

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดกับโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

บัวลอย แสนละมุล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความเครียด สัดส่วนการขาดยา สัดส่วนการกลับมานอนรักษาภายใน 28 วัน (re-admit) หลังจำหน่าย สัดส่วนการกลับมานอนรักษาภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย และทักษะความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling :MBTC) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 46 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มละ 23 คน โดยกลุ่มหนึ่งได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดและอีกกลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง และแบบประเมินความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาภายหลังการทดลอง 3 เดือนพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดภายหลังการทดลอง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ภายหลังการได้รับโปรแกรมสติบำบัดอุบัติการณ์การกลับมานอนรักษาภายใน ภายใน 28 วัน (Re-admit) หลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนพบว่ากลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด มีอุบัติการณ์การกลับมานอนภายใน 28 วัน (Re-admit) น้อยกว่ากลุ่มได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling : MBTC) สามารถประยุกต์ใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดพัฒนาความสงบของจิตใจการมีชีวิตที่สงบสุขมากขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้นพบว่าช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนหลังจำหน่ายและยังช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Re-admit) หลังจำหน่าย และช่วยเพิ่มอัตราการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยจิตเภท,โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด,โปรแกรมสติบำบัด

Effectiveness of a comparative study of care for patients with schizophrenia With a program to enhance stress management skills with the Mindfulness Therapy Program (MBTC) in the psychiatric ward Nongbualamphu Hospital

Bualoy Seanlamul

Abstract

The purpose of this study is to compare stress Proportion of drug deficiency Proportion of returning sickness Proportion of relapse and basic life skills of patients with schizophrenia. In the group that received a program to enhance stress management skills with the group receiving the mindfulness therapy program (Mindfulness Based Therapy and Counseling: MBTC). The sample group were caregivers of schizophrenia patients admitted for psychiatric treatment. Nongbualamphu Hospital, 46 people, divided into 2 groups of 23 people each. One group received a program to strengthen skills in managing stress and a mindfulness therapy program. and another group received a mindfulness therapy program. Data were collected using questionnaires; Including a stress self-assessment form and a competency assessment form regarding basic skills needed for daily life for caregivers of schizophrenia patients. Data were analyzed using descriptive statistics. and repeated measures analysis of variance.

The results of the study, after 28 days and 3 months of experimentation, found that the mean stress score in the group receiving the mindfulness therapy program was significantly lower than the group receiving the stress management skills enhancement program ($p < .05$). As for the mean ability scores regarding basic skills needed for daily living among caregivers of schizophrenia patients, in the group receiving the mindfulness therapy program After 28 days and 3 months of experimentation, it was significantly higher than the control group ($p < .05$). And found that the group that received the mindfulness therapy program The stress scores were averaged after the experiment. It was significantly lower than before the experiment ($p < .05$). After receiving the mindfulness therapy program immediately, the incidence of re-admission in both groups was not different. But after 3 months had passed, the group receiving the mindfulness therapy program found that There was a lower incidence of re-admission than the group receiving the stress management skills promotion at a statistical significance of 0.05. Conclusion: The Mindfulness Therapy Program (MBTC) can be applied to the counseling process. To help reduce stress develop peace of mind Living a more peaceful life in caregivers of people with schizophrenia and helps reduce the rate of re-admission better than programs that enhance stress management skills

Keywords: care for schizophrenia patients, stress management skills development program, mindfulness therapy program

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเช่น อาการหลงผิด (delusion) คือการมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และจะมีอาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) มีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว มีอารมณ์ที่ื้อ ความคิดอ่านและการพูดลดลง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจในการวางแผน (executive function) ลดลงความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลงและระดับความรุนแรงที่หลากหลายการป่วยโรคนี้อาจมีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกายจิตใจและจิตสังคมของผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติมีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาซึ่งจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

เมื่อได้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทขึ้นย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วย ครอบครัวชุมชนและสังคมทำให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเครียดเป็นที่รังเกียจของสังคม และชุมชนไม่ยอมรับ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนดังนั้นผู้ดูแลหลักคือคนในครอบครัวส่วนใหญ่คือบิดามารดาพี่น้องและลูกจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเน้นการรักษาช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีหน้าที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทในเกือบทุกด้าน (ละเอียด ปานนาคและสรินภา จาติเสถียร, 2565) จากอาการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกๆ ไปจนต่อเนื่องและยาวนานรวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยเช่น การไม่รับประทานยา การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ไปตรวจตามนัด การเผชิญกับอาการทางจิตกำเริบซึ่งเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดตนเองได้ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองต่อผู้อื่นทรัพย์สินซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ความเครียด (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ความวิตกกังวล (Chien, Chan & Morrissey, 2007) ความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลหรือเป็นภาระการดูแลของญาติ (นพรัตน์ ไชยขาน, 2544) และมีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ชนิษฐา สุขทอง และคณะ, 2555) จะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Hulya, Cenk & Suleyman, 2014) หากความเครียดนั้นอยู่ในระดับสูงและคงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่สามารถจัดการความเครียดได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายเช่นนอนไม่หลับเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะความดันโลหิตสูง (กรมสุขภาพจิต, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะทำให้ไม่สามารถเผชิญและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลงซึ่งส่งผลให้การทำงานถดถอยด้วยประสิทธิภาพได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ความสามารถ

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ที่ผ่านมามีได้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดแก่ผู้ดูแลแต่ก็ยังพบว่าผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการความเครียดได้เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งยังขาดทักษะด้านอื่นควบคู่กันไปเช่นทักษะการสื่อสารระหว่างกัน ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy program) หรือการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counseling; MBTC) โดยผสมผสานหลักการของจิตวิทยาและพุทธธรรมตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพุทธ (Buddhist counseling) การมีสติในการเมตตาตนเอง (mindfulness self-compassion) มีโครงสร้างตามการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (mindfulness based cognitive therapy; MBCT) การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิตหยุดความคิดด้วยลมหายใจจนจิตสงบและฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะความเครียดและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ พ.ศ 2558 ถึงปัจจุบันพบว่าโรคทางจิตเวชอันดับแรกที่เข้ารับการรักษาคือโรคจิตเภท ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ 2563-2565 พบ 150,165,175 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู, 2567) และจากการทบทวนถึงสาเหตุของอาการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยคือ การขาดยา เนื่องจากขาดการกำชับดูแลต่อเนื่องของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ใช้อารมณ์ที่สูงต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นการนำโปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy program : MBTC) มาใช้ในกระบวนการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภทอาจจะช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น ลดความตึงเครียดของญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาอาการไม่กำเริบสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพต่อไป

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

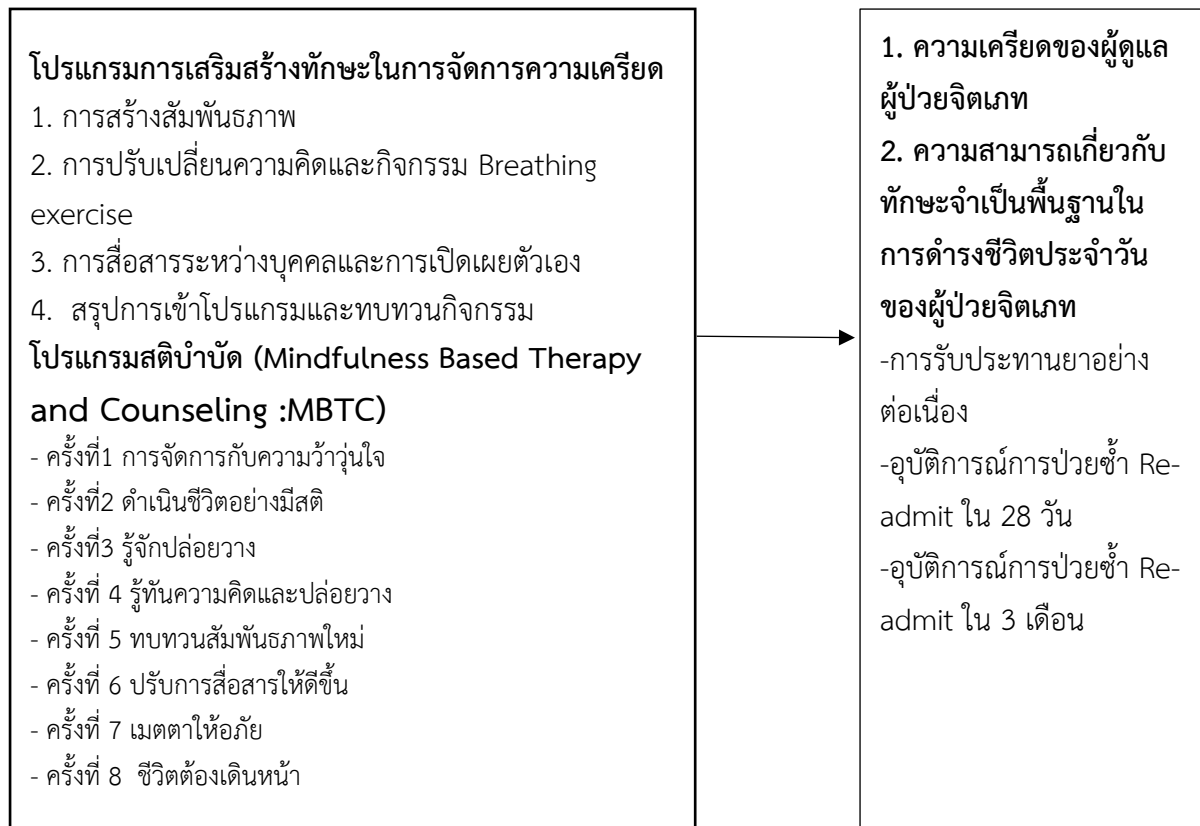
1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะเครียดซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยของญาติดีขึ้น
2. สามารถนำผลการศึกษาเพื่อใช้เป็นหลักฐานข้อมูลในการขยายการพัฒนาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ครอบคลุมได้
3. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มญาติผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเครียด สัดส่วนการขาดยา สัดส่วนการกลับมาป่วยซ้ำ สัดส่วนการกลับมาป่วยซ้ำและทักษะความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling :MBTC)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน (mindfulness based therapy and counseling; MBTC) หรือโปรแกรมสติบำบัด (mindfulness-based therapy program) โดยผสมผสานหลักการของจิตวิทยาและพุทธธรรมตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพุทธ (Buddhist counseling) การมีสติในการเมตตาตนเอง (mindfulness self-compassion) มีโครงสร้างตามการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (mindfulness based cognitive therapy; MBCT) การเรียงลำดับด้วยการฝึกจิตหยุดความคิดด้วยลมหายใจจนจิตสงบและฝึกสติด้วยลมหายใจที่เป็นปัจจุบันควบคู่กับการรับรู้ในกิจที่ทำ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบวิจัยเชิงได้รับโปรแกรมสติบำบัดทางคลินิกแบบ Partially randomized Preference trial (PRPT) ทำการศึกษาวิจัยที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระยะเวลาศึกษา 5 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2566 กลุ่มเป้าหมายคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD -10 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดศึกษา จากงานวิจัยนําร่องเพื่อศึกษามลของโปรแกรมสติบำบัดต่อความเครียดและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้สมมุติฐานว่าสัดส่วนการไม่ขาดยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ญาติได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดเท่ากับ 20% และในกลุ่มญาติได้รับโปรแกรมสติบำบัดผู้ป่วยไม่ขาดยาเพิ่มเป็น 60% ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ Significance ที่ 0.05 และ Power 0.80 กำหนดให้ ratio = 1:1 คำนวณจำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มละ 23 รายงั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดและกลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด กลุ่มละ 23 คนเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

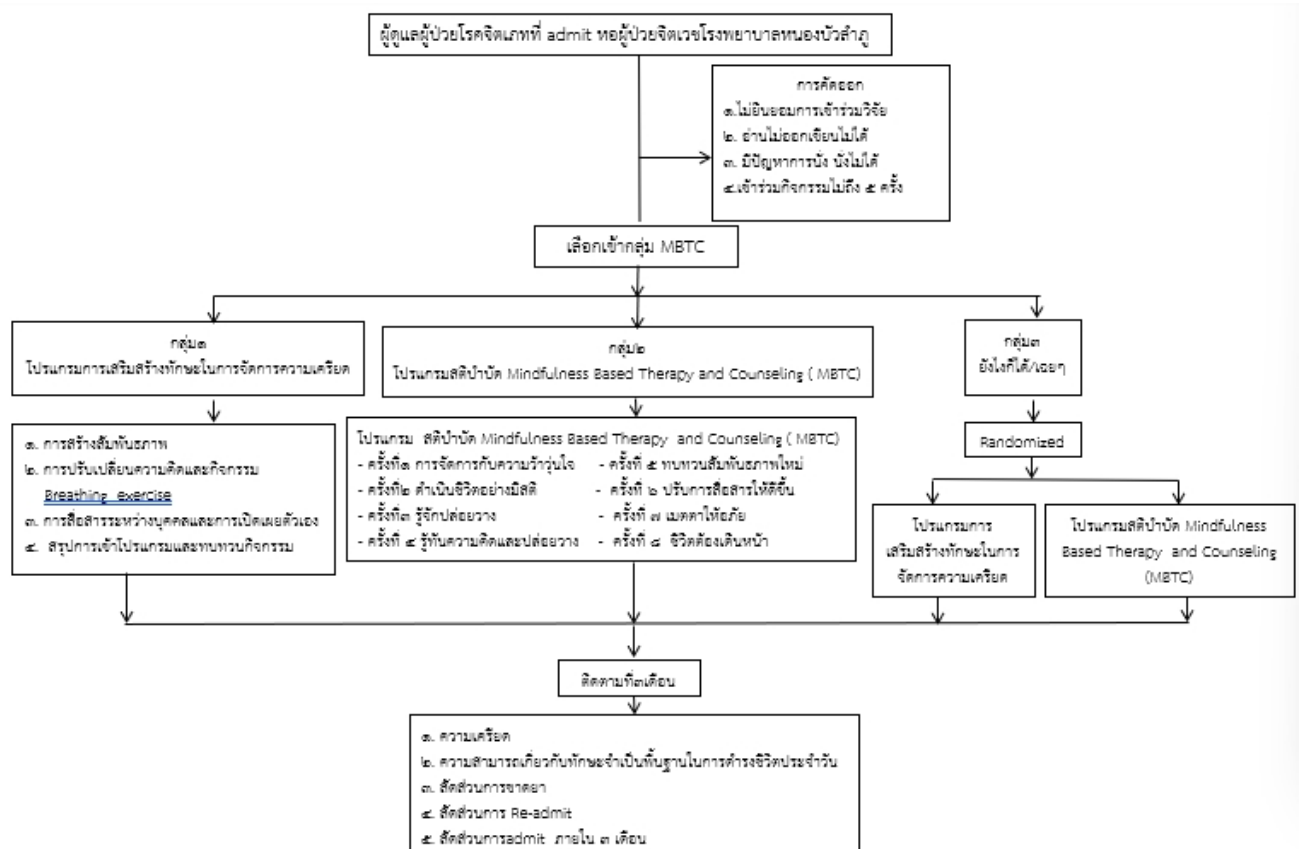
1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี) ปัญหาด้านสุขภาพกาย เป็นต้น
2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมความเครียดมีค่าระหว่าง 0 - 60 ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) ได้เท่ากับ .86

3. แบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 5 ระดับ ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .87

4. เครื่องมือที่ใช้ในการได้รับโปรแกรมสติบำบัด คือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด และโปรแกรมสติบำบัดประกอบด้วยกลุ่มกิจกรรม ๘ ครั้งใช้เวลา ครั้งละ ๖๐-๙๐ นาที สัปดาห์ละ ๑ ครั้งนาน ๘ สัปดาห์

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัย

จัดเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ และดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และจะมีการพูดคุยแนะนำโปรแกรมสติบำบัดกับญาติผู้ดูแลที่มาส่งผู้ป่วยโดย กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling) และกลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมได้ทั้ง 2 โปรแกรม 3. ทำการสุ่มเพื่อเข้าโปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งหลังจากญาติผู้ป่วยเข้าโปรแกรมฯ ครบตามโปรแกรมฯ 4. ติดตามประเมินผลภาวะความเครียดใน 1 เดือนและผู้ป่วย Discharge ติดตามการมาตรวจตามนัดการมารับยาต่อเนื่องไม่เกิดการกลับมาป่วยซ้ำ (re-admit) และเข้ามานอนรักษาในระยะเวลา 3 เดือนมีความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงเป็นค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐานตามลักษณะการกระจายของข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรมวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม Risk Regression

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 57.00 ปี ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความเครียดและ 56.61 ปี ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร เกี่ยวข้องเป็นญาติและบิดามารดาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือนและดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี และพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่เคยเข้ารับการฝึกสติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยของลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ลักษณะที่ศึกษา	โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด (n=23)		โปรแกรมสติบำบัด (MBTC) (n=23)		p-value
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน(n)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	8	34.78	7	30.43	1.000
หญิง	15	65.22	16	69.57	
อายุ (ปี) (mean, SD)	57.00 (12.62)		56.61 (14.62)		0.920
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	15	65.22	18	78.26	0.561
มัธยมศึกษา	1	4.35	0	0.00	
ปวช/ปวส/อนุปริญญา	5	21.74	5	21.74	
ปริญญาตรี	2	8.70	0	0.00	
ปริญญาโท	0	0.00	0	0.00	
สถานภาพสมรส					
โสด	0	0.00	0	0.00	1.000
สมรส	18	78.26	19	82.61	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	21.74	4	17.39	
อาชีพ					
เกษตรกร	13	56.52	15	65.22	0.105
ค้าขาย	4	17.39	0	0.00	
รับจ้างทั่วไป	5	21.74	8	34.78	
รับราชการ	1	4.35	0	0.00	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย					
บิดา/มารดา	9	39.13	12	52.17	0.394
คู่สมรส	4	17.39	2	8.70	
บุตร	0	0.00	2	8.70	
ญาติ	10	43.48	7	30.43	

ลักษณะที่ศึกษา	โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะ ในการจัดการความเครียด (n=23)		โปรแกรมสติบำบัด (MBTC) (n=23)		p-value
รายได้ของครอบครัว					
ต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 5000	14	60.87	14	60.87	0.640
5,001 - 10,000	5	21.74	7	30.43	
มากกว่า 10,001	4	17.39	2	8.70	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)	8.61 (5.69)		6.39 (4.11)		0.137
น้อยกว่า 5 ปี	8	34.78	12	52.17	0.373
มากกว่า/เท่ากับ 5 ปี	15	65.22	11	47.83	
ปัญหาด้านสุขภาพกาย					
ไม่มี	21	91.30	23	100.00	0.489
มี	2	8.70	0	0.00	
ปัญหาด้านสุขภาพจิต					
ไม่มี	23	100.00	23	100.00	-
ความเครียด	0	0.00	0	0.00	
วิตกกังวล	0	0.00	0	0.00	
ซึมเศร้า	0	0.00	0	0.00	
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา					
น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี	20	86.96	23	100.00	0.233
3 - 5 ครั้ง/ปี	3	13.04	0	0.00	
มากกว่า 5 ครั้ง/ปี	0	0.00	0	0.00	
จำนวนครั้งที่ผู้ดูแลเข้ารับ การอบรม					
ครบ	0	0.00	23	100.00	0.000
ไม่ครบ	23	100.00	0	0.00	
เคยฝึกสมาธิ/วิปัสสนา/สติ					
ไม่เคย	23	100.00	23	100.00	NA
เคย	0	0.00	0	0.00	

จากการศึกษาพบว่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลของโปรแกรม โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดและโปรแกรมสติบำบัด Mindfulness Based Therapy and counseling มีคะแนนความเครียดก่อนเข้ารับโปรแกรมทั้ง 2 โปรแกรมอยู่ในระดับสูงคือระดับ 5 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนความเครียดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 3 ปานกลาง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม สติบำบัดมีคะแนนระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตหลังเข้าโปรแกรม สูงกว่า โปรแกรมการจัดการกับความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิผลของโปรแกรม

การประเมินผล	โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียด (n=23)		โปรแกรมสติบำบัด Mindfulness Based Therapy and counseling (MBTC) (n=23)		p-value
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	
คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
คะแนนความเครียดก่อนเข้าโปรแกรม (mean, SD)	36.35 (4.03)		40.35 (3.77)		0.001
ระดับความเครียด					
ระดับ 4	0	0.00	0	0.00	
ระดับ 5	23	100.00	23	100.00	
คะแนนความเครียดหลังเข้าโปรแกรม (mean, SD)					
		31.30 (1.61)	28.52 (1.28)		< 0.001
ระดับความเครียด					
ระดับ 3	0	0.00	1	4.35	
ระดับ 4	2	8.70	19	82.61	
ระดับ 5	21	91.30	3	13.04	
คะแนนความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย					
ระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตก่อนเข้าโปรแกรม (mean, SD)					
		122.39 (30.19)	113.30 (31.73)		0.325
โปรแกรม (mean, SD)					
ระดับ 1	0	0.00	1	4.35	0.261
ระดับ 2	4	17.39	5	21.74	
ระดับ 3	12	52.17	15	65.22	
ระดับ 4	7	30.43	2	8.70	
ระดับ 5	0	0.00	0	0.00	
ระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตหลังเข้าโปรแกรม (mean, SD)					
		133.39 (31.99)	129.78 (27.70)		0.685
โปรแกรม (mean, SD)					
ระดับ 1	0	0.00	0	0.00	0.151
ระดับ 2	4	17.39	1	4.35	
ระดับ 3	10	43.48	7	30.43	
ระดับ 4	9	39.13	15	65.22	
ระดับ 5	0	0.00	0	0.00	
การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง					
ต่อเนื่อง	5	21.74	20	86.96	<0.001
ไม่ต่อเนื่อง	18	78.26	3	13.04	
Re-admit ภายใน 28 วัน					
ไม่	21	91.30	23	100.00	0.489
ใช่	2	8.70	0	0.00	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกใน Unadjusted analysis และ Adjusted analysis

ผลลัพธ์	โปรแกรม เสริมสร้าง ทักษะการ จัดการ ความเครียด (n=23)	โปรแกรมสติ บำบัด MBTC (n=23)	Clinical Parameters	Unadjusted analysis			Adjusted analysis*		
				Effect	95% CI	P-value	Effect	95% CI	P-value
การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความเครียด ของผู้ดูแล (mean, SD)	-5.04 (3.40)	-11.83 (4.04)	Mean difference	-6.78	-8.94, -4.62	< 0.001	-3.64	-4.63, -2. 65	< 0.001
การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็น พื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันของ ผู้ป่วย (mean, SD)	11.00 (7.34)	16.48 (10.39)		5.48	0.28, 10.68	0.039	4.33	-3.08, 11.73	0.252
ความต่อเนื่องในการประทานยาตามสั่ง ต่อเนื่อง (n, %)	5 (21.74)	20 (86.96)		-0.65	-0.87, -0.43	< 0.001	-1.05	-1.38, -0.74	< 0.001
ไม่ต่อเนื่อง (n, %)	18 (78.26)	3 (13.04)	Risk difference						
อุบัติการณ์ Re-admit ภายใน 28 วัน No (n, %)	21 (91.30)	23 (100.00)	Risk difference	-0.09	-0.20, 0.03	0.148	-0.37	-0.78, 0.03	0.072
Yes (n, %)	2 (8.70)	0 (0.00)							
อุบัติการณ์ Re-admit ภายใน 3 เดือน No (n, %)	16(69.57)	20(86.96)	Risk difference	-0.17	-0.41, 0.05	0.144	-0.63	-1.18, -0.08	0.024
Yes (n, %)	7(30.43)	3(13.04)							

*Adjusted: sex age edu status occ relation income3gr duration5yr physical mental4gr admit> 3gr previousmedi drug diffstress diffskill

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลดังกล่าว อธิบายได้ว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัดได้มีกิจกรรมในการจัดการกับความวุ่นใจ มีการฝึกสติให้ตระหนักถึงผลของอารมณ์และความเครียด รู้เท่าทันความคิด และรู้จักปล่อยวางความคิดลบซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและเป็นทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต, 2556) โดยพบว่า ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ที่จะทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ และรู้จักการให้อภัยตนเองและผู้อื่น รู้จักจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเองอย่างมีสติ ตลอดจนการฝึกสติควบคู่ไปกับกิจที่ทำทุกวัน เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงจากการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับหลักในการฝึกสติ (จารุณี ตฤณมัยทิพย์, 2554) เมื่อมีสติ จิตใจจะมีสมาธิตั้งมั่น ซึ่งการฝึกสติจะมีผลต่อการทำงานของสมองซีกซ้าย สมองจะมีการหลั่งสารสื่อประสาทที่เรียกว่าสารแห่งความสุขเพิ่มมากขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานดีขึ้น ช่วยให้มีความสุขและมีอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2559)

จากการศึกษาการฝึกสติในมหาวิทยาลัยแม่ตสา จ.เชียงใหม่ พบว่า ผลของการฝึกสติช่วยลดความเครียดได้ (Davidson et al., 2003) นอกจากนี้ในการฝึกสติด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นในขณะที่หายใจเข้า และสามารถขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น ในขณะที่หายใจออก ทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่นผ่อนคลาย (สมพร กันทรและดุขฎี เตรียมชัยศรี, 2550) สมองจะสั่งให้ไฮโปทาลามัสหลังเอนดอร์ฟินออกมา ช่วยให้มีความสุขและลดความเครียด (จารุณี ตฤณมัยทิพย์, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้สติเป็นฐานของ Song and Lindquist (2014) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัด มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสติบำบัด เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดสติ และการฝึกสติต่อสภาวะพลังออร่าและสุขภาพองค์รวม ของนักศึกษาพยาบาลไทย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ปริยา แก้ววิมล และคณะ, 2555) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มได้รับโปรแกรมสติบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ยังพบว่า การประทุษร้ายตามสั่งต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด สูงกว่ากลุ่มที่ตีรับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่าค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ Re-admit ภายใน 28 วัน ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงพบค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ Re-admit ภายใน 3 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสติบำบัด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($P < 0.05$) ทั้งนี้ยังอธิบายได้ว่า โปรแกรมสติบำบัดในกลุ่มผู้ดูแลโดยเฉพาะในระยะยาว ที่ต้องการใช้กระบวนการทั้ง 8

กิจกรรมเพื่อทบทวนสัมพันธภาพใหม่ ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น สร้างเมตตาให้อภัย และทำให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าชีวิตต้องเดินหน้า นำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนการรับรู้เท่าทันสติของตนเองมากขึ้น และส่งผลในระยะยาวต่อผู้ป่วยจิตเภทด้วยตามมาด้วย ซึ่งโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness Based Therapy and Counseling :MBTC) ที่ดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง 8 กิจกรรมนั้น จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเมตตา เข้าใจคนไข้ พร้อมกับสร้างสัมพันธภาพอันดีใหม่ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการช่วยเหลือและติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การพาผู้ป่วยมารับยาและการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือไม่อยากดูแลและลดการใช้อารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลต่ออาการ ความรุนแรง และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ Re-admit ในผู้ป่วยจิตเภทตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. การฝึกสติต้องใช้ความสม่ำเสมอในการฝึกอย่างต่อเนื่องและมีเวลาพอในการปฏิบัติอย่างจริงจัง จึงควรมีการทำทวนซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือนและติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการนำโปรแกรมสติบำบัดไปปรับและพัฒนาเข้ากับกระบวนการทางการแพทย์ในหน่วยบริการอื่นๆ ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทางผู้อำนวยการและคณะผู้บริหารโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ตลอดจนหน่วยงานหอผู้ป่วยจิตเวชที่สนับสนุนและเอื้อเฟื้อสถานที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาวิจัยจนประสบผลสำเร็จ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โครงการวิจัยวิจัยเลขที่ 021/2566 เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ 026/2566 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชินีกร เกิดโชค. (2555). ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่แบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 15-27.
- ธีรยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งานวงศ์วิวัฒน์.ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล[Effects of Mindfulness-Based Therapy and Counseling program on stress and mindfulness in Nursing students]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(1):33-48.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2562). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชวนเมืองการพิมพ์
- ละเอียด ปานนาค และ สิริินภา จาติเสถียร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,26(2),16-29.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมศานต์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness- based therapy and counseling (MBTC)manual]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2559.
- Hulya, Y., Cenk, A., & Suleyman, G. (2014). Depression, Anxiety and Quality of life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. Archives of Psychiatric Nursing, 28(3), 193-6