแบ่ง 2 ระยะ ดังนี้

1.1) ระยะช็อก (shock phase) เป็นระยะแรกและเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทันทีทันใดต่อสิ่งที่เป็นภัย ปฏิกิริยาของร่างกายในระยะนี้มีอยู่ 2 แบบ คือ สู้ (fight) หรือหนี (flight)



ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นของระบบประสาท sympathetic เช่น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง อุณหภูมิลดลงและความดันโลหิตต่ำลง

1.2) ระยะต้านช็อก (counter shock phase) จะเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (rebound reaction) เช่น Adrenal cortex และมีการหลั่งของ corticoid hormones และ adrenalin หรือ epinephrine ทำให้การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากขึ้น ส่วนใหญ่ปฏิกิริยาต่อความเครียดแบบเฉียบพลัน (acute stress reaction) จะมีความสัมพันธ์กับสองระยะนี้

2) ระดับต้านทาน (stage of resistance) หรือระยะปรับตัวของร่างกายต่อสิ่งเร้าที่ทำให้สภาพทั่วไปของร่างกายดีขึ้น อาการต่าง ๆ หายไป ช่วยให้พลังงานที่สูญหายไปกลับคืนมาและยังเป็นระยะซ่อมแซมร่างกาย ส่วนที่ถูกทำลายในระยะแรก

3) ระยะหมดแรง (stage of exhaustion) ถ้าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ยังไม่ได้รับการแก้ไขร่างกายจะหมดแรงจนเกิดโรคต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้ ลมพิษ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และอาจถึงความตายได้ หากความเครียดไม่ลดลง

### 3.2.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (interaction theories)

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ เริ่มจากแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) มีความเห็นว่าเมื่อเกิดภาวะเครียดบุคคลแต่ละคนจะมีการตอบสนองของความเครียดไม่เหมือนกัน เนื่องจากมีการประเมินความเครียดต่างกัน ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา และการรับรู้ของบุคคล ความเครียดตามทฤษฎีนี้จึงไม่ใช่เกิดจากสิ่งเร้าเพียงอย่างเดียว แต่ความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ของบุคคล ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคนเรา จึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 สิ่ง คือ บุคคล สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งให้เกิดความเครียด และการประเมินความเครียดของบุคคล เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียด รวมทั้งสาเหตุของความเครียดต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของตน เพื่อการประเมินค่าด้วยการรู้ (cognition)

การประเมินค่าเชิงการรู้ (cognitive appraisal) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ที่บุคคลพิจารณาตัดสินใจว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความผาสุกของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการความเครียดและการเผชิญความเครียด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยกแยะสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้และการประเมินจะมีผลต่อการจัดการ แบ่งการประเมินเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การประเมินค่าปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินค่าจากการรู้เบื้องต้น เพื่อดูว่าสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดเกินความสามารถในการจัดการหรือไม่ เช่น ดูว่าสาเหตุของความเครียดเป็นเรื่องยากหรือง่าย หากสิ่งนั้นเป็นเรื่องยากมากจะเกิดความเครียดสูง ถ้าเป็นเรื่องง่ายจะรู้สึกไม่เครียด

2) การประเมินค่าทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนเพื่อที่จะตัดสินใจวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด เช่น การแสวงหาข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และวิธีเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้ว

3) การประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลใหม่หรือได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยอาจจะให้ความหมายเหตุการณ์ใหม่หรือการติดตามการประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำแล้ว เพื่อลดความเครียดลง

### 3.3 สาเหตุความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ดังนี้

1) สาเหตุจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเพิ่มระดับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น พฤติกรรมการเดินรุ่มรวยไปมาตลอดเวลา (agitation) มีอาการก้าวร้าว (aggressive) เป็นต้น (Hooker. et al., 2002) และอาการทางจิต เช่น สับสน ซึมเศร้า หงว่ว การหลงผิด อารมณ์แปรปรวน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) เป็นต้น เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของภาวะสุขภาพด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล นอกจากนี้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และระยะเวลาในการเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดของผู้ดูแลด้วย (Sasat, 1998)

2) สาเหตุจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล มีความรู้สึกผิดที่ต้องขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในการดูแล และผู้ดูแลมีหลายบทบาท (อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งโสภาสสกุล, 2541; Bruce, 2005) ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษา รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) นอกจากนี้อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีระดับความเครียดในบทบาทต่ำ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

มีประสบการณ์ในการจัดการความเครียด (คมสัน แก้วระยะ, 2540) รวมทั้งรายได้ของครอบครัวมีผลต่อความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลทั่วไป และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค (Kim, et al, 2009; Gitlin, et al, 2010)

Darley, Glucksberg & Kinchla (1986) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดหรือตัวกระตุ้นความเครียด (stressors) ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความหิว และเสียงอึกทึกครึกโครม

2) สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความปวดร้าวใจ เหตุการณ์ในชีวิตความลำบากที่เรื้อรัง ความขัดแย้งในใจ และความคับข้องใจ

2.1) เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความปวดร้าว เป็นสถานการณ์ที่อันตราย เป็นพิเศษ เช่น อุทกภัย แผ่นดินไหว อุบัติเหตุ การถูกทรมานร่างกาย เป็นต้น

2.2) เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ทำลาย หรือคุกคามต่อกิจกรรมปกติของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เป็นสุข เช่น ความสำเร็จทางการศึกษา การแต่งงาน การคลอดบุตรคนแรก หรือเป็นเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การหย่าร้าง ความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ การเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นหรือลดลงและการเปลี่ยนงาน

2.3) ความลำบากที่เรื้อรัง ส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นได้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความยากลำบากเรื้อรังเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัวมากขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ความยากจน ความเดือดร้อนในชีวิตสมรส ความกดดันจากงาน และสุขภาพที่เจ็บป่วยอยู่เรื่อย ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นปัญหาที่ต้องการการปรับตัว

2.4) สภาพการดำรงชีวิตประจำวัน มีสิ่งต่าง ๆ มากมายที่เป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ควันบุหรี่ ความกังวลเกี่ยวกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ความหวังโยในอนาคตของใครคนหนึ่ง และความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่น

2.5) ความขัดแย้งในใจ (conflict) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป ที่คนมีความพอใจเท่ากัน แต่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้นหรือในการเลือกสิ่งหนึ่งจะต้องทำอีกสิ่งหนึ่งที่ไม่อยากทำหรือไม่อยากทำทั้ง 2 อย่าง แต่ต้องเลือกอย่างหนึ่งหรือเลือก 2 อย่าง แต่ละอย่างต่างมีทั้งสิ่งที่ยอยากได้และไม่อยากได้

2.6) ความคับข้องใจ (frustration) คือ การที่บุคคลพบอุปสรรค ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ เป็นสาเหตุของความคับข้องใจ คือ ความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในสังคมที่เน้นเรื่องการแข่งขันตลอดเวลา การสูญเสีย เช่น การตายของคนรัก ซึ่งการสูญเสียทำให้เกิดความโศกเศร้าและความคับข้องใจตามมา เนื่องจากรู้สึกหมดหวัง นอกจากนี้มักเกิดจากความล้มเหลว และความรู้สึกไม่มีความหมายของชีวิต

### 3.4 ความเครียดกับการทำงานของระบบร่างกาย

ขณะที่อยู่ในความเครียด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ที่สำคัญ คือ ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545: 21-22)

1) ระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) มีการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ซึ่งจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ หัวใจจะเต้นเร็วและแรงขึ้น เส้นเลือดตามผิวหนังหดตัว แต่ตามอวัยวะสำคัญจะมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น เช่น หัวใจ ปอด สมอง ส่วนลำไส้จะมีการทำงานลดลง หากความเครียดเกิดขึ้นนาน หรือปัญหาที่เผชิญหน้าเกินกว่าที่จะจัดการได้ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) จะเข้ามามีบทบาท ส่งผลให้มีอาการเหงื่อออก ลำไส้ปั่นป่วน กรดในกระเพาะอาหารหลั่งออกมามาก ทั้งสองรูปแบบคือสู้และหนี ต่างก็เป็นการเตรียมสภาพร่างกายให้พร้อม แต่ถ้าสภาพเช่นนี้คงอยู่เป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะทนไม่ได้และเกิดความเสียหายตามมาตามแต่อวัยวะที่อ่อนแอ เช่น อาจเกิดความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะไมเกรน กระเพาะอาหารเป็นแผล เป็นต้น

2) ฮอริโมนจากต่อมหมวกไต ที่สำคัญ คือ Adrenaline ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนใน และ Cortisol ซึ่งหลั่งออกมาจากต่อมหมวกไตส่วนนอก Adrenaline จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัว และความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วน Cortisol นั้นจะเร่ง การปลดปล่อยน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อใช้เป็นพลังงาน ในช่วงขณะหนึ่งฮอริโมนเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะเป็นการเตรียมพร้อม แต่ทว่าในระยะยาวแล้วจะมีผลให้ความสมดุลของร่างกายเสียไป ดังนั้นจึงอาจเกิดโรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูงตามมาได้ การที่อวัยวะส่วนใดของร่างกายจะได้รับผลมาจากความอ่อนแอของอวัยวะนั้น ๆ ซึ่งไม่เหมือนกันในแต่ละคนและกรรมพันธุ์

### 3.5 ระดับความเครียด

Janis (1952) ได้แบ่งระดับของความเครียดไว้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) ได้อธิบายว่า เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม พบนาน ๆ ครั้ง ความเครียดระดับนี้ ช่วยให้บุคคลกระตือรือร้นตื่นตัวเป็นช่วงระยะเวลาไม่นาน ปฏิกริยาที่แสดงออกมาเป็นลักษณะความวิตกกังวล ความกล้าหรือ

ความอาย เป็นภาวะที่มีความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามความเครียดชนิดนี้จะลึกลงในเวลาอันสั้น

2) ความเครียดระดับกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานาน ความเครียดในระดับนี้อาจคงอยู่เป็นเวลาชั่วโมง จนกระทั่งเป็นวัน ความเครียดระดับนี้เป็นระดับที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองโดยการต่อสู้กับความเครียดที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความนึกคิดเพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เครียด หรือผ่อนคลายความเครียดลง จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

3) ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) ความเครียดระดับนี้เกิดจากบุคคลประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาคุกคาม ซึ่งเป็นผลให้ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี ทำให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

กรมสุขภาพจิต (2543) แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1) ระดับความเครียดต่ำกว่าปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น

2) ระดับความเครียดเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3) ระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4) ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต โดยอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งที่แสดงออก อาจจะเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้งซึ่งบุคคลพยายามจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก トラบไคที่ความขัดแย้งต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต

5) ระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในภาวะเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังคงมีต่อไปโดยไม่ได้ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด

### 3.6 ผลของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยลักษณะความเครียดปรากฏในด้านต่าง ๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมทางสังคมและจิตวิญญาณ (Rawlins et al., 1993 อ้างถึงใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) เพื่อเป็นการควบคุมหรือลดความต้องการจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมอีกครั้งหนึ่ง ผลของความเครียดมีดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกายหรือด้านสรีระวิทยา ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะต้นคอ หัวใจเต้นเร็วและแรง ท้องไส้ปั่นป่วน ท้องเสีย ท้องผูกหรือท้องอืด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดตามร่างกาย หายใจเร็ว และถ้าบุคคลมีความเครียดเรื้อรังจะทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (psychosomatic disorder) เช่น ไมเกรน โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคเรื้อรัง เป็นต้น และบุคคลที่มีความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจเสียชีวิตได้

2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวลอยู่ตลอดเวลากระวนกระวาย กระสับกระส่าย คับข้องใจหงุดหงิด โกรธง่าย โมโห ก้าวร้าว ซึมเศร้า รู้สึกถูกคุกคาม สูญเสียและกลัว เป็นต้น

3) ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การมีความคิดสับสน ความคิดวนเวียนในเรื่องเดิม ความจำและการตัดสินใจเสื่อมลง แปลความหมายของสถานการณ์ผิดพลาดซ้ำๆ ทำและคาดการณืผลของเหตุการณ์ในทางลบ เป็นต้น

4) ด้านพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคม ซึ่งแสดงออกด้วยการไม่อดทน ก้าวร้าว ทะเลาะกับผู้อื่น ไม่พูดกับใคร ปลีกตัวจากสังคม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเกิดความผิดพลาดมาก ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว

5) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ แนวคิดกับศาสนาที่ยึดถือ ซึ่งแสดงออกโดยรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในชีวิต ขาดความเชื่อมั่นมองตนเองในแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกผิด อับอาย เป็นต้น

### 3.7 การเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด ถือเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลที่จะเผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือ

1) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (problem focused coping behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งประสิทธิผลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไข หรือเพิ่มความสามารถของตนในการแก้ไขที่จะเผชิญกับปัญหานั้น พฤติกรรมนั้นได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การพยายามคิดแก้ปัญหาในหลาย ๆ ทาง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น เป็นต้น

2) พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ด้วยอารมณ์ (emotion focused coping behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตมาช่วยจัดการ หรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจไว้ พฤติกรรมนี้ ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การเพ้อฝัน การนั่งสมาธิ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ การแยกตนเอง การรับฟังแต่เรื่องที่ดี การโยนความผิดให้คนอื่น การแสดงอาการโกรธ เป็นต้น

สำหรับการเผชิญความเครียดประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เป็นความพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหา เพื่อหาทางแก้ไข

2) การกระทำโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำไม่ใช่ความนึกคิดเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

3) การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง

5) การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้นซึ่งรวมถึงการเผชิญเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น

### 3.8 การปฏิบัติการรักษาทางเลือกกับการลดความเครียด

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามากทางเทคโนโลยีการแพทย์ มีผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการวิจัยและการปฏิบัติการรักษาทางเลือกที่มี

ความสำคัญมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพยาบาลองค์รวมต่อผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบผสมผสาน หรือมักนิยมเรียกว่าการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เป็นแนวทางการปฏิบัติการรักษาทางเลือกเพื่อการวินิจฉัยรักษาและป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก ที่จัดแบ่งโดย National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) (2005) ได้จำแนกออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552)

1) Alternative medical systems คือ การแพทย์ทางเลือกที่มีวิธีการตรวจรักษา วินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน การแพทย์แบบอายุรเวชของอินเดีย เป็นต้น

2) Mind-body interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจจากแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (mind – body connection) อธิบายว่าการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) ซึ่งช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจมีหลายวิธี เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง เป็นต้น

3) Biologically based therapies คือวิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน อาหารสุขภาพ เป็นต้น

4) Manipulative and body-based methods คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยการใช้หัตถการต่าง ๆ เช่น การนวด การดัด การจัดกระดูก เป็นต้น

5) Energy therapies คือวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการบำบัดรักษาที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เป็นต้น

ผู้วิจัยรวบรวมการปฏิบัติการรักษาทางเลือกเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายที่นิยมนำมาใช้ในการลดความเครียด ดังนี้

1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เมื่อมีความเครียดทางอารมณ์สูงขึ้น กล้ามเนื้อจะหดตัว และมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น และถ้าได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้อารมณ์สงบได้ ซึ่งได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการปฏิบัติ โยคะ เป็นการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้กล้ามเนื้อเฉพาะส่วนตึงและหย่อนตามลำดับ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2546) มีการศึกษาของ ศรีนยา ฉันทะปริดา (2549)



พบว่า โยคะสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แต่หากผู้ดูแลที่มีภาระงานมาก อาจทำให้ไม่มีความต่อเนื่องของการทำโยคะได้

2) การนวด (massage) เป็นการสัมผัสที่เป็นสื่อไปสู่การสร้างความสุขสบาย เกิดความผ่อนคลาย เนื่องจากเมื่อมีการนวดที่บริเวณใดตรงส่วนนั้นก็จะมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น กล้ามเนื้อตึงเครียดจะผ่อนคลายลง ทำให้หลับได้ดีด้วย ซึ่งผู้ปฏิบัติต้องผ่านการเรียนรู้เรื่องวิธีการนวดที่ถูกต้องวิธีการศึกษาของ Bypass (1988) พบว่าการนวดมีผลทำให้เกิดความผ่อนคลายได้ การได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นประจำ จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าสู่กระบวนการบรรเทาทุกข์ สร้างความสุขสบาย (healing process)

3) การรักษาด้วยน้ำมันหอม (aromatherapy) เป็นวิธีที่นิยมในกลุ่มพยาบาล เชื่อว่าเป็นการรักษาแบบองค์รวม มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดด้วยวิธีใช้และไม่ใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมด้วยในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการนวดมีผลดีกับความวิตกกังวลและมีผลดียิ่งขึ้น เมื่อมีการใช้น้ำมันหอมร่วมด้วย แต่ผลการวิจัยทั้งหมดมีผลในระยะสั้น (Coner et al., 1995)

4) การทำสมาธิ (mediation) เป็นวิธีที่มีพลังมากที่สุดสำหรับการเอาชนะความเครียด ทำให้เกิดความผ่อนคลายอย่างลึกซึ้ง สามารถทำได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา เพียงใช้เพียงลมหายใจที่มีอยู่ ส่งผลให้จังหวะคลื่นไฟฟ้าในสมองเปลี่ยนแปลงและช่วยป้องกันให้ต่อสู้กับผลของความเครียดทางลบได้ดี (มณูญ ตนะวัฒนา, 2539)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเทคนิคการผ่อนคลายในรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานจาก ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (mind – body connection) ด้วยวิธีการทำสมาธิแบบ อานาปานสติ เนื่องจากการทำสมาธิเป็นการการระลึกรู้ในลมหายใจเข้าออก ทำให้เกิดการตั้งมั่น แห่งจิต ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย มีความสงบเยือกเย็น ไม่นุ่มเฉียว เกรี้ยวโกรธ มีความมั่นคงทางอารมณ์ (พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก, 2552) และสามารถปฏิบัติได้ทุก อิริยาบถทั้ง ท่านั่ง ท่านอน จึงมีจุดเด่นที่สามารถปฏิบัติได้สะดวก ได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ ใช้ได้ทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ใด ๆ

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ

การดูแลอย่างผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มการแพทย์ทางกายและจิต (mind and body medicine) เป็นกลุ่มและเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่กระทำด้วยกาย แต่มุ่งปรับเปลี่ยนสภาวะทางจิตใจที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายและ เกิดผลในการบำบัดต่าง ๆ (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552) เช่นเดียวกับทฤษฎีความสัมพันธ์ ระหว่างกายและจิตใจ (mind body connection theory) เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้

ความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตใจ ซึ่งการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย (Well-Federman, 1995 อ้างถึงใน อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2542)

สำหรับทางพุทธศาสนา กล่าวว่า “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” ซึ่งหมายถึง ใจเป็นนายของกาย สอดคล้องกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่พบว่าการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางจิตใจ ซึ่งพบว่าเมื่อใดร่างกายตั้งเครียดมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบฮอร์โมน รวมทั้งทำให้มีการหลั่งสาร endorphin มีผลทำให้ความรู้สึกสดชื่น อิ่มเอิบและสุขสบาย (จำลอง ดิษยวาณิช, 2544)

#### 4.1 ความหมายของสมาธิ

สมาธิเป็นสภาพจิตใจที่อยู่ในสภาวะนิ่ง ตั้งมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้เกิดความสงบจิตใจไม่วุ่นวาย สามารถคลายความเครียดได้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของสมาธิไว้ดังนี้

พระธรรมปิฎก (2539) ให้ความหมายของสมาธิไว้ว่า เป็นความตั้งมั่นแห่งจิต ภาวะจิตที่สงบนิ่งแน่วแน่นอยู่กับสิ่งที่กำหนด และมีสภาพพร้อมในการได้รับการเสริมสร้างนิสัยที่ดี

บุญมี แห่งแก้ว (2541) ให้ความหมายของสมาธิไว้ว่า เป็นการรวมกระแสจิตหรือทำใจให้แน่วแน่นในสิ่งเดียว นึกคิดในสิ่งเดียว และให้จิตหยุดนิ่งอยู่ในจุด (อารมณ์) อันเดียวไม่ฟุ้งซ่าน

พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ) (2550) ให้ความหมายของสมาธิไว้ว่า เป็นชื่อภาวะของจิตที่อยู่ในความสงบ มีระเบียบระบอบของการปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สมาธิ คือ การตั้งมั่นของจิต ทำให้ใจแน่วแน่นต่อสิ่งที่กำหนด อยู่ในภาวะ ที่สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน

#### 4.2 ระดับของสมาธิ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (ประยุทธ์ ปยุตโต, 2547)

4.1.1 ขณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ (momentary concentration) เป็นสมาธิขั้นต้นซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดีและใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเจริญวิปัสสนาก็ได้ ขณิกสมาธิ หมายถึง ตั้งใจมั่นได้เล็กน้อย เช่น กำหนดจิตตามคำภาวนาได้ไม่นานก็คิดตามอารมณ์ภายนอกทำให้จิตไม่อยู่นิ่ง ฟุ้งซ่าน แต่พอรู้ตัวก็จะกลับมากำหนดจิตเช่นเดิม

4.1.2 อุปจารสมาธิ สมาธิจนจะแน่น (access concentration) เป็นสมาธิที่มีความตั้งมั่นจะถึงปฐมฌาน อุปจารสมาธิคুমารมณฺ์สมาธิไว้ได้นานพอสมควร มีอารมณ์ใสสว่าง และจะมีอาการดังนี้

1) วิตก คือ ความกำหนดจิตนี้กคิดในองค์ภาวนาหรือกำหนดรูปภสณจิตกำหนดอยู่ได้ไม่คลาดเคลื่อน ในเวลานานพอสมควร

2) วิจารณ์ คือ การใคร่ครวญในรูปภสณนิมิตที่จิตถือเอาเป็นนิมิตที่กำหนด ถ้ากำหนดลมหายใจก็กำหนดรู้ว่าหายใจเข้าออกยาวหรือสั้น เบาหรือแรง รู้อยู่ตลอดเวลา

3) ปีติ ความปลาบปล้มเอิบอ้มใจ มีจิตใจชุ่มชื่นเบิกบาน ไม่เบื่อในการเจริญภาวนา อารมณฺ์ผ่องใส เมื่อหลับตาภาวนาจะมีความสว่างคล้ายมีใครนำแสงสว่างคล้ายมีใครนำแสงสว่างมาวางไว้ใกล้ ๆ เห็นภาพและแสงสีปรากฏเป็นครั้งคราวแต่ปรากฏอยู่ไม่นานก็หายไป อาการของปีติมีห้าอย่าง ได้แก่ มีอาการขนลุก น้ำตาไหลจากตาโดยไม่มีอะไรไปทำให้ ตาระคายเคือง ร่างกายโยกโคลง ร่างกายลอยขึ้น เนื้อพ่นที่นึ่ง และอาการกายชุ่มช้ำคล้ายร่างกายโปร่ง ข้อสังเกตคือ อารมณฺ์จิตชุ่มชื่นเบิกบานแม้ร่างกายจะสั่นไหว มีสมาธิตั้งมั่นอยู่เสมอ การกำหนดจิตเข้าสมาธิทำได้ง่าย และคล่อง

4.1.3 อัปปนาสมาธิ สมาธิแน่น (attainment concentration) เป็นสมาธิระดับสูงสุดจะมีอาการเพิ่มขึ้นจากอุปจารสมาธิ คือ มีอารมณ์เป็นหนึ่ง เช่น เมื่อทำสมาธิอยู่นั้นหยุดได้ยินเสียงภายนอกทุกอย่างแต่อารมณ์ภาวนาไม่คลาดเคลื่อน ไม่รำคาญในเสียง ได้ยินเสียงแต่จิตทำงานปกติ

การทำจิตใจให้สงบเพื่อให้เกิดสมาธินั้นการทำสมาธิกรรมฐานเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้จิตใจสงบได้ซึ่งมีหลายแบบหลายระบบ สามารถเลือกปฏิบัติได้อย่างอิสระ โดยแบ่งระบบที่สำคัญดังนี้ (จิตตอสิระ, 2553)

1) ระบบอานาปานสติ หมายถึง การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นระบบเก่าและดั้งเดิม คำที่ใช้บริกรรม คือ เวลาหายใจเข้าให้บริกรรมว่า “พุท” เวลาหายใจออกให้บริกรรมว่า “โธ” เป็นอารมณ์

2) ระบบธรรมกาย หลวงพ่อสด วัดปากน้ำภาษีเจริญ เป็นผู้ค้นพบ คำที่ใช้บริกรรม “สัมมาอรหัง” ทราบว่าท่านถอดกายทิพย์ได้

3) ระบบยุบหนอพองหนอ หลวงพ่อเทพสิทธิมนฺี โชคก ป.ธ.9 วัดมหาธาตุฯ กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ค้นพบและนำออกเผยแพร่ มีหลักการใช้มหาสติปัฏฐานสี่เป็นแม่บท

4) ระบบจิตว่าง หลวงพ่อพุทธทาส เป็นผู้เผยแพร่

5) ระบบตาทิพย์ หลวงพ่อสมเด็จพะพุฒาจารย์ (โต) พรหมรังสี แห่งสำนัก  
ปูสาวรรค์ เป็นองค์เผยแพร่

ในการวิจัยครั้งนี้ นำวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการตั้งสติกำหนดลม  
หายใจเข้าออก สะดวกแก่การปฏิบัติด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น (จิตตอิสระ, 2553)

1) ทำได้สะดวกไม่ต้องยุ่งยากในการจัดหาอุปกรณ์เพราะลมหายใจของทุกคน  
มีอยู่ในตัวอยู่แล้ว จึงใช้ได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ที่ต้องการ เป็นอารมณ์ที่เป็นรูปธรรมที่กำหนดได้  
อย่างชัดเจน ไม่ต้องนึกเอาและไม่มีความละเอียดลึกซึ้งมาก

2) ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่าย และเห็นผลทันตา ไม่ต้องรอจนเกิดสมาธิที่เป็น  
ขั้นตอนชัดเจน กล่าวคือ เมื่อกายใจผ่อนคลายพักสักจิตจะสงบ มีความสุขสบายลึกซึ้งลงไปเรื่อย  
ทั้งยังสามารถปฏิบัติต่อเนื่องให้สำเร็จผลถึงขั้นสูงสุด คือ รูปฌาน กระทั่งนิโรธสมาบัติได้

3) เกื้อกูลแก่สุขภาพได้อย่างดี คือ ช่วยให้ร่างกายพักผ่อนได้ ตาก็ไม่เหนื่อย  
กายก็ไม่เหน็ดเหนื่อยดังเช่นในกรณีวิธีฝึกปฏิบัติแบบอื่น ๆ ที่อาศัยการยืน การเพ่งจ้อง

#### 4.3 สมาธิแบบอานาปานสติ

อานาปานสติ หมายความว่า การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก คำนี้เมื่อแยกบทแล้ว  
มี 3 บท ดังนี้

อาน+ปาน (หรือออปาน) + สติ อาน = หายใจเข้า (breathing in)

ปานหรือออปาน = หายใจออก (breathing out)

สติ = ความระลึก (mindfulness)

เมื่อรวมแล้วเป็นอานาปานสติ ซึ่งหมายถึง การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก  
อานาปานะนี้ยังมีคำเรียกกันอีกอย่างหนึ่งว่า อัสสาสะ บัสสาสะ คำทั้งสองนี้มีความหมายเป็น  
อย่างเดียวกัน คือ อัสสาสะ แปลว่า ลมหายใจเข้า (inhaled breath) และบัสสาสะ แปลว่า  
ลมหายใจออก (exhaled breath) (จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช, 2545)

#### วัตถุประสงค์ของอานาปานสติ

การเจริญสมาธิ หรือสมาธิภาวนา มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอยู่ 4 ประการ  
วัตถุประสงค์เหล่านี้ถือว่าเป็นประโยชน์โดยตรงที่จะพึงได้ โดยมีพุทธภาษิตตรัสไว้ว่า  
(จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช, 2545)

1) เพื่อความสุขทันตาเห็นในปัจจุบัน หมายความว่าในขณะที่จิตเป็นสมาธิ  
เมื่อนั้นเราก็มีความสุขอิ่มเอิบใจและความสุข เป็นความสุขชนิดที่แท้จริง ซึ่งไม่ใช่ความสุขอย่างโลก  
คือ เป็นความสุขที่เกิดมาจากจิตว่าจากกิเลสชั่วคราว ด้วยอำนาจของสมาธิ

2) เพื่ออำนาจอันทิพย์ บางคนอาจเกิดมีอำนาจทิพย์ ซึ่งหมายถึงความมี  
หุทิพย์ ตาทิพย์หรืออำนาจพิเศษเหนือกว่าธรรมดา ล้วนแต่เป็นเรื่องของปาฏิหาริย์แทบทั้งสิ้น

3) เพื่อความสมบูรณ์ของสติสัมปชัญญะ ตามปกติคนเรานั้นมี  
สติ (ความระลึกได้) และสัมปชัญญะ (ความรู้ตัว) ไม่สมบูรณ์เป็นแบบลุ่ม ๆ ดอน ๆ บางทีก็มีหรือ  
มีก็ไม่ค่อยสมบูรณ์ ถ้าฝึกสมาธิถูกวิธีแล้ว จะเป็นคนมีสติสัมปชัญญะมากขึ้นหรือสมบูรณ์  
จะคิด จะพูด จะทำอะไรก็ว่องไว จะมีความจำเก่ง มีความรวดเร็วในการตัดสินใจ ปฏิภาณจะ  
เฉียบแหลมและไว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือความมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในการดำเนินชีวิตและ  
การปฏิบัติธรรม

4) เพื่อกระทำอาสวะให้สิ้นไป หมายถึง การทำกิเลสภายในจิตใจให้หมดไป  
การเจริญสมาธิด้วยการกำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลาย ทั้งปวงว่าเป็นความไม่เที่ยง (อนิจจัง)  
ความเป็นทุกข์ (ทุกขัง) และความไม่มีตัวตน (อนัตตา) อยู่ตลอดเวลาจะทำให้อาสวะกิเลสค่อย ๆ  
บรรเทาเบาบางลงจนหมดไปในที่สุด นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

### การปฏิบัติอานาปานสติที่หลักพึงปฏิบัติ ดังนี้

1) สถานที่ คือ สถานที่ซึ่งสงบจากการรบกวนของโลกียภรณ์ มีบรรยากาศ  
เงียบสงบ อากาศถ่ายเทดี ทำให้เกิดความวิเวกหรือความสงบทางร่างกายและจิตใจได้ง่าย  
(จำลอง ดิษวณิข และพริ้มเพรา ดิษวณิข, 2545)

2) ท่านั่งสมาธิ ให้นั่งขัดสมาธิแบบคู้บัลลัง คือ การนั่งคู้ขาเข้ามาโดยรอบเท้า  
ขวาทับเท้าซ้าย มือขวาทับมือซ้าย ให้อุ้งมือจรดกัน แต่อย่าให้ตึงจนเกินไป ตั้งกายให้ตรง  
ให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตั้ง พยายามปรับร่างกายให้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบายที่สุด ศีรษะอย่าให้  
ก้มหนัก อย่าให้เอียงไปทางซ้ายหรือทางขวา สำหรับผู้หญิงถ้าใช้ท่านั่งอย่างดอกบัว หรือนั่ง  
ขัดตะหมาดดูแล้วไม่เหมาะสมในบางโอกาส อาจใช้ท่านั่งพับเพียบแทนก็ได้ เมื่อตรวจดูท่านั่ง  
เรียบร้อยแล้ว พึงดำรงสติไว้เฉพาะหน้า มุ่งตรงต่อการทำสมาธิ (จำลอง ดิษวณิข และ  
พริ้มเพรา ดิษวณิข, 2545)

3) วิธีกำหนดลมหายใจเข้าออก พร้อมกับการนับไปด้วยโดยที่อย่านับต่ำกว่า  
5 และไม่เกิน 10 ให้นับลมหายใจเข้าออกเป็นคู่ คือ หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 หายใจเข้า  
นับ 2 หายใจออกนับ 2 ไปเรื่อย ๆ จนถึงหายใจเข้า 9 หายใจออกแล้วนับย้อนกับนับ 8, 8, 7, 7  
ไปเรื่อย ๆ เพื่อให้จิตใจมีหลักที่มั่นคงชัดเจนมากขึ้น (สุจิตรา อ่อนค้อม, 2541)

4) มีสติระลึกลมหายใจ หายใจเข้าก็รู้ว่าหายใจเข้า หายใจออกก็รู้ว่า  
หายใจออก หายใจเข้ายาวก็รู้ว่าหายใจเข้ายาว หายใจเข้าสั้นก็รู้ว่าหายใจเข้าสั้น หากเผลอสติไป

คิดเรื่องอื่น ก็ให้รู้แต่ไม่ต้องไปสนใจ หรือให้ความสำคัญกับความคิदनั้น สนใจแต่กับลมหายใจเข้าออกและการนับเลขเท่านั้น ความคิดอันนั้นก็หายไปเอง (พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก, 2552)

#### 4.4 กลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทำสมาธิ

4.4.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท การปฏิบัติสมาธิจะทำให้เกิดการตั้งมั่นต่อการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งและยับยั้งการกระตุ้นอื่น ๆ เป็นการปรับระดับของกระแสประสาทที่จะผ่านไปยัง Cerebral cortex ซึ่งประสาทส่วนนี้สามารถส่งกระแสประสาทลงมาควบคุมกระแสประสาทนำเข้าจากอายตนะส่วนปลาย คือ Efferent inhibitory pathways สำหรับการได้ยิน การเห็น และการรับรู้ตัวตน (somesthetic system) ซึ่งประกอบด้วยการสัมผัส การกดดัน การสัมผัสเพื่อกวน ความเจ็บปวด และอุณหภูมิ จากการควบคุมดังกล่าวทำให้สามารถปรับเพิ่มหรือลดความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นอื่น เช่น ขณะนั่งอ่านหนังสือจะไม่สนใจต่อสิ่งที่มากระทบ นอกจากนี้การกระตุ้นที่ซ้ำ ๆ กันอาจทำให้มีการตอบสนองเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากการที่ยับยั้งอวัยวะรับสัมผัสทำให้เกิดความเคยชิน ไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งกระตุ้น (จำลอง ดิษยวาณิช, 2544) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าการฝึกสมาธิส่งผลทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย การตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกายมีจุดกำเนิดที่ Hypothalamus เนื่องจาก Hypothalamus เป็นตำแหน่งที่ควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อ จะน้อยลงพร้อม ๆ กันทันที มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกาย โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกอย่างสมดุล มีการหลั่ง Nor-epinephrine มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และระหว่างการทำสมาธิ คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนแปลงเป็นคลื่นอัลฟามากกว่าปกติ คลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่มีลักษณะพิเศษจากภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น ทำให้ร่างกายพักผ่อน สามารถคลายเครียดได้ (Wallace & Benson, 1972)

4.4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ขณะจิตสงบเป็นสมาธิร่างกายหลั่งสาร Endorphine ออกมามากขึ้น สารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีอยู่ในร่างกาย (endogenous morphine) สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และฮอร์โมน Endorphine นั้นสามารถพบได้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

เช่น ต่อม Pituitary, Hypothalamus ระบบทางเดินอาหารและลำไส้และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งระบบประสาทส่วนกลางนี้ Endorphine มีผลทำให้มีความรู้สึกสดชื่นอิมเอบและสุขสบาย (จำลอง ดิษยวาณิช, 2544)

#### 4.5 ประโยชน์ของการฝึกสมาธิ (ภักสุจีภรณ์ จิปีภพ, 2551)

4.5.1 ประโยชน์ทางด้านอภิญญา เช่น ฝึกสมาธิแล้วได้อภิญญา (ความสามารถพิเศษเหนือสามัญชน) ได้แก่ หูทิพย์ ตาทิพย์ ประโยชน์ด้านนี้ไม่เกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนาโดยตรง

4.5.2 ประโยชน์ที่เป็นจุดหมายทางด้านศาสนา แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1) ประโยชน์ระดับต้น ฝึกสมาธิไประยะหนึ่งจิตจะหายฟุ้งซ่านจนไปถึงระดับหนึ่งแล้ว เรียกว่า วิกขัมภมวิมุตติ (หลุดพ้นด้วยขมไว้) ตราบใดที่ยังขมอยู่ได้ ก็เลสก็ไม่ฟุ้ง

2) ประโยชน์ระดับสูงสุด ก็คือ สมาธิอันเป็นบาทฐานวิปัสสนาพิจารณาสภาวธรรมทั้งหลายรู้แจ้งไตรลักษณ์ กำจัดกิเลสได้โดยสิ้นเชิง พุดอีกในหนึ่ง คือ สมาธินำไปสู่ความเป็นพระอรหันต์

4.5.3 ประโยชน์สมาธิในด้านพัฒนาบุคลิกภาพ ผู้มีบุคลิกภาพที่พึงปรารถนาหลายประการ เช่น มีความสงบเยือกเย็น ไม่ฉุนเฉียว เกรี้ยวโกรธ มีความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นต้น

4.5.4 ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทำให้ใจสบาย ไม่เครียด มีความสุขนอนหลับง่าย หายกระวนกระวายโดยไม่จำเป็น กระฉับกระเฉง ว่องไว รู้จักเลือกและตัดสินใจเหมาะสมแก่สถานการณ์ มีสติสัมปชัญญะดี รู้เท่าปรากฏการณ์ และยับยั้งใจได้ดีเยี่ยม เกื้อกูลต่อสุขภาพ เสริมประสิทธิภาพในการทำงานและการกระทำกิจทุกอย่าง เนื่องจากจิตที่เป็นสมาธิจะแน่วแน่กับสิ่งที่กำลังกระทำ ไม่เกิดความฟุ้งซ่าน มีความรอบครอบไม่ผิดพลาด ป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากงานได้

4.5.5 ประโยชน์ในด้านจิตใจ การทำสมาธิเป็นการเตรียมใจที่จะรับรู้ เกิดความรู้ ความเข้าใจ ลดความหวาดกลัว สามารถเปิดใจเรียนรู้ในสิ่งใหม่ และต่อสู้กับความทุกข์ที่มากกระทบกับจิตใจได้ เมื่อจิตใจแจ่มใส ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตามมา

การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเป็นการการระลึกรู้ในลมหายใจเข้าออก ทำให้เกิดการตั้งมั่นแห่งจิต ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในสภาวะผ่อนคลาย มีความสงบเยือกเย็น ไม่ฉุนเฉียว เกรี้ยวโกรธ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเปิดใจเรียนรู้ในสิ่งใหม่ จึงพบว่าการทำสมาธิแบบอานาปานสติมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการจัดการกับ

อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับภาระหนักในการดูแล เช่น ความรู้สึกโกรธ เครียด วิตกกังวล จากการดูแล ผู้วิจัยจึงเลือกการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมาจัดการความเครียดกับผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 5 แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

การแสวงหาข้อมูล เป็นรูปแบบหนึ่งในการเผชิญความเครียด เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่เพียงพอและข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล จึงเป็นวิธีการสำคัญในการ ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลสามารถ รับรู้และแปลความหมายต่อสภาวะการณที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเอง เป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความเครียดจะลดลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ทางการรักษา ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและความประทับใจในการบริการ การสื่อสารทางการพยาบาล มีหลายประเภทและควรเลือกใช้ให้เหมาะสมสำหรับแต่ละ สถานการณ์ โดยการสื่อสารทางการพยาบาลที่พบได้บ่อย สรุปได้ 3 ประเภทดังนี้ (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2551)

1) การให้ข้อมูลหรือความรู้ เป็นการแนะนำโดยตรง เป็นการสอนที่นิยมกัน ทั่วไป เนื่องจากการปฏิบัติทำได้ง่าย ไม่ต้องอาศัยเทคนิคในการสื่อสารมาก เป็นการสรุปเนื้อหา สั้น ๆ ให้ผู้รับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจ บางครั้งอาจใช้สื่อรูปภาพหรือเอกสารประกอบ สามารถทำได้สำหรับผู้รับบริการหลาย ๆ คนหรือเป็นกลุ่ม ซึ่งทำให้ประหยัดเวลา ปัญหาของ การสื่อสารด้วยวิธีนี้ คือ การสื่อสารทางเดียว ไม่ได้ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

2) การแนะนำล่วงหน้า มีลักษณะคล้ายคลึงกับการให้ข้อมูลหรือความรู้ เพียงแต่ข้อมูลที่สื่อเป็นข้อมูลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในอนาคต จึงมีประโยชน์ในแง่การ ป้องกันและเฝ้าติดตาม

3) การให้การปรึกษา เป็นวิธีการสื่อสารที่ต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ขั้นสูงใน การสื่อสาร มีหลักการในการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารสองทาง มักใช้ สำหรับผู้รับบริการรายบุคคล

ในงานวิจัยผู้วิจัยเลือกการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีการวางแผนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation)



Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่คลินิกสมองเสื่อม เนื่องจากมีความจำกัดเรื่องเวลา สามารถทำได้สำหรับผู้ดูแลเป็นกลุ่ม และเป็นการสรุปเนื้อหาสั้น ๆ ให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจได้ง่าย

### 5.1 ความหมายของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

พิกุล ดันติธรรม (2533) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลคำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลรายละเอียด ข้อเท็จจริงและคำแนะนำต่าง ๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

อารุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดที่เป็นจริงและจำเป็นแก่ผู้รับบริการ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของโรค ความรุนแรง การรักษา

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริงและคำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ เป็นการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดตามความเป็นจริงและความจำเป็นให้ผู้ดูแล ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

### 5.2 แนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

Leventhal & Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการเตรียมบุคคลที่จะพบเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด มีจุดสำคัญ คือ การใช้คำที่เป็นนามธรรม ชัดเจน ไม่คลุมเครือ ในการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์ โดยแบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (cognitive control) แวดล้อมที่ผู้ดูแลต้องประสบ เช่น ข้อมูลเรื่องโรคแผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ถูกต้อง

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้ที่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ เคยประสบมา แล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้ผ่านประสาททั้งห้า ได้แก่

การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียงการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์ ความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (response control)

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงทฤษฎี วิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavior control)

### 5.3 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

พยาบาลมีบทบาทอิสระต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ Grant. (1996) พบว่าผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (demand on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ดังนั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงมีส่วนสำคัญในการลดความเครียดของผู้ดูแล โดยมีหลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล ดังนี้ (อัฉรภา คงกิตติมากุล, 2545)

- 1) ข้อมูลเป็นเรื่องเดียวกันและการให้ข้อมูลหรือการอธิบายจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
- 2) มีความครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
- 3) ใช้ภาษาไม่คลุมเครือ มีความเฉพาะเจาะจง หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่ไม่เข้าใจแจ่มแจ้ง ได้แก่ คำว่า บางครั้ง บ่อย ๆ
- 4) มีความกระชับการให้ข้อมูลหรืออธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับ เพราะผู้รับบริการบางคนอาจมีความจำจำกัด
- 5) การควบคุมภาษาและความเร็วการใช้ภาษา ทำทางประกอบ เช่น น้ำเสียงการแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ
- 6) ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้องเป็นจริงซึ่งต้องอาศัยความรู้ ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เพราะผู้รับบริการจะฟังและตัดสินใจ สร้างความเชื่อถือ ความมั่นใจจากพยาบาล

7) การยกตัวอย่างประกอบจะทำให้การให้ข้อมูลหรือการอธิบายนั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมขึ้น

8) การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับข้อมูล หรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงไร ถูกต้องหรือไม่เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ความสนใจ ความคิดเห็น ซึ่งต้องอาศัยการแสดงออกของใบหน้าผู้รับบริการในการให้ข้อมูลหรือการอธิบาย

#### 5.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997: 33-34)

1) การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2) การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้

ข้อควรคำนึงถึงในการให้ข้อมูล ดังนี้

1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความกังวล ความเครียดของผู้รับข้อมูล

2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3) ระวังภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ ควรให้ข้อมูลที่เท่าที่จำเป็น

4) มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยระบายความรู้สึก

5) จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำการให้ข้อมูลรายกลุ่มมาใช้ พบว่ามีการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มได้ ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถต่อการรับรู้ ความต้องการข้อมูลของผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางที่เป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด จากการศึกษาของ Thompson et al. (2008) เกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดกิจกรรมกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก กลุ่มละ 4-8 คน ให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทักษะการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วย ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความเครียดลดลง

นอกจากนี้ผู้วิจัยนำการโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านมาส่งเสริมการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลที่บ้าน เนื่องจากการโทรศัพท์ติดตามเป็นวิธีการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นการให้ข้อมูลหรือคำปรึกษาแก่บุคคลหรือครอบครัวตามปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสมและสามารถโต้ตอบ ชักถามอย่างเปิดเผยได้มากขึ้น (สุนันทา บุญรักษา, 2548) ดังนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมแนวทางการโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การโทรศัพท์ติดตาม

การโทรศัพท์ติดตาม อาจเรียกว่า การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ (นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุล และคณะ, 2549) ซึ่งหมายถึง การให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้บุคคลหรือผู้ดูแลมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) หรือเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนแผนการดูแล ช่วยปรับระดับประคองให้ผู้ดูแลและครอบครัวโดยการตอบคำถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นเฉพาะหน้า รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (สุนันทา บุญรักษา, 2548; Lanigan, 2000; Rice, 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำการโทรศัพท์ติดตาม มาส่งเสริมการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมมติแบบอานาปานสติที่บ้านและให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นอกจากนี้เป็นวิธีการเสริมกำลังใจแก่ผู้ดูแล โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

### วิธีการและระยะเวลาในการโทรศัพท์ติดตาม จากการรวบรวม

งานวิจัยต่าง ๆ ที่นำวิธีการโทรศัพท์ติดตามมาส่งเสริมการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในผู้ป่วยและครอบครัว มีดังนี้ นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ซึ่งมีการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านของผู้ดูแล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและ วิญญา ไพบุลย์วัฒนกิจ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตจำนวน 5 ครั้งและการโทรศัพท์ติดตามภายหลัง 3 วันของการสอนสุขภาพจิตแต่ละครั้ง ใช้ระยะเวลาการโทรศัพท์ครั้งละ 15 นาที พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมและ ชวัญแก้ว ปานล้ำเลิศ (2552) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โดยมีกิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามภายหลังการให้ความรู้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้ Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ระดับประจักษ์จิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง โดยใช้การโทรศัพท์ติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ประมาณ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นขึ้นกับขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเลยตลอดระยะเวลาการทดลอง 60 วันและ Thompson et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดกิจกรรมกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทักษะการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วย ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต กับกิจกรรมการโทรศัพท์เยี่ยมและให้คำปรึกษา โดยใช้ระยะเวลา 15-20 นาทีต่อครั้ง ทุก ๆ 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลลดลง

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า วิธีการโทรศัพท์ติดตามมักมีการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 15-60 นาทีหรือมากกว่านั้น

ขึ้นกับความต้องการของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามภายหลังการให้ข้อมูล 1 สัปดาห์ โดยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที

## 2. การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน เป็นการให้ข้อมูลหรือคำปรึกษาแก่บุคคลหรือครอบครัวตาม ปัญหาที่ประสบได้อย่างเหมาะสม (สุนันทา บุญรักษา, 2548) สามารถให้การดูแลและช่วยเหลือ ครอบครัวให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง รวมทั้งการให้ความรู้ระหว่างการเยี่ยมบ้าน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในเรื่องต่าง ๆ ได้ลึกซึ้งตามความต้องการ เนื่องจากเป็นการ สื่อสาร 2 ทาง (อดิศักดิ์ ภูมิวิเศษ, 2537) นอกจากนี้ผู้เข้าเยี่ยมบ้านยังสามารถรับรู้ถึงสภาวะใน ครอบครัว ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้เกิดการวางแผนร่วมกับ ผู้ดูแล เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ต้องการ (จรรยา เสี่ยงเสนาะ และวาริ ระกิติ, 2534) และส่งเสริมให้ ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทและลดภาวะความขงใจที่เกิดขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ซึ่ง วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน มีดังนี้ (ปราณี เทียมใจ, 2534: 277)

- 1) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการได้ถูกต้องเหมาะสมกับ สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม
- 2) เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ต้องให้อย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย รวมทั้ง สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกครอบครัวได้
- 3) เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกแต่ละวัยของ ครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมการสร้างทัศนคติที่ดีและการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง อันจะทำให้มี พลังนามัยที่สมบูรณ์
- 4) เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรค สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและ ป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ
- 5) เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในกรณีที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรคติดต่อและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย และญาติ
- 6) เพื่อช่วยเหลือในการจัดระเบียบความเป็นอยู่ภายในครอบครัวให้ เหมาะสมกับสภาพร่างกายของสมาชิกแต่ละคน
- 7) เพื่อแนะนำครอบครัวในเรื่องการสร้างบุคคล เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ อันจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 8) เพื่อแนะนำประชาชนให้รู้จักและใช้แหล่งบริการสาธารณสุขและ แหล่งประโยชน์อื่น ๆ ของชุมชนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความเป็นจริง

จากการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักนำมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนี้ อติศัย ภูมิวิเศษ (2537) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านและสุนันทา บุญรักษา (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟพร้อมกับการติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและนวรรตน์ สมเพชร และคณะ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก พบว่า ระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมและระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระดับความดันโลหิต Diastolic ลดลง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน สอดคล้องจากการศึกษาของ Lane et al. (2007) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการเผชิญความเครียดและความรู้สึกทางลบในกลุ่มประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยสอนและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัย 3 เดือน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกทางลบลดลง

### 5.5 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

Skipper (1975) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูลหรือคำอธิบายไว้หลายประการ พอสรุปได้ ดังนี้

1) ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับบริการ ช่วยให้เกิดความเข้าใจและสบายใจ สอดคล้องกับ Eayrs (2009) พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกลบบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

2) เกิดความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาล เข้าใจการรักษาและผู้รับบริการเป็นอย่างดี สามารถให้ความรู้ ให้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้รับบริการคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว

- 3) ช่วยให้ผู้รับบริการร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- 4) ผู้รับบริการสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

ในงานวิจัยผู้วิจัยเลือกการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการทำสมาธิแบบอานาปานสติ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มักมีความเครียด เนื่องจากต้องใช้เวลาคาดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง อาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2551) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งการแก้ปัญหาโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการจัดการกับอารมณ์โดยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งน่าจะเหมาะสมกับผู้ดูแลเนื่องจากสามารถทำได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ไม่ต้องมีอุปกรณ์ใด ๆ (สุจิตรา อ่อนน้อม, 2541) จากการศึกษาของ พรทิพย์ อนันตกุล (2543) ศึกษาผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ความเครียดของมารดาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพัฒนากร ทองคำ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลลดลงและมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น

## 6. บทบาทของพยาบาลเพื่อจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน ซึ่งต้องอดทนในการให้เวลากับผู้สูงอายุในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกที่เกิดความเครียด ดังนั้นพยาบาลจึงบทบาทสำคัญในการติดตามปัญหาต่าง ๆ และให้การช่วยเหลือผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับข้องใจ และอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าการแสดงอารมณ์ออกมาบ้างไม่ใช่เรื่องที่ผิด เช่น โกรธ โมโห ขุ่นเคือง เศร้าโศก หมดหวัง รู้สึกผิด ละอายใจ เป็นต้น และการกล้าที่จะบอกและแสดงความต้องการของตนเอง เช่น การต้องการหยุดพัก ต้องการมีเวลาส่วนตัว และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546)



2. อธิบายให้ผู้ดูแลได้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งพยาธิสภาพของโรค การรักษา การดูแลและวิธีการที่จะจัดการปัญหาต่าง ๆ และนำการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย แนะนำทักษะการติดต่อกับผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล พยายามให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2542) เนื่องจากผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (demand on information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกังวลต่าง ๆ (Grant, 1996)

3. ชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความเครียดของผู้ดูแลซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและจิต และส่งเสริมให้ผู้ดูแลทราบการจัดการกับความเครียดและสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

4. พยายามกระตุ้นให้ผู้ดูแลหาเวลาหยุดพักเป็นระยะหรือการจัดตารางให้ตนเองมีเวลาพักผ่อน โดยอาจใช้บริการผู้ป่วยแบบชั่วคราว เช่น การบริการ Day care หรือ Respite care เป็นต้น หรือผลัดเปลี่ยนการดูแลกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilz & Heitz (2008) พบว่า การแนะนำให้ผู้ดูแลได้มีการหยุดพักผ่อนและทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น การจับจ่ายซื้อของ การท่องเที่ยวการฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย โดย การหยุดพักผ่อนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีผลทางบวกกับสุขภาพผู้ดูแลและอารมณ์เครียดของผู้ดูแล ที่บ้าน นอกจากนี้การได้ทำกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยให้ลดอาการซึมเศร้าและความเครียดในผู้ดูแลได้

5. แนะนำให้ผู้ดูแลได้รู้จักบริการของหน่วยงานหรือสายด่วนให้คำปรึกษาที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเกิดความรู้สึกว่ามีผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ ซึ่งส่งผลต่อการลดความเครียดของผู้ดูแล

6. การติดตามเยี่ยมบ้าน (home visit) การช่วยเหลือผู้ดูแลที่บ้านอาจทำได้โดยการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกครั้งไปเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดในผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล นอกจากนี้พยาบาลจะเป็นผู้เข้าไปช่วยเหลือในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนมีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดภาวะความขงใจที่เกิดขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ (2542) ศึกษาความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีส (Jalowiec Coping Scale) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เมื่อเทียบกับ ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านบรรเทาความเครียด

สุดา เทพศิริ (2543) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบวัดระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพา สร้างจากแนวคิดความเครียดในบทบาทของ Hardy & Conway (1988) พบว่า ผู้ดูแล มีระดับความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เยาวภา ยงดีมิตรภาพ (2546) ศึกษาผลของการจัดกลุ่มให้การศึกษาค้นคว้าลด ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยใช้แบบสอบถามวัดความเครียดของผู้ดูแล ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินตนเองสำหรับผู้ดูแล (Caregiver Self – Assessment Questionnaire) ของ American Medical Association พบว่า ความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ < .05

Sasat (1998) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคม พุทธศาสนาในประเทศไทย โดยใช้แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) พบว่า ระดับความเครียดในการดูแลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสมองเสื่อม ในผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลและระยะเวลาในการป่วย แต่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระดับ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรมีระดับความเครียดต่ำกว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติ

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูล

สุทิตินี วัฒนกุล (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยม อย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทรีบุรี พบว่า

สมาชิกในครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต่อกระดูกในระยะก่อนผ่าตัดของหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลง แต่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พัฒนกร ทองคำ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน ที่โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลลดลงและมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $<.05$

จันทพร ธีรทองดี (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hosaka & Sugiyama (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของความเครียดซึ่งเป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต และการฝึกผ่อนคลาย โดยฟังเทป 10 นาที ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และการพักผ่อนโดยการฝึกจิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอภิปราย พบว่า การจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแล โดยแสดงในคะแนน ความซึมเศร้า ความโกรธ ต่อต้าน และความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ingun et al. (2007) ศึกษาวิจัยเชิงการทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมที่ควบคุมภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประกอบด้วยโปรแกรมการสอนความรู้กับผู้ดูแลร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ต่อความเครียด (Relative Stress Scale) เพื่อวัดระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลที่มีผลต่อความเครียด พบว่าการให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมร่วมกับการจัดกิจกรรม มีผลต่อการลดระดับ

ความเครียดได้เมื่อเปรียบเทียบกับทำให้ความรู้เพียงอย่างเดียว และการจัดกิจกรรม มีส่วนช่วยในการเผชิญปัญหาได้ในระยะสั้นซึ่งยังไม่ยั่งยืนพอที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของการเผชิญปัญหา

Thompson et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการจัดกิจกรรมกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทักษะการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วย ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต กับกิจกรรมการโทรศัพท์เยี่ยมและให้คำปรึกษา พบว่าคะแนนความเครียดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่มลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์เยี่ยม

#### งานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิและแนวทางของพระพุทธศาสนา

พรเทพ รุ่งคุณากร (2542) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติต่อความสงบ ความหมายและความมุ่งมั่นในชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอานาปานสติภาวนาประจำเดือน ณ ธรรมศรมนานาชาติ พบว่า กลุ่มผู้เริ่มฝึกอานาปานสติมีระดับความสงบและความจริงแท้ สูงขึ้นกว่าระยะก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

พรทิพย์ อนันตกุล (2543) ศึกษาผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากข้อคำถามของแบบประเมินความเครียด The Parental stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS: PICU) ของ Carter & Mile (1983) พบว่า ความเครียดของมารดาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยภัทร พรหมสุวรรณ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบของสถาบันบำราศนราดูร พบว่า ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นัยนา เหลือประวัติ (2547) ศึกษาผลการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกสมาธิ การคิดแบบอริยสัจ และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อกับนิสิตมหาวิทยาลัย

ศรีนคินทรวีโรดม พบว่า นิสิตสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยิวดี แจ่มกังวาล (2549) ศึกษาผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศน์ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lane et al. (2007) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการเผชิญความเครียด ความรู้สึกทางลบในกลุ่มประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยสอนและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติต่อบ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัย 3 เดือน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกทางลบลดลง

## 8. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) มาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยอธิบายได้ดังนี้

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวถึง ความเครียดว่าเป็นกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นผลของการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับความสามารถในการตอบสนองของบุคคล บุคคลจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบแตกต่างกันขึ้นกับการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ หากพบว่าสิ่งเร้ามีผลคุกคาม บุคคลนั้นจะประเมินต่อเพื่อหาวิธีการแก้ไขอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าความยากลำบากดังกล่าวเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

การจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องระลึกรู้ถึงเพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลจะมีสุขภาพดีจะต้องใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบการมุ่งจัดการปัญหาและการมุ่งจัดการทางอารมณ์ ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เพื่อให้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เพิ่มความรู้สึกสามารถ การควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ทำให้

เกิดความเครียดและช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984)

ผู้วิจัยนำทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์มาเตรียมตัวก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดความเครียดกับผู้ดูแลด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มาอธิบายการส่งเสริมการเผชิญปัญหาด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีขั้นตอนและครอบคลุม ซึ่งการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล (proceduce information) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ (sensory information) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (coping information) ซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีที่ต้องปฏิบัติในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยนำการบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มการแพทย์ทางกายและจิต (mind and body medicine) ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิตใจ (mind body connection theory) ที่อธิบายการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Well-Federman, 1995) ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายโดยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการทำให้จิตใจสงบ ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง โดยระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (จำลอง ดิษยวานิช, 2544)

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้านมาช่วยในการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล และมีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแล รวมทั้งลดภาวะความขงใจที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ Lazarus & Folkman (1984) ว่าการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ช่วยเพิ่มการรับรู้ประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็นกรสร้าง ความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (จิตนา อยู่เปล่า, 2543) รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

2) การปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1) การให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ จากการศึกษาของ Wilz & Heitz (2008) พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจกับผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง สอดคล้องกับ Eayrs (2009) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายกลุ่มในประเทศออสเตรเลีย โดยการให้ความรู้ในเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ และเทคนิคการจัดการความเครียด รวมทั้งฝึกทักษะเฉพาะในการดูแล พบว่าส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

2.2) การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ที่ผู้วิจัยสอนและสาธิตทักษะด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออกสามารถทำได้ทุกอิริยาบถ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสภาพจิตที่มั่นคง สามารถดำเนินการทำหน้าที่ทางสังคมไปอย่างปกติ เป็นการสอนแบบกลุ่มและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติสมาธิ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการปฏิบัติสมาธิ มีผลทำให้จิตใจสงบตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง และระหว่างการฝึกสมาธิร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพผ่อนคลาย ทำให้ความเครียด และความกังวล ลดลงอย่างชัดเจน (ขวัญตา เพชรรมณีโชติ, 2541; Carrington & Colling, 1980) จากการศึกษาของ พรทิพย์ อนันตกุล (2543) พบว่าการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่สามารถลดความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ สอดคล้องกับ พัฒนกร ทองคำ (2548) พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3) การโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งเป็นกรให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน และให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาคู่สมรสที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากการศึกษาของ วิญญา

ไพบูลย์วัฒนกิจ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลลดลง

2.4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน จากการศึกษาของ Lane et al. (2007) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการเผชิญความเครียดและความรู้สึกลบในกลุ่มประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยสอนและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัย 3 เดือน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกลบลดลง



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

1. **การสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการวิจัย ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

#### 2. การปฏิบัติกิจกรรม

2.1 **การให้ข้อมูล** โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกร่วมกับคู่มือเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดังนี้

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ ข้อมูลเรื่องโรคแผนการรักษา แนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- 2) ข้อมูลความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ผลกระทบของผู้ดูแล

2.2 **การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ** ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ที่ผู้วิจัยสอนและสาธิตทักษะด้วยสมาธิแบบอานาปานสติเป็นรายกลุ่ม พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติสมาธิต่อที่บ้าน

2.3 **การโทรศัพท์ติดตาม** ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน และให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

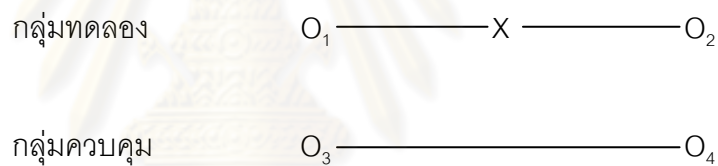
2.4 **การเยี่ยมบ้าน** ซึ่งเป็นการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน

ความเครียด  
ของผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมอง  
เสื่อม

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (experimental group) คือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มควบคุม (control group) คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบผลก่อนเข้าร่วมการวิจัยกับหลังเข้าร่วมการวิจัยหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีแบบแผนการทดลองดังนี้ (Polit & Hungler, 1999)



X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ระยะเวลา 8 สัปดาห์

O<sub>1</sub> หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

O<sub>2</sub> หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

O<sub>3</sub> หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีภาวะเครียดในการดูแล โดยมีคะแนนจากแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
3. นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อมั่นในการทำสมาธิ แต่ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมสมาธิอย่างเป็นระบบมาก่อน
4. สามารถติดต่อสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน และหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ
2. เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด จึงคัดเลือกผู้ดูแลเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและมีผลการคัดกรองว่ามีภาวะเครียด
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล โดยที่อายุของทั้งสองกลุ่มในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีระดับความเครียดในบทบาทต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อ

บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการปรับตัว มีความรอบคอบในการแก้ปัญหาต่างๆ มีประสบการณ์ในการจัดการความเครียด (คมสัน แก้วระยะ, 2540) และระดับความเครียดในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนชั่วโมงในการดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543)

4. ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะหากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการทดลอง ดังต่อไปนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์จากการเตรียมผู้ดูแลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติร่วมกับ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเครียด โดยขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ทบทวนทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ

1.2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมจากทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ และการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียดโดยใช้การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติรวมทั้งการโทรศัพท์ติดตามและการเยี่ยมบ้าน

1.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม เรื่องการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีความเครียด ประกอบด้วย ข้อมูลด้านกระบวนการเป็นข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา แนวทาง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลด้านความรู้สึกเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ดูแล และการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติสมาธิ

1.4 สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ่มชัดวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการวิจัย ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรม

1) การให้ข้อมูล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิก และคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ

2) การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ซึ่งผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการสอนรายกลุ่มและสาธิตการปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยสอบถามปัญหาการปฏิบัติสมาธิ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

3) การโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน และให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาคูบสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน

## 1.5 สื่อการสอน ประกอบด้วย

1.5.1 คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ โดยจัดทำเป็นรูปเล่มมีบทบรรยายพร้อมภาพประกอบ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรคสมองเสื่อม แผนการรักษา แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ

1.5.2 ภาพพลิกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อเป็นการให้ความรู้ประกอบการบรรยายกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัว โดยที่ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ภายใต้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (physical and emotional strain) ด้านสังคม (social strain) ด้านเศรษฐกิจ (financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (occupational strain of caregiving) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .86 มีเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าปกติ

### 3. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติและความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติจริง โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกเอง และผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 7 มีเกณฑ์การประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนดร้อยละ 80 โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ซึ่งความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติ หากมีความรู้สึกทางบวก เช่น สงบ รู้สึกโล่งหรือปลอดโปร่ง หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและหากมีความรู้สึกทางลบ เช่น หายใจรู้สึกเหนื่อย ฟุ้งซ่าน สับสน เป็นต้น หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง (พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก, 2552) หากพบว่าผู้ดูแลยังมีความรู้สึกทางลบ ผู้วิจัยจะสอนและสาธิตเพิ่มเติมรายบุคคล

3.2 แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกความถี่ของนำความรู้ไปใช้ในการดูแลในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาโดยให้กลุ่มทดลองบันทึกเอง และผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 7 โดยแบบบันทึกแต่ละข้อแบ่งมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลทุกวันในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา 2 คะแนน หมายถึง นำความรู้ไปใช้ในการดูแล 4 - 5 ครั้ง ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา 1 คะแนน หมายถึง นำความรู้ไปใช้ในการดูแล 1- 2 ครั้ง ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา และ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเลย การแปลผลคะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน โดยที่ 2.26 - 3.00 คะแนน หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลระดับมาก 1.51 - 2.25 คะแนน หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลระดับปานกลาง 0.76 - 1.50 คะแนน หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลระดับน้อย และ 0 - 0.75 คะแนน หมายถึง ไม่มีการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเลย มีเกณฑ์การประเมินจากผลรวมการนำความรู้ไปใช้ระดับมากในรอบสัปดาห์ร้อยละ 80

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

##### การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยนำแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสมองเสื่อม 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการทำสมาธิแบบอานาปานสติ 2 ท่าน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ซึ่งดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .78 (Polit & Beck, 2008) และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

2.1 แผนการสอน ควรปรับวิธีการเขียนขั้นตอนแผนการสอน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการประเมินผลให้ชัดเจน สำหรับการสอน ควรมีตัวอย่างที่เป็นวัสดุจริงให้ดูด้วย เช่น รองเท้าแบบไทน หรือ ภาพประกอบแผนภาพพลิก เป็นต้น

2.2 คู่มือ ควรเพิ่มภาพการปฏิบัติสมาธิทำนั้งบนเก้าอี้

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ตารางของแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ควรแบ่งช่วงเวลาให้ชัดเจนที่ฝึกสมาธิ เช่น เข้ามีด บ่าย ก่อนนอน เป็นต้น ช่องของระยะเวลาการฝึกสมาธิ ควรแสดงเวลาให้ชัดเจน เช่น 1-10 นาที 11-20 นาที และ 21-30 นาที เป็นต้น ช่องความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึกสมาธิ ควรเริ่มจากความรู้สึกทางลบไปสู่ความรู้สึกทางบวก เช่น คิดสับสน เริ่มหยุดคิดได้บ้าง สงบ เป็นต้น

2.4 แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ควรเพิ่มหัวข้อการนำผู้สูงอายุเข้าสู่ชมรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ

2.5 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ควรเพิ่มหัวข้อ รายได้ของครอบครัว โดยแบ่งเป็น พอใช้มีเก็บสะสม พอใช้ไม่มีเก็บสะสม ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน และหัวข้อโรคประจำตัวของผู้ดูแล

### การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ดังนี้

1. ปรับปรุงเนื้อหาในแผนการสอน และคู่มือ ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจัดทำภาพพลิกแสดงให้เห็นตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม



สำหรับผู้สูงอายุ ภาพตัวอย่างการปฏิบัติสมาธิในอิริยาบถต่าง ๆ รวมทั้งปรับปรุงแผนการสอนให้มีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการประเมินผลที่ชัดเจน

2. ปรับปรุงตารางของแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน โดยแบ่งช่วงเวลาที่ฝึกสมาธิให้ชัดเจน ได้แก่ เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ช่วงของระยะเวลาการฝึกสมาธิให้แสดงเวลาให้ชัดเจน ได้แก่ <5 นาที 5-10 นาที 10-15 นาที และ 15-30 นาที ช่องความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึกสมาธิ เริ่มจากความรู้สึกทางลบไปสู่ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ เฉย ๆ ฟุ้งซ่าน ง่วงนอน หลับตลอดไปร่ง สงบ และช่องอื่นๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุความรู้สึกอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ได้

3. แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ผู้วิจัยขอไม่เพิ่มข้อคำถามเนื่องจากในข้อที่ 8 ของแบบบันทึกได้กล่าวถึงการหากิจกรรมง่าย ๆ ที่ช่วยเสริมทักษะให้ผู้สูงอายุแล้ว

4. ปรับปรุงแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพิ่มหัวข้อรายได้ของครอบครัวและหัวข้อโรคประจำตัวของผู้ดูแล

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจด้านภาษาและเนื้อหา และนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

**การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)** นำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวนที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบทดสอบทั้งฉบับ เท่ากับ .81

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก ตึกกปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ชั้นเตรียมการทดลอง ชั้นดำเนินการทดลองและชั้นการประเมินผล ดังนี้

#### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองโดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้ความรู้รวมทั้งการปฏิบัติ โดยเข้าร่วมการประชุมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ ณ โรงแรม

ตระวันนา วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2552 และฝึกปฏิบัติกรรมการทำสมาธิที่สำนักแม่ชีวิปัสสนากรรมฐานวิหารโบสถ์ จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 15-19 เมษายน พ.ศ. 2550 และสำนักแม่ชีไทย จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างวันที่ 3 - 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 รวมทั้งได้ปฏิบัติเรื่อยมา

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลอง เช่น แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน และแบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ตึกภปร.ชั้น12

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอ ตึกภปร 12 แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย ที่คลินิกสมองเสื่อมที่ให้บริการทุกวันพฤหัสบดี โดยคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.6 เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยขอพบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และมีผลการคัดกรองว่ามีความเครียดเข้ากลุ่มตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contaminate) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน หลังจากนั้นจึงเก็บ

รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่ตัวอย่าง (matched pair) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้าน ในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง มีผู้ดูแลจำนวนมากปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากไม่สนใจการปฏิบัติสมาธิ โดยเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระ รวมทั้งไม่สะดวกต่อการมาพบผู้วิจัยตามนัดในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เนื่องจากส่วนใหญ่แพทย์จะนัดพบผู้ป่วยทุก 2 เดือน ซึ่งผู้ดูแลบางคนต้องลางานหรือหยุดงานเพื่อมาโรงพยาบาล ทำให้การเก็บข้อมูลเกิดความล่าช้า จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาปรับการนัดพบผู้วิจัยที่คลินิกสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองเป็นการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 และโทรศัพท์ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 6, และ 7 ส่วนในสัปดาห์ที่ 8 เป็นวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์ ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผล ช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลมีผู้ดูแลกลุ่มควบคุมออกจากกรวิจัย 2 คน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ดูแลป่วยอาการหนักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนอีกรายต้องย้ายไปดูแลญาติซึ่งป่วยที่ต่างจังหวัด แต่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสำรองไว้ จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

### 2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยรอกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกสมองเสื่อม ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหาข้อข้องใจตลอดเวลา

2.1.3 นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 8 สัปดาห์ ที่คลินิกสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแล

### 2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็นกรสร้าง ความเชื่อถือเป็นก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้

กลุ่มทดลองกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลว่าเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และปฏิบัติกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ด้วยวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการสอนรายกลุ่มและสาธิตการปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติสมาธิต่อที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 6 และ 7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม และในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านพบกับกลุ่มทดลอง เพื่อสอบถามอุปสรรคหรือความรู้สึกที่เกิดจากการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และนัดพบกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ในช่วงที่มาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อประเมินผล โดยมีกิจกรรมตามรายละเอียด ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในห้องตรวจโรค คลินิกสมองเสื่อม ใช้เวลา 70 นาที)

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลองรายกลุ่ม กลุ่มละ 2 คนขึ้นไป ในห้องตรวจโรคที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน ผู้วิจัยแสดงท่าทางที่เป็นมิตร อบอุนถือเป็นการสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้กลุ่มทดลองกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลว่าเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด หลังจากนั้นทบทวน วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลา 5 นาที

2) ผู้วิจัยเริ่มการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย ข้อมูลด้านกระบวนการ ได้แก่ ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ใช้เวลา 20 นาที

3) ผู้วิจัยบรรยายในหัวข้อเกี่ยวกับการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ ประโยชน์ของการทำสมาธิ การเตรียมด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ ใช้เวลา 10 นาที

4) ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่ละขั้นตอนจนครบซึ่งประกอบด้วย วิธีการหายใจ ทำสำหรับใช้ในการปฏิบัติ (ทำนั่ง ทำยืน ทำนอน ทำเดินจงกรม)

วิธีการฟังโดยการคอยจับจุดที่ลมหายใจมากระทบเพื่อให้เกิดสมาธิ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม ใช้เวลา 15 นาที

5) ทบทวนความเข้าใจและให้ทุกคนทดลองปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งผู้วิจัยคอยดูอย่างใกล้ชิดในแต่ละคน โดยการสังเกตและสอบถาม แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติต่อบ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกท่าและเวลาในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ ได้ตามความถนัดและความเหมาะสม เพราะผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ใช้เวลา 20 นาที

6) ผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ รวมทั้งแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้านและแบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน พร้อมชี้แจงวิธีการบันทึก เพื่อติดตามการปฏิบัติสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง

7) นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามผล เมื่อครบ 1 สัปดาห์

ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติครั้งแรก พบว่ากลุ่มทดลองเกิดสมาธิ ความรู้สึกทางบวก เช่น โล่งหรือปลอดโปร่ง เพียงร้อยละ 20 เนื่องจากกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงเวลาที่พยายามปรับหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง และจากการสอบถามพบว่ากลุ่มทดลองมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีการหายใจที่ถูกต้อง

**สัปดาห์ที่ 2** (ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 15-20 นาที)

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลก่อนพูดคุยซักถามปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุและการปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าและซักถามข้อสงสัย

2) ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงการปฏิบัติสมาธิในสัปดาห์ที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการปฏิบัติสมาธิ การโทรศัพท์ติดตามครั้งแรกพบว่า ผู้ดูแล 12 คนสามารถปฏิบัติสมาธิได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 5-10 นาที และยังมีความรู้สึกฟุ้งซ่านหลังการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กำลังใจและอธิบายวิธีการการระลึกอุณหภูมิลมหายใจเข้า-ออก ผู้ดูแล 3 คนรู้สึกเมื่อยและเกร็งทุกครั้งปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยอธิบายทบทวนถึงการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติว่าสามารถทำได้ทุกอิริยาบถ ทั้งยืน เดิน นอน นั่ง และวิธีการที่ถูกต้อง ผู้ดูแล 2 คน ยังไม่เข้าใจการทำแบบบันทึกการทำสมาธิที่บ้าน และลืมบันทึก ผู้วิจัยทบทวนวิธีการบันทึกของแบบบันทึกการทำสมาธิที่บ้าน ส่วนใหญ่พบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วงกลางวันมักเดินไปมาในบ้าน ตามคำถามซ้ำไปมาซึ่งผู้ดูแลคิดว่าเป็นสาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยการหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำในช่วงกลางวัน ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและ

มีความปลอดภัย เช่น ให้ผู้สูงอายุพับผ้า หรือการสวมหมวก เป็นต้น สำหรับปัญหาการถามคำถามซ้ำๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลเขียนคำตอบลงบนกระดาษด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ให้ผู้สูงอายุอ่าน ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนและเข้าใจผู้สูงอายุ โดยตอบคำถามด้วยคำสั้นๆ เข้าใจง่าย หรือเบี่ยงเบนความสนใจไปในสิ่งอื่น ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตามผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไปแล้วนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3

### สัปดาห์ที่ 3 (ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 15-20 นาที)

เมื่อครบ 1 สัปดาห์หลังจากโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึกและพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน ซึ่งการโทรศัพท์ครั้งที่ 2 นี้ผู้ดูแลเริ่มคุ้นเคยกับผู้วิจัยมากขึ้นทำให้กล้าที่จะบอกเล่าเรื่องภายในครอบครัวให้รับรู้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าถึงการปฏิบัติสมาธิในสัปดาห์ที่ผ่านมา ความรู้สึกหลังการปฏิบัติสมาธิ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติสมาธิได้นานขึ้น ประมาณ 10-15 นาที รู้สึกปลอดภัยแต่ยังไม่สงบ มีผู้ดูแล 1 คน ที่ป่วยเป็นไข้หวัด ทำให้ปฏิบัติสมาธิได้ 3 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา นอกจากนี้ผู้วิจัยจะติดตามสอบถามปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ก่อน เช่น ปัญหาการเดินทางไปมาตลอดในช่วงกลางวัน พบว่าผู้สูงอายุลดพฤติกรรมนั้นลง ภายหลังจากผู้ดูแลหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจทำ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตามผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ดูแลให้ปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ รวมทั้งนัดหมายการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยยึดเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกมากที่สุด ไม่รบกวนเวลาของผู้ดูแลเกินไป และสอบถามเส้นทางเพื่อไปเยี่ยมบ้านผู้ดูแลโดยละเอียด

### สัปดาห์ที่ 4 (ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้ดูแล ใช้เวลา 40-50 นาที)

- 1) ก่อนการเยี่ยมบ้าน 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์ยืนยันวันและเวลาการเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแล
- 2) เมื่อเข้าเยี่ยมบ้านผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและสมาชิกคนอื่น ๆ อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมกรณีที่ผู้ดูแลสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามคำแนะนำ นอกจากนี้ผู้วิจัยเข้าพูดคุยกับผู้สูงอายุ และแนะนำวิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุกับผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม คำนึงถึงความปลอดภัย เช่น การจัดห้องนอนผู้สูงอายุใกล้กับห้องน้ำหรือวางกระโถนไว้ข้างเตียงผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการแขวนนาฬิกาและปฏิทินที่มีตัวเลขขนาดใหญ่ไว้บริเวณที่นอนผู้สูงอายุเพื่อใช้กระตุ้นการรับรู้วันเวลาด้วย สำหรับการปฏิบัติสมาธิผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำสมาธิในอิริยาบถเคยปฏิบัติ

อยู่เป็นประจำ ส่วนใหญ่ใช้ทำนึ่ง มีผู้ดูแล 3 คนใช้ทำเดิน ไม่มีผู้ดูแลใช้ทำนอนเนื่องจากเห็นว่าจะทำให้งวงได้ง่าย จากการสอบถามความรู้สึกจากการปฏิบัติสมาธิครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ไม่สงบ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติช่วงกลางวัน ซึ่งมีอากาศร้อน และสิ่งแวดล้อมไม่สงบเงียบ ปัญหาและอุปสรรคของผู้วิจัยเมื่อเยี่ยมบ้าน พบว่า เส้นทางการเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลค่อนข้างไกล และซับซ้อน ทำให้บางครั้งการเข้าเยี่ยมบ้านล่าช้า ก่อนสิ้นสุดการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยจะสรุปผลที่ได้จากการพูดคุย และให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไปแล้วนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 5

### สัปดาห์ที่ 5-7 (ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผล ครั้งที่ 3-5)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยปฏิบัติกิจกรรมเหมือนการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 และ 3 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน รวมทั้งสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติสมาธิและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เริ่มสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ยกเว้นสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านผู้ดูแลในแต่ละราย โดยสังเกตและประเมินสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและให้คำแนะนำการดูแลและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติสมาธิในอิริยาบถเคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ สำหรับการโทรศัพท์ติดตามครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจะทำการนัดพบผู้ดูแลที่คลินิกสมองเสื่อม ขณะมาตรวจตามนัดของแพทย์ เพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกสมาธิ

### สัปดาห์ที่ 8 (ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ที่คลินิกสมองเสื่อม ใช้เวลา 30 นาที)

1) ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ทักทายด้วยความเป็นมิตรและประเมินผลการปฏิบัติสมาธิและการนำความรู้ไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน และแบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชยเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง

2) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าการทำสมาธิอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้รู้สึกสงบ ใจเย็นมากขึ้น และผ่อนคลาย อุปสรรคในการปฏิบัติสมาธิของผู้ดูแลมักเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสับสน นอนไม่หลับในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิดทั้งกลางวันและกลางคืน ส่งผลให้ผู้ดูแลอ่อนเพลีย บางคนเจ็บป่วย จึงไม่สามารถปฏิบัติสมาธิได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลเห็นว่าการได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้เข้าใจภาวะโรคและวิธีการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งเห็นว่าการโทรศัพท์ติดตามและการ

เยี่ยมบ้าน ทำให้สามารถสอบถามและเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้สูงอายุ และหาวิธีแก้ไขได้ทันเวลา

### 3. ชั้นประเมินการทดลอง เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแลซ้ำหลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ รวมทั้งผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติและอธิบายเนื้อหาในคู่มือกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล

3.2 กลุ่มทดลอง ทำแบบวัดประเมินความเครียดในผู้ดูแลซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

### ผลการกำกับการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน และแบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านซึ่งกลุ่มทดลองเป็นผู้บันทึกเองและผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 7 ได้ผลการกำกับการทดลองดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 2

1) การปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนดร้อยละ 40 โดยพบว่าผู้ดูแล 12 คนสามารถปฏิบัติสมาธิได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 5-10 นาที และยังมีความรู้สึกฟุ้งซ่านหลังการปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ดูแล 3 คนรู้สึกเมื่อยและเกร็งทุกครั้งที่ปฏิบัติสมาธิ

2) การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากผลรวมการนำความรู้ไปใช้ระดับมากในรอบสัปดาห์ร้อยละ 70 โดยพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดนำความรู้ไปใช้ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การช่วยเหลือการขับถ่าย เป็นต้น ผู้ดูแล 9 คน ไม่สามารถหาเวลาหยุดพักและจัดหานุคคลอื่นมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

#### สัปดาห์ที่ 3

1) การปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนดร้อยละ 60 โดยพบว่าผู้ดูแล 12 คน สามารถปฏิบัติสมาธิได้นานขึ้น ประมาณ 15-30 นาที รู้สึกปลอดโปร่งแต่ยังไม่สงบ มีผู้ดูแล 1 คน ที่ป่วยเป็นไข้หวัด ทำให้ปฏิบัติสมาธิได้ 3 ครั้งในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

2) การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากผลรวมการนำความรู้ไปใช้ระดับมากในรอบสัปดาห์ร้อยละ 80 โดยพบว่าผู้ดูแล



สามารถนำความรู้ไปใช้ในการกระตุ้นเตือนความทรงจำ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาที่ผู้ดูแลไม่สามารถหาเวลาหยุดพักและจัดหาบุคคลอื่นมาดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

#### สัปดาห์ที่ 4

- 1) การปฏิบัติสมาชิกที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนดร้อยละ 70 โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ รู้สึกปลอดภัยแต่ยังไม่สงบ
- 2) การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากผลรวมการนำความรู้ไปใช้ระดับมากในรอบสัปดาห์ร้อยละ 80

#### สัปดาห์ที่ 5 – 7

- 1) การปฏิบัติสมาชิกที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากการปฏิบัติครบตามกำหนดร้อยละ 80 โดยพบว่าในสัปดาห์ที่ 7 ผู้ดูแล 13 คน รู้สึกปลอดภัยสงบมากขึ้น
- 2) การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ได้ผลการประเมินจากผลรวมการนำความรู้ไปใช้ระดับมากในรอบสัปดาห์ร้อยละ 90 พบว่าผู้ดูแลนำความรู้ไปใช้มากในเรื่องการกระตุ้นเตือนความทรงจำ การจัดสิ่งแวดล้อม การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ด้านการหาเวลาหยุดพัก พบว่ายังนำไปใช้ได้น้อย เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลอื่นมาเปลี่ยนแทน

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2553 และผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับการอนุมัติจริยธรรม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างโดยทำเป็นรหัสแทนชื่อผู้ร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดช่วงของการดำเนินการวิจัย ถ้ารู้สึกว่าคุณละเมิดความเป็นส่วนบุคคลจากการถูกสังเกตพฤติกรรม และข้อมูลทั้งหมดจะวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

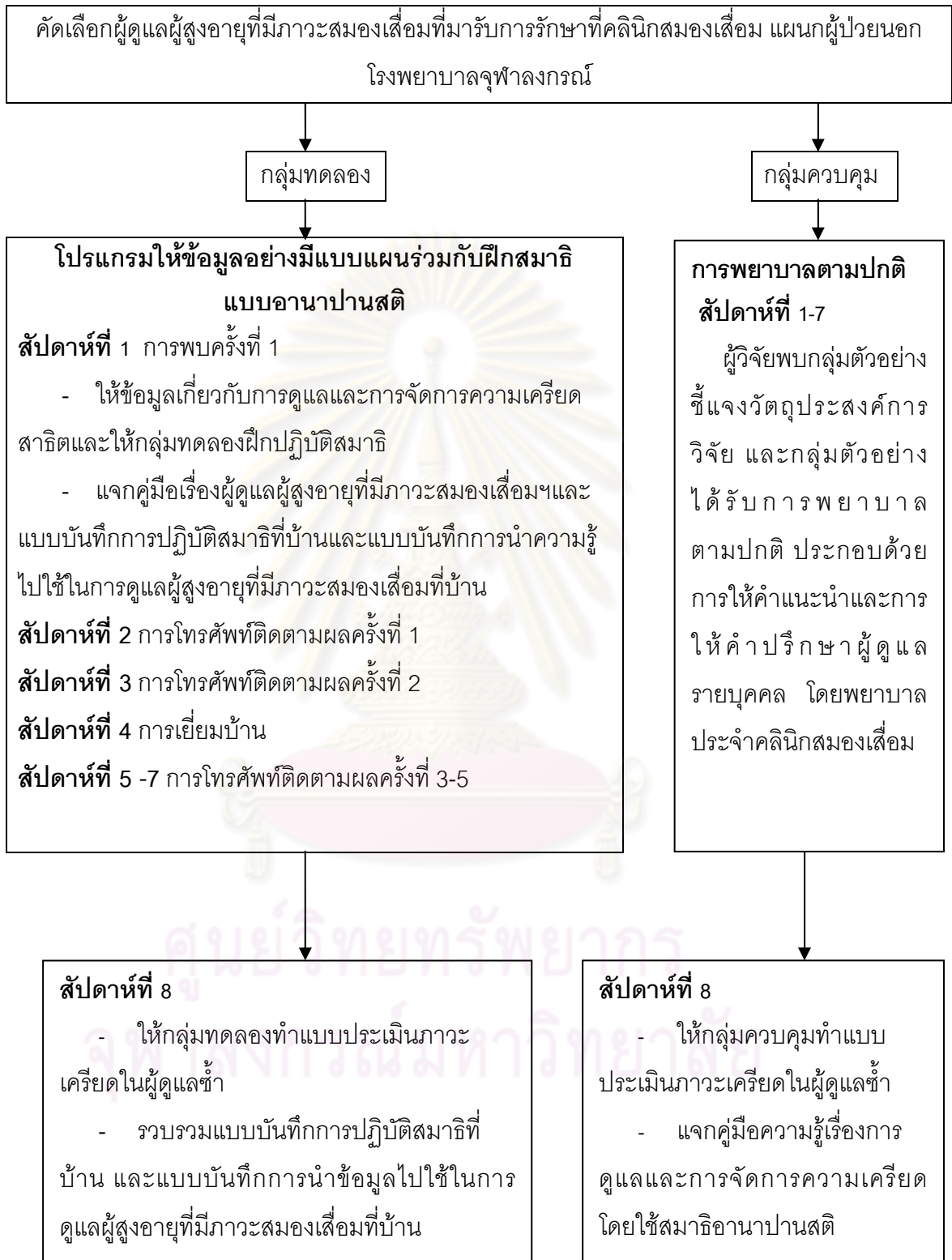
### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผู้วิจัยตรวจสอบค่าของตัวแปรตามโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่นำผู้สูงอายุมารักษาที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	0	0	0	0	0	0
หญิง	20	100	20	100	40	100.0
<b>อายุ (ปี)</b> ( $\bar{X} = 53.83$ ; $SD = 7.33$ )						
40-49 ปี	7	35	35	35	14	35.0
50-59 ปี	8	40	35	35	15	37.5
60-69 ปี	5	25	30	30	11	27.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	4	20	35	35	11	27.5
คู่	15	75	60	60	27	67.5
หม้าย	1	5	5	5	2	5.0
<b>ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ</b>						
คู่สมรส	5	25	10	10	7	17.5
บุตร	13	75	90	90	31	77.5
อื่นๆ	2	10	0	0	2	5.0
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	4	20	10	10	6	15.0
มัธยมศึกษา	5	25	25	25	10	25.0
อนุปริญญาหรือปวส.	0	0	10	10	2	5.0
ปริญญาตรี	7	35	40	40	15	37.5
สูงกว่าปริญญาตรี	4	20	15	15	7	17.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ทำงานบ้าน	8	40	9	45	17	42.5
รับจ้าง	8	40	5	25	13	32.5
ค้าขาย	3	15	3	15	6	15.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	3	15	4	10.0
<b>รายได้ของครอบครัว</b>						
พอใช้และมีเก็บสะสม	10	50	9	45	19	47.5
พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม	8	40	7	35	15	37.5
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	1	5	3	15	4	10.0
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	1	5	1	5	2	5.0
<b>โรคประจำตัว</b>						
โรคความดันโลหิตสูง	5	25	2	10	7	17.5
โรคเบาหวาน	4	20	4	20	8	20.0
โรคไขมันในเลือดสูง	1	5	1	5	2	5.0
โรคหัวใจ	1	5	1	5	2	5.0
โรคกระดูกและข้อ	2	10	1	5	3	7.5
โรคมะเร็ง	1	5	1	5	2	5.0
<b>ระยะเวลาในการดูแล (เดือน) (<math>\bar{X} = 43.10</math>; <math>SD = 15.13</math>)</b>						
12-36 เดือน	7	35	14	70	21	52.5
37-60 เดือน	10	50	4	20	14	35.0
60 เดือนขึ้นไป	3	15	2	10	5	12.5

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.5 สถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.5 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 77.5 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ (ทำงานบ้าน) คิดเป็น ร้อยละ 42.5 รายได้ของครอบครัวพอใช้และมีเก็บสะสมมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 47.5 โรคประจำตัวของผู้ดูแลเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 20 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 12-36 เดือนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 52.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามเพศ อายุ โรคระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ลักษณะผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	9	45	8	40	17	42.5
หญิง	11	55	12	60	23	57.5
<b>อายุ (ปี)</b> ( $\bar{X} = 77.95$ ; $SD. = 7.19$ )						
60-69 ปี	2	10	3	15	5	12.5
70-79 ปี	10	50	9	45	19	47.5
80 ปีขึ้นไป	8	40	8	40	16	40.0
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (เดือน)</b> ( $\bar{X} = 45.78$ ; $SD. = 18.10$ )						
12-36 เดือน	9	45	9	45	18	45.0
37-60 เดือน	9	45	7	35	16	40.0
60 เดือนขึ้นไป	2	10	4	20	6	15.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>						
โรคความดันโลหิตสูง	15	75	14	70	29	72.5
โรคเบาหวาน	7	35	5	25	12	30.0
โรคไขมันในเลือดสูง	2	10	5	25	7	17.5
โรคหัวใจ	2	10	4	20	8	20.0
โรคกระดูกและข้อ	3	15	4	20	7	17.5
โรคไต	2	10	1	5	3	7.5
โรคหลอดเลือดสมอง	4	20	1	5	5	12.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ทำการศึกษานี้มีจำนวน 40 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 47.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 80 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 40 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 12-36 เดือนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 45 รองลงมาอยู่ในช่วง 12-36 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 72.5 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 30

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความเครียดของ ผู้ดูแล	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	20	8.55	1.276			
หลังการทดลอง	20	5.35	1.137	14.23	19	.000*
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20	8.50	1.395			
หลังการทดลอง	20	8.35	1.496	7.19	19	.481

\*p<.05

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ มีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 8.55 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 5.35 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความเครียดมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 8.50 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.35 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลมา

เปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองหลังและการทดลองไม่ต่างกัน

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความเครียดของ						
ผู้ดูแล	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	20	8.55	1.276	.118	38	.906
กลุ่มควบคุม	20	8.50	1.395			
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	20	5.35	1.137	-7.139	38	.000*
กลุ่มควบคุม	20	8.35	1.496			

\*p<.05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.55 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองไม่ต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 5.35 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.35 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยใช้รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการในคลินิกสมองเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 40 คน

## การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (matched pair) เพื่อให้มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และระยะเวลาการดูแล จำนวน 20 คู่

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

#### 1.1.2 ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม

1) การให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

2) วิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด โดยผู้วิจัยสอนทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการสอนรายกลุ่มและสาธิตการปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติสมาธิที่บ้าน

3) การโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบ

อานาปานสติที่บ้าน และให้คำปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาคู่สมรสที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน โดยการประเมินจากสภาพแวดล้อมจริงและการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติที่บ้าน

1.2 คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ โดยจัดทำเป็นรูปเล่มมีบทบรรยายพร้อมภาพประกอบ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย โรคสมองเสื่อม แผนการรักษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ

1.3 ภาพพลิกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคสมองเสื่อม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อเป็นการให้ความรู้ประกอบการบรรยายกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดยที่ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 3. เครื่องมือใช้กำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ใช้เพื่อติดตามและประเมินการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติของกลุ่มทดลอง

3.2 แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เพื่อติดตามและประเมินการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง

## การดำเนินการทดลอง

### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้ความรู้รวมทั้งทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลและกำกับการทดลอง โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งนำไปโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และมีผลการคัดกรองว่ามีความเครียดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (matched pair) เพื่อให้มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และระยะเวลาการดูแล จำนวน 20 คู่

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ดูแลตกลงและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงได้ขอให้ลงนามในใบยินยอม และดำเนินการต่อดังนี้

2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มควบคุมทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหาข้อข้องใจตลอดเวลา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 8 สัปดาห์ ที่คลินิกสมองเสื่อม ซึ่งเป็นการพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแล

2.2 **กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนน้อม ถือเป็น การสร้างความเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้กลุ่มทดลองกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินและยอมรับว่าความยากลำบากจากการดูแลว่าเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และปฏิบัติกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ได้แก่ การให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และข้อมูลด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลประกอบภาพพลิกและคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ด้วยวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ซึ่งผู้วิจัยสอนทักษะการ

จัดการกับความเครียดด้วยสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการสอนรายกลุ่มและสาธิตการปฏิบัติสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลไปปฏิบัติสมาธิที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 6 และ 7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม และในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านพบกับกลุ่มทดลอง เพื่อสอบถามอุปสรรคหรือความรู้สึกที่เกิดจากการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และนัดพบกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ในช่วงที่มาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อประเมินผล โดยมีกิจกรรมตามรายละเอียด ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ พร้อมทั้งสาธิตการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ วิธีการหายใจ ทำสำหรับใช้ในการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม และนำฝึกปฏิบัติสมาธิเองที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ รวมทั้งแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน และแบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน พร้อมชี้แจงวิธีการบันทึก เพื่อติดตามการปฏิบัติสมาธิของกลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 2 และ 3** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติสมาธิ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พร้อมทั้งสอบถามถึงความรู้สึกหลังการปฏิบัติสมาธิในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

**สัปดาห์ที่ 4** ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สังเกตและแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สอบถามปัญหาอุปสรรคของการทำสมาธิ ให้กลุ่มทดลองทำสมาธิในอิริยาบถเคยปฏิบัติและสอบถามความรู้สึกหลังการปฏิบัติ

**สัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยปฏิบัติกิจกรรมเหมือนการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 และ 3 ในการโทรศัพท์ติดตามครั้งสุดท้ายสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยจะทำการนัดพบผู้ดูแลที่คลินิกสมองเสื่อม เพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกสมาธิ

**สัปดาห์ที่ 8** เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและประเมินความเครียดซ้ำด้วยแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล

**3. ชั้นประเมินผลการทดลอง** ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแลซ้ำ หลังจากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2553

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test และ Independent t-test)

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

#### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.5 สถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.5 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุตรมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 77.5 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ (ทำงานบ้าน) คิดเป็น ร้อยละ 42.5 รายได้ของครอบครัวพอใช้และมีเก็บสะสมมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 47.5 โรคประจำตัวของผู้ดูแลเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 12-36 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5

#### 1.2 ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ทำการศึกษานี้จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด 57.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็น ร้อยละ 47.5 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 12-36 เดือนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 45 ส่วนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 72.5

### 2. ความเครียดของผู้ดูแล

2.1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนการทดลองเท่ากับ 8.55 ต่ำกว่าหลังการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 5.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเท่ากับ 5.35 ต่ำกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 8.35 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self - regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์จากการเตรียมผู้ดูแลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด ผลการศึกษาเป็นที่น่าพอใจเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ สามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานได้ดังนี้

#### สมมติฐานที่ 1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นภาระหนัก ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล พบว่าปัจจัยที่มีผลเสริมให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษา พฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ เช่น สับสน อารมณ์แปรปรวน การย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลมักรู้สึกโกรธกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้สูงอายุ ความรู้สึกโกรธจะเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแล และอาจกระทำสิ่งไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านคำพูดและการกระทำอื่น ๆ นำไปสู่ความรู้สึกผิดตามมา (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2543; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และวิไล ทองเจริญ, 2547)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวถึงการให้ข้อมูลว่าเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้าจะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal & Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์จาก

การเตรียมผู้ดูแลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบและข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีที่ต้องปฏิบัติในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่าง ๆ ผู้วิจัยเลือกวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติให้กับผู้ดูแลสำหรับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษาและแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ข้อมูลความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ด้วยวิธีการให้ข้อมูลจากแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติประกอบภาพพลิก แจกคู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ เป็นการให้ข้อมูลรายกลุ่ม

จากการศึกษาของ Thompson et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดกิจกรรมกลุ่มต่อการลดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มขนาดเล็ก กลุ่มละ 4-8 คน ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทักษะการดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วย ผลกระทบของความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการวางแผนการจัดการในอนาคต กับกิจกรรมการโทรศัพท์เยี่ยมและให้คำปรึกษา โดยใช้ระยะเวลา 15-20 นาทีต่อครั้ง ทุกๆ 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนความเครียดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่คะแนนความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่มลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์เยี่ยม สอดคล้องกับ Wilz & Heitz (2008) ที่ศึกษางานวิจัยถึงทดลองในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางและรุนแรง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคทางกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และ Eayrs (2009) ที่ทำการศึกษาผลการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายกลุ่มในประเทศออสเตรเลีย โดยการให้ความรู้ในเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ และเทคนิคการจัดการความเครียด รวมทั้งฝึกทักษะเฉพาะในการดูแล พบว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกลบวอกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแล และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

นอกจากนี้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม ซึ่งข้อมูลที่บอกถึงวิธีที่ต้องปฏิบัติในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยเลือกวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติให้กับผู้ดูแลเป็นแนวทางหนึ่งที่น่ามาช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและบรรเทาความตึงเครียด ทำจิตใจให้สงบ หรือการทำจิตใจให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์อันใดอันหนึ่ง อานาปานสติเป็นสมาธิแบบหนึ่งที่เป็นการระลึกรู้ในลมหายใจเข้าและออกมีผลลดสิ่งเร้าหรือสิ่งคุกคามต่อจิตใจ (จำลอง ดิษยวานิช, 2544) ส่งผลให้เกิดการตอบสนองของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายโดย

ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อ โดยประสาทพาราเอติกทำงานมากขึ้นอย่างสมดุล ทำให้ร่างกายหายใจช้าลง ชีพจรและความดันโลหิตลดลง ฮอริโมนคอร์ติซอลลดลง มีการหลั่งสาร Endorphins ออกมาในสมอง มีผลทำให้มีความรู้สึกสดชื่น อิมเม็บบและสุขสบาย (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2545) และระหว่างการฝึกสมาธิ คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนแปลงเป็นคลื่นอัลฟามากกว่าปกติ คลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่มีลักษณะพิเศษจากภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น ทำให้ร่างกายพักผ่อน สามารถคลายเครียดได้ (Wallace & Benson, 1972)

ผู้วิจัยสอน และสาธิตทักษะการเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือความเครียด ด้วยสมาธิแบบอานาปานสติสมาธิ เป็นการระลึกรู้ภายในลมหายใจเข้าออกสามารถทำได้ทุกอิริยาบถ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสภาพจิตที่มั่นคง สามารถดำเนินการทำหน้าที่ทางสังคมไปอย่างปกติ เป็นการสอนแบบกลุ่มและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติสมาธิ ผู้วิจัยคอยดูอย่างใกล้ชิดในแต่ละคน โดยการสังเกตและสอบถาม แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติต่อบ้านทุกวัน กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกทำและเวลาในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ ได้ตามความถนัดและความเหมาะสม ซึ่งเป็นการคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล สอดคล้องกับ พรทิพย์ อนันตกุล (2544) ที่ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ความเครียดของมารดาหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนัยนา เหลืองประวดี (2547) ศึกษาผลของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกสมาธิ การคิดแบบอริยสัจ และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อจัดการกับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่านิสิตที่ได้รับการฝึกวิธีการจัดการกับความเครียดในกลุ่มทดลองมีการจัดการกับความเครียดสูงกว่านิสิตที่ไม่ได้รับการฝึกวิธีการจัดการกับความเครียดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ พัฒนกร ทองคำ (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้ากับผู้ดูแล ทั้งการปฏิบัติสมาธิที่บ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้การเสริมแรงด้วยการกล่าวชมเชยกรณีกับผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้คำปรึกษาแนะนำร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ จากการศึกษาของ นิทยา ศษศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ซึ่งมีการโทรศัพท์ติดตามผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้านของผู้ดูแล สัปดาห์ละ

1 ครั้ง ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิ เนื่องจากการเยี่ยมบ้านทำให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ตรงตามสาเหตุตามสภาพความเป็นจริง สามารถทำให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุให้พ้นภาวะวิกฤตได้ เกิดความศรัทธา เชื่อถือ และความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเองที่ได้รับการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถเรียนรู้วิธีการดูแล และร่วมแสดงความคิดเห็นวางแผนการดูแล (สุนันทา บุญรักษา, 2548) จากการศึกษาของ Lane et al. (2007) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการเผชิญความเครียดและความรู้สึกทางลบในกลุ่มประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยสอนและให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสมาธิ รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที ตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัย 3 เดือน ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 12 และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดและความรู้สึกทางลบลดลง

ดังนั้นสรุปได้ว่ากิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการผสมผสานครั้งนี้ประกอบด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมีผลลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

## **สมมติฐานที่ 2 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ**

ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ มุ่งให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรมการเผชิญความเครียดทั้งแบบการแก้ไขปัญหาและการแก้ไขทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ในเรื่องภาวะสมองเสื่อม แผนการรักษาและแนวทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ข้อมูลความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจจะต้องประสบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้รู้สึกตกใจ สับสน เครียด ซึ่งการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ และแปลความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนกหรือความเครียด

จะลดลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) สอดคล้องกับ Hosaka & Sugiyama (1999) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของความเครียดซึ่งเป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและการฝึกผ่อนคลาย โดยฟังเทป 10 นาที ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและการพักผ่อนโดยการฝึกจิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม พบว่าการจัดกิจกรรมมีผลต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแล โดยแสดงในคะแนน ความซึมเศร้า ความโกรธ ต่อต้านและความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ ประโยชน์ของการทำสมาธิ การเตรียมด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ พร้อมทั้งสาธิตที่ละขั้นตอนจนครบ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการหายใจ ทำสำหรับใช้ในการปฏิบัติ (ทำนอง ทำยืน ทำนอน ทำเดินจงกรม) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามและแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกทำและเวลาในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ ได้ตามความถนัดและความเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยมุ่งให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดการแก้ไขทางอารมณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตเข้ามาช่วยจัดการหรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจไว้ (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับ Lane et al. (2007) พบว่าการฝึกสมาธิสามารถลดความเครียดและความรู้สึกทางลบได้ ซึ่งความถี่ของการฝึกมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดที่ลดลง และ Swartz & Keir (2007) พบว่า การทำสมาธิมีผลช่วยให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อร่างกาย รูปแบบของอารมณ์ และการจัดการความเครียดของผู้ดูแลและสุนันทา กระจ่างแดน (2540) ศึกษาผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าภายหลังการทดลองฝึกสมาธิผู้ป่วยมีคะแนนของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการติดตามผลระหว่างการทำกิจกรรมวิจัย ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อกระตุ้นเตือนและติดตามความก้าวหน้ากับผู้ดูแลทั้งการปฏิบัติสมาธิที่บ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามสามารถทำให้สร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจในการทำกิจกรรมรวมทั้งสามารถตอบปัญหาข้อข้องใจ และช่วยเหลือให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ (Mcintosh & Worley, 1994) สอดคล้องกับ วิญญา ไพบูลย์วัฒนกิจ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษา รายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนน

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติสมาธิ จากการศึกษาของอดิศัย ภูมิวิเศษ (2537) พบว่า การเยี่ยมบ้านสามารถให้การดูแลและช่วยเหลือครอบครัวให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง รวมทั้งการให้ความรู้ระหว่างการเยี่ยมบ้านเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในเรื่องต่างๆ ได้ลึกซึ้งตามความต้องการ เนื่องจากการสื่อสาร 2 ทาง นอกจากนี้ขณะเยี่ยมบ้านผู้วิจัยมีโอกาสสังเกตถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง จึงสามารถแนะนำ แก้ไขให้เกิดความถูกต้อง และโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับได้ง่ายและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาผู้ดูแลรายบุคคล ซึ่งสามารถซักถามปัญหา ข้อข้องใจตลอดเวลาในระยะเวลาที่ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุมาตรวจตามแพทย์นัด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังมีความเครียดสูงกว่าปกติ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ มีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติสามารถลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

### 1. ด้านการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เนื่องจากการดูแลมีความซับซ้อนต่อเนื่องในระยะยาว หากผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะเฉพาะอาจเกิดความไม่มั่นใจ และความเครียดตามมา ซึ่งถ้าได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติจะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

### 2. ด้านการบริหาร

2.1 ควรมีศูนย์การให้ข้อมูลและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีเบอร์โทรศัพท์ให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที

2.2 ควรปรับปรุงระบบบริการ โดยส่งเสริมการบริการเชิงรุก ด้วยการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามปัญหาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล

### 3. ด้านการศึกษา และการวิจัย

3.1 การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์และประเมินผลทันทีไม่มีการติดตามผล ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงความเครียดของผู้ดูแลอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามผลดูแลการเปลี่ยนแปลงและประเมินความคงทนของโปรแกรมได้

3.2 การศึกษาครั้งนี้เลือกการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมาจัดการกับความเครียดร่วมกับการให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจนำวิธีการจัดการความเครียดอื่น ๆ มาจัดกระทำกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแล และการจัดการความเครียดของผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อไป

### 4. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้

4.1 การนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ใช้ควรมีพื้นฐานในการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้เกิดทักษะ และสามารถเข้าใจถึงปัญหาอุปสรรคจากการฝึกสมาธิ รวมทั้งให้คำแนะนำได้

4.2 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้าการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดด้วยเวลาในการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้ระยะเวลาของการให้ความรู้และการฝึกสมาธิค่อนข้างน้อย ดังนั้นการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติไปใช้ ควรจัดกระทำในกลุ่มผู้ดูแลที่สามารถเข้ารับการฝึกได้อย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าการรักษาแผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2543). **สมองเสื่อมโรคหรือวัย**. กรุงเทพมหานคร: คบไฟการพิมพ์.
- ขวัญแก้ว ปานล้ำเลิศ. (2552). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. (2541). **ผลของการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คมสัน แก้วระยะ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์พร ธีรทองดี. (2550). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1: 121-133.**
- จิตติอิสระ. (2553). **เคล็ดลับและคู่มือสมาธิสำหรับชาวบ้านแบบเข้าใจง่ายที่สุดและได้ผล**. กรุงเทพมหานคร: แอล ที เพลส.
- จำลอง ดิษวณิช. (2544). **สมาธิและจิตบำบัด**. **จิตแพทย์สัมพันธ์**. **ข่าวสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 11: 5-7.**
- จำลอง ดิษวณิช และพริ้มเพรา ดิษวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ชอลดา ด่านยุทธศิลป์. (2541). **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2545). **กรณีศึกษา: ผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับผิดชอบของครอบครัวผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 14: 66-73.**

- เตือนใจ ภัคดีพรหม. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). **วิถีแห่งการคลายเครียด**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน.
- นฤมล เพ็ญเจริญ. (2539). **ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความพึงพอใจ และพฤติกรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวรรตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25 (2): 89-97.
- นัยนา เหลืองประวดี. (2547). **ผลของการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการฝึกสมาธิ การคิดแบบอริยสัจ และการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อเพื่อจัดการกับความเครียดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา คชศิลา. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวารินทร์. (2546). Dementia: An update. **สารศิริราช** 55: 31-33.
- ประยุทธ์ ปตุตโต. (2539). **สมาธิ: ฐานสู่สุขภาพจิตและปัญญาหยั่งรู้**. กรุงเทพมหานคร: ศยาม.
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2546). **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปิยาภรณ์ พรหมสุวรรณ. (2548). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะสมองอักเสบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก. (2539). **วิถีคิดตามหลักพุทธธรรม**. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- พระธรรมโกศาจารย์. (2550). **คู่มือปฏิบัติอานาปานสติภาวนา**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.

- พระอาจารย์มิตซูโอะ คเวสโก. (2552). **อานาปานสติวิถีแห่งความสุข 1 ชีวิตทั้งหมดให้อยู่ด้วยอานาปานสติ**. กรุงเทพมหานคร: วิริยะการพิมพ์.
- พนัส ทัศนัญญะกิจไพศาล. (2544). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซ์ดเมอร์**. กรุงเทพมหานคร: พีเคโปรมิเนนท์
- พัฒนกร ทองคำ. (2548). **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ตันติธรรม. (2533). **ผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พริ้มเพรา ดิษวณิช. (2538). **ผลของวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อความเครียดและความวิตกกังวล**. บทความวิชาการเกี่ยวกับวิปัสสนากรรมฐานในการฝึกอบรมวิปัสสนากรรมฐาน. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 22-38.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. (2541). **ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ อนันตกุล. (2543). **ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเทพ รุ่งคุณากร. (2542). **ผลของการฝึกอานาปานสติต่อความสงบ ความหมายและมุ่งหวังในชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอานาปานสติภาวนาประจำเดือน ณ ธรรมศรมนานาชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. (2546). **ขุมปัญญาทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปรีณิตั้ง.
- ภักสุ์จักรณ์ จิปปภ. (2551). ประโยชน์ของสมาธิในการรักษาโรคบางชนิด. **สายตรงศาสนา** 6(3): 27-28.
- มณูญ ตนะวัฒน์นา. (2539). **การบริหารความเครียด**. กรุงเทพมหานคร: ธีรพงษ์การพิมพ์.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. ปทุมธานี:

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย**. **รามาศิขิต**

**พยาบาลสาร 2**: 84-93.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณนวดี พุทธิวัฒน์ และสมฤดี สิทธิมงคล. (2542). **ความต้องการในการ**

**ดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล**. **วารสารวิจัย**

**การพยาบาล 3**: 251-267.

ยุวดี แจ่มกั้วาน. (2549). **ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอน**

**หลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์**. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวภา ยงดีมิตรภาพ. (2546). **ผลการจัดกลุ่มในการศึกษาต่อการลดความเครียดของ**

**ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชฎา รักขนาม. (2543). **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการ**

**สมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการ

สังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รัตนา อยู่เปล้า. (2543). **ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ**

**สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2547). **สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: ป้องกันได้**. **เอกสารประกอบการ**

**ประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา**: 71-78.

รุจา ภูไพบูลย์. (2537). **การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. **ขอนแก่น:**

**ขอนแก่นการพิมพ์**.

ลิวรรณ คุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2547). **ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

**สมองเสื่อม: กรณีศึกษา**. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5(1)**: 43-48.

ลิวรรณ คุณนาภิรักษ์. (2552). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**.

**กรุงเทพมหานคร: บริษัท บุญศิริการพิมพ์**.

- วิไลพร สมานกสิกรรม. (2549). ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวลและ  
ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. วารสาร  
พถณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(1): 11-17.
- วรรณนิภา สมนาวรรณ. (2537). การสำรวจภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมอง  
เสื่อมที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิญญา ไพบุญย์วัฒนกิจ. (2550). การศึกษาโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาราย  
ครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ในอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). ภาวะในการดูแลและความผาสุกทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระศักดิ์ ชลไชยะ. (2551). ทักษะการสื่อสาร เพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์.  
กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2546). สมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การให้  
คำปรึกษาเกี่ยวกับสมองเสื่อม ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี: 1-10.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2551). ยืดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- สุขภาพจิต,กรม. (2543). คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์ ร.ส.พ..
- สุดา เทพศิริ. (2543). ผลของการใช้ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อความเครียดใน  
บทบาทผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12(1): 39-51.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. (2549). ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโดยครอบครัวต่อความเครียดของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. วารสารพถณาวิทยาและเวชศาสตร์  
ผู้สูงอายุ 6(1): 13-23.

- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, Bryar, R. M., & Newens, A. J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมใน  
ประเทศไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(4): 15-24.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2546). ทุภะภาวะของผู้ดูแล. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
4(3): 39-41.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สำนักการแพทย์  
ทางเลือก. (2552). พุทธธรรมบำบัด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2545). คู่มือสติบำบัด.  
กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค  
พืษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิต  
เวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา อ่อมค้อม. (2541). การฝึกสมาธิ. กรุงเทพมหานคร: สามัคคีสาร.
- สุดศิริ หิรัญฑูมพะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลโรคหลอดเลือด  
เลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบ  
แผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา กระจ่างแดน. (2540). ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการ  
ลดความเครียดและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา บุญรักษา. (2548). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเรกสสิฟร่วม  
กับการติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดัน  
โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวพีร์ จันทร์เจษฎา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว

- ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เสาวนีย์ พงษ์ผิง. (2542). **ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2534). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: วิศิฏสิน.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. (2545).**ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคำเป็นเลิศในพฤติกรรมด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์. (2542). **การเยี่ยมเยียนด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อไอวีทีชนิด HIV/AIDS.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งใสธาสกุล. (2541). **การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกุล. (2538). **สุขภาพจิต.** กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
- อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ. (2537). **ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารุณี อัครสุภฤกษ์. (2547). **ประสิทธิภาพผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต่อกระจกในระยงก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุทุมพร รูปเล็ก. (2540). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- Austin, J. H. (1998). **Zen and brain**. Cambridge: The MIT Press.
- Bruce, B. D., et al. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregiver. **Journal of Gerontology Medical Sciences** 60a(3): 345-349.
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., et al. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. **Health Psychology** 25(2): 220-225.
- Bypass, K. (1998). Soothing body and soul. **Nusing Time** 84: 39-41.
- Carrington, P. & Ephron, H. S. (1975). **Clinical use of meditation: Current psychiatric therapies**. New York: Grune & Stratton.
- Cohen – Mansfield, J. (1995). Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly: Function methods and difficulties. **Journal Geriatric Psychiatry Neurology** 8: 52-60.
- Cooper, C., Balamurali, T. B., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregiver of people with dementia. **International Psychogeriatrics** 19(2): 175-195.
- Corner, J., Cawley, N., & Hildebrand, S. (1995). An evaluation of the use of message and essential oils on the wellbeing of cancer patients. **Internation Journal of Palliative Nursing** 1: 67.
- Darley, J. M., Glucksbert, S. K., & Kinchla, R. A. (1986). **Psychology**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Eayrs, P. (2009). Snapshot: Alzheimer's Australia pilot of an innovative approach to consumer education and training. **International Psychogeriatrics** 21: 69-71.
- Farzan, D. T. (1991). Reintegration for stroke survivors: Health and community consideration. **Nusing Clinics of North America** 26(12, 4): 1037-1047.
- Geula, C. (2000). Pathological diagnosis of Alzheimer's disease. In: Scinto L. F., Daffner K. R., eds. **Early diagnosis of Alzheimer's disease**. New Jersey: Humana Press.
- Gitlin, L. N., Hodgson, N., Jutkowitz, E., Pizzi, L. (2010). The cost – effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregiver: the tailored activity program. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** 18(6): 510-519.



- Grant, J. S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregiver. **Home Health Care Nurse** 14(14): 883-902.
- Homes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scales. **J Psychosom Res** 11: 213-218.
- Hooker K., Bowman S. R., Cochlo, D. P., & et al. (2002). Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregiver. **Journal of gerontology Series B – Psychological Sciences & Social Sciences** 57b(5): 53-60
- Hosaka, T., & Sugiyama, Y. (1999). A structured intervention for family caregiver of dementia patients: a pilot study. **Tokai J Exp Clin Med** 24(1): 33-35.
- Irving L. J. (1952). **Psychological stress**. New York: John Willy&son
- Kim, M. D., Hong, S. C., Lee, C. I., & et al. (2009). Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. **Gerontology** 55: 106-113.
- Lane, J. D., Seskevich J. E., & Pieper, C. F. (2007). Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. **Alternative Therapies in Health and Medicine** 13(1): 38-44.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping model**. New York : Springer.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (eds.). **Behavioral science and nursing theory**. St. Louis: Mosby.
- Lueckenott, A. G. (2000). **Gerontologic Nursing**. St. Louis, Mosby.
- Mcintosh, J. & Worley. (1994). Beyond discharge telephone follow-up and aftercare. **Journal of Psychosocial Nursing** 32(10): 21-27.
- Norissa, J., et al. (2008). Putting evidence in to practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. **Clinical Journal of Oncology Nursing** 12(3): 507-516.
- Ory, M., et al. (1999). Prevalence and impact of caregiver: a detailed comparison between dementia and nondementia caregiver. **Gerontologist** 39: 155-166.

- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Association of stressor and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology* 2: 112-128.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregiver: A meta-analysis. *Journals of gerontology B Series: Psychological Sciences and Social Sciences* 62(2): 126-137.
- Polit, D. F., & Beck, T. (2004). **Nursing research: Principles and Methods.** (7<sup>th</sup> ed). Philadelphia: A Wolters Kluwer Company.
- Polit, D. F., & Hungler, B. D. (1999). **Nursing research: Principles and Methods.** (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Rice, R. (2000). Telecaring in home care: Making a telephone visit. *Geriatric Nursing* 21(1): 56-57.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology* 38(3): 344-348.
- Sasat, S. (1998). **Caring for dementia in Thailand: A study a family care for demented elderly relative in Thai Buddhist society.** Unpublished Ph.D. Thesis. University of Hull: UK.
- Schulz, R., Burgio, L., Burns, R., Eisdorfer, C., et al. (2003). Resources for enhancing Alzheimer' caregiver health. *Gerontologist* 43(4): 514-520.
- Selye, Has. (1956). **The stress of life.** New York: Columbia University Press.
- Skipper, J. K., & Leonard, R. C. (1975). **Social interaction and patient care.** Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. *Home Healthcare Nurse* 14(3): 155-161.
- Swartz, J. J., & Keir, S. T. (2007). Program preferences to reduce stress in caregiver of patients with brain tumor. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 11(5): 723-727.
- Thompson, D. G., et al. (2008). Effectiveness of cognitive/ behavioral small group intervention for reduction of depression and stress in non-Hispanic white and Hispanic/ latino women dementia family caregiver: outcome and mediator of change. *J Rat-Emo cognitive -Behav Ther* 26: 286-303.
- Ulstein, I., et al. (2007). A one – year randomized controlled psychosocial intervention

study among family carers of dementia patients – effects on patients and carers.

**Dementia and Geriatric Cognitive Disorders** 24: 469-475.

Wallace, R. K., & Benson, H. (1972). The physiology of meditation. **Scientific America** 3(2): 84-92.

Wilz, G., & Heitz, M. F. (2008). Assisted vacation for men with dementia and their caregiving spouses : evaluation of health - related effect. **The Gerontologist** 48(1): 115-119.




ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อ	ตำแหน่ง/สังกัด
ศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ	หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยระบาดวิทยาทาง จิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญ์ภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการ พยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พระมหา ดร. สมศักดิ์ ปุณฺณโชโต	เจ้าอาวาสวัดพระพุทธไสยาสน์ จังหวัดเพชรบุรี
นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช(ผู้ใหญ่) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๑๖

วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ 2553


เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยระบบาติวิทยาทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)  
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว โทร. 08-9992-1346





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0193

วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว โทร. 08-9992-1346



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/ 0195

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2553


เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทร ไชยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)  
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว โทร. 08-9992-1346

ที่ ศธ 0512.11/ 0193



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขอนมัสการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เจ้าอาวาสวัดพระพุทธไสยาสน์ จังหวัดเพชรบุรี (พระมหา ดร. สมศักดิ์ ปุณณ โขโต)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอนมัสการท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอนมัสการท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว โทร. 08-9992-1346

ที่ ศธ 0512.11/ 0195



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ผู้ใหญ่) หรือผู้ช่วยศึกษานาการกรุงเทพฯ ชั้น 1 ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาววันเพ็ญ แสงสงวน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว โทร. 08-9992-1346



ภาคผนวก ค

จดหมายจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 209/2010  
IRB No. 095/53

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : THE EFFECT OF GIVING PLANNED INSTRUCTION WITH ANAPANASTI PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVER OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA

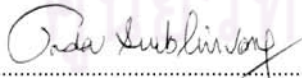
**Study Code** : -


**Study Center** : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Miss Wanlapa Pongpaew

**Document Reviewed** :

1. Protocol Version 2.0 Dated 19 April 2010
2. Information sheet for research participant Version 2.0 Dated 19 April 2010
3. Consent Form Version 2.0 Dated 19 April 2010
4. Questionnaire Version 1.0 Dated 19 Feb 2010

Signature:   
(Professor Tada Sueblinwong MD)  
Chairperson of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Associate Professor Supeeche Wittayalerpanya)  
Committee and Assistant Secretary, Acting  
Secretary of The Institutional Review Board

**Date of Approval** : June 8, 2010

**Approval Expire Date** : June 7, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 209/2010  
IRB No. 095/53

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบ อานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**เลขที่โครงการวิจัย** : -

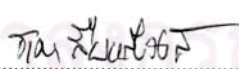
**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 April 2010
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 April 2010
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 19 April 2010
4. แบบสอบถาม Version 1.0 Dated 19 Feb 2010

ลงนาม ..... 

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ..... 

(รองศาสตราจารย์สุพิชา วิทยเลิศปัญญา)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

**วันที่รับรอง** : 8 มิถุนายน 2553

**วันหมดอายุ** : 7 มิถุนายน 2554

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participant)

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้วิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบถึงความคิดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ร่วมในโครงการวิจัย
- ในกรณีท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดอันตรายใด ๆ ขึ้นจากการทำวิจัย แต่หากพบว่ามีอันตรายเกิดขึ้นและได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ และท่านได้ปฏิบัติตามแนวทางของการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน การเซ็นชื่อในเอกสารฉบับนี้ ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ตามกฎหมายตามปกติของท่านที่พึงมี

### ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และผู้วิจัยจะมีค่าเดินทางและค่าชดเชยการเสียเวลาภายหลังการนัดพบท่านในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นการมาโรงพยาบาลนอกเหนือจากการมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 300 บาท

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ท่านให้การดูแลแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หากท่านไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

Version 2.0 Dated 19 April 2010

4/5



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. ....	95 63
Date of Approval.....	8 ส.ย. 2553





คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
(Information sheet for research participant)

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้วิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ท่านให้การดูแล และข้อมูลส่วนตัวของท่าน ได้ตลอดเวลาและจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้อีก

หากท่านต้องการยกเลิกการบันทึกข้อมูลขณะอยู่ในโครงการวิจัย สามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบได้ทันที **สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการสามารถขอถอนจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสาร ใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการได้รับอันตรายที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือ ไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ อาคาร 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาววิมลภา ผ่องแผ้ว)

เบอร์โทรศัพท์ 089-9921346


วันที่ ...../...../.....

Version 2.0 Dated 19 April 2010

5/5



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
IRB No. 95 53  
Date of Approval 8 ส.ค. 2553

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อ

ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล

คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....แล้วข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและ โอกาสเพียงพอ ในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่มีบังคับข่มขู่หรือกดดันข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการศึกษาดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะ ไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยในการดูแลของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

Version 2.0 Dated 19 April 2010

1/2



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	95 53
Date of Approval	8 ส.ย. 2553

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมใน โครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสาร ใบยินยอมนี้

หากท่านต้องการร้องเรียนเกี่ยวกับการที่ผู้วิจัย ไม่ปฏิบัติตามที่ระบุในเอกสาร ท่านสามารถติดต่อสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-02256-4455 ต่อ 14,15

.....ลงนามผู้ยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

Version 2.0 Dated 19 April 2010

2/2



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No.	95 53
Date of Approval	8 ส.ค. 2553



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
    - 1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
    - 1.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  - 1.2 แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล
2. เครื่องมือก่อกำกับการทดลอง ประกอบด้วย
  - 2.1 แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน
  - 2.2 แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
 

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ประกอบด้วย

  - 3.1 แผนการสอนเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติบรรยายประกอบภาพพลิก
  - 3.2 คู่มือเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. ....	95 ๒3
Date of Approval.....	8 ส.ย. 2553



## 2. แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความเครียดของท่าน (ผู้ดูแล) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาใต้เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงช่องเดียว

	ใช่	ไม่ใช่
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ (เช่น เพราะ.....ขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)		
2. เป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น เพราะต้องใช้เวลาานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลาานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)		
3. เป็นเรื่องความตึงเครียดทางด้านร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกขึ้นผู้สูงจากเก้าอี้ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)		
4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว (เช่น การดูแลทำให้ไม่มีเวลาว่างหรือไม่สามารถไปเที่ยว)		
5. มีการปรับในครอบครัว (เช่น การช่วยเหลือมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความเป็นส่วนตัว)		
6. ....		
7. ....		
8. ....		
9. ....		
<b>รวมคะแนน</b>		

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องช่วงเวลาที่คุณฝึกสมาธิ

ระยะเวลาการฝึก และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านภายหลังปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติแต่ละครั้ง

วัน เดือน ปี	ช่วงเวลาที่ฝึกสมาธิ	ระยะเวลาการฝึกสมาธิ	ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึกสมาธิ						
			เฉยๆ	ฟุ้งซ่าน	ง่วงนอน	หลับ	ปลอดโปร่ง	สงบ	อื่นๆ ระบุ....
	( ) เช้า ( ) กลางวัน ( ) เย็น ( ) ก่อนนอน	( ) < 5 นาที ( ) 5-10 นาที ( ) 10-15 นาที ( ) 15-30 นาที							
	( ) เช้า ( ) กลางวัน ( ) เย็น ( ) ก่อนนอน	( ) < 5 นาที ( ) 5-10 นาที ( ) 10-15 นาที ( ) 15-30 นาที							
	( ) เช้า ( ) กลางวัน ( ) เย็น ( ) ก่อนนอน	( ) < 5 นาที ( ) 5-10 นาที ( ) 10-15 นาที ( ) 15-30 นาที							

ศูนย์วิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### แบบบันทึกการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมายถูก (✓) ตามความถี่ของการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ไม่เคยนำไปใช้ หมายถึง ไม่เคยนำความรู้ไปใช้ในการดูแลในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา  
 นำไปใช้น้อย หมายถึง นำความรู้ไปใช้ในการดูแล 1-2 ครั้งในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา  
 นำไปใช้ปานกลาง หมายถึง นำความรู้ไปใช้ในการดูแล 3-5 ครั้งในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา  
 นำไปใช้มาก หมายถึง นำความรู้ไปใช้ในการดูแล 6-7 ครั้งในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

กิจกรรม	ความถี่ของการนำความรู้ไปใช้ในการดูแล ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา			
	ไม่เคย นำไปใช้	นำไปใช้ น้อย	นำไปใช้ ปานกลาง	นำไปใช้ มาก
1. การกระตุ้นเตือนความทรงจำ เช่น การกระตุ้นการรับรู้เวลา เดือน ปี อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นต้น				
2. การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การจับถ่าย เป็นต้น				
3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เป็นต้น				
4. การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบอยู่ในตำแหน่งเดิมเสมอ				
5. การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เช่น การหลีกเลี่ยงการทะเลาะ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น				

## แผนการสอนเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วยการทำสมาธิแบบอานาปานสติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการให้การพยาบาลด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบของบทบาทผู้ดูแล
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และประโยชน์ของการทำสมาธิต่อการลดความเครียดของผู้ดูแล
3. การฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ

จำนวนผู้ดูแล 20 คน

สถานที่ คลินิกสมองเสื่อม ตึกภปร.12 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

ระยะเวลา การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ระยะเวลา 50 นาที และการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติระยะเวลา 20 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
  2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ
  3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีทักษะในการทำสมาธิแบบอานาปานสติ

- กิจกรรม
1. การให้ข้อมูล
  2. การสาธิต
  3. การฝึกปฏิบัติ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>บทนำ</b></p> <p>ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการสูญเสียการทำงานของสมองหลาย ๆ ด้านพร้อมกันอย่างช้า ๆ แต่ถาวร ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแล เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจกับผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <p>ดังนั้นการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการทำสมาธิแบบอานาปานสติมาจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาในการดูแลได้ถูกต้อง</p>	<p><b>ขั้นนำ</b></p> <p>- ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม พร้อมแนะนำตัวเอง และชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมงานวิจัยพอสังเขป</p> <p>- ระยะเวลา 5 นาที</p>	-	-

# คู่มือ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม  
และการจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ  
แบบอานาปานสติ



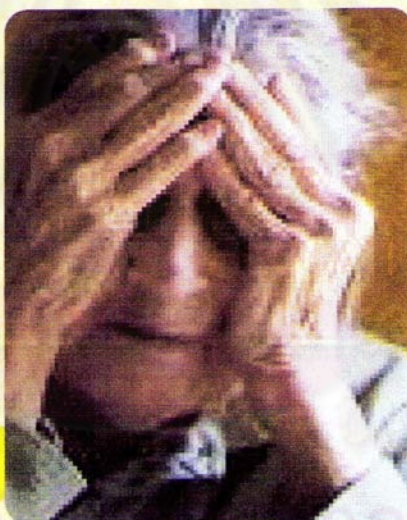
ผู้จัดทำ

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว  
นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์  
(สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ)  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์

## ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติด้านสติปัญญา ความคิดและความจำบกพร่อง หลงลืมทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดทางนามธรรมผิดไป มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด พูดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้ มีพฤติกรรมแปลก ๆ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยผู้สูงอายุยังรู้ตัวดี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

### สาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม

1. โรคอัลไซเมอร์ เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง โดย เซลล์สมองมีการเสื่อมสลายตายไป และไม่มีเซลล์สมองใหม่มาทดแทน
2. โรคหลอดเลือดสมอง
3. การติดเชื้อในสมอง ทำให้สมองเกิดการอักเสบ เซลล์สมองบางส่วนจะตายไป มักพบจากการติดเชื้อเอชไอวี
4. ขาดวิตามินจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น ภาวะขาดวิตามินบี 1 วิตามินบี 12 และสารที่เรียกว่าโฟลิก แอซิด
5. การแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกของร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อบางชนิดที่ผิดปกติไป โดยเฉพาะต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือน้อยเกินไป
6. ภาวะสมองได้รับการกระทบกระเทือน
7. ภาวะช่องในสมองขยายใหญ่จากน้ำเลี้ยงสมองคั่ง หรือจากเนื้องอกในสมอง

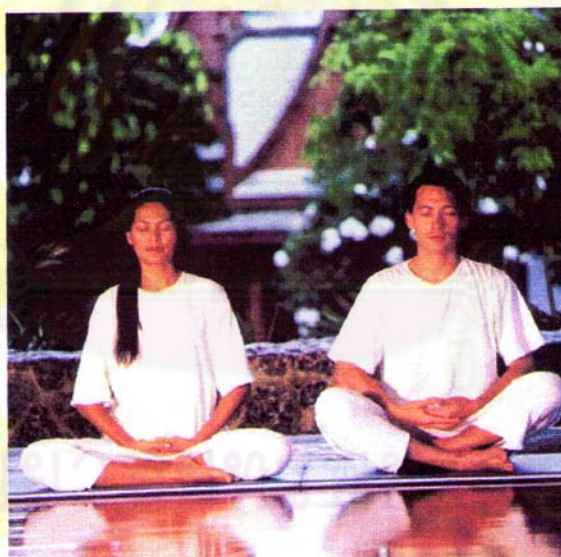


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สมาธิแบบอานาปานสติ

สมาธิเป็นวิธีสำหรับการเอาชนะความเครียด ทำให้เกิดความผ่อนคลายอย่างลึกซึ้ง สามารถทำได้ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ทุกเวลา เพียงใช้เพียงลมหายใจที่มีอยู่ ส่งผลให้จังหวะคลื่นไฟฟ้าในสมองเปลี่ยนแปลงและช่วยป้องกันให้ต่อสู้กับผลของความเครียดได้

การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ หมายถึง การฝึกควบคุมจิตให้แน่วแน่ อยู่ในอารมณ์เดียวโดยใช้ลมหายใจเข้า ออก เป็นอารมณ์ในการกำหนดรู้ เพื่อให้จิตสงบ ให้จิตได้พักผ่อน เพื่อให้จิตเข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่ดี





ภาคผนวก จ  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ส่วนที่ 1** ข้อมูลคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล การจับคู่ตัวแปรสำคัญ มีดังนี้

**ตารางที่ 5** แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pairs) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแล

คู่ที่	อายุ		เพศ		ระยะเวลาการดูแล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	62	60	หญิง	หญิง	48	53
2	59	58	หญิง	หญิง	26	27
3	51	49	หญิง	หญิง	32	36
4	59	60	หญิง	หญิง	24	28
5	68	64	หญิง	หญิง	41	36
6	46	48	หญิง	หญิง	62	60
7	42	42	หญิง	หญิง	29	32
8	51	53	หญิง	หญิง	64	60
9	65	69	หญิง	หญิง	56	53
10	59	60	หญิง	หญิง	36	41
11	55	56	หญิง	หญิง	36	31
12	50	51	หญิง	หญิง	24	24
13	44	43	หญิง	หญิง	36	41
14	47	48	หญิง	หญิง	24	26
15	47	46	หญิง	หญิง	41	36
16	62	60	หญิง	หญิง	50	53
17	61	59	หญิง	หญิง	82	77
18	48	46	หญิง	หญิง	60	62
19	49	51	หญิง	หญิง	54	51
20	52	53	หญิง	หญิง	36	36

**ส่วนที่ 2** เปรียบความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	8	6	7	9
2	9	6	10	9
3	9	4	7	8
4	7	5	8	8
5	7	4	11	12
6	7	5	8	7
7	7	3	7	7
8	11	6	9	8
9	8	5	9	9
10	10	7	10	10
11	8	5	9	8
12	7	5	10	9
13	9	6	7	6
14	11	8	9	9
15	10	6	11	11
16	9	4	9	8
17	9	5	7	6
18	8	6	7	8
19	8	5	8	7
20	9	6	7	8

**ส่วนที่ 3** การทดสอบการแจกแจงความเคียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov- Smirnov Test

**ตารางที่ 7** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเคียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับที่กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

	n	Kolmogorov- Smirnov Test		
		statistic	df	p-value
กลุ่มทดลอง	20	.167	20	.145
กลุ่มควบคุม	20	.167	20	.147

การแจกแจงของความเคียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ (p-value = .145) และกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ (p-value = .147) ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ( $>.05$ ) แสดงให้เห็นว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววัลลภา ผ่องแผ้ว เกิดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2525 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2547 ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 ประจำหอผู้ป่วยตึก ภปร.14 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย