

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

รายงานการวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียด  
ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

Effect of Cognitive Behavior Modification Program on Stress  
in Caregivers of the Elderly Patients with Dementia

ผศ. ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

ผศ. ดร. วารี กังใจ

ผศ. ดร. รวีวรรณ เผ่ากัณหา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน ปี 2551  
สถานที่พิมพ์: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ปีที่พิมพ์ : 2556

00166546

30 พ.ค. 2557

337565

เริ่มบริการ

19 ก.ย. 2557

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม” ดำเนินการได้ด้วยทุนสนับสนุนการวิจัยงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2551 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการฝึกโปรแกรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานำมาซึ่งความเข้าใจ ตลอดจนได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์

หัวหน้าโครงการวิจัย

สิงหาคม 2556

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
สมมติฐานของการวิจัย .....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	4
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคสมองเสื่อม.....	7
ผู้ดูแล และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	12
แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา.....	17
3 ระเบียบวิธีวิจัย .....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย .....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	28
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4 ผลการวิจัย .....	31
ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม .....	31

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	34
ตอนที่ 3 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันทีและและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	35
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล .....	36
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	40
สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย .....	40
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	42
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	43
เอกสารอ้างอิง.....	44
ภาคผนวก.....	49

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน.. 32
4-2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ..... 34
4-3	คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และและระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 35
4-4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ..... 36
4-5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง ..... 36
4-6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง ..... 38
4-7	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ..... 38

## สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
4-1 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดกับวิธีการ.....	37

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย แต่จะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยง จากการคาดการณ์ขององค์ การอนามัยโลก กล่าวว่าในระยะเวลาอีกสองทศวรรษหน้าหรือใน ปี พ.ศ. 2560 ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับสองรองจาก โรคหัวใจขาดเลือด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) วงการสาธารณสุขของยุโรปและสหรัฐอเมริกาบ่งชี้ว่าความชุกของโรคจะเพิ่มเป็นสองเท่าทุก ๆ 5 ปี ที่แก่ตัวลงในคนอายุ 65 ปีขึ้นไป ยิ่งจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมก็ยิ่งเพิ่ม สูงขึ้นด้วย สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่พบสถิติที่แน่นอน แต่ได้มีการสำรวจไปยังชุมชนต่าง ๆ พบอัตราการเกิดโรคสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 2-10 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง รวดเร็ว จากปัจจุบันประมาณ 160,000 คน และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 500,000 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, 2545).

ลักษณะภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องของความจำระยะสั้นและความเฉลียวฉลาด บุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป การตัดสินใจ การใช้เหตุผล และพฤติกรรมต่าง ๆ ไปเสื่อมลง ความสามารถทางปัญญามีความเสื่อมถอย จนทำให้มีผลเสียหายต่อหน้าที่ การงาน และสังคมและ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความสำคัญมากเพราะผู้ป่วยต้องการการ ดูแลอย่างใกล้ชิด ภาระจึงตกแก่ ครอบครัว สังคมและรัฐ (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ความสูญเสียทาง เศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้สูงทั้งในแง่การรักษาโดยตรงและการสูญเสีย รายได้ของญาติที่มาดูแล ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมนั้นถือได้ว่าเป็นการดูแลที่หนัก เมื่อเทียบกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีความบกพร่องทางด้านการสื่อสารและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จึงทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละวันค่อนข้างมากและยาวนาน ด้วยภาระการ ดูแลที่หนักจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม เกิด ความรู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย รู้สึกเครียด ความผาสุกในชีวิตลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545; Angie & James, 2004; Toseland, 2001). Blendin et al. (1990) ทำการสัมภาษณ์บุตรสาวที่มีหน้าที่ดูแลบิดามารดาสูงอายุ

สมองเสื่อม จำนวน 24 คน อายุระหว่าง 35-52 ปี มีผู้ที่มีสภาพสมรรถภาพ จำนวน 16 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพ คุณสมบัติของผู้ดูแลในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ระดับของความตึงเครียด แนวโน้มของสภาวะทางจิตที่ผิดปกติ และวิธีการเผชิญปัญหา พบว่ามี 14 คนที่ได้ทำการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความตึงเครียดมาก และมีการเผชิญปัญหาแบบผิดวิธีมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่บุตรสาวคิดว่าเป็นปัญหาในการรับภาระดูแลบิดามารดาสูงอายุสมองเสื่อมได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้รับการดูแล พฤติกรรมการพูดซ้ำซาก ปัญหาในการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดา จากการศึกษาของ Clipp และ George (1990) พบว่าผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมใช้ยาทางจิตเวชถึงร้อยละ 30 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด

การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification Program) เป็นการบำบัดหนึ่งซึ่งช่วยในการช่วยลดและป้องกันความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม รูปแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ใช้ในงานวิจัยนี้เรียกว่า การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อความเครียด (Stress Inoculation Training) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ฝึกปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการลดความเครียดและพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียดโดยเปรียบได้กับการให้ภูมิคุ้มกันเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการต้านทานโรค (Disease Resistance through Immunization) โดยมีจุดเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ดูแลที่มีต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการเผชิญกับความเครียด

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่ทำในประเทศไทย ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับผล การลดความเครียดโดยใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบ Stress Inoculation Training ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มาทดลองเพื่อศึกษาว่า โปรแกรมนี้จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้หรือไม่

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม



### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือน

### สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลองต่อคะแนนความเครียด
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง
4. ผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 1 เดือน

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ตัวแปรตาม คือความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ทำการวัด 3 ครั้ง คือ

1. ระยะก่อนการทดลอง
2. ระยะหลังการทดลอง
3. ระยะติดตามผล

## นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา หมายถึง รูปแบบกิจกรรมโดยบูรณาการแนวคิด การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training มาประยุกต์ใช้เพื่อ ฝึกให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและลดความเครียด ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดของ Meichenbaum (1977) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พัชนี มากเมือง, 2547; อารีรัช จ้างศ์ผล, 2550) โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการจัดการกับความเครียดที่ เหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ แบ่งการฝึกโปรแกรมได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความคิดรวบยอด 2) ระยะฝึกทักษะต่าง ๆ โดยครอบคลุมทั้งทักษะทางพฤติกรรมและทักษะปัญญา และ 3) ระยะของการประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ทั้งในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่ถูกกดดัน ทุกข์ใจ และเป็นภาวะที่ถูกคามจิตใจที่เกิดในชีวิตประจำวันสืบเนื่องจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเครียดที่พัฒนาโดยชนินฐา ชลาสนธิ (2544)

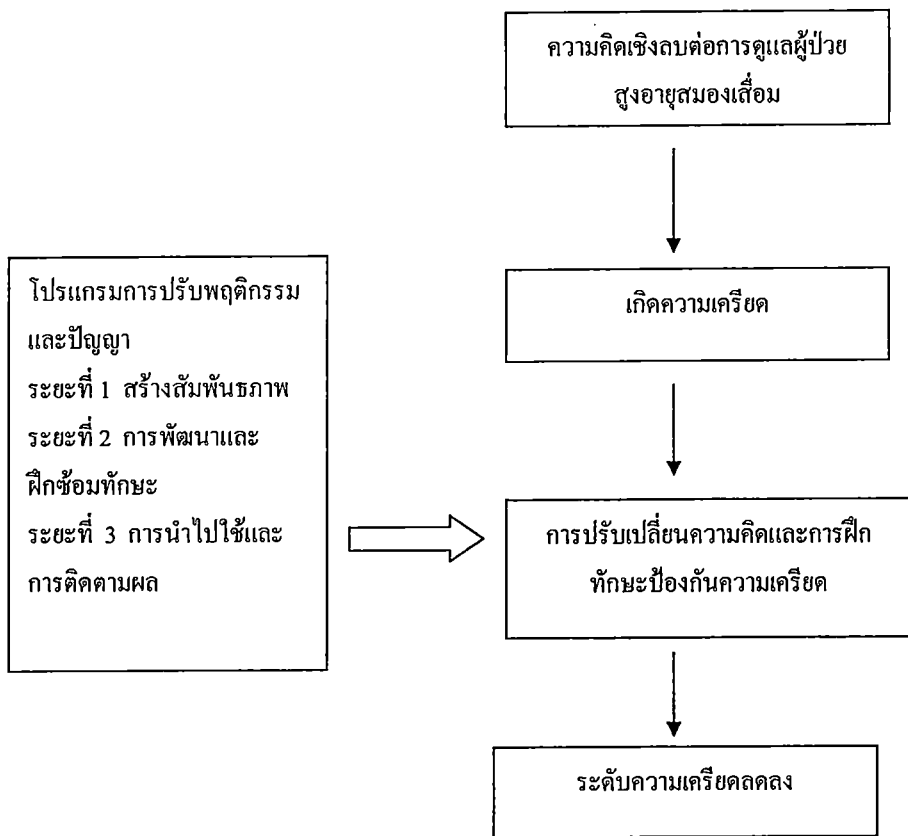
ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หมายถึงผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทต่อการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน โดยไม่ได้รับเงินเดือนประจำจากการให้การดูแล และมีค่าคะแนน ความเครียดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความพร่องในความสามารถของสมองในการทำ หน้าที่ด้านกระบวนการคิดและรับรู้ (Cognition) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณและการระลึกได้ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam หรือ MSE) ที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง (2536)

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแล ผู้ป่วย สูงอายุสมองเสื่อมครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด เรื่องความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่มีแนวคิดว่า ความเครียดด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง บุคคลและสิ่งแวดล้อมโดยผ่านกระบวนการทางปัญญา การที่บุคคลจะประเมินว่าสิ่งเร้าก่อให้เกิด ความเครียด และจะส่งผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อเขามากน้อยเพียงไร ก็ด้วยการประเมินทาง ความคิด (Cognitive Appraisal) โดยการประเมินนั้นเกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้าน บุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งทำให้เกิดความเครียด 3) ปัจจัยด้านการประเมินค่าด้วย การคิด (Cognition) การบำบัดในงานวิจัยนี้เน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมตามแบบฉบับที่

เรียกว่า Stress Inoculation Training ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดย Meichenbaum (1977, 1996) เพื่อใช้ป้องกันความเครียด โดยมีแนวคิดที่ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสัมพันธ์กับมโนทัศน์ที่ผิดไปจากความจริง (Misconception) เกี่ยวกับสิ่งเร้า (Stimuli) ที่มากระทบ ปัญหาของผู้ป่วยเกิดจากความคิดและความเชื่อที่เป็นในทางไม่ดีหรือเป็นในทางลบ เป้าหมายของโปรแกรมนั้นเพื่อส่งเสริมการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละเวลาและสถานการณ์ได้ โดยแบ่งโปรแกรมออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ให้การฝึก โดยให้ความรู้เรื่องความเครียด ให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียด ด้วยการสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อและเจตคติของผู้รับการฝึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของแต่ละคน 2) ระยะการสอนเป็นระยะที่เน้นให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหาทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ในการวิจัยครั้งนี้จะให้การสอนทักษะต่าง ๆ ให้ผู้ดูแล เช่น ทักษะในการพูดกับตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และมีการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง 3) ระยะการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียด ไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง โดยใช้เทคนิคการจินตนาการ และการจำลองสถานการณ์ แล้วให้ผู้รับการฝึก ฝึกฝนการใช้ทักษะต่าง ๆ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่สร้างขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ก่อนที่จะให้ผู้รับการฝึกได้นำไปใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตจริง ดังแนวคิดของ Meichenbaum (1977, 1996) ที่ว่าการที่จะทำให้นบุคคลไม่เกิดความเครียดได้ง่ายหรือการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียดนั้น ควรจะให้นบุคคลนั้น ได้มีประสบการณ์ล่วงหน้าด้วยสิ่งเร้าในบริบทของความเครียดที่บุคคลมักเผชิญ ซึ่งในบริบทของงานวิจัยนี้คือการให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุและมีภาวะสมองเสื่อม เสมือนกับการสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น แต่เดิมบุคคลมีโอกาสที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดได้ในระดับต่ำ เขาเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่มีลักษณะคล้ายกันในระดับที่สูงกว่าในอนาคตได้ ทักษะที่ใช้ในการฝึกการป้องกันความเครียดนั้นสามารถใช้ได้หลายทักษะเช่น ทักษะการพูดกับตนเอง (Self-Talk) ทักษะการฝึกการหายใจ (Rhythmic Breathing) และทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ (Progressive Muscle Relaxation) สามารถสรุปได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อหลักดังต่อไปนี้

1. โรคสมองเสื่อม
2. ผู้ดูแล และผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อม
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล
4. แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

#### โรคสมองเสื่อม

โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ (Cerebrum) และระบบส่วนกลางที่เกิดขึ้นอยู่ทั่วไป การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง มีการสูญเสียความทรงจำในระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ และความคิดเชิงซ้อนลดลง (Abstract Thinking) การตัดสินใจบกพร่อง และอาจมีความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนอื่น เช่น การไม่สามารถเข้าใจภาษา (Aphasia) การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Apraxia) และการแปลความรู้สึกผิดพลาด (Agnosia) เป็นต้น โดยความผิดปกติที่กล่าวมานี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิต สังคมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2548).

โรคสมองเสื่อมมีสาเหตุมาจากโรคหลายโรค โดยโรคที่พบได้บ่อยคือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) และภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือด (Vascular Dementia) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) โรคพิก (Pick Disease) และเอดส์ (Aids) ซึ่งอาการของโรคสมองเสื่อมสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การสูญเสียความสามารถทางเชาว์ปัญญา สติปัญญาเสื่อมลงจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการประกอบอาชีพและการทำหน้าที่ทางสังคมอื่นๆ
2. ความจำเสื่อมลง ทั้งความจำระยะสั้น (Short Term Memory) และระยะยาว (Long Term Memory)

3. สูญเสียความคิดอย่างเป็นนามธรรม (Abstract Thinking) และการตัดสินใจไม่มี  
 นुकติภาพเปลี่ยนไป อาจมีปัญหาด้านการพูด การเคลื่อนไหว การเดิน และการรับรู้ของประสาท  
 สัมผัสเสื่อมลง

4. สูญเสียสภาพความเป็นตัวของตัวเอง กลายเป็นคนใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม

โรครวมองเสื่อมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุง (DSM-  
 IV-TR) มีดังต่อไปนี้

1. เกิดความบกพร่องของความคิด (Cognitive) หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง

1.1 ความจำเสื่อม ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียน  
 มาแล้วได้

1.2 มีความผิดปกติด้านความคิด Cognitive Disturbance ในหนึ่งข้อหรือมากกว่า  
 ดังนี้

1.2.1 ความผิดปกติด้านภาษา Aphasia

1.2.2 บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหว  
 กล้ามเนื้อปกติ (Apraxia)

1.2.3 ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (Aphasia)

1.2.4 ผิดปกติใน การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม  
 (Executive function)

2. ความบกพร่องด้านความคิด (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 1.1 และ 1.2 ต่างก่อ  
 ความบกพร่องด้านสังคม หรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

3. การดำเนินของโรคเริ่มอย่างช้า ๆ และมี Cognition เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง

4. ความบกพร่องด้านความคิด (Cognitive Deficit) ตามเกณฑ์ข้อ 1.1 และ 1.2 ไม่ได้เกิด  
 จากสาเหตุใด ๆ ต่อไปนี้

4.1 สภาพของระบบประสาทส่วนกลางอื่นที่ทำให้เกิดการสูญเสียความจำและ  
 Cognition อย่างต่อเนื่อง เช่น Cerebrovascular Disease, Parkinson's Disease, Huntington's  
 Disease, Subdural Hematoma, Normal Pressure Hydrocephalus, Brain Tumor เป็นต้น

4.2 โรคที่ส่งผลต่อร่างกายทั่วไปซึ่งทราบแล้วว่าเป็นสาเหตุของโรครวมองเสื่อม  
 เช่น Hypothyroidism, Vitamin B12 or Folic Deficiency, Niacin Deficiency, Hypercalcemia,  
 Neurosyphilis, HIV Infection

4.3 ภาวะ Substance-induced Psychosis

5. ความบกพร่องนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วง Delirium

6. ความผิดปกติไม่เข้ากับโรคอื่นใน Axis I ได้ดีกว่า เช่น Major Depressive Disorder, Schizophrenia

ภาวะสมองเสื่อมสามารถจำแนกความรุนแรงออกได้เป็น 3 ระยะ

1. ระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง (Mild) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในหน้าที่การงาน และสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้และยังสามารถตัดสินใจเองได้โดยทั่วไป
2. ระดับปานกลาง (Moderate) เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถ้าหากปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิตและมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเป็นที่เสี่ยง
3. ระดับรุนแรง (Severe) ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้แต่กิจวัตรประจำวันไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ นอนซึม เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

แนวทางการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

1. การซักประวัติ
    - 1.1 ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตีตราเรื้อรัง การติดเชื้อทางสมอง
    - 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยทางสมอง การกระทบกระเทือนของสมอง
    - 1.3 ประวัติความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น การทำของหายประจำ หลงลืมเป็นประจำ หลงทาง นुकติภาพเปลี่ยนไปในทางที่ไม่ถูกต้องทะเล
    - 1.4 ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น เคยเป็นโรคซึมเศร้า โรคหลงผิด
    - 1.5 ประวัติการใช้ยา สารเคมี สิ่งเสพติด และปัญหาโภชนาการ
    - 1.6 ประวัติครอบครัวเช่น มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมองเสื่อม
  2. การตรวจร่างกายทั่วไปเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำทุกราย
  3. การตรวจระบบประสาทและการเคลื่อนไหว
- ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia: BPSD)

สาเหตุของ BPSD ใน Dementia

1. ความจำไม่ดี
2. มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ท้องผูก ทางเดินปัสสาวะอักเสบ
3. พยาธิสภาพทางสมองของผู้ป่วย Dementia ทำให้แสดงอาการทางจิตเวช
4. เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกที่สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อม

## ผู้ดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

### การทดสอบภาวะสมองเสื่อม

การทดสอบสมรรถภาพสมองมนุษย์นั้น ทำได้หลายวิธี ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือการใช้แบบทดสอบสภาพสมองฉบับย่อ (Mini Mental State Examination) ที่พัฒนาขึ้นโดย Folstein et al. (1975) เป็นการทดสอบที่ใช้เวลาสั้น ๆ ประมาณ 10 นาที มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้กับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนแต่ประการใด ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัดเรียกว่า แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam หรือ TMSE) สำเร็จเป็นครั้งแรกโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) ซึ่งแบ่งได้เป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ (Orientation)
2. การจดจำ (Registration)
3. ความใส่ใจ (Attention)
4. การคำนวณ (Calculation)
5. ด้านภาษา (Language)
6. ด้านการระลึกได้ (Recall)

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสมองเสื่อม (สุธีร์ อินตะประเสริฐ 2547) มีดังต่อไปนี้

1. สูญเสียความสามารถในชีวิตประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ โกรธ อาย และซึมเศร้า
2. การสูญเสียความจำ ในระยะแรกจะเสียความทรงจำในระยะใกล้ เช่นจำสิ่งที่พูดคุยกันในตอนเช้าไม่ได้ จำกิจวัตรประจำวันไม่ได้
3. การตัดสินใจไม่ดีและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป
4. การระเรื่ออย่างไร้จุดหมาย
5. ปัญหาด้านการนอนหลับ ผู้ป่วยมักหลงลืมว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน
6. อารมณ์เสื่อง่ายและพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดเมื่อไม่ได้ตั้งใจ หวาดระแวง
7. ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยอาจช่วยตนเองไม่ได้ เกือบทั้งหมดของชีวิตประจำวัน

### ผู้ดูแล และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง ญาติ หรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือ หรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่กระทำโดยตรง (Direct) หรือโดยอ้อม (Indirect) ต่อผู้รับการดูแล โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวเกิดขึ้นต้องได้รับการ



ตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เช่น ในงานวิจัยนี้คือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ลักษณะของผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ญาติ หรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ซึ่งจำแนกตามระดับความช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) คือผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect Care) เช่น การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก (จอมสุวรรณ โณ, 2541; Davis, 1992)

2. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน หรือรางวัล

3. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ภายในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

4. ผู้ที่ดูแลให้การดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และสติปัญญา การรู้คิด ตัดสินใจต่าง ๆ หรือก่อให้เกิดความต้องการดูแล และบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้รับการดูแล เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

กล่าวโดยสรุปถึงความหมายของผู้ดูแล ในงานวิจัยนี้คือ ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งอาจเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บิดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วย และบุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

### ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

จากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดังกล่าวมาเบื้องต้น ได้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสมองเสื่อม ดังต่อไปนี้

1. ความสูญเสียคนที่ตนรัก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่นเป็นบุตร ภรรยา หรือญาติสนิท ถึงแม้ผู้ป่วยจะยังมีชีวิตอยู่ แต่บางครั้งอาจทำให้ครอบครัวรู้สึกเหมือนเสียบุคคลที่ตนรักไปแล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะหลัง ๆ อาจจำหน้าผู้ดูแล ญาติและเพื่อน ๆ ไม่ได้ มีนิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นบุคคลที่อารมณ์หุนหัน ไม่มีน้ำใจ เอาแต่ใจตนเอง ขาดความเกรงใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
2. ความเหนื่อยหน่าย โดยปกติแล้วคนทำงานจะต้องมีวันหยุดพักผ่อน แต่อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมอาจไม่มีเวลาพัก และต้องใช้ความอดทนอย่างสูง ที่จะทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสบายใจ ต้องพยายามอธิบายไขข้อข้องใจเมื่อผู้ป่วยเกิดการระแวงสงสัย ต้องคอยตอบคำถามที่ซ้ำ ๆ ซาก ๆ อันเกิดจากการหลงลืมของผู้ป่วย
3. การถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องรับภาระที่หนัก และผู้ดูแลบางคนก็มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว การรับภาระหนักอาจทำให้สุขภาพทรุดโทรม การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมนี้ต้องใช้เวลาเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน มีเวลาที่เป็นส่วนตัวน้อย สังคมของผู้ดูแลจะมีน้อยลงเนื่องจากต้องใช้เวลาร่วมใหญ่อยู่กับผู้ป่วย
4. เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวที่ภรรยาต้องดูแลบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม อาจมีเรื่องขัดแย้งกับสามี เพราะต้องแบ่งเวลาให้ผู้ป่วยแทนที่จะให้กับครอบครัวของตนเอง ภรรยาอาจมีความบกพร่องในการดูแลบ้าน ทำอาหาร การดูแลบุตร เป็นต้น
5. ความโกรธและความรู้สึกผิด ปัญหาการหลงลืมของผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดความรำคาญกับผู้ดูแลได้อย่างมากผู้ป่วยมักชอบถามคำถามซ้ำซาก หากผู้ดูแลไม่ควบคุมอารมณ์ เกิดความโมโห และใช้ความรุนแรงออกไป ผู้ป่วยจะกระทบกระเทือนใจอย่างมาก ผู้ดูแลอาจรู้สึกผิด เพราะคิดว่าตนควบคุมอารมณ์ ไม่ดีพอ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ซาก ๆ จนทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเรื้อรัง

### แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

ความเครียดนั้นมีผู้ที่ศึกษาหลากหลายทั้งนักสังคมวิทยา นักจิตวิทยา และกลุ่มวิชาชีพในทีมสุขภาพ ทำให้เกิดแนวคิดที่หลากหลายตามพื้นฐานความรู้ของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งคำนิยามเหล่านี้สามารถจัดกลุ่มได้ เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. การให้คำนิยามโดยเน้นที่สิ่งเร้า (Stimulus Definition) แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับสิ่งเร้า เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือความตึงเครียดในบุคคล ผู้ที่ให้การอธิบายที่เน้นสิ่งเร้าได้แก่ Luckman and Sorensen (1984) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งใดก็ตามที่รบกวนความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือคุกคามสถานะสมดุลของร่างกาย และ Antonovsky (1979) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ความเครียดเป็นความต้องการซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกบุคคล ซึ่งจะรบกวนภาวะสมดุลของร่างกาย ความเครียดเป็นต้นเหตุขาดวางหรือสิ่งเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยง หรือเป็นสิ่งกระตุ้นที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายและทางจิตใจของบุคคล

2. การให้คำนิยามที่เน้นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย (Response Definition) แนวความคิดนี้เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย นักวิชาการในกลุ่มนี้ได้แก่ Selye (1976) ซึ่งได้นิยามว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางชีวภาพอย่างไม่เฉพาะเจาะจง เมื่อมีข้อเรียกร้องหรือสิ่งคุกคามทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับบุคคล สามารถแบ่งปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายออกเป็น 3 ระยะ คือระยะปฏิกิริยาต่อสิ่งเตือนภัย (Alarm Reaction) ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) และระยะเหนื่อยล้า (Exhaustion Stage)

3. การให้คำนิยามโดยเน้นปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างบุคคล (Person) และสิ่งแวดล้อม (Environment) Lazarus and Folkman (1984) เป็นผู้เสนอแนวคิดนี้ โดยกล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการประเมินนั้นขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ ยามใดที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลจะดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกิดการรับรู้ว่าเกินกำลังความสามารถของแหล่งประโยชน์ ซึ่งภาวะเช่นนี้ เรียกว่า ภาวะเครียด

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่ หรือต้องใช้มากกว่าที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญกับกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (Cognitive Process of Appraisal) ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนั้นๆ

#### สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียด พบว่าเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องในการเกิดความเครียด ได้แก่

1.1 ระบบประสาท (Nervous Systems) ระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก คนบางคนมีความไวต่อสิ่งที่จะเกิดความเครียด และความวิตกกังวลได้มากกว่าคนอื่น ๆ ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเดียวกัน การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic สามารถทำให้เกิดอาการใจสั่น ซึ่พจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ ท้องเดิน เหมือนอย่างที่เราพบเวลาที่มีความวิตกกังวล และในช่วงนี้จะมีการหลั่งของ Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา คนที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายพบว่าระบบประสาทอิสระจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ

1.2 พันธุกรรม (Genetics) มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และการที่บางคนมีการตอบสนองต่อสิ่งๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ที่มีลักษณะเหมือนกันมากกว่าอีกคนหนึ่ง แสดงว่ามีเรื่องของพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าของผู้ป่วยที่เป็นโรคต้นตระหนก มักมีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคนี

1.3 บุคลิกภาพ (Personalities) มีการศึกษาวิจัยของ Friedman and Rosenman (1974) ในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นเวลาหลายปี พบว่าคนที่เป็นโรคหัวใจ (Coronary Heart Disease) มักมีพฤติกรรมที่เรียกว่า Type A Behavior ซึ่งลักษณะเฉพาะของผู้ที่มีพฤติกรรมแบบนี้คือชอบแข่งขันอย่างจริงจัง มีความทะเยอทะยานสูง มีความรู้สึกริบเร้ง และชอบทำงานแข่งกับเวลา ขาดความอดทน และชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

## 2. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors)

จากการค้นคว้าพบว่าปัจจัยทางจิตใจที่มีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้จากหลายปัจจัยพอสรุปได้ดังนี้

2.1 ความกดดัน (Pressure) ความกดดันทั้งจากภายนอกและจากภายในมีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อยอย่าง

2.2 ความคับข้องใจ (Frustration) มนุษย์ทุกคนมีแรงจูงใจต่างกันไป แต่บางคนอาจมีลักษณะคล้ายคลึงกันได้ ความคับข้องใจเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใด ๆ ก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ เป็นสภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อเราไม่ได้สิ่งที่ต้องการ

2.3 ความขัดแย้ง (Conflict) ในบางครั้งมนุษย์อาจเกิดความขัดแย้งของแรงจูงใจ (Conflict of Motives) ซึ่งจะนำไปสู่ความเครียดหรือความวิตกกังวล

2.4 เจตคติและความเชื่อ (Attitudes and Beliefs) สาเหตุของความเครียดและความวิตกกังวลส่วนมากมักจะเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมภายนอก อย่างไรก็ตามบางครั้งคนเราก็สร้างปัญหาให้กับตัวเองโดยการมีเจตคติหรือความเชื่อบางอย่างที่ไม่ตรงต่อความเป็นจริง

### 3. ปัจจัยทางสังคม (Social Factors)

มีปัจจัยทางสังคมหลายด้านที่มีส่วนทำให้เกิดความเครียดซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

3.1 เหตุการณ์ในชีวิต (Life Events) เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคม ซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของเรา ยังมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากขึ้นเท่านั้น

3.2 เรื่องรบกวนเล็กน้อย (Hassles) โดย Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดส่วนใหญ่เกิดจากเรื่องหยาบหยาบหรือเรื่องรบกวนเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน (Daily Hassles) เช่น จำที่วางของไม่ได้ เป็นหนี้ มีความรับผิดชอบมากเกินไป นอนไม่พอ รู้สึกเบื่อและเซ็งกับงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น

3.3 ชั้นทางสังคม (Social Class) มีการศึกษาหลายเรื่อง que แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น อาชญากรรม การติดยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว และโรคจิต มักพบในชนชั้นทางสังคมระดับต่ำ มีการปรับตัวไม่ดี มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ การคมนาคมและการสื่อสารที่ไม่ดี รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่ค่อยได้ผล

นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้วเบื้องต้นยังมีสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การว่างงาน การหย่าร้าง การสูญเสีย การต่อสู้ในสนามรบ ภัยพิบัติจากธรรมชาติ เป็นต้น

#### ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด

เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะแสดงอาการของความเครียดแตกต่างกันออกไป Miller et al. (1993) ได้อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดบุคคลนั้นจะแสดงออกถึงอาการของความเครียด โดยเกิดจากการมีปฏิกิริยาตอบสนองเข้าไปสู่ขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา (Physiological Arousal Dangerous Zones)

ปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด แบ่งได้ตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย 7 ระบบ คือ

- 1) ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular System)
- 2) ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (Parasympathetic Nervous System)
- 3) ระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic Nervous System)
- 4) ระบบลิมบิก (Limbic System)
- 5) ระบบนีโอคอร์ติคอลหรือด้านความคิด (Neocortical System)
- 6) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)
- 7) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System)

#### ระดับความเครียด

Wallace and McDonald (1978) ได้แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้น และหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงนาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัด การพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น โดยปกติบุคคลจะสามารถ

ปรับตัวอย่างอัตโนมัติและใช้พลังงานเพียงเล็กน้อย จัดเป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะรับมือต่อเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดในระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก เป็นความเครียดในระดับที่ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาในการโต้ตอบต่อความเครียดที่เผชิญ บุคคลจะมีความทุกข์ใจ แต่ก็ยังไม่ถือว่าอยู่ในระดับรุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลมีความกระตือรือร้น

3. ความเครียดระดับสูง (High Stress) เป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นๆ จะอยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือน เป็นปี ซึ่งเกิดจากสาเหตุรุนแรงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วยที่รุนแรง การเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ เป็นความเครียดในระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว

#### การวัดความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของความกดดันที่เราไม่สามารถสังเกตได้เมื่อบุคคลรู้สึกเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ด้านความนึกคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระ ดังนั้นเราจะประเมินความเครียดได้โดยการวัดปฏิกิริยาตอบสนองจากสิ่งเหล่านี้ได้ 4 วิธี ดังนี้

1. การให้บุคคลรายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report) เช่น การตอบแบบสอบถาม แบบสำรวจ หรือแบบทดสอบมาตรฐานที่สร้างขึ้น

2. การใช้เทคนิคฉายภาพ (Projection Techniques) เป็นการวัดการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่กำหนดให้เป็นการฉายภาพบุคคลนั้นผ่านการตอบสนองของเขา เช่นแบบทดสอบของรอร์ชชัค (Rorschach) แบบทดสอบทีเอที (TAT: Thematic Apperception Test) การวัดโดยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการแปลผล

3. การใช้การสังเกต (Observation) เราสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียด เช่น พุดจาเกรี้ยวกราด เมื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หรือจากท่าทาง เช่น ถอนหายใจ ทำหน้านิ่ง

4. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (Neurophysiological Change) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องมือ Electromyograph (EMG) ซึ่งเครื่อง อีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค นี้เป็นกระบวนการหรือเทคนิควิธีที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของจิตใจซึ่งปกติไม่ได้อยู่ภายใต้การทำงานของจิตใจ เช่น การตึงตัวของกล้ามเนื้อ

ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ซึพจร

จะเห็นได้ว่าการวัดความเครียดนั้นสามารถใช้ได้หลายวิธี ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ในงานวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้แบบวัดความเครียดเป็นหลักในการประเมินความเครียดของผู้ดูแล

### ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้สรุป เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors)

ปัจจัยด้านบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลเกิดความเครียดแตกต่างกันไป ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) หมายถึงการที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ได้มักจะประเมินค่าเหตุการณ์นั้นในลักษณะทำหาย แต่หากประเมินว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าคุกคาม สูญเสีย และเป็นอันตราย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

1.2 ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีมากยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้นอาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นไปในทางลบ ก็จะส่งผลทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้

### แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification)

แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นแยกออกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อนำไปสู่การแปลงพฤติกรรมโดยตรง

Kazdin (1978) ได้ให้ความหมายการปรับพฤติกรรมทางปัญญาไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสมมติฐานหรือกลวิธีในการ

สนองตอบ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวแปร พฤติกรรมนั่นเอง โดยมีความเชื่อว่า

1. กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม
2. กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้
3. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

ดังนั้นจุดมุ่งหมายของแนวคิดนี้จะมุ่งที่การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาเพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้ ได้ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำในแนวทางการบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) ที่สำคัญ คือ Ellis และ Beck โดย Ellis นั้นได้เสนอเทคนิคที่เรียกว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotion Therapy หรือ RET) โดยที่ Ellis (1962) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้นเป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล เป้าหมายการบำบัดคือ การเปลี่ยนแปลงความคิดของจากที่ไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วน Beck (1976) กล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตนั้นเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะการปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

รูปแบบของการบำบัดทางพฤติกรรมและปัญญาของ Beck นี้เชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของคนเราเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิดหรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ Beck เชื่อว่าความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกันจึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971) Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน (Cognitive triad) 3 ด้าน ได้แก่ การมองตนเอง การมองโลก และอนาคตในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังนี้

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ หรือ Automatic Thought เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้าง ไม่มีเหตุผล และค่อนข้างไม่เป็นตามความเป็นจริง สามารถเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Cognitive Error (Wright & Beck, 1993) แบบแผนการคิดด้านลบประกอบไปด้วยแบบแผนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization)
2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตน โดยไม่มีเหตุผล (Personalization)
3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งที่ตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย)

(Dichotomous Thinking)



4. การมองเหตุการณ์และการมองบุคคลไปในทางร้ายหรือการมองโลกในแง่ร้าย (Catastrophizing)
5. การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุปโดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น (Selective Abstraction)
6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน (Arbitrary Inference)
7. การที่คิดว่าตนสามารถรู้ว่ามีฝ่ายคิดอย่างไรกับตน (Mind Reading)
8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) (Magnification/Minimization)
9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ (Perfectionism)
10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณะภายนอก (Externalization of Self Worth)

เมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และพัฒนาเป็นการเจ็บป่วยต่อไปได้ การจัดการกับความเครียดจึงเป็นวิธีการช่วยเหลือก่อนที่จะเกิดเป็นความเจ็บป่วยขึ้น วิธีหนึ่งที่สามารถจัดการกับความเครียดและได้ผลดี คือ การแก้ไขที่กระบวนการคิด ที่เรียกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการรู้คิด (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางความคิด แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไข และกระบวนการคิด ดังนั้นการสร้างเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมมนุษย์จึงสามารถทำได้โดยการปรับที่สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขหรือกระบวนการคิด โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถกระทำได้ด้วยความร่วมมือของผู้ที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000; Clark & Fairburn, 1997) โดยคาดหมายว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหา และมีความคิดเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมด้วย เทคนิคการบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy จะช่วยทำให้ผู้เข้ารับการฝึกเกิดการเรียนรู้ใหม่ทางความคิด วิธีคิด การคิดดี เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ แก้ไขการเรียนรู้แบบเก่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเอง แก้ไขอาการทางอารมณ์ได้ด้วยตัวเอง คลายเครียดและความกังวลได้

#### หลักการบำบัดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

การปรับพฤติกรรมทางปัญญาเป็นการบำบัดที่เน้นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นปัญหาปัจจุบันที่ผู้ป่วยเผชิญ มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน การบำบัดนี้พัฒนามาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยการเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคลนั้น เป้าหมายของการบำบัด คือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุผล มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered)
2. การมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High Degree of Mutuality)  
การบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จาก ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (Facilitative Role)
3. ตัวผู้บำบัดจะแสดงออกถึงความจริงใจ (Genuineness) ความอบอุ่น (Warmth) ความ เข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (Therapeutic Relationship) อย่างเหมาะสม

#### กระบวนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

กระบวนการในการบำบัดมี 2 ขั้นตอนดังนี้

**การประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Assessment)** การประเมิน พฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัดจะไม่ได้ให้ ความสนใจกับบุคลิกภาพ (Personality Traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (Defense Mechanisms) หรือกลไกทางจิต แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของ ผู้รับการบำบัด

การระบุปัญหาของผู้รับบริการที่ดีควรจะมี ความถูกต้องและชัดเจนที่สุด ในเบื้องต้นควร ประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถามต่อไปนี้

1. ปัญหาคืออะไร
2. ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน
3. ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด
4. ใครหรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น
5. ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

ผู้บำบัดควรประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหา และระยะเวลาของปัญหาที่ เกิดขึ้นหลังจากนั้นผู้บำบัดค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้น ๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์ พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึงสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม นั้น ๆ เป็นตัวนำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้น รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หรือทางสังคม หรือ พฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจะเกิดขึ้นด้วย

2. พฤติกรรม (Behavior) หมายถึงสิ่งที่บุคคลนั้นๆ พูดยหรือกระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็น ได้วัดได้

3. ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึงผลที่ตามมาที่บุคคลนั้นๆ คาดไว้ว่าน่าจะเกิดขึ้น หลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจเป็นผลทางบวกที่น่าพอใจหรือผลทางลบที่ไม่น่าพอใจ

### ขั้นปฏิบัติการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

การบำบัดจะเน้นการการจัดกระทำ 4 ประการ ดังนี้

1. การเพิ่มการมีกิจกรรม (Increasing Activity) เน้นการให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ
2. การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Reducing Unwanted Behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น
3. การเพิ่มความพึงพอใจ (Increasing Pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด
4. การเพิ่มทักษะทางสังคม (Enhancing Social Skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

### วิธีในการปรับพฤติกรรมทางความคิด

วิธีในการปรับพฤติกรรมทางความคิดมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety Reduction) สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น
  - 1.1 การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation Training) การฝึกการผ่อนคลายเป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้เป็นการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับเทคนิคอื่น ๆ หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดไป
  - 1.2 การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (Bio-feedback) การใช้เครื่องมือวัดสัญญาณชีวภาพต่าง ๆ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิร่างกาย เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบว่าขณะนั้นตนเองมีความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลมากน้อยเพียงไร
  - 1.3 การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งทีกลัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) เป็นการลดถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว เช่น ลดความกลัวความสูงหรือกลัวการโดยสารเครื่องบิน

1.4 การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการเผชิญสิ่งที่กลัวโดยตรง (Exposure Therapy) เป็นการให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับสูงสุดในสถานการณ์จริงทันที

1.5 การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (Response Prevention) ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดเผชิญสิ่งที่กลัว โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้น

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (Cognitive Restructuring) การสร้างความคิดขึ้นใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การตรวจสอบความคิดและความรู้สึก (Monitoring Thoughts and Feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหา

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the Evidence) ขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่การที่ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงแหล่งที่มาของข้อมูล

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (Examining Alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายคน มักจะรู้สึกว่าคุณเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่

2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดคาดการณ์ถึงสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวนและประเมินสถานการณ์รุนแรงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมอง การรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม ให้เห็นในทุกแง่มุม ทั้งข้อดีและข้อเสีย จะช่วยให้มีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (Thought Stopping) ปัญหาของผู้รับบริการบางครั้งอาจเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น ดูเหมือนปัญหานั้นจะมากขึ้นและสำคัญมากขึ้น อาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาระยะเริ่มต้น

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้รับการบำบัด เช่น

3.1 การเลียนแบบ (Modeling) หมายถึงวิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น

3.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (Reinforcement)

3.3 การให้เบี้ยอรรถกร (Token Economy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการเสริมแรงโดยอาศัยหลักการของการเสริมแรงหรือการให้รางวัล

3.4 การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก โดยได้รับการย้อนกลับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น

3.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น ๆ

3.6 การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ (Aversive Therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น เช่น เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น จะได้รับคำตักเตือนหรือฉีกกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์

การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) เป็นการบำบัดอย่างหนึ่งซึ่งอยู่ในกลุ่มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) โดย Meichenbaum (1973) โดยได้รวบรวมบทบาทของกระบวนการคิด และปัจจัยที่มีผลในกระบวนการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคิดในรูปของเทคโนโลยีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการรู้คิด (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988) โดยมีความเชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconceptions) เกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น ปัญหาของผู้ป่วยเกิดจากความเชื่อที่ปรับตัวไม่เหมาะสม (Maladaptive Beliefs) ซึ่งจะนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) มีการนำมาใช้ทั้งในรายบุคคลและกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในงานการป้องกัน การรักษา รวมถึงในรายที่มีประสบการณ์ความเครียด (Meichenbaum, 1985, 1993)

การฝึกการป้องกันความเครียดมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการฝึกเพื่อบำบัดความเครียด และเป็นเครื่องมือที่หลากหลายในการนำไปประยุกต์ใช้ เช่น ความวิตกกังวลในเรื่องการพูด (Altmaier, Leary, Halpern, & Sellers, 1985) ความเครียดจากการประกอบอาชีพ (Sharp & Forman, 1995) การต่อต้านการรักษา (Jay & Elliott, 1990) และเป็นการเพิ่มความสำเร็จภายใต้ความเครียด (Bloom & Hautaluoma, 1990) จากการค้นคว้าพบว่า การฝึกการป้องกันความเครียดในงานป้องกันประสบผลสำเร็จดีในผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ผู้ที่ทำการฟอกเลือด และกลุ่มอาชีพที่มีความเครียดต่าง ๆ เช่น ทหาร ตำรวจ นักดับเพลิง พยาบาล ครู ผู้บริหาร การฝึกการป้องกัน

616.89142

๓185๘

๓.3

337565

ความเครียดในโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง แผลเรื้อรัง ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กหอบหืด ในผู้ป่วยโรคจิต มีการนำมาใช้ในผู้มีปัญหาการควบคุมอารมณ์โกรธ ความวิตกกังวล โรคหวาดกลัว เหตุฉุกเฉินทางเพศ และโรคจิตเรื้อรัง (Driskell, Johnston, Saunders, & Salas, 1996; Maag & kotlash, 1994; Meichenbaum, 1996, 2001)

Meichenbaum (1985) มีแนวคิดว่าจะทำให้บุคคล ไม่เกิดความเครียดได้ง่ายแล้ว ควรจะให้ได้มีประสบการณ์ก่อนหน้าด้วยสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความเครียดนั้น เหมือนกับเป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ถ้าบุคคลมีโอกาที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับต่ำแล้ว เขาก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับสิ่งเร้าที่คล้าย ๆ กันในระดับที่สูงกว่าในอนาคตได้

ในการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นสามารถทำได้ทั้งในรายบุคคลและแบบเป็นกลุ่ม

### เป้าหมายของการฝึกป้องกันความเครียด

การฝึกการป้องกันความเครียดมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับการฝึกเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจและสามารถประยุกต์ทักษะการเผชิญในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ เป็นการเตรียมบุคคลช่วยให้ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น ตลอดจนสอนการจัดการกับพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละเวลา และสถานการณ์ได้

### ขั้นตอนการฝึกการป้องกันความเครียด

การฝึกการป้องกันความเครียดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ของการฝึก ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ให้การฝึก โปรแกรมในระยะแรกของการฝึกเป็นการรวบรวมแนวคิด หรือส่วนของการให้ความรู้ โดยให้ความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียด ด้วยการสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อ และเจตคติของผู้รับการฝึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของแต่ละคน

ระยะที่ 2 เป็นการสอนให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหาทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ได้เรียนรู้ทักษะเฉพาะ ในการเผชิญกับความเครียดจากการปรับกระบวนการคิด การฝึกการป้องกันความเครียดมีประสิทธิภาพเมื่อผู้รับการฝึกสามารถแนะนำเทคนิคเฉพาะในการเผชิญปัญหา สามารถซักซ้อม และนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง ในการวิจัยครั้งนี้ จะฝึกทักษะในการพูดกับตนเอง ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และทักษะการหายใจ และการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง

โดยผู้วิจัยเลือกจากทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เข้าใจง่าย และสามารถใช้ได้ สถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ระยะที่ 3 เป็นการประยุกต์ใช้และการติดตามผล โดยผ่านการนำไปประยุกต์ใช้ทักษะ การเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสิ่งแวดล้อม ทำให้มีการนำทักษะการเผชิญปัญหาไป ใช้ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระยะนี้เป็นการฝึกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการใช้ โดยทั่วไป และการคงไว้ซึ่งทักษะการเผชิญปัญหาการประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ สามารถใช้ได้หลาย วิธี แต่ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้เทคนิค การจำลองสถานการณ์ให้แสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเป็น เทคนิคที่ทำให้เห็นถึงการใช้ทักษะต่าง ๆ ได้โดยให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เรียนรู้ใน สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น เพื่อให้ผู้รับการฝึกเกิดความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ก่อนเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตจริง

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด ยังไม่พบข้อจำกัด ในการนำโปรแกรมไปใช้ในการฝึก ในทางตรงกันข้ามได้มีการนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลในกลุ่ม ต่างๆอย่างกว้างขวาง ผลจากการใช้โปรแกรมสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้ เกิดความมั่นใจมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้เกิดความมั่นใจในการนำมาใช้ในกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมได้ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการฝึกการป้องกันความเครียดสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

พัชนี มากเมือง (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อ ความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ด้วย โปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด Stress Inoculation Training ผลการศึกษาพบว่า ในระยะ หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารีรัช จำนวน์ผล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อ ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 ราย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผู้ดูแลใน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อน การทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นประสิทธิผลของ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Stanley et al. (2004) ศึกษาผลของการใช้การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาเพื่อลดความ วิตกกังวลในผู้สูงอายุโดยนำผสมผสานวิธีการปรับความคิด เช่น การใช้วิธีการพูดกับตนเอง (Self-

talk) และการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การฝึกหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้ ผลการทดลองพบว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training สามารถลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) เป็น โปรแกรมหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้รับการฝึกมองเห็นปัญหาและเกิดความคิดใหม่ที่ดีขึ้นจากเดิม ปัจจุบัน มีการนำโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียดมาใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายกลุ่ม ทั้งในกลุ่มที่เน้นด้านการป้องกัน และกลุ่มที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษา แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำโปรแกรมการฝึกป้องกันความเครียดมาใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยเห็นว่า โปรแกรมนี้มีความน่าเชื่อถือ และมีประโยชน์สำหรับการนำมาใช้ในการป้องกันความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมจึงได้พัฒนางานวิจัยนี้ขึ้น



### บทที่ 3

#### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ (2 Group Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและปัญญาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสองเดือน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี คัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองคนไทยโดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้านที่ตอบแบบสอบถามความเครียดและมีความเครียดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ไม่มีอาการทางจิตสามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 30 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ยึดตามหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Burns and Grove (1993) โดยในการวิจัยแบบทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ 15 คน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวช ทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลในส่วนของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงงานวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบประเมินความเครียด นอกจากนี้ผู้ช่วยวิจัยได้มีการทดลองฝึกการใช้แบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง ภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจและสามารถทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลอง 1 เดือน

## การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งแจ้งขั้นตอน ภาวะเสี่ยงและประโยชน์ของโปรแกรมต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับการวิจัยจะถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และ ใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพสถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเสมอ
2. แบบประเมินความเครียดที่พัฒนาขึ้นโดย ขนิษฐา ชลาสนธิ (2544) โดยอาศัยแนวทางการวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด โดยได้มีการผ่านผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนิยามศัพท์ ได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้วัดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเสมอแล้ว ได้ค่าความเที่ยง .94 ส่วนในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89
3. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam หรือ MSE) เป็นแบบทดสอบสภาพสมองที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) เป็นแบบทดสอบเพื่อใช้สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้สะดวก ใช้เวลาน้อยแค่ประมาณ 10 นาที มีความไวและเหมาะสมกับบริบทของคนไทย ค่าคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป หมายถึงไม่มีภาวะสมองเสื่อมค่าคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน หมายถึงมีภาวะสมองเสื่อม
4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่โปรแกรมการการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Meichenbaum (1977, 1996) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พัชนี มากเมือง, 2547; อารีรัช จันทน์ผล, 2550) เกี่ยวกับแนวคิดและเทคนิคการฝึกการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อความเครียด (Stress Inoculation Training) โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองจะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ การมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเสมอเข้าใจถึงธรรมชาติของ

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนและผลกระทบจากความเครียด เสริมสร้างทักษะในการเผชิญกับปัญหา เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เรียนรู้แนวทางในการจัดการปัญหาและรู้วิธีการควบคุมความเครียดเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ในชีวิตจริง และสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจะเป็นบุคคลที่ทำการฝึกผู้ดูแลในกลุ่มทดลองด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยนั้นได้ผ่านทั้งการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้านพฤติกรรมทางปัญญาโดยตรงและมีประสบการณ์การนำแนวการบำบัดวิธีนี้ไปใช้กับผู้ป่วยตลอดจนเป็นผู้ที่ทำการนิเทศนิสิตปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการทำการบำบัดในรูปแบบการปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้

โปรแกรมการฝึกป้องกันความเครียดในงานวิจัยนี้ มีทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที โดยมีรายละเอียดคร่าวๆ โดยย่อ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความคิดรวบยอด (Building Relationships & Conceptualization Phase)

ครั้งที่ 1 การตระหนักรู้ด้านอารมณ์และความเครียด

ครั้งที่ 2 การสำรวจความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์หลักของการทำกลุ่มในระยะที่ 1 จะเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ฝึกหรือผู้บำบัดกับผู้ดูแลหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน กล่าวระบายความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ และมุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกได้มีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้รับการฝึกได้เข้าใจในธรรมชาติของความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้น

**ระยะที่ 2** การฝึกซ้อมและการพัฒนาให้เกิดทักษะ (Skills Acquisition and Rehearsal Phase)

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการหายใจ

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการพูดกับตนเอง

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในระยะที่ 2 นั้นเพื่อเน้นให้ผู้รับการฝึกได้รู้จักยับยั้งการตอบสนองในด้านลบ รู้จักวิธีในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ และการจัดการกับปัญหา เช่น การพูดกับตนเอง การปรับความคิดทางลบ ผู้รับการฝึกจะได้ทดลองฝึกซ้อมเพื่อให้มีทักษะและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และติดตามผล (Application and Follow-up Through phase)

ครั้งที่ 6 การฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์จำลอง

ครั้งที่ 7 การนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงและหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ครั้งที่ 8 การติดตามและประเมินผลการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง

วัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มในระยะที่ 3 คือเพื่อให้ผู้รับการฝึกได้ลองปฏิบัติจริงจากสถานการณ์จำลองที่จัดให้มีขึ้น และมีการลงนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง แล้วประเมินผลที่ได้และร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น

ก่อนการนำโปรแกรมไปใช้จริงผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน ทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำโปรแกรมไปทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ปรับแก้ให้มีความเหมาะสม จากนั้นจึงนำไปใช้จริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำตอบ และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent -t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ จากนั้นทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบแบบรายคู่ของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี นำเสนอผลการวิจัยตามรูปแบบตารางและแผนภูมิเส้นประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ตอนที่ 3 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และและระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงไว้ใน ตารางที่ 4-3

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และและระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงไว้ในตารางที่ 4-5

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ที่บ้านจำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
หญิง	13	86.7	13	86.7
ชาย	2	13.3	2	13.3
<b>อายุ</b>				
20-30	1	6.7	1	6.7
31-40	5	33.3	-	-
41-50	1	6.7	5	33.3
51-60	6	40.0	7	46.7
60 ปีขึ้นไป	2	13.3	2	13.3
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่	8	53.3	11	73.3
โสด	4	26.7	3	20.0
หม้าย	3	20.0	1	6.7
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>				
บุตรสาว	12	80.0	6	40.0
บุตรชาย	2	13.3	2	13.3
ภรรยา	1	6.7	3	20.0
ญาติ	-	-	4	26.7
<b>ระยะเวลาการดูแล</b>				
1-5 ปี	7	46.7	5	33.3
6-10 ปี	8	53.3	8	53.3
11 ปีขึ้นไป	-	-	2	13.3

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	33.3	-	-
แม่บ้าน	4	26.7	9	60.0
รับจ้าง	5	33.3	1	6.7
เกษตรกรกรรม	1	6.7	3	20.0
อื่น ๆ	-	-	2	13.3
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>				
เพียงพอ		-	1	6.7
ไม่เพียงพอ	15	100	14	93.3
<b>มีผู้อื่นที่ช่วยเหลือผู้ป่วย</b>				
มี	-	-	4	26.7
ไม่มี	15	100	11	73.3
<b>มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ</b>				
มี	7	46.7	6	40.0
ไม่มี	8	53.3	9	60.0
<b>มีโรคประจำตัว</b>				
มี	12	80.0	11	73.3
ไม่มี	3	20.0	4	26.7

จากตารางที่ 4-1 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.93 ปี และกลุ่มควบคุม 52.87 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรสาว โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ผู้ดูแลจบชั้นประถมศึกษา ทั้งผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมดตอบว่ารายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีผู้ดูแลที่

ให้การดูแลในระยะเวลา 1 ถึง 5 ปีในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมมีร้อยละ 73.3 ที่ผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยดูแล

## ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	4	26.7	5	30.0
หญิง	11	73.3	10	70.0
<b>อายุ</b>				66.66
60 – 70 ปี	6	40.0	5	33.3
71 – 80 ปี	7	46.7	7	46.7
80 ปีขึ้นไป	3	13.3	3	20.0
Mean (SD)	74.20 (8.11)		74.27 (8.37)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	5	33.3	5	33.3
ประถมศึกษา	10	66.7	10	66.7
<b>มีโรคประจำตัวอื่น ๆ</b>				
มี	13	86.7	11	73.3
ไม่มี	2	13.3	4	26.7

จากตารางที่ 4-2 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และร้อยละ 70.0 ในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือ 74.20 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมคือ 74.27 ปี ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 66.7 นอกนั้นผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดัน โดยคิดเป็น



ร้อยละ 86.7 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลอง

**ตอนที่ 3 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และและระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ตารางที่ 4-3 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และและระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean	SD	Mean	SD
ก่อนการทดลอง	56.73	1.61	57.07	1.61
หลังการทดลอง	42.73	2.06	61.73	2.06
ติดตามผล 1 เดือน	41.00	1.86	62.33	1.85

จากตารางที่ 4-3 ในกลุ่ม ผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 56.73 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.61 ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 42.73 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.06 ส่วนในระยะติดตามผลเท่ากับ 41.00 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.86 ส่วนผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 57.07 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.61 ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 61.73 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.06 ส่วนในระยะติดตามผลเท่ากับ 62.33 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.85

ตารางที่ 4-4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในระลอกก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยความเครียด Mean (SD)	t	p-value
ควบคุม	57.07 (1.61)	-.34	.89
ทดลอง	56.73 (1.60)		

จากตารางที่ 4-4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดในระลอกก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

#### ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล

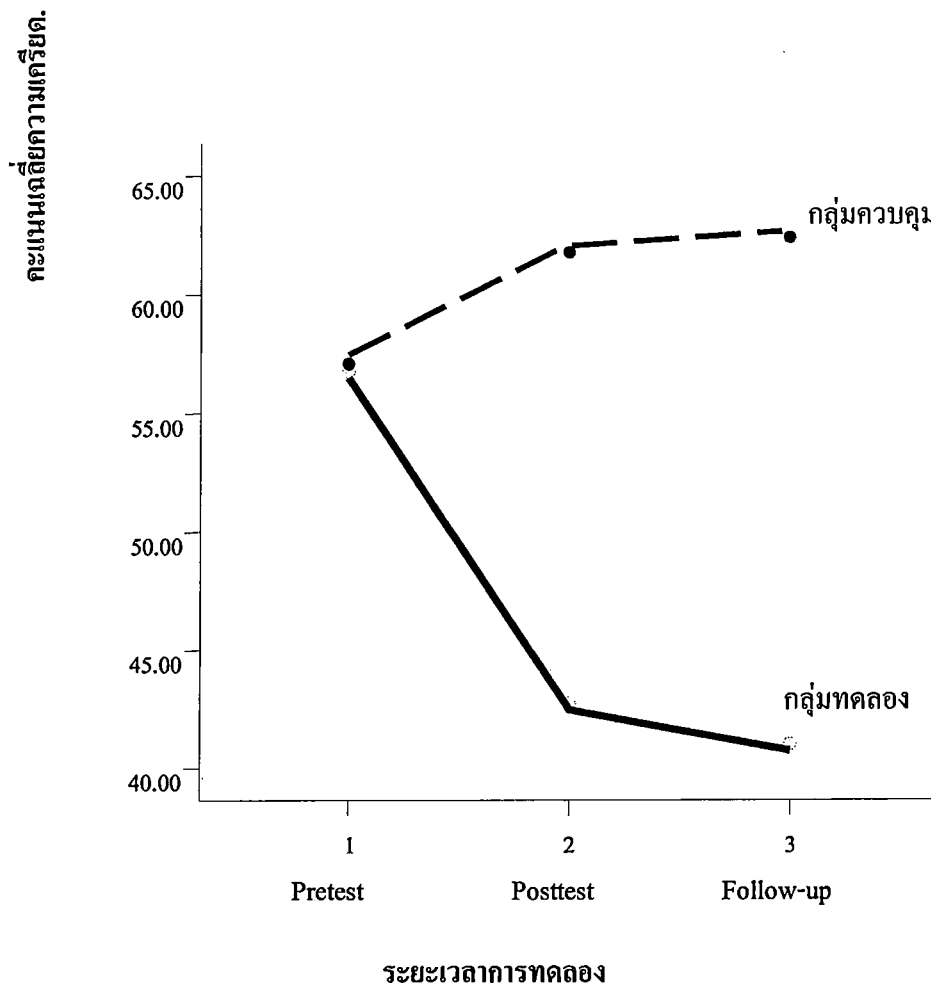
ตารางที่ 4-5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง

Source of variation	df	SS	MS	F
Between subjects	29	7,791.60		
Group(G)	1	4,134.44	4,134.44	31.65 *
Ss w/in groups	28	3,657.16	130.61	
Within subjects	60	3,162.00		
Interval	2	494.87	247.43	20.38
I x G	2	1,987.22	993.61	81.84 *
I x Ss w/ in groups	56	679.91	12.14	
Total	89	10,953.60		

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4-5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน หรือกลุ่มมีอิทธิพลต่อค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการ

ทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ โดยการนำเสนอในรูปแบบกราฟ ดังภาพที่ 4-1...



ภาพที่ 4-1 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดกับวิธีการ

จากภาพที่ 4-1 พบว่าในระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกันแต่ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความเครียด โดยหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองก็มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้นส่งผลต่อความเครียด

ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองลดลง

ตารางที่ 4-6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง

Source of Variation	df	SS	MS	F
กลุ่มทดลอง				
Between Subject	14	2,350.58		
I	2	2,232.71	1,116.36	74.20*
Error	28	421.29	15.05	
Total	44	5,004.58		

\*p<.05

จากตารางที่ 4-6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังแสดงในตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

$\bar{X}$	ระยะเวลา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
	56.73	42.73	41.00
ก่อนการทดลอง	-	14.00*	15.73*
หลังการทดลอง		-	1.73
ระยะติดตามผล			-

\*p < .05

จากตารางที่ 4-7 เมื่อทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่า แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม โดยมีตัวแปรอิสระคือ การปรับพฤติกรรมทางปัญญา ตัวแปรตามคือ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพนัสนิคมจังหวัด ชลบุรี โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองคนไทยคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า

#### สรุปผลการวิจัยและ อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานกล่าวคือ วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้นส่งผลร่วมกัน โดยพบว่าในระยะก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันแต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีกิจกรรมที่แตกต่างกันคือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ได้รับการฝึกทักษะใด ๆ นอกจากการได้รับการบริการจากสถานพยาบาลตามปกติ ในขณะที่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมพฤติกรรมปัญญา ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเครียด ธรรมชาติความเครียดและ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ความคิดด้านลบ และการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นจริงและมีความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ตลอดจนได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ อีกทั้งการฝึกในรูปแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มทดลองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาต่างที่เกิดขึ้น มีโอกาสได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม มีความสนิทสนมและเห็นใจกัน ทำให้บรรยากาศในกลุ่มเป็นไปอย่างอบอุ่น เป็นกันเอง อีกทั้งการทำบ้านที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้มีการสำรวจตนเอง และทบทวนการฝึกทักษะต่าง ๆ ทำให้เกิดความชำนาญในการใช้ทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันและจัดการกับความเครียด

อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฮาร์ริซ จานง์ผล (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมและปัญญาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทนี มากเมือง (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Akkerman and Ostwald (2004) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมปัญญาที่มีต่อความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งผลการวิจัยพบว่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและในระยะติดตามผล ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมปัญญามีการนอนหลับที่ดีขึ้นและมีภาวะวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมปัญญาที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ระดับความเครียดลดลงหลังจากที่ได้มีการนำทักษะไปฝึกฝนจนเกิดทักษะและสามารถนำการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกฝนไปใช้ประโยชน์ได้จริงเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้น การปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training นับเป็นการบำบัดที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในการจัดการและป้องกันความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อมีการฝึกฝนทักษะมากขึ้นช่วยให้บุคคลนั้น ๆ มีความมั่นใจในการนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น เปรียบเสมือนการ สร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานของงานวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าการปรับพฤติกรรมทางปัญญานั้นเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะเกิดผล ได้ดีนั้น ต้องได้รับความร่วมมือของผู้ที่รับการฝึก (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000; Clark & Fairburn, 1997) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือและตั้งใจฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เป็นอย่างดี จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงทำให้ความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรพีญ อุงอรุ่ง (2548) ศึกษาผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้เข้ารับคำปรึกษาเรียนรู้ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบได้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็น โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่คงทนและยั่งยืนแม้เวลาผ่านไปก็ตาม เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ จนเกิดความชำนาญรู้เท่าทันความคิดทางลบที่ทำให้เกิดความเครียด และใช้ทักษะในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีการใช้อย่างต่อเนื่องหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองจนทำให้ความเครียดมิได้เพิ่มขึ้นแม้จะเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว สอดคล้องกับงานวิจัยพัทธนี มากเมือง (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้สรุปว่าผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัยดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะจบการทดลองแล้วก็ตาม จึงน่าจะมีการทดลองนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางคลินิก

#### 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลต่อการลดความเครียด ดังนั้นข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสอดแทรกในเนื้อหาการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดของนักศึกษาเองหรือเพื่อนำไปใช้ในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

#### 3. ด้านการบริหาร

ผู้บริหารในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ตลอดจนการสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมแก่



บุคลากรในหน่วยงานเพื่อที่จะได้เรียนรู้ถึงประโยชน์และวิธีการฝึกทักษะต่างๆ ในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลที่พ่ายผู้ป่วยมารับบริการจากโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียด ในระยะยาว เช่น ในระยะ 3 เดือน ระยะ 6 เดือน ว่ามีผลในการลดความเครียดได้มากน้อยเพียงใด
2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อตัวแปรอื่น ๆ อาทิเช่น ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง
3. ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญากับวิธีการหรือรูปแบบการบำบัดอื่น ๆ เพื่อลดความเครียดในผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกาย การนวด การฝึกสมาธิ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 359-374.
- ขนิษฐา ชลาสนธิ. (2544). ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157.
- จันทร์เพ็ญ อุอามรุ้ง. (2548). ผลของกลุ่มปัญญบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฐพิทร ชัยประทาน. (2547). ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวช*, 2, 23-30.
- ประหยัด ประภาพรหม. (2539). การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชนี มากเมือง. (2547). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุตนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาริบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- โรจน์ จินตนาวัฒน์. (2536). การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวช*, 27-30.
- วรช นธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไล นาป่า. (2545). การผ่อนคลายเกร็งกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิขวรรณ อุณาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธ์ศรี (2545). รายงานการประชุมประจำปี พ.ศ. 2545. สมาคมพฒฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรีรัตน์ คุ้มสิน. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2545). การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. (2545). สื่อสุขภาพ. *คู่มือเพื่อสุขภาพ*, 5(53), 1-4.
- สุธีร์ อินตะประเสริฐ. (2547). ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *ภาควิชาจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีรัช ชำนาญผล. (2550). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Akkerman, R., & Ostwald, S. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 19(2), 117-124.
- Altmaier, M., & Happ, D. A. (1985). Effects of stress inoculation and participant modeling on confidence and anxiety: Testing predictions of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 500-505.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Angie, M., & James, K. (2004). Efficacy of stress inoculation training in a case of post-traumatic stress disorder (PTSD): Secondary to emergency gynecological surgery. *Clinical Case Studies*, 3(1), 83-89.
- Antonovsky, A. (1979). *Health Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Floeber Medical Division.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotion Disorder*. New York: International Universities Press.
- Blendin, K. D., Mac, C. B., Kuipers, L., & Woods, R. T. (1990). Daughter of people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 221-227.
- Bloom, A. J., & Hautaluoma, J. E. (1990). Anxiety management training as a strategy for enhancing computer user performance. *Computers in Human Behavior*, *6*, 337-349.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (2000) *Handbook of Self-regulation*. San Diego: Academic Press.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, *12*, 758-776.
- Burns, N.M & Grove, S. K. (2003). *Understanding Nursing Research* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1997) *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Clipp, E.C., & George, L. K. (1990). Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 277-285.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community Health*, *15*, 1-9.
- Deborah, Y. L., & Jerald, K. (1999). Some neurobiological aspects of psychotherapy. *Journal Psychotherapy Practice Research*, *8*, 2.
- Driskell, J. E., Copper, C., & Moran, A. (1994). Does mental practice enhance performance. *Journal of Applied Psychology*, *79*, 481-492.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. (1975). Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.

- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behavior and your Heart*. New York: Knopf.
- Jay, S. M., & Elliott, C. H. (1990). A stress inoculation program for parents whose Children are undergoing painful medical procedures. *Consult Clinic Psychological*, 58(6), 799-804, Retrieved January 11, 2010, from <http://www.apsoc.org.au/pdfs/PsychPosition.pdf+stress+inoculation>.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of Behavior Modification: Experimental Foundations of Contemporary Research*. Baltimore: University Park Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Mosby.
- Luckman, J., & Sorensen, K. C. (1987). *Medical-surgical Nursing: A Psycho-physiological Approach* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Maag, J., & Kotlash, J. (1994). Review of stress inoculation training with children and adolescents: Issues and recommendation. *Behavior Modification*, 18, 443-469.
- Meichenbaum, D. (1977). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon.
- \_\_\_\_\_. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Meichenbaum, D., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The Stress Inoculation: An Action Plan to Manage the Stress in your Life*. New York: Pocket Press.
- Saunders, T., & Driskell, J. E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 170-184.
- Secker, D. L., & Brown, R. G. (2005). Cognitive behavioral therapy for cares of patients with parkinson's disease: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 76, 491-497.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill
- Stanley, M. A., & Diefenbach, G. J. & Hopko, D.R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 73-117.
- Toseland, R. W. (2001). Supporting caregivers through education and training. *Social Service Review*, 76-86.

- Wallace, M. J., & McDonald, A. (1978). Living with stress nursing. *Time*, 74(5), 457-458.
- Wright, J. H., & Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy. In Hales, R. (Ed). *Textbook of Psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

**ภาคผนวก**

## โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

### โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

#### วัตถุประสงค์

โปรแกรมการฝึกการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Meichenbaum (1977) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นโปรแกรมที่เน้นการฝึกป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม และผู้รับการฝึกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม

โปรแกรมนี้แบ่งการฝึกออกเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึกและผู้ฝึกโปรแกรม ระยะที่ 2 เป็นการสอนให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับปัญหา เป็นการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม และทางปัญญา ระยะที่ 3 เป็นการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์จริง

#### ผู้เข้ารับการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ผู้เข้ารับการฝึกโปรแกรม คือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง

เวลาที่ใช้ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ประกอบด้วยการฝึกโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและผลกระทบของความเครียด ความคิดที่มีผลให้เกิดความเครียด



ครั้งที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

ครั้งที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการพูดกับตนเองทางบวก และการฝึกปฏิบัติใน

#### กลุ่ม

ครั้งที่ 5 การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการหายใจ และฝึกปฏิบัติทักษะ

ครั้งที่ 6 การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกปฏิบัติทักษะ

ครั้งที่ 7 การใช้เทคนิคการจินตนาการและบทบาทสมมุติในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียดและให้ผู้รับการฝึกซ้อมทักษะการพูดกับตนเอง การฝึกการหายใจ และการผ่อนคลาย  
กล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 8 สรุปและประเมินผลกิจกรรมการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทาง

#### ปัญหา

ครั้งที่ 9 -ติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญหา 1 เดือน

## ครั้งที่ 1

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ฝึกและผู้รับการฝึก
2. เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และวิธีการของโปรแกรมการฝึกการปรับ

## พฤติกรรมทางปัญญา

3. เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องและเกิดความร่วมมือของผู้เข้ารับการฝึก
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

## กิจกรรม

1. ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดความคุ้นเคยและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกการป้องกันความเครียด
2. ให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโปรแกรมการฝึกการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

1.
  1. สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ฝึกกับผู้เข้ารับการฝึก โดยผู้ฝึกแนะนำตนเองแก่ผู้เข้ารับการฝึก และให้ผู้เข้ารับการฝึกแนะนำตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม
  2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้ ให้ผู้ฝึกเข้าใจและตระหนักถึงการฝึกด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาว่าต้องอาศัยความร่วมมือและการฝึกฝนของผู้รับการฝึก จึงจะประสบความสำเร็จ
  3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
  4. จัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความคุ้นเคยกันในกลุ่ม
  5. ให้ผู้รับการฝึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม
  6. สรุปและทบทวนกิจกรรมที่เข้าร่วมกลุ่มครั้งนี้ ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม
  7. มอบการบ้านให้ผู้รับการฝึกสังเกตอาการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดและจดบันทึกไว้แล้วนำมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม (ตามเอกสารหมายเลข 1.1)
  8. นัดหมายการเข้ารับการฝึกในครั้งต่อไป

เอกสารหมายเลข 1.1  
ใบบันทึกความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

วัน เดือน ปี	เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	อาการ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น

## ครั้งที่ 2

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติความเครียดของตนและผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการฝึกได้ตระหนักรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นกับตน
3. เพื่อให้เข้าใจถึงวงจรความคิดที่มีผลให้เกิดความเครียด

## กิจกรรม

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และผลกระทบจากความเครียด
2. ให้ผู้รับการฝึกบอกเล่าความคิด ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม และลักษณะความเครียดที่เกิดขึ้น

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 2
  1. ผู้ฝึกทักทายผู้เข้ารับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มครั้งนี้
  2. ให้ความรู้ในเรื่องความเครียด สาเหตุของการเกิดความเครียด และผลกระทบของความเครียดที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจตามใบความรู้เรื่องความเครียด (ตามเอกสารหมายเลข 2.1)
  3. ให้ผู้รับการฝึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่ก่อให้เกิดความเครียด อาการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น
  4. อธิบายถึงวงจรของความคิดที่มี ความสัมพันธ์และส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมตามวงจรความคิดที่ทำให้เกิดความเครียด (ตามเอกสารหมายเลข 2.2)
  5. เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยในเรื่องวงจรความคิดที่ทำให้เกิดความเครียด
  6. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการฝึก ไปสำรวจตนเองที่บ้านเมื่อเกิดความเครียด และให้สังเกตความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกแล้วจดบันทึกในแบบบันทึกความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่แจกให้ (ตามเอกสารหมายเลข 2.3)
  7. นัดหมายการเข้ารับการฝึกครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 2

### เอกสารหมายเลข 2.1

#### ใบความรู้เรื่องความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตเมื่อเกิดความเครียดขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย มีอาการที่แสดงออก ดังต่อไปนี้

#### ด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นผลมาจากความเครียดและ สามารถสังเกตได้ เช่น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ใจสั่น เหงื่อออกมากขึ้น ปัสสาวะบ่อย ถ้าใส่บีนป่วน อาจมีอาการท้องเสียหรือท้องผูก รู้สึกอยากอาหารมากขึ้น หรือเบื่ออาหาร เป็นแผลในกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

#### ด้านจิตใจ

เมื่ออยู่ในภาวะเครียด อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติงาน จะเปลี่ยนแปลงจากปกติ ความรู้สึกในทางลบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกตื่นเต้น ตกใจ อึดอัด ไม่สบายใจ หงุดหงิด กัดกรุ่นใจ คับข้องใจ พะวักพะวง สงสัย ว้าวุ่น ลังเลใจ รู้สึกสองจิตสองใจ กลัว โกรธ เหวง ว้าเหว่ เสรีาโชค เสียใจ รู้สึก สำนึกผิด

#### สาเหตุของความเครียด

ความเครียดนั้นสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังสรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุจากจิตใจ เช่น ความต้องการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในจิตใจและกลัวว่าจะไม่ได้ดังที่ต้องการที่หวังไว้ จะทำให้คน ๆ นั้นเกิดความเครียดได้
2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลง เช่น การเข้างานใหม่ การเปลี่ยนงาน การย้ายงาน การย้ายบ้าน การตายจากของคนที่รัก
3. สาเหตุจากความเจ็บป่วย เช่น การเจ็บป่วยทั่วไป การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคเอดส์ โรคจิต เป็นต้น

#### อาการที่แสดงว่าเกิดความเครียด

อาการทางร่างกายอาจสังเกตได้จากการเต้นของชีพจรเบาและเร็ว การหายใจถี่ขึ้น หายใจสั้น กล้ามเนื้อตึงเครียดทั้งบริเวณต้นคอ แขน ขา บางคนอาจมีอาการมึนงง อยู่ไม่ติดที่ ขบฟัน บดกราม

อาการทางจิตใจ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขาดสมาธิ ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ยาก แม้ในเรื่องที่ง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล กลัว โดยไร้เหตุผล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม เช่น รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีการใช้ยามากขึ้น มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ มีการนอนมากขึ้นหรือน้อยลง คิ้มเหล่า ใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ ยาบ้า มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น

## เอกสารหมายเลข 2.2

### ใบความรู้เกี่ยวกับวงจรความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

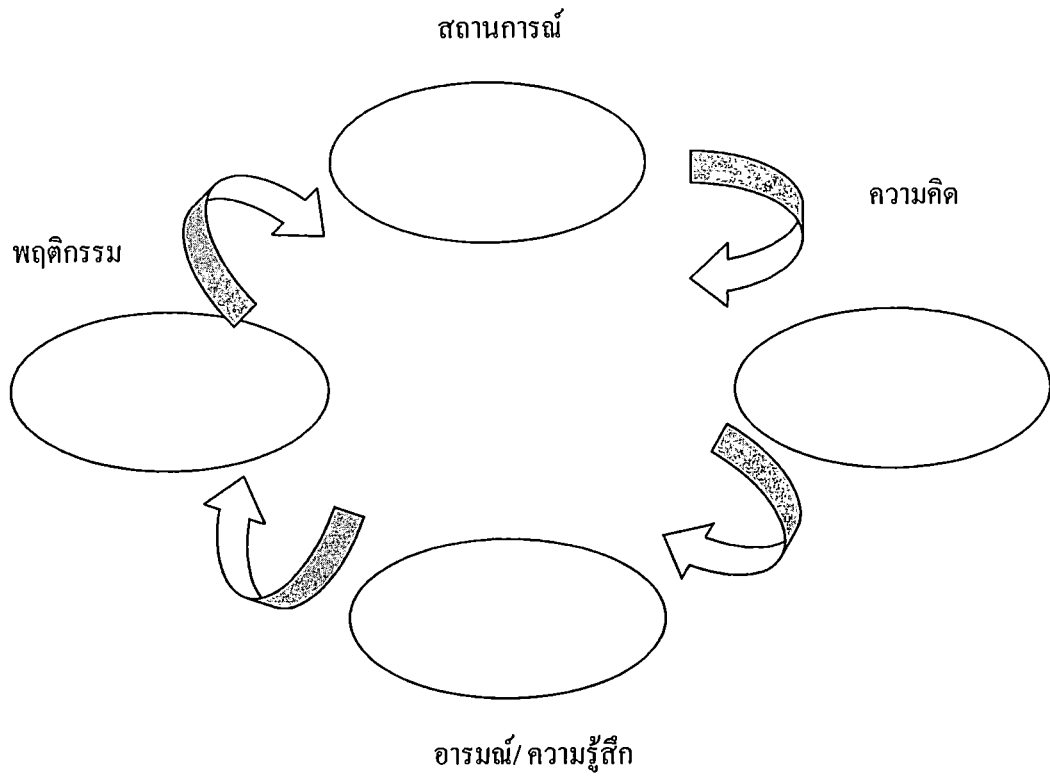
ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกต่อสถานการณ์สืบเนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแตกต่างกันไป เช่น

สถานการณ์	อารมณ์/ความรู้สึก
-ผู้ป่วยมีพฤติกรรม	-วิตกกังวล
วุ่นวาย ก้าวร้าวต่อผู้ดูแล	-ห่วงใย
	- กลัว
	- โกรธ

จากสถานการณ์เดียวกันจะเห็นได้ว่ามีอาจมีความแตกต่างของความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เกิดจากบุคคลมีความคิดที่ต่างกันจึงทำให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่างกันไป ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจากการสะสมของประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้ ความเชื่อต่างๆ แล้วประมวลออกมาเป็นความคิดที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ

สถานการณ์	ความคิด	อารมณ์/ ความรู้สึก	พฤติกรรม
ผู้ป่วยแสดงอาการก้าวร้าว ด่าทอคนที่ให้การดูแล	เราคงไปทำอะไรให้ผู้ป่วยไม่พอใจ	วิตกกังวล	พยายามเอาใจผู้ป่วย

เอกสารหมายเลข 2.3  
แบบบันทึกความคิด อารมณ์ พฤติกรรม



## ครั้งที่ 3

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจความคิดทางลบของตนเอง
2. เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริง หรือความคิดทางลบที่มีต่อการ

## ดูแลผู้ป่วย

## กิจกรรม

1. การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่าง สถานการณ์ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม
2. การปรับเปลี่ยนความคิด

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 3
  1. ผู้ฝึกทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม
  2. ให้ผู้รับการฝึกนำเสนองานที่ได้รับครั้งที่แล้วเกี่ยวกับการสำรวจความเครียดของตนเองมีผลต่อความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม
  3. ผู้ฝึกสรุปการหลังนำเสนองานและโยให้เห็นว่าความคิดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมอย่างไรบ้าง
  4. ให้ความรู้ถึงความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ที่พบได้บ่อย ตามใบความรู้การปรับโครงสร้างความคิด (ตามเอกสารหมายเลข 3.1)
  5. ผู้ฝึกชี้ให้เห็นว่าเมื่อมีสถานการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ถ้าคนมีความคิดในทางลบ ก็จะมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมที่ออกมาในทางลบ แล้วเกิดเป็นความเครียดที่เราจะรู้สึกและสังเกตได้ พร้อมทั้งยกตัวอย่างให้เห็นความแตกต่างของความคิดที่เป็นด้านบวก และความคิดด้านลบ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากความคิดที่เกิดขึ้น (ตามเอกสารหมายเลข 3.2)
  5. ให้ผู้เข้ารับการฝึกได้สำรวจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม ที่ทำให้เกิดความเครียด และเขียนลงในแบบบันทึกความคิด อารมณ์ พฤติกรรม
  6. ให้ผู้รับการฝึกมองหาความคิดที่ไม่มีประโยชน์ที่มีในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม และสังเกต อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น
  7. ให้ผู้รับการฝึกช่วยกันสรุปกิจกรรมวันนี้ว่าได้อะไรจากการร่วมกลุ่มบ้างและผู้ฝึกช่วยเสริมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม
  8. มอบหมายงานให้ผู้รับการฝึกการมองหาความคิดที่ไม่มีประโยชน์และทำให้เกิด



ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ในใบบันทึก (ตามเอกสารหมายเลข 3.3)  
9. นัดหมายการเข้ารับการฝึกในครั้งต่อไป

### เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 3

#### เอกสารหมายเลข 3.1

#### ใบความรู้ความคิดทางลบ

ความคิดทางลบเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ มักมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละคน ตัวอย่างความคิดที่ไม่มีประโยชน์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆมี ดังนี้

1. การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเห็นผู้ป่วยเดินออกจากบ้านไปพูดคุยกับผู้อื่น และมีความคิดว่า “เดี๋ยวผู้ป่วยจะต้องไปรุ่นวาย ทำความเดือดร้อนให้กับคนอื่นอีกแน่ๆ”
2. นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล เช่น แพทย์บอกกับผู้ดูแลว่าอาการของคนไข้แย่ลง แต่ผู้ดูแลคิดว่า เป็นเพราะตนเองดูแลผู้ป่วยไม่ดีจึงทำให้อาการแย่ลง
3. มีการแปลความหมายเป็น 2 สิ่งตรงข้ามกันชัดเจน (ดีทั้งหมดหรือไม่มีอะไรดีเลย) เช่น ผู้ดูแลมีความคิดว่า “เกิดมาชาตินี้ ไม่มีอะไรดีในชีวิตเลย”
4. การมองเหตุการณ์ คนหรือโลกในแง่ร้าย เช่น ผู้ดูแลคิดว่า “เราไม่เคยดูคนป่วยมาก่อน คงทำไม่ได้แน่ๆ”
5. การเลือกเก็บรายละเอียด โดยมีการสรุปโดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น เช่น ผู้ดูแลสรุปว่าผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองเลย ทั้งๆที่ผู้ป่วยก็สามารถช่วยตนเองในบางเรื่อง
6. การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน ผู้ดูแลสรุปว่า “ผู้ป่วยไม่ชอบ ตนเพราะผู้ป่วยแยกตัวไม่พูดคุยด้วย”
7. การที่คิดว่าตนสามารถรู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน เช่น ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่รักและรู้สึกรำคาญผู้ป่วย
8. การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางเหตุการณ์ผิดไป (มากหรือน้อยเกินไป) เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โรคร้ายอื่นๆก็จะตามมา
9. ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ เช่น คิดว่าตนเองประสบความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาการแย่ลง”

10. การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยต้องดูดีตลอดเวลา โดยไม่สนใจอาการของคนไข้

เอกสารหมายเลข 3.2

ใบความรู้ตัวอย่างความแตกต่างของความคิดทางบวกและทางลบ

ความคิดในทางบวก	ความคิดในทางลบ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นฉันก็สามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้</li> <li>- ถ้าฉันทำอะไรบางอย่างฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้</li> <li>- คนอื่นไว้ใจ เชื่อใจฉันได้</li> <li>- ผู้คนเคารพนับถือฉัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉันไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้เลย</li> <li>- ฉันไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลยสักครั้ง</li> <li>- คนอื่นไม่ควรเชื่อใจฉัน ฉันไม่มีใคร</li> <li>- ไม่มีใครเชื่อหรือรับฟังในสิ่งที่ฉันพูด</li> </ul>

## ครั้งที่ 4

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ฝึกเรียนรู้ทักษะการพูดกับตัวเองในทางบวก
2. เพื่อให้ผู้ฝึกมีวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยทักษะการพูดกับตนเองในทางบวก

## กิจกรรม

1. ฝึกทักษะการป้องกันความเครียดด้วยเทคนิคการพูดกับตัวเองในทางบวก (Positive Self Talk)

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

4

1. ผู้ฝึกทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้
2. ให้ผู้รับการฝึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากงานที่ได้รับมอบหมาย
3. ทบทวนวงจรรูปแบบ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเพื่อโยงเข้าสู่การฝึกทักษะการพูดกับตนเองในทางบวก
4. อธิบายทักษะการพูดกับตนเองในทางบวกเมื่อเผชิญกับ ความเครียด พร้อมยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย ตามใบความรู้ทักษะการพูดกับตนเองทางบวก (ตามเอกสารหมายเลข 4.1)
5. เปิด โอกาสให้ผู้รับการฝึกซักถามเกี่ยวกับทักษะการพูดกับตนเองทางบวก
6. ให้ผู้รับการฝึกทดลองใช้ทักษะในการสอนตนเองโดยการจับคู่กันและผลัดกันพูดหรือสอนด้วยคำพูดที่ตนเองคิดขึ้นใหม่นั้น โดยใช้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการให้การดูแลผู้ป่วย
7. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปการทำกิจกรรมครั้งนี้
8. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะพูดกับตนเองทางบวกและบันทึกถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (ตามเอกสารหมายเลข 4.2)
9. นัดหมายการเข้ารับการฝึกในครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 4

### เอกสารหมายเลข 4.1

#### ใบความรู้ทักษะการพูดกับตนเองทางบวก

การพูดกับตนเองทางบวกเป็นทักษะที่ช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ดีและทำให้บุคคลมีความมั่นใจมากขึ้น โดยสิ่งที่เราจะบอกกับตนเองนั้นจะต้องเป็นสิ่งที่จริงไม่ใช่การปลอบใจตนเอง เช่น เดี่ยวทุกอย่างจะดีขึ้นเองในขณะที่มันเป็นไปไม่ได้ ผู้ฝึกช่วยให้ผู้รับการฝึกทราบลักษณะเฉพาะของตัวกระตุ้นจากภายในร่างกายที่มีต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และบอกถึงความคิดด้านลบที่พวกเขาหรือเธอทำ เช่น ฉันเป็นคนไม่ดี ฉันไม่สามารถเกี่ยวข้องกับสิ่งนี้ได้ และฝึกให้ผู้รับการฝึกได้เรียนรู้ตัวกระตุ้นจากภายในให้ออกมาในรูปแบบที่เหมาะสมด้วยการสอนตัวเองด้วยการพูดกับตนเองทางบวก

ผู้ฝึกยกตัวอย่างการใช้ทักษะการสอนตนเอง เช่น มีสถานการณ์ที่จะต้องเจอกับคนที่ไม่รู้จัก รู้สึกเครียดกับสถานการณ์นั้น เพราะบอกกับตนเองว่า คนๆนั้นคงไม่อยากพูดคุยกับฉัน จึงอาจใช้การสอนตนเองใหม่ขึ้นมาโดยพูดกับตนเองทางบวกว่า “ฉันไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น แม้ฉันจะกังวลใจ แต่ก็ยังสามารถทำอะไรบางอย่างได้” เป็นการช่วยให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้วิธีการพูดกับตนเองที่จะขัดขวางความคิดด้านลบที่มีของตนเองในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ผู้ฝึกให้ผู้รับการฝึกบอกสถานการณ์ที่ทำให้เครียดจากการดูแลและต้องการใช้ทักษะการสอนตนเองโดยการพูดกับตนเองทางบวกในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ

ผู้ฝึกให้ผู้รับการฝึกคิดหาคำพูดที่จะสอนหรือบอกกับตนเองในสถานการณ์ที่จัดขึ้นที่เกี่ยวกับบริบทของการให้การดูแล จากนั้นให้ผู้รับการฝึกพูดและใช้ทักษะการสอนตนเองที่คิดขึ้นใหม่นั้นกับเพื่อนสมาชิกโดยการจับเป็นคู่และฝึกบอกคำพูดของตนเอง

ผู้ฝึกพูดให้กำลังใจผู้รับการฝึกและให้ผู้รับการฝึกให้กำลังใจตัวเองในช่วงสั้นๆหลังจากที่พวกเขาสามารถจัดการในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้สำเร็จ เช่น “ฉันทำได้”

เอกสารหมายเลข 4.2  
แบบบันทึกทักษะการพูดกับตนเองทางบวก

เหตุการณ์	การใช้ทักษะการพูดกับตนเองในทางบวก	อารมณ์/ ความรู้สึก	พฤติกรรม

## ครั้งที่ 5

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้ทักษะการหายใจที่ถูกต้อง
2. เพื่อสามารถปฏิบัติทักษะการหายใจในการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้สามารถปฏิบัติทักษะการหายใจไปใช้เมื่อเกิดสถานการณ์ความเครียดได้

## กิจกรรม

1. ฝึกทักษะการป้องกันความเครียดด้วยเทคนิคการฝึกหายใจ (Breathing Training)

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 5
  1. ผู้ฝึกทักทายผู้รับการฝึกและบอควัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มครั้งนี้
  2. ให้ผู้รับการฝึกนำเสนองานที่ได้รับมอบหมายในครั้งก่อนเกี่ยวกับการใช้ทักษะการสอนตนเองในทางบวก
  3. ผู้ฝึกสรุปและโยกให้ผู้รับการฝึกเห็นถึงความสัมพันธ์ของ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิดก็จะมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ฝึกด้วยเช่นกัน ทักษะการสอนตนเองเป็นทักษะที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดให้เกิดในทางบวก ก็จะช่วยให้ลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้
  4. ผู้ฝึกชี้ให้เห็นถึงความเครียดมีผลได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังที่เห็นจากการสังเกตของแต่ละคนและโยกเข้าสู่การสอนทักษะการหายใจ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการฝึก การหายใจ ใบความรู้ทักษะการหายใจ (ตามเอกสารหมายเลข 5.1)
  5. ผู้ฝึกคอยดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้รับการฝึกกำลังฝึกปฏิบัติทักษะการหายใจ เปิดโอกาสให้ผู้รับการฝึกซักถามข้อสงสัยขณะฝึก
  6. ให้ผู้รับการฝึกทดลองใช้ทักษะการหายใจอีกครั้งโดยให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด แล้วให้ฝึกใช้ทักษะการหายใจ ผู้ฝึกคอยดูแลช่วยเหลือ
  7. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปการทำกิจกรรมครั้งนี้
  8. มอบหมายงานให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะการหายใจ โดยมอบเอกสารที่มีรายละเอียดการสอนการหายใจไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจ และบันทึกในแบบบันทึก (ตามเอกสารหมายเลข 5.2)
  9. นัดหมายการเข้ารับการฝึกครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 5

### เอกสารหมายเลข 5.1

#### ใบความรู้เรื่องทักษะการหายใจ

##### 5 ขั้นตอนของการฝึกหายใจ มีดังนี้

1. การหายใจที่ถูกวิธีตามธรรมชาติ ให้ผู้รับการฝึกนอนหรือนั่งในท่าสบาย ผ่ามือหงายขึ้น ให้จินตนาการว่ามีจุกไม้ก๊อกวางลอยอยู่บริเวณสะดือ ให้สังเกตดูเมื่อมีการหายใจเข้าๆ ลึก สม่่าเสมอ จุกไม้ก๊อกจะเคลื่อนที่ขึ้น ลง สม่่าเสมอตามจังหวะการหายใจ ฝึกให้ผู้ดูแลฝึกการหายใจให้ถูกต้อง
2. การหายใจลงไปที่ท้อง เป็นการหายใจต่อจากการหายใจที่ถูกต้องตามธรรมชาติ โดยหายใจเข้าทางจมูกอย่างช้าๆ ลึกๆ สังเกตท้องจะพองขึ้น ตามการเคลื่อนไหวของลมหายใจเข้าไปเรื่อยๆ ในขณะที่ผ่านจุก เข้าไปคอและปอด เมื่อหายใจเข้าเต็มที่ให้กลั้นหายใจไว้สักครู่ (5 วินาที) แล้วหายใจออกผ่านทางจมูกอีกครั้งอย่างเต็มที่ สังเกตท้องจะแฟบลงโดยอัตโนมัติ
3. การหายใจอย่างสมบูรณ์ ประกอบด้วยการหายใจ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การหายใจเข้า 3 ขั้นตอน และการหายใจออก 3 ขั้นตอน ให้หายใจออกก่อน 1 ครั้ง แล้วหายใจเข้าลึกๆทางจมูก ขณะที่ท้องพองขึ้น ขั้นที่2 หายใจเข้าต่อไปอีกให้ซี่โครงเริ่มขยายออก ขั้นที่ 3 หายใจเข้าต่อให้เต็มปอด ให้กระดูกไหปลาร้าเคลื่อนยกขึ้นเล็กน้อย กลั้นหายใจไว้เต็มปอด 5 วินาที ขั้นที่ 4 หายใจออกทางจมูกให้กระดูกไหปลาร้าเคลื่อนลง ขั้นที่ 5 หายใจออกให้ซี่โครงกลับในสภาพปกติ ขั้นที่ 6 หายใจออกท้องยุบแบนลง หลังจากนั้นกลั้นหายใจขณะที่ปอดว่างเปล่านี้อีก 5 วินาที
4. การหายใจสลับรูจมูก ให้นั่งบนเก้าอี้ หลังตรง ศีรษะตั้งตรง ทุกอย่างผ่อนคลาย เอานิ้วโป้งมือขวาแตะที่บริเวณรูจมูกด้านขวา นิ้วชี้และกลางแตะระหว่างคิ้ว และนิ้วนางแตะบนรูจมูกด้านซ้าย กดนิ้วโป้งลงเพื่อปิดรูจมูกด้านขวาให้สนิท แล้วหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ โดยรูจมูกด้านซ้าย เมื่อหายใจเข้าเต็มปอดแล้ว กลั้นหายใจไว้ในขณะที่นิ้วนางกดปิดรูจมูกซ้ายและนิ้วโป้งเปิดรูจมูกขวาออก หายใจออกให้หมดทางรูจมูกขวา แล้วกลั้นหายใจ 5 วินาที หยุดเทคโนโลยีช่วยสอนสักครู่ ฝึกให้ผู้รับการฝึกหายใจให้ถูกต้องก่อน ทำซ้ำอีกครั้งแต่ให้สลับข้างหายใจ เมื่อสามารถทำได้แล้วจึง เริ่มขั้นตอนต่อไป
5. การหายใจแบบไปไม่ร่วง ให้ผู้รับการฝึกนั่งคุกเข่าทับส้นเท้า ให้ส้นเท้าแยกจากกัน หายใจออกให้หมดให้ท้องยุบเข้าเล็กน้อย แล้วหายใจเข้าช้าๆและยกสะโพกและลำตัวขึ้น ให้ลำตัวและขาท่อนบนยืดตรงและเหยียดขึ้นเหนือศีรษะให้ได้มากที่สุด หันฝ่ามือไปด้านหน้าหายใจเข้าเต็มปอด ในขณะที่ทิ้งน้ำหนักทั้งหมดลงบนเข่าทั้งสองข้าง แล้วหายใจออกโดยการทรุดตัวลงนั่งบนส้นเท้าอย่างเดิม ลำตัวค่อยๆเอนราบไปข้างหน้า เหยียดแขนตรงออกไปวางบนพื้น ฝ่ามือคว่ำลงและ

หน้าผากพักผ่อนพื้นระหว่างแขนทั้งสองข้าง ให้นั่งพักในท่านี้สัก 5 นาที ฝึกให้ผู้รับการฝึกหายใจให้ถูกต้อง

เอกสารหมายเลข 5.2  
แบบบันทึกการใช้ทักษะการหายใจ

เหตุการณ์	การใช้ทักษะการหายใจ	การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น	การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดขึ้น	ปัญหาอุปสรรค



## ครั้งที่ 6

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจในการใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกต้องวิธี
2. เพื่อให้ผู้รับการฝึกประยุกต์ใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเมื่อเกิดสถานการณ์  
ความเครียดได้อย่างถูกต้องวิธี

## กิจกรรม

1. ฝึกทักษะการป้องกันความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation)

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 6
  1. ผู้ฝึกทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มครั้งนี้
  2. ให้ผู้รับการฝึกพูดถึงการนำทักษะหายใจไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน ปัญหาที่พบหลังจากทดลองใช้ทักษะ และทบทวนเกี่ยวกับทักษะการหายใจ
  3. ผู้ฝึกชี้ให้ผู้รับการฝึกสังเกตถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดจากการใช้ทักษะการหายใจ
  4. ผู้ฝึกโยงเข้าสู่การสอนทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งจะ เป็นทักษะที่ต่อเนื่องจากทักษะ การหายใจ ชี้ให้เห็นประโยชน์จากการฝึกทักษะเพื่อลดความเครียด ดังแสดงให้เห็นตามใบความรู้เรื่องทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (ตามเอกสารหมายเลข 6.1)
  5. ผู้ฝึกคอยดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้รับการฝึกกำลังฝึกทักษะ ช่วยให้ผู้รับการฝึกมองเห็นความแตกต่างกันของการเปลี่ยนแปลงของการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ และการผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้รับการฝึกซักถามข้อสงสัย
  6. ผู้ฝึกให้ผู้รับการฝึกทดลองฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีกครั้ง โดยให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และคอยดูแลช่วยเหลือขณะฝึกปฏิบัติ
  7. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปการทำกิจกรรมครั้งนี้
  8. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการฝึกทดลองใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ บ้าน โดยมอบเอกสารที่มีรายละเอียดการสอนทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน สังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ และบันทึกในแบบบันทึก (ตามเอกสารหมายเลข 6.2)
  9. นัดหมายการเข้ารับการฝึกในครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 6

### เอกสารหมายเลข 6.1

#### ใบความรู้เรื่องทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ขั้นตอนการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมี 12 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. เริ่มจากมือขวา ให้หายใจเข้าเต็มปอด พร้อมกับกำมือขวาเข้าอย่างช้าๆ มุ่งความสนใจไปที่ความเครียดที่เกิดขึ้นที่กำปั้นแล้วกำมือให้แน่นกว่าเดิมสัก 2-3 วินาที แล้วหายใจออกช้าๆพร้อมกับคลายมือออก สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้นขณะหายใจออก ขยับนิ้วไปมาเบาๆ สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายที่เกิดขึ้น ปล่อยให้มือและแขนส่วนล่างผ่อนคลายมากขึ้น หยุดเทคโนโลยีช่วยสอนสักครู่ ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้นเปลี่ยนความสนใจมาที่มือด้านซ้ายและทำเช่นเดียวกันกับมือด้านขวา
2. หายใจเข้าเต็มปอด มือขวาเข้าอย่างช้าๆ หายใจเข้าปอดพร้อมกับงอแขนให้เข้าใกล้ไหล่ เกร็งกล้ามเนื้อแขนส่วนบนให้ได้มากที่สุด พร้อมกับกลั้นหายใจไว้สัก 5 วินาที หายใจออกช้าๆพร้อมกับคลายแขนและมือออก ปล่อยให้แขนเหยียดออกตามสบายอย่างเดิม ปล่อยให้กล้ามเนื้อตลอดแขนคลายออกให้ได้มากที่สุด สังเกตความรู้สึกผ่อนคลายและอบอุ่นที่กระจายไปทั่วกล้ามเนื้อตลอดจนปลายนิ้ว ขยับแขนขวาไปมาเบาๆให้ผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น หยุดเทคโนโลยีช่วยสอนสักครู่ ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้นเปลี่ยนความสนใจมาที่มือด้านซ้ายและทำเช่นเดียวกันกับมือด้านขวา
3. หายใจเข้าลึกๆ 1 ครั้ง มุ่งความสนใจไปที่ลมหายใจ ให้หายใจเข้าและลึก หายใจออกให้หมด ปล่อยให้ความเครียดสลายไปกับลมหายใจ มุ่งความสนใจไปที่เท้า เหยียดปลายเท้าออกไปให้ไกลที่สุดพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าเต็มปอด กลั้นลมหายใจพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อไว้สักครู่ สังเกตความตึงเครียดที่เกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อบริเวณนั้น ผ่อนลมหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อที่เท้า และขาส่วนล่าง รู้สึกถึงความผ่อนคลายที่เกิดขึ้น ขยับเท้าไปมาเบาๆเพื่อให้ผ่อนคลายมากขึ้น ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้นเปลี่ยนความสนใจมาที่เท้าด้านซ้ายและทำเช่นเดียวกันกับเท้าด้านขวา
4. มุ่งความสนใจมาที่ขาขวา หายใจเข้าพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณขาส่วนบน กลั้นลมหายใจไว้ 5 วินาที สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้น แล้วเกร็งให้แน่นกว่าเดิม แล้วคลายกล้ามเนื้อบริเวณขาพร้อมกับหายใจออก รู้สึกถึงความแตกต่างของความเครียดและการผ่อนคลาย ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป หลังจากนั้นเปลี่ยนความสนใจมาที่ขาด้านซ้ายและทำเช่นเดียวกันกับขาด้านขวา

5. มุ่งความสนใจที่สะโพก สังเกตความรู้สึกที่มีบริเวณนั้น หายใจเข้าให้เต็มปอดพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อสะโพกเข้าหากันเต็มที่ สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ให้ความเครียดคลายมากับลมหายใจ หายใจอย่างสงบสบาย ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
6. มุ่งความสนใจที่บริเวณหลังส่วนล่างและบั้นเอว หายใจเข้าแอ่นหลังขึ้นพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อเล็กน้อย กลั้นลมหายใจไว้ 5 วินาที สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ให้ความแตกต่างระหว่างความเครียดที่มีอยู่ก่อนและความผ่อนคลายที่เกิดขึ้น หายใจเข้าพร้อมกับแอ่นหลังอีกครั้ง สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นบริเวณ หลัง ไหล่ สะโพก คอ และขา แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อทั้งหมด ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
7. หายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจและเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้องให้เต็มที่ สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วหายใจออก พร้อมกับผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้นให้เต็มที่ หายใจช้าๆ สม่่าเสมอสัก 1 นาที หายใจเข้าลึกๆอีกครั้ง กลั้นลมหายใจ 5 วินาที แล้วหายใจออกให้หมดอย่างช้าๆ ให้ท้องแฟบให้มากที่สุดแล้วเกร็งไว้ 5 วินาที กลั้นหายใจ สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้น แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อบริเวณท้องให้หมด หายใจตามสบายสัก 5 นาที ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
8. หายใจเข้าเต็มที่พร้อมเกร็งไหล่ ยกไหล่ทั้งสองข้างให้สูงขึ้นไปทางใบหู กลั้นหายใจไว้ 5 วินาที สังเกตความเครียดที่เกิดขึ้น แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อบริเวณนั้นให้เต็มที่ รู้สึกถึงความผ่อนคลายที่เกิดขึ้น ร่างกายทั้งหมดทิ้งน้ำหนักลงบนพื้นที่รองรับอยู่ หายใจลึก ช้า และสม่ำเสมอ ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
9. หายใจเข้าเต็มที่ เมื่อหายใจออกให้สังเกตความผ่อนคลายที่เกิดขึ้นบริเวณซี่โครง ซึ่งคลายตัวลงในขณะที่ลมหายใจเคลื่อนที่ลงจากปอดจนหมด สังเกตความรู้สึกสงบซึ่งอยู่ระหว่างภายหลังการหายใจออกและก่อนการหายใจเข้า ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
10. มุ่งความสนใจที่บริเวณใบหน้า สัมผัสและอ้าปากพร้อมกันให้ได้กว้างที่สุด เกร็งไว้ 5 วินาที สังเกตความเครียดที่บริเวณหน้าผาก ขากรรไกร รอบๆปาก และลำคอด้านข้าง แล้วผ่อนคลายทุกๆส่วน หายใจช้า ลึก และสม่ำเสมอ รู้สึกถึงความผ่อนคลายที่เกิดขึ้นบริเวณใบหน้า ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ ก่อนเริ่มขั้นตอนต่อไป
11. มุ่งความสนใจที่การหายใจที่สงบและสม่ำเสมอสักครู่ เกร็งกล้ามเนื้อบนใบหน้า โดยการหลับตาให้แน่น ขมวดคิ้วเข้าหากัน เม้มริมฝีปาก กัดกรามให้แน่นคล้ายพยายามดึงทุกส่วนเข้าหา

บริเวณจมูก เกร็งให้แน่นที่สุด แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนบนใบหน้า ปล่อยให้ความเครียดคลายไปพร้อมกับลมหายใจ หายใจสงบและสม่ำเสมอ ให้ผู้รับการฝึกได้ฝึกทักษะจนสามารถทำได้ก่อนเริ่มขั้นต่อไป

12. หลังจากผ่อนคลายทุกส่วนแล้ว เลื่อนความสนใจไปยังส่วนต่างๆของร่างกายทั้งหมด รู้สึกถึงความสบายผ่อนคลายทั่วร่างกาย ตั้งแต่ใบหน้า ลำคอ ไหล่ แผ่นหลัง สี่ข้าง ท้องและบั้นเอว สะโพก 2 ข้าง ทุกส่วนผ่อนคลาย ทิ้งน้ำหนักลงบนพื้นที่รองรับอยู่ แขนทั้งสองข้างตลอดจนขาทั้งสองข้างลงไปปลายนิ้วรู้สึกหนักและอบอุ่น ทั่วร่างกายรู้สึกสงบและผ่อนคลายเต็มที่

เอกสารหมายเลข 6.2  
แบบบันทึกการใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

เหตุการณ์	การใช้ทักษะการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ	การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ	ปัญหา อุปสรรค

## ครั้งที่ 7

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปและติดตามผลการใช้ทักษะต่าง ๆ เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ที่เกิดความเครียดในผู้ดูแลกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้ทักษะต่าง ๆ ในการจัดการกับความเครียด
3. เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับการฝึกที่ยังมีปัญหาในการใช้ทักษะต่าง ๆ

## กิจกรรม

1. ฝึกทักษะการใช้การพูดกับตนเองในทางบวก การหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในสถานการณ์จำลอง
2. ฝึกทักษะการใช้การพูดกับตนเองในทางบวก การหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้รับการฝึกจินตนาการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแลและประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ไป

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 7
  1. ผู้ฝึกทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มครั้งนี้
  2. ให้ผู้ฝึกเล่าถึงการนำทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปใช้ ปัญหาในการใช้ทักษะ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละคน ผู้ฝึกโยงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกันของความเครียดที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อร่างกายเกิดความผ่อนคลาย ก็มีผลให้จิตใจสงบและลดความเครียดได้
  3. สมมุติสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดตามใบความรู้การสมมุติสถานการณ์ (ตามเอกสารหมายเลข 7.1) แล้วให้ผู้รับการฝึกใช้ทักษะต่างๆในสถานการณ์นั้น
  4. ให้พูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้ทักษะต่างๆในการฝึกจากสถานการณ์สมมุติ และผู้ฝึกให้ช่วยเหลือในการฝึกและใช้ทักษะในส่วนที่ผู้รับการฝึกยังมีปัญหาอยู่
  5. สรุปการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ กล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าผู้รับการฝึกจะนำเทคนิคต่างๆไปใช้ในสถานการณ์จริงได้
  6. มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการฝึกทดลองใช้ทักษะต่างๆที่ฝึกในสถานการณ์จริง ที่เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการใช้ทักษะ (ตามเอกสารหมายเลข 7.2)
  7. นัดหมายการเข้ารับการฝึกในครั้งต่อไป

## เอกสารประกอบการฝึก ครั้งที่ 7

### เอกสารหมายเลข 7.1

#### สถานการณ์สมมติ

1. ผู้ฝึกสมมติสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม โดยเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด คำว่าผู้ดูแล บอกว่าผู้ดูแลชอบวุ่นวายกับตนเอง และชอบเดินออกจากบ้านอย่างไร้จุดหมาย
2. ขออาสาสมัครจากผู้รับการฝึกจำนวน 2 คน มาเป็นผู้แสดงสถานการณ์สมมตินั้น
3. ให้ผู้รับการฝึกที่เหลือช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์นี้
4. ให้อาสาสมัคร อีก 2 คน แสดงสถานการณ์สมมติอีกครั้งแล้วให้ผู้รับการฝึกแบ่งเป็น กลุ่มย่อย ฝึกทดลองใช้ทักษะต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จาก โปรแกรมมาประยุกต์ใช้
5. ให้ผู้รับการฝึกสังเกตความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นหลังการใช้ทักษะนั้น ๆ

เอกสารหมายเลข 7.2  
แบบบันทึกการใช้ทักษะในสถานการณ์จริง ในชีวิตประจำวัน

เหตุการณ์	ทักษะที่นำไปใช้	การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ	ปัญหา อุปสรรค



## ครั้งที่ 8

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อยุติการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา
2. เพื่อประเมินระดับคะแนนความเครียดหลังเสร็จสิ้นการฝึกโปรแกรม

## กิจกรรม

1. สรุปผลการฝึกโปรแกรมและประเมินผลระดับคะแนนความเครียด

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

- 8
  1. ผู้ฝึกกล่าวทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์การทำกลุ่มครั้งนี้
  2. ผู้ฝึกให้ให้ผู้รับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำทักษะต่าง ๆ ไปทดลองใช้ในสถานการณ์ที่เกิดความเครียด ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการใช้ทักษะ และปัญหาอุปสรรคในการใช้ทักษะ
  3. ผู้ฝึกสรุปรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดความเครียดและขั้นตอนในการฝึกการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ผ่านมา
  4. พูดยุให้กำลังใจ และชื่นชมถึงความพยายามในการใช้ทักษะต่าง ๆ และให้ข้อมูลถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะต่าง และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้เห็นความสำคัญในการใช้ทักษะต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่เกิดความเครียดของตนเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยพัฒนาทักษะต่าง ๆ และเกิดความชำนาญในการใช้ทักษะมากยิ่งขึ้น
  6. ประเมินผลระดับคะแนนความเครียด โดยให้ผู้รับการฝึกเป็นผู้ทำแบบประเมินเอง
  7. นัดหมายการติดตามหลังไปนแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน

## ครั้งที่ 9 ขึ้นติดตามผล

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการติดตามผลการนำทักษะต่างๆไปใช้ในสถานการณ์จริงหลังเสร็จสิ้น

## โปรแกรม 1 เดือน

2. เพื่อประเมินระดับคะแนนความเครียดหลังการฝึกโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน

## กิจกรรม

1. อภิปรายถึงการนำทักษะต่าง ๆ ไปใช้หลังจากเสร็จสิ้นการฝึกโปรแกรม 1 เดือน

## ครั้งที่

## รายละเอียดกิจกรรม

9

1. ผู้ฝึกกล่าวทักทายผู้รับการฝึกและบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มครั้งนี้
2. ผู้ฝึกให้ผู้รับการฝึกแต่ละคนได้อภิปรายถึงการนำทักษะต่างๆจากโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาไปใช้ด้วยตนเอง วิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงในตนเอง ทั้งด้านร่างกาย ความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น
3. ผู้ฝึกให้ผู้รับการฝึกสะท้อนคิดสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม
4. ให้ผู้รับการฝึกประเมินผลคะแนนความเครียด โดยให้ผู้รับการฝึกเป็นผู้ทำแบบประเมินเอง

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้ดูแลหลัก

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ และ เติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ..... ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> โสด
<input type="checkbox"/> หม้าย/	<input type="checkbox"/> หย่าหรือแยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
6. อาชีพปัจจุบัน
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> งานบ้าน
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม/ กสิกรรม
<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
7. ความเพียงพอของรายได้
 

<input type="checkbox"/> เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
----------------------------------	-------------------------------------
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
9. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยวันละ.....ชั่วโมง
10. มีผู้ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย
 

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------
11. ท่านมีโรคประจำตัว
 

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. เพศ  
 ชาย  
 หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด  
 ไม่ได้เรียนหนังสือ  
 ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.  
 ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ ระบุ.....
4. มีโรคประจำตัวอื่น ๆ  
 ไม่มี  
 มี ระบุ.....
5. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม  
 ใช่  
 ไม่ใช่
6. การรักษาพยาบาลในปัจจุบัน  
 ไม่รักษา       รักษา

### แบบสอบถามความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

#### คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อต่างๆที่บอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในรอบ 30 วัน โปรดพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- น้อยที่สุด หมายถึงความรู้สึกของท่านที่มีน้อยที่สุด  
 น้อย หมายถึง ความรู้สึกของท่านที่มีน้อย  
 ปานกลาง หมายถึง ความรู้สึกของท่านที่มีปานกลาง  
 มาก หมายถึง ความรู้สึกของท่านที่มีมาก  
 มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกของท่านที่มีมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านหนักใจกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย					
2. ท่านอารมณ์เสียบ่อยด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ					
3. ท่านรู้สึกไม่มีสมาธิในการทำงาน กิจวัตรประจำวัน					
4. ท่านรู้สึกท้อแท้จนไม่อยากทำอะไรเลย					
5. ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น					
6. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว					
7. ท่านรู้สึกเป็นงานหนักที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย					
8. ท่านรู้สึกว่า เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ					
9. ท่านรู้สึกว่าไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคตตนเองเมื่อไม่มีผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกสับสนที่ต้องจัดการในเรื่องการดูแลผู้ป่วย					

ข้อความ	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11. ท่านรู้สึกน้อยใจในสภาพชีวิตของตนเอง					
12. ท่านรู้สึกคลื่นไส้					
13. ท่านมีอาการท้องผูก					
14. ท่านมีอาการจุกแน่นท้อง					
15. ท่านมีอาการหัวใจเต้นเร็ว					
16. ท่านรู้สึกเหนื่อยและเพลีย					
17. ท่านรู้สึกเวียนศีรษะ					
18. ท่านรู้สึกมือเท้าเย็นแม้ในเวลาที่มีอากาศร้อน					
19. ท่านมีอาการมือสั่นเวลาไม่พอใจ					
20. ท่านมีอาการปวดตามข้อ					
21. ท่านมีอาการปวดศีรษะบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง					
22. ท่านรู้สึกไม่มีความสุข					
23. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต					
24. ท่านรู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า					

**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น TMSE (Thai Mental State Examination)**

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10

คะแนน

**1. Orientation (6 คะแนน)**

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- |                         |       |
|-------------------------|-------|
| 1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร | ..... |
| 1.2 วันนี้ วันอะไร      | ..... |
| 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร  | ..... |
| 1.4 ปีนี้ ปีอะไร        | ..... |
| 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร      | ..... |

**2. Orientation for place (5 คะแนน)**

ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- |                                                     |       |
|-----------------------------------------------------|-------|
| 2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล                           |       |
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร                     | ..... |
| 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของอาคาร             | ..... |
| 2.1.3 สถานที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร                 | ..... |
| 2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร                             | ..... |
| 2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร                                 | ..... |
| 2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านผู้ถูกทดสอบ                   |       |
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร | ..... |
| 2.2.2 ที่นี่หมู่บ้านหรือละแวก/ย่าน/ถนนอะไร          | ..... |
| 2.2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร                     | ..... |
| 2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร                             | ..... |
| 2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร                                 | ..... |

### 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผู้ทดสอบจะบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยให้ผู้สูงอายุตั้งใจฟัง ให้ดี เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผู้ทดสอบพูดจบ ให้ผู้ทดสอบทบทวน ตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีแล้วจะกลับมาถามซ้ำ

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที (ต้องไม่ช้า หรือเร็วเกินไป ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้                      แม่น้ำ                      รถไฟ

### 4. Attention/Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา ยาย) คิดเลขในใจเป็นมัย ถ้าตอบคิด เป็นให้ทำข้อ 4 ถ้าตอบคิดไม่เป็นให้ทำข้อ 4.2

4.1 เอา 100 ตั้งและลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรให้บอกมา

4.2 ให้สะกดคำว่า “มะนาว” แล้วให้สะกดถอยหลัง

### 5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครูให้จำของ 3 อย่าง จำได้ใหม่ว่ามีอะไรบ้าง

ดอกไม้                      แม่น้ำ                      รถไฟ

### 6. Naming (2 คะแนน)

ยื่นดินสอดให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า สิ่งนี้เรียกว่าอะไร

ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า สิ่งนี้เรียกว่าอะไร

### 7. Repetition (1 คะแนน)

ให้พูดตาม “ใครใคร่ขายไก่ไข่” (1 คะแนน)

### 8. Verbal Command (3 คะแนน)

ทำตามคำสั่ง (บอกทั้งประโยคพร้อมๆกัน)

หยิบกระดาษด้วยมือขวา

พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น

แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ

### 9. Written Command (3 คะแนน)

อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”

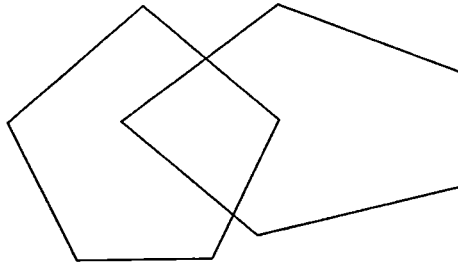
10. ให้ผู้สูงอายุเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค

(1 คะแนน)



11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

12. วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง



**ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย**

## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

\*\*\*\*\*

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อข้าพเจ้าและผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าให้การดูแล

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา**





รายชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา

เพื่อเป็นการคุ้มครอง และปกป้องต่อตัวอย่างที่จะดำเนินการวิจัยทั้งที่เป็นมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา และให้การดำเนินการวิจัยถูกต้องตามหลักจริยธรรม หลักสิทธิมนุษยชน และจรรยาบรรณนักวิจัย โดยพิจารณาและให้ความเห็นประเด็นจริยธรรมของ โครงการวิจัย ในมนุษย์ สัตว์ พืช วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด
1.	ศ.ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา	ประธานกรรมการ	สำนักงานอธิการบดี
2.	ศ.ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	รองประธานกรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
3.	นพ.วรรณะ อุณาภูล	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์
4.	ดร.พิศมัย หอมจำปา	กรรมการ	คณะสาธารณสุขศาสตร์
5.	ดร.สมโภชน์ อเนกสุข	กรรมการ	คณะศึกษาศาสตร์
6.	ศศ.ดร.วุฒิชชาติ สุนทรสมัย	กรรมการ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
7.	ดร.วรเทพ มุฑรธรรม	กรรมการ	สถาบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล
8.	นางสาวสุชาดา มณีสุธรรม	กรรมการ	งานวินัยและนิติกร กองการเจ้าหน้าที่
9.	รศ.ดร.วรรณิ เตียววิเศษ	กรรมการและเลขานุการ	สำนักงานอธิการบดี
10.	นางสาวกฤษณา วีระญาโณ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา
11.	นางสาวรุ่งนภา มานะ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา

**ใบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ**





บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
 รับที่ 1419 เวลา 14:37 น.  
 วันที่ 11 ก.ย. 2551

**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ฝ่ายบัณฑิตศึกษา โทร 2836

ที่ ศธ 0528.04/ 1151 \_\_\_\_\_ วันที่ 11 กันยายน 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ด้วย นางสาวกรภัทร เสงอุดมทรัพย์ ได้รับทุนสนับสนุนให้ทำวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม” มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการขอให้เครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามความเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ของคุณชนิษฐา ชลาสนธิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ปี 2544 สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา เพื่อนำข้อมูลมาทำวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.กรภัทร เสงอุดมทรัพย์  
 (ดร. กรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์และการตลาด

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

1. บัณฑิตวิทยาลัย
  2. บุคลากรประจำคณะพยาบาลศาสตร์
- พณฯ รองอธิการบดี

11 ก.ย. 51

12 ก.ย. 51  
 12 ก.ย. 2551

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชณีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์