

ผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด ต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Effects of the Consciousness Transformation Program on Patients with HIV/AIDS

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

อาทิตา ปันณานุสรณ์¹ และ พรรณีพิทา ศักดิ์ทอง^{2*}

¹ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ติดต่อผู้พิมพ์: Phantipa.S@chula.ac.th

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556;8(3):112-121

Atita Pannanusorn¹ and Phantipa Sakthong^{2*}

¹ Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author: Phantipa.S@chula.ac.th

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2013;8(3):112-121

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของอาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ **วิธีการศึกษา:** การวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลและติดตามผล ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างมีนาคมถึงพฤศจิกายน 2555 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวนทั้งสิ้น 107 คน ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มที่ได้เข้าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด 41 คน และกลุ่มที่ดูแลปกติตามมาตรฐานโรงพยาบาล 66 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ได้แก่ การรายงานโดยผู้ป่วย แบบประเมิน Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D) ความถี่ของอาการของเอชไอวี (HIV-related symptoms) แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ (Spiritual well being scale of the AIDS patients) และระดับของสติ (Philadelphia Mindfulness Scale; PHLMS) **ผลการศึกษา:** เมื่อวิเคราะห์ผลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมอบรมทุกราย พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยรายงาน (2.8 และ -0.7 ตามลำดับ, $P < 0.01$) และจาก SMAQ (2.9 และ -0.1, $P < 0.05$) คุณภาพชีวิต (0.06 และ -0.02, $P < 0.01$) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (0.2 และ 0.1, $P < 0.05$) ระดับสติเกี่ยวกับการตระหนักรู้ (5.0 และ -0.02, $P < 0.01$) และความถี่ของอาการของเอชไอวี (-2.4 และ 0.8, $P < 0.01$) ในขณะที่ระดับความเครียด (-1.2 และ -0.4, $P > 0.05$) และระดับของสติเกี่ยวกับการยอมรับ (1.5 และ 1.7, $P > 0.05$) ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป:** โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ คุณภาพชีวิต ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เพิ่มระดับสติเกี่ยวกับการตระหนักรู้และลดความถี่ของอาการเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด, เอชไอวี, เอดส์

Abstract

Objective To examine the effects of the consciousness transformation program for stress management (CTSM) on antiretroviral therapy (ART) adherence, health-related quality of life, the frequency of HIV-related symptoms, symptoms of stress, spiritual well being and mindfulness. **Method:** A randomized controlled trial was conducted with enrollment and follow-up at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between March and November 2012. One hundred and seven people living with HIV, forty-one subjects were randomly assigned to CTSM group and 66 subjects in the treatment as usual (TAU) standard care condition group. Thai version questionnaires included ART adherence (Self report, Simplified Medication Adherence Questionnaire: SMAQ), EuroQOL (EQ-5D), HIV-related symptoms, Srithanya Test 5 (ST5), Spiritual well being scale of the AIDS patients and Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) were used for data collection at the beginning and at the end of the experiment. **Results:** An intent-to-treat analysis found significant benefits of CTSM. Participants in CTMS group showed improvement in ART adherence by self report (2.8 vs. -0.7, $P < 0.01$), SMAQ (2.9 vs. -0.1, $P < 0.05$), quality of life (0.06 vs. -0.02, $P < 0.01$), spiritual well-being (0.2 vs. 0.1, $P < 0.05$) and awareness (5.0 vs. -0.02, $P < 0.01$). The frequency of HIV-related symptoms reduced significantly in CTMS group compared to the TAU group (-2.4 VS 0.8, $P < 0.01$). There were no significant differences in level of stress (-1.2 VS -0.4, $P > 0.05$) and acceptance (1.5 VS 1.7, $P > 0.05$). **Conclusion:** Five weeks CTSM had positive effects on ART adherence, quality of life, spiritual well being, awareness and frequency of symptoms in patients with HIV/AIDS.

Keywords: consciousness transformation program for stress management, HIV, AIDS

บทนำ

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง กระทั่งต่อชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง ติดเชื้อได้ง่าย ร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยมักมีความเครียดและวิตกกังวลสูงทั้งจากปัญหาสุขภาพและทัศนคติที่สังคมมองผู้ป่วยในด้านลบ ขาดการยอมรับจากบุคคลอื่น

ในขณะที่เดียวกันก็มีความต้องการทางจิตวิญญาณที่จะได้รับความรัก ความเข้าใจ การให้อภัยจากบุคคลอื่น¹ ดังนั้นนอกจากการให้การดูแลรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสซึ่งเป็นการเยียวยาทางร่างกายแล้ว การเยียวยาทางจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงเป็นสิ่งสำคัญในแนวทางการรักษาสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ สามารถเผชิญกับความ

เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ในปัจจุบันจึงได้มีการประยุกต์ใช้สมาธิทางคลินิกเพื่อบำบัดรักษาทางกาย - จิต และส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาที่นำโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR) มาใช้ร่วมกับการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการเจริญสติมีผลในการควบคุมระดับ CD4 ให้คงที่² ลดระดับความเครียดและลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส³ เพิ่มจำนวนและการทำงานของเซลล์สำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย⁴ เพิ่มสุขภาวะทางจิต⁵ ลดระดับความเครียด เพิ่มระดับอารมณ์ด้านบวก ทำให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง⁶

โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดพัฒนาขึ้นโดย รศ.นพ.รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโปรแกรมสมาธิบำบัดที่รวบรวมแนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติทางศาสนา ปรัชญาทางด้านตะวันออกผสมผสานกับหลักจิตวิทยาทางตะวันตก เลือกเฉพาะส่วนที่เป็นแก่นสาระสำคัญ และสามารถนำมาฝึกปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน โปรแกรมนี้ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาหรือความเชื่อ สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย โปรแกรมการฝึกมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในแต่ละสัปดาห์⁷ ประกอบด้วย

1. การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 1: การกำหนดรู้ลมหายใจ (Breathing meditation: recognition)
2. การฝึกสมาธิลมหายใจขั้นที่ 2: การเฝ้าดูลมหายใจ (Breathing meditation: awareness)
3. การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
4. การระลึกรู้อารมณ์/การยอมรับอารมณ์ (Emotional recognition/acceptance)
5. การเฝ้าดูอารมณ์และความรู้สึกทางกาย (Emotional contemplation)
6. การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขความคิด (Awareness of thought and conditionings)
7. การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ (Absolute self-acceptance)
8. การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรัก/ความเข้าใจ (Consciousness of love and understanding)

รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในการลดความเครียดและเพื่อพัฒนาโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การทำสมาธิ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทั่วไป ผู้สนใจจำนวน 139 คน รับการฝึกสัปดาห์ละครั้งติดต่อกันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วัดผลด้วยค่าคะแนนอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน Symptom checklist-90 (SCL-90) ทั้งก่อนและหลังการฝึก พบว่าค่าคะแนนในหมวดต่าง ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 8 ใน 9 หมวด ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (interpersonal sensitivity) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) อารมณ์วิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) ความรู้สึกหวาดระแวง (paranoid ideation) และพฤติกรรมบ่งชี้อาการจิตจจริต (psychoticism) โปรแกรมการเปลี่ยนแปลง

จิตสำนึกเพื่อคลายเครียดจึงช่วยเสริมการรักษาทางจิตเวช รวมทั้งช่วยลดอาการความเครียดในบุคคลทั่วไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ⁸ ซึ่งทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 25 คน ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน SCL-90 พบว่ามีค่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 3 หมวด ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ อารมณ์ซึมเศร้า และความกลัวโดยไม่มีเหตุผล จึงสามารถช่วยลดอาการทางจิตเวชในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ได้

กิริณา แต่อารักษ์ และคณะ⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่มีผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มความจำของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด จำนวน 60 ข้อของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตและแบบวัดความจำของ Wechsler Memory Scale form I เก็บข้อมูลครั้งแรกก่อนเริ่มทดลองและครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่ฝึกตามโปรแกรมครบถ้วนมีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมีความจำระยะสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดจึงสามารถลดความเครียดและเพิ่มความจำของนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมได้

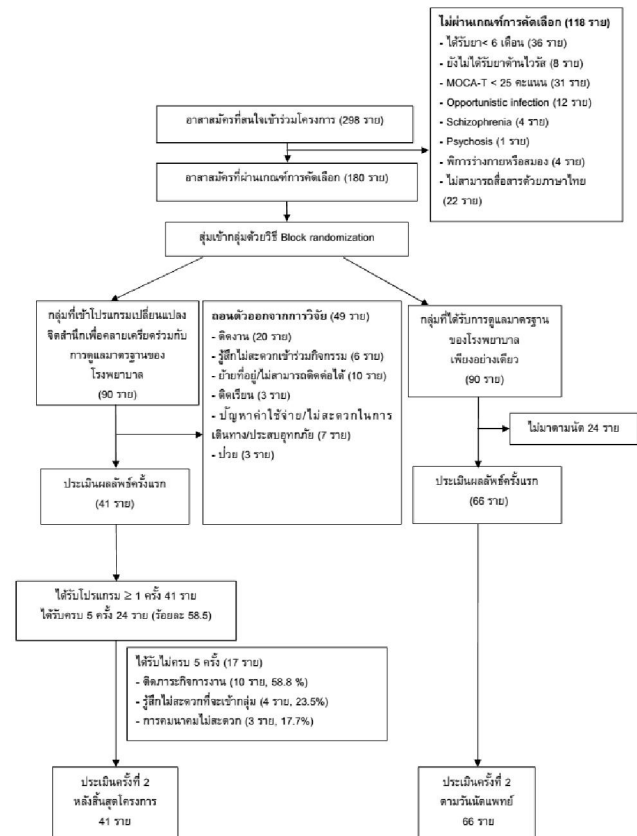
วัลลภา ศรีบุญพิมพ์สวย และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาผลของการทำสมาธิในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 199 คน ประยุกต์ใช้แนวทางการปฏิบัติจากโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด แต่ลดระยะเวลาเดิมจาก 8 สัปดาห์เป็น 5 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการคลอดก่อนกำหนด คะแนน APGAR scores นำหน้าทารกหลังคลอด และระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกการทำสมาธิสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความถี่ของอาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับของสติ

วิธีการศึกษา

การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อน-หลังการฝึกตามโปรแกรมระยะเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของสถาบันบาราศนราดูล ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2555 โดยโครงการนี้

ได้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร (หนังสืออนุมัติเลขที่ BIR-11-31 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2555) เกณฑ์คัดเข้าคือกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อายุมากกว่า 18 ปี รับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และสามารถฟัง อ่าน พูด เป็นภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อม (Cognitive impairment) จากการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาด้วยเครื่องมือที่มีชื่อว่า The Montreal Cognitive Assessment Test (MOCA-T)^{11,12} ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ดิทยาเสพติด ป่วยเป็นจิตเวชรุนแรง ผู้ป่วยโรคสมองเรื้อรังและรุนแรง ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคสมอง ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคสมอง ผู้ป่วยที่ทุพพลภาพมีสุขภาพร่างกายอาการบ่งบอกถึงระดับของโรคที่เลวลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง ทั้งนี้ เนื่องจากระยะเวลาของกิจกรรมที่นาน 5 สัปดาห์ จึงคัดเลือกผู้ป่วยที่มีร่างกายแข็งแรงเพียงพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และเนื่องจากอาสาสมัครต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองทั้งหมด และรายละเอียดการฝึกในแต่ละสัปดาห์มีเนื้อหาที่ต้องทำความเข้าใจจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมอง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าอิทธิพล (Effect Size)¹³ ค่าอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ 0.25 อำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 การศึกษานี้เลือก effect size ขนาดกลางเนื่องจากข้อจำกัดคือระยะเวลาเก็บข้อมูลที่มีจำกัดของผู้วิจัย จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 64 ราย รวมจำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 128 คน ด้วยการประชาสัมพันธ์แผนกต่าง ๆ ของสถาบันบำราศนราดูร มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 298 ราย มีอาสาสมัครผ่านเกณฑ์ 180 ราย ทำการจัดสรรตัวอย่างด้วยวิธีการจัดสรรแบบบล็อก (block randomization) ขนาด 4 เพื่อให้จำนวนอาสาสมัครแต่ละกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มศึกษาที่ได้รับการฝึกโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดระยะเวลา 5 สัปดาห์ร่วมกับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาลจำนวน 90 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการมาตรฐานของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จำนวน 90 ราย โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดเป็นกิจกรรมกลุ่มแบบปิดจำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 10 - 15 คน ผู้วิจัย (อาทิตา ปันณานุสรณ์) เป็นผู้ดำเนินกิจกรรม กำหนดวันร่วมกิจกรรมและออกใบนัดหมายให้อาสาสมัครทราบล่วงหน้า 1 เดือน และโทรศัพท์ติดตามอาสาสมัครเพื่อยืนยันการเข้าร่วมโครงการ 1 สัปดาห์ก่อนการเริ่มกิจกรรม มีกลุ่มอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา จำนวน 41 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 66 ราย อาสาสมัครที่ไม่สามารถติดตามกลับมาร่วมกิจกรรมจำนวน 73 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 49 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

อาสาสมัครในกลุ่มศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม 41 ราย มีผู้ที่เข้าฝึกอบรมครบทั้ง 5 ครั้ง จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 58.5) สาเหตุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเกิดจาก ดิทยาภาระกิจการทำงาน 10 ราย (ร้อยละ 58.8) รู้สึกไม่สะดวกที่จะเข้ากลุ่ม 4 ราย (ร้อยละ 23.5) และการคมนาคมไม่สะดวก 3 ราย (ร้อยละ 17.7) จำนวนครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา

จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม	จำนวนคน (%)
5	24 (58.5)
4	6 (14.6)
3	2 (4.9)
2	4 (9.8)
1	5 (12.2)

อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง รวม 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน^{7,10} รายละเอียดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์แสดงในตารางที่ 2 และอาสาสมัครจะต้องฝึกด้วยตนเองที่บ้าน แบ่งการฝึกเป็นสองช่วง คือ ช่วงเวลาแห่งความสงบเพื่อให้จิตใจได้กลับมาสงบและผ่อนคลาย โดยให้ผู้ฝึกใช้เวลา 2 - 3 นาที ทุก 2 ชั่วโมงในระหว่างที่กำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

ในช่วงเวลา 8.00 น. 10.00 น. 12.00 น. 14.00 น. และ 16.00 น. เพื่อฝึกตามแบบปฏิบัติของสัปดาห์นั้น และช่วงกลางคืนก่อนนอน หรือช่วงเวลา 20.00 น. ใช้เวลา 30 นาที ซึ่งจะได้มีเวลาฝึกที่ยาวนานขึ้นให้ฝึกต่อเนื่องทุกวัน บันทึกผลและปัญหาในการปฏิบัติลงในแบบบันทึกประจำวัน ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงพฤศจิกายน ได้ดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 4 กลุ่ม

ตารางที่ 2 รายละเอียดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์^{7,10}

สัปดาห์ที่	กิจกรรมการฝึก
1	การกำหนดรู้ลมหายใจและเฝ้าดูลมหายใจ (Breathing meditation, recognition and awareness)
2	การเฝ้าดูความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation awareness)
3	การระลึกอารมณ์ การยอมรับอารมณ์ การเฝ้าดูอารมณ์ และความรู้สึกของร่างกาย (Recognition, acceptance and contemplation of emotions)
4	การเฝ้าดูความคิด และเงื่อนไขความคิด (Awareness of thought and conditionings)
5	การยอมรับตนเองอย่างสมบูรณ์ การพัฒนาจิตสำนึกแห่งความรักและความเข้าใจ (Absolute self-acceptance, loving-kindness)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ทำการทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 146 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดมี 7 เครื่องมือ ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสจากการรายงานโดยผู้ป่วย (self report)¹⁴ แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)^{15,16} คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQOL (EQ-5D)^{17,18} ความถี่ของอาการของเอชไอวี (HIV-related symptoms)¹⁹⁻²² แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (Srithanya Test 5; ST5)^{23,24} ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ (Spiritual Well-being Scale of the AIDS Patients)²⁵ และระดับของสติ (Philadelphia Mindfulness Scale; PHLMS)^{26,27} โดยให้อาสาสมัครเป็นผู้ประเมินผลลัพท์เองทั้งหมดในวันแรกที่มาร่วมกิจกรรม (pre-test) และประเมินผลลัพท์อีกครั้งในวันสุดท้ายที่สิ้นสุดกิจกรรม 5 สัปดาห์ (post-test) กรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมในวันสุดท้ายได้ ผู้วิจัยนัดประเมินผลลัพท์ครั้งสุดท้ายในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

ผลลัพท์ที่วัดมีดังนี้ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คุณภาพชีวิต ความถี่ของอาการของเอชไอวี ความเครียด ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และระดับสติ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด คือ ที่ระดับมากกว่าร้อยละ 95 มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา²⁸ การติดตามระดับความร่วมมือในการใช้ยามีหลายวิธี เช่น การนับเม็ดยาที่เหลือจากการใช้ การตรวจวัดระดับยาในเลือด การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและเสียแตกต่างกันจึงควรใช้เครื่องมือในการติดตามมากกว่า 1 ชนิด¹⁴ สำหรับงานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือ 2 วิธี ที่มีความสะดวกประหยัด ได้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ การรายงานโดยผู้ป่วย¹⁴ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรับประทานยาของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และเครื่องมือ SMAQ^{15,16}

ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 6 ข้อ คำนวณเป็นค่าร้อยละ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ SMAQ ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3,004 ราย จากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 64 แห่งในประเทศสเปน พบว่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75) มีระดับความเที่ยงเชิงความสอดคล้องระหว่างบุคคลยอมรับได้ (ค่า Kappa เท่ากับ 0.74)¹⁵ ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ SMAQ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 146 คน พบว่าค่อนข้างต่ำ (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.58) ทั้งนี้ ผู้วิจัยตัดสินใจใช้ SMAQ เพราะสะดวก ประหยัด รวดเร็ว ให้คำตอบทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ สามารถใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากได้พร้อมกัน ทั้งนี้ การที่ค่า Cronbach's alpha ของ SMAQ มีค่าน้อย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากค่า Cronbach's alpha ขึ้นกับจำนวนข้อคำถามด้วย มีจำนวนคำถามน้อยค่า Cronbach's alpha มักมีค่าน้อยตามไปด้วย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQOL (EQ-5D)^{17,18} เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ประกอบด้วยคำถาม 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (usual activities) ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย (pain/discomfort) ความวิตกกังวลและซึมเศร้า (anxiety/depression) คำตอบในแต่ละมิติประกอบด้วยตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ -0.454 ถึง 1 ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง การตาย คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ส่วนคะแนนติดลบ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะที่แย่กว่าการตาย¹⁸ การศึกษาของ พรพนทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ^{19,29} ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในกับกลุ่มผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องพบว่ายอมรับได้ (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.77)²⁹ และในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีของสถาบันบำราศนราดูร พบมีความสอดคล้องค่อนข้างน้อย (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.56)¹⁹ การศึกษานี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ EQ-5D พบว่ามีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.61 ซึ่งค่อนข้างน้อย ต่ำกว่าค่าที่แสดงถึงระดับที่ยอมรับได้ คือ 0.7³⁰ อย่างไรก็ตามค่า alpha นี้ขึ้นกับจำนวนคำถามด้วย เครื่องมือ EQ-5D มีข้อคำถามเพียง 5 ข้อ จึงอาจทำให้ได้ค่าที่ค่อนข้างต่ำ

ความถี่ของการเกิดอาการของเอชไอวี (HIV-related symptoms)¹⁹⁻²² แบบประเมินประกอบด้วยกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี จำนวน 18 อาการ คำตอบประกอบด้วยตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการนี้เลย มีอาการนี้บ้าง มีอาการนี้บ่อย และมีอาการนี้ทุกวัน ผลการรวมคะแนนที่ได้อยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 54 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความถี่ของอาการของเอชไอวีมาก การศึกษานี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้อง

ภายในของแบบประเมินอาการของเอชไอวี มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.80

แบบประเมินความเครียด (Srithanya Test 5; ST5)²³⁻²⁴ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คำตอบประกอบด้วยตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ รวมคะแนนไม่เกิน 15 คะแนน ผลการรวมคะแนนสามารถแบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เครียดน้อย (0 - 4 คะแนน) เป็นความเครียดในชีวิตประจำวันในแต่ละคนสามารถปรับตัวได้เอง รวมทั้งสามารถดูแลผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนได้ เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เป็นความเครียดในระดับที่ยังถือว่าปกติ ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) ถือว่ามีความเสี่ยง ทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นชั่วคราว ควรมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) เป็นระดับที่รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายให้อ่อนแอเจ็บป่วยง่าย ส่งผลต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดความผิดปกติได้ การศึกษาของ อรรพรรณ ศิลปะกิจ²³ ทดสอบความสอดคล้องภายในจากทดสอบในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 110 ราย พบว่ามีระดับสูง (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85) ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ST-5 ไปทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในมีระดับยอมรับได้ (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.77)

ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์²⁵ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ 2 ด้าน ดังนี้ คือ ความผาสุกในการดำเนินชีวิตและความผาสุกด้านความผูกพันยึดมั่นกับศาสนา คำตอบในแต่ละข้อประกอบด้วยตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยสามารถแบ่งความผาสุกด้านจิตวิญญาณเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (1.00 - 1.49 คะแนน) ความผาสุกน้อย (1.50 - 2.49 คะแนน) ปานกลาง (2.50 - 3.49 คะแนน) มาก (3.50 - 4.49 คะแนน) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณมากที่สุด (4.50 - 5.00 คะแนน) การศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวลัย²⁵ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จำนวน 30 ราย พบว่ามีระดับสูง (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90) ในการศึกษา ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณไปทดสอบพบมีความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในระดับดี (ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87)

ระดับสติ Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)²⁶⁻²⁷ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่ การตระหนักรู้ (awareness) และการยอมรับ (acceptance) คำตอบประกอบด้วยตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อย ๆ และบ่อยมาก ผลการรวมคะแนนในแต่ละหมวดอยู่ในช่วงระหว่าง 10 - 50 การศึกษาของชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และคณะ²⁷ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเมื่อแปลเป็นภาษาไทยและ

ทดสอบความเที่ยงในการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยบุคลากรภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 คน ได้ค่า Pearson's correlation ของการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ เมื่อนำไปทดสอบกับบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 103 ราย มีค่า Cronbach's alpha ของการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมิน PHLMS ไปทดสอบความเที่ยง มีค่า Cronbach's alpha ของการตระหนักรู้ และการยอมรับเท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย t-test สำหรับค่าเฉลี่ยและ chi-square test ความถี่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนที่เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS for Window version 17 ตามกลุ่มที่ถูกแบ่งไว้ตอนต้น (intention-to-treat analysis) ทั้งนี้ Test of normality พบว่าข้อมูลของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงของค่าต่าง ๆ ที่ศึกษามีการกระจายแบบปกติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สาเหตุของการติดเชื้อ ระดับ CD4 ในร่างกาย ระดับ CD4 เฉลี่ย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และระดับพุทธิปัญญา ดังตารางที่ 3 พบว่าไม่ต่างกัน ยกเว้นอายุที่พบว่าอายุเฉลี่ยของอาสาสมัครกลุ่มศึกษา (43.2 ปี) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (38.4 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.01$) สาเหตุมาจากกลุ่มศึกษาที่เป็นวัยรุ่น มีอาชีพเป็นนักเรียน-นักศึกษา ปฏิเสธการกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากติดภารกิจการเรียนและให้ความสำคัญกับการพัฒนาจิตใจน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ผล

ผลการประเมินผลลัพธ์ครั้งแรก (ตารางที่ 4) พบว่าอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ค่อนข้างสูง กลุ่มศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินด้วยวิธีรายงานโดยผู้ป่วยและ SMAQ เฉลี่ย เท่ากับ 95.8 และ 92.9 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98.3 และ 94.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าอาสาสมัครมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี โดยค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในกลุ่มศึกษามีค่าเท่ากับ 0.75 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ของการเกิดอาการของเอชไอวี พบว่ามีความถี่ของอาการของเอชไอวีในระดับต่ำมาก ตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม นั่นคือกลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.5 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 5.6 มีระดับความ -

ตารางที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

ลักษณะทั่วไป	จำนวนตัวอย่าง (%)		P-value ^S
	กลุ่มศึกษา (n = 41)	กลุ่มควบคุม (n = 66)	
เพศ (จำนวน, %)			
ชาย	25 (61.0)	40 (60.6)	0.97
หญิง	16 (39.0)	26 (39.4)	
อายุ (ปี) (mean, SD)	43.2 (9.1)	38.4 (8.3)	0.01
ระดับการศึกษา (จำนวน, %)			
ประถมศึกษา	7 (17.7)	10 (15.2)	0.31
มัธยมศึกษา	15 (36.6)	21 (31.8)	
อนุปริญญา	6 (14.6)	20 (30.3)	
≥ ปริญญาตรี	13 (31.7)	15 (22.7)	
อาชีพ (จำนวน, %)			
ว่างงาน	1 (2.4)	4 (6.0)	0.57
ข้าราชการ	5 (12.2)	4 (6.1)	
รับจ้าง	19 (46.3)	25 (37.9)	
แม่บ้าน	3 (7.3)	3 (4.5)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	11 (26.8)	23 (34.8)	
นักเรียน-นักศึกษา	0	3 (4.5)	
พนักงานบริษัทเอกชน	2 (4.9)	2 (3.0)	
เกษตรกร	0	2 (3.0)	
สาเหตุของการติดเชื้อ (จำนวน, %)			
Heterosexual	33 (80.5)	47 (71.2)	0.63
Homosexual	6 (14.6)	15 (22.7)	
ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	1 (2.4)	1 (1.5)	
ติดเชื้อจากครกตำรามาสด/ผลิตภัณฑ์จากเลือด	1 (2.4)	3 (4.5)	
ระดับ CD4 ในร่างกาย (cell/μm) (จำนวน, %)			
< 200	6 (14.6)	12 (18.2)	0.47
200 – 499	25 (61.0)	29 (43.9)	
≥ 500	10 (24.4)	25 (37.9)	
ระดับ CD4 เฉลี่ย (cell/μm) (mean, SD)	392.0 (209.5)	413.4 (231.5)	0.64
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (ปี) (mean, SD)	9.0 (5.5)	8.8 (5.8)	0.85
ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส (ปี) (mean, range)	6.5 (0.5-13)	5.6 (0.5-19)	0.31
ระดับทุพบุรุษปัญหา MOCA-T** (mean, SD)	27.1 (1.8)	27.0 (1.5)	0.78

^S ทดสอบโดย chi-square test สำหรับความถี่ และ T-test สำหรับค่าเฉลี่ย

** MOCA-T = The Montreal Cognitive Assessment Test

ความเครียดน้อย คือ กลุ่มศึกษามีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 4.2 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 และมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณที่สูง โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความผาสุกด้านจิตวิญญาณเฉลี่ยเท่ากับ 4.2 คะแนนเท่ากัน

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการศึกษานี้มีสุขภาพที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ อาสาสมัครกลุ่มศึกษาจะได้รับคู่มือโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึก เพื่อคลายเครียดพร้อมแบบบันทึกเวลาที่ได้กลับมาเฝ้าดูลมหายใจและความรู้สึกของร่างกาย และบันทึกปัญหาจากการฝึก แบบบันทึกดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ช่วยกระตุ้นความใส่ใจในการฝึกปฏิบัติตามเนื้อหาแต่ละสัปดาห์ ความร่วมมือในการฝึกพิจารณาจากความสามารถในการดึงความรู้ตัวกลับมาเฝ้าดูลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบทุก 2 ชั่วโมงได้อย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง อาสาสมัครทุกรายมีความร่วมมือในการฝึกเป็นอย่างดี แม้ในช่วงสัปดาห์แรกจะไม่สามารถดึงความรู้สึกตัวกลับมาที่ลมหายใจได้ทุกครั้ง แต่เมื่อได้ฝึกอย่างสม่ำเสมอแล้วจึงพบว่าในระหว่างการทำกิจกรรมประจำวันสามารถดึงความรู้สึกตัวกลับมารับรู้ความรู้สึกของลมหายใจเข้าและออกได้ทุก 2 ชั่วโมงหรือบ่อยครั้งกว่านั้น และไม่

มีอาสาสมัครรายใดที่ไม่สามารถดึงความรู้สึกตัวกลับมารับรู้ความรู้สึกของลมหายใจในช่วงเวลาแห่งความสงบเลย

ตัวอย่าง ผลตอบรับจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ เป็นดังนี้

“มาร่วมกิจกรรมแล้วรู้สึกจิตใจจดจ่อ สงบต่อเนื่อง ไม่มีความคิดวอกแวกเลย”

“เมื่อก่อนนอนหลับยาก เดี่ยวนี้กลับมาดูลมหายใจก่อนนอน นอนหลับได้ง่ายขึ้น”

“เมื่อก่อนใครมาหาเรื่องก็โกรธ โต้ตอบคำไป เดี่ยวนี้ใครรำไรใส่ ก็ดูความรู้สึกของร่างกาย และอารมณ์ในใจก่อนว่าเป็นอย่างไร

จะแสดงออกไปอย่างไรถึงจะสมเหตุสมผลกว่าเดิม บางครั้งก็หายโกรธไปเลย”

“สมาธิของโครงการนี้ใช้คำที่ฟังเข้าใจง่าย เอามาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย”

“สนุกดี ไม่น่าเบื่อ ควรจะขยายผลไปใช้กับคนไข้กลุ่มอื่น ๆ และไปใช้กับนักเรียน นักศึกษาด้วย”

“ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น เข้าใจตัวเองและรักตัวเองมากขึ้น”

“แต่ก่อนกลัวการมาโรงพยาบาล ไม่อยากให้คนรู้ว่าเราป่วยเป็นอะไร แต่ตอนนี้ยอมรับกับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น ไม่กลัวการมาโรงพยาบาลแล้ว”

“หัวใจที่มีสมาธิทางการแพทย์แบบนี้ด้วย ดีใจที่คนรุ่นใหม่หันมาสนใจกับการทำสมาธิมากขึ้น เพราะเราผมรู้สึกว่าการนี้ช่วยผมได้จริง จิตใจผมดีขึ้นจริง ๆ”

“ผมรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้รับจากการฝึกมันทำให้ผมแข็งแรงขึ้น หลังสิ้นสุดโครงการผมมีนัดเจาะเลือดพอดี ปรากฏว่า CD4 ของผมเพิ่มขึ้นด้วยนะครับ”

การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในอาสาสมัครทุกรายตามกลุ่มที่แบ่งไว้ตอนต้น (intention-to-treat analysis) ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มศึกษามีการเพิ่มขึ้นของระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส วิธีการรายงานโดยผู้ป่วยและโดยเครื่องมือ SMAQ มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 2.8 และ 2.9 คะแนนตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.06 คะแนน ระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น 0.2 คะแนน ระดับสติเกี่ยวกับการตระหนักรู้เพิ่มขึ้น 5.0 คะแนน ในขณะที่ความถี่ของอาการของเอชไอวีลดลง 2.4 คะแนน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ในกลุ่มศึกษาพบว่าต่างจากการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด พบว่ากลุ่มศึกษามีระดับความเครียดลดลง 1.2 คะแนน และการยอมรับเพิ่มขึ้น 1.5 คะแนน แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ผลเฉพาะในตัวอย่างกลุ่มทดลองที่เข้ารับการอบรมครบ 5 ครั้ง (n = 24) เทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผลการทดสอบเหมือน intention-to-treat analysis ยกเว้น ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ ของการศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยวิเคราะห์ทุกรายตามกลุ่มที่แบ่งไว้ตอนต้น (intention-to-treatment analysis)

	คะแนนเฉลี่ย (SD, Range)						P-value*
	กลุ่มศึกษา (n = 41)			กลุ่มควบคุม (n = 66)			
	ก่อน	หลัง	ความต่าง	ก่อน	หลัง	ความต่าง	
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส							
การรายงานโดยผู้ป่วย	95.8 (8.8, 57.1-100)	98.6 (5.1, 71.4-100)	2.8 (5.3)	98.3 (4.5, 85.7-100)	97.6 (5.2, 85.7-100)	-0.7 (5.5)	0.002
SMAQ	92.9 (6.9, 68.0-100)	95.9 (6.6, 64.3-100)	2.9 (5.5)	94.4 (7.0, 71.7-100)	94.2 (6.2, 79.5-100)	-0.1 (7.0)	0.019
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ							
EQ-5D	0.75 (0.2, 0.3-1.0)	0.82 (0.2, 0.5-1.0)	0.06 (0.2)	0.82 (0.2, 0.5-1.0)	0.80 (0.2, 0.4-1.0)	-0.02 (0.2)	0.006
ความถี่ของอาการของเอชไอวี	8.5 (6.3, 0-27)	6.1 (4.0, 0-13)	-2.4 (5.1)	5.6 (4.1, 0-15)	6.4 (4.6, 0-17)	0.8 (3.8)	0.000
ความเครียด	4.2 (3.0, 0-12)	3.0 (2.2, 0-10)	-1.2 (2.6)	3.7 (2.8, 0-12)	3.3 (2.8, 0-10)	-0.4 (2.4)	0.072
ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ							
การดำเนินชีวิต	4.1 (0.6, 40-75)	4.4 (0.5, 47-75)	0.3 (0.5)	4.1 (0.6, 38-75)	4.2 (0.6, 41-75)	0.1 (0.5)	0.103
ความผูกพันยึดมั่นในศาสนา	4.3 (0.5, 49-75)	4.4 (0.5, 46-75)	0.1 (0.4)	4.3 (0.5, 48-75)	4.3 (0.5, 44-75)	0.0 (0.4)	0.086
ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รวม)	4.2 (0.5, 89-148)	4.4 (0.5, 93-150)	0.2 (0.3)	4.2 (0.4, 96-150)	4.3 (0.5, 92-150)	0.1 (0.4)	0.037
ระดับของสติ							
การตระหนักรู้	31.3 (7.1, 16-42)	36.3 (8.3, 17-50)	5.0 (7.2)	32.1 (7.5, 10-50)	31.9 (7.7, 10-47)	-0.2 (5.5)	< 0.001
การยอมรับ	30.4 (8.1, 17-45)	31.9 (7.7, 18-50)	1.5 (8.3)	30.0 (8.3, 11-50)	31.6 (7.5, 17-50)	1.7 (6.9)	0.912

* ทดสอบความต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ repeated measure ANOVA

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ได้คัดเลือกอาสาสมัครที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์เพียงพอในการร่วมกิจกรรมที่มีระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการประเมินผลลัพธ์ครั้งแรกพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่สูง มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ความผาสุกด้านจิตวิญญาณสูง ความถี่ของอาการของเอชไอวีและความเครียดที่จัดอยู่ในระดับต่ำตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษาเมื่อทำวิเคราะห์ข้อมูลจากอาสาสมัครทุกรายพบว่าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดมีผลดีในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสทั้งจากการรายงานโดยผู้ป่วย และเครื่องมือ SMAQ เพิ่มระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งระดับสติเกี่ยวกับตระหนักรู้ และสามารถลดความถี่ของอาการของเอชไอวีได้ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้นมีสาเหตุมาจากการฝึกจิตใจให้มีวินัย ระดับของสติและการตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นฝึกให้จิตสามารถจดจ่อกับเรื่องที่สำคัญ เอาใจใส่ในทุกกิจกรรมที่ทำระหว่างวัน โดยเฉพาะวินัยในการรับประทานยาให้ตรงตามเวลา มีความรักตนเองและผู้อื่นที่พัฒนางองงามขึ้นในใจจึงหันกลับมาดูแลเอาใจใส่กับสุขภาพร่างกายตนเองด้วยการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมากยิ่งขึ้น

โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นของอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการที่ผู้ฝึกนำหลักการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์มาปรับใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างค่อยเป็นค่อยไป การมีทำที่ถูกต้องต่อการฝึกพร้อมรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตด้วยใจที่เป็นกลางก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ตัว เปลี่ยนวิธีการคิดและตอบสนองต่อสิ่งเร้า ก่อเกิดการปรับตัว สามารถจัดการแก้ไข

ปัญหาและใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับจากการศึกษาของ Robinson และคณะ⁴ ที่ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีชื่อ Functional Assessment of HIV Infection (FAHI) วิเคราะห์ผลเฉพาะในกลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งจำนวน 24 ราย (จากกลุ่มศึกษาทั้งหมด 46 ราย) และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 ราย ไม่พบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งมีสาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กทำให้อำนาจในการทดสอบมีไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ความแตกต่าง อย่างไรก็ตามเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ทั้งหมดยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมมากกว่านี้ในการยืนยันผลที่ชัดเจน

ผลการลดความถี่ของอาการของเอชไอวีในกลุ่มศึกษาอาจมีสาเหตุจากระดับสติมีความตระหนักรู้มากขึ้น รับรู้ความรู้สึกของร่างกายที่เกิดขึ้นด้วยความสงบ ไม่รู้สึกต่อต้าน จนกระทั่งความรู้สึกเจ็บป่วยเหล่านั้นหายไป รวมทั้งสาเหตุจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเนื่องจากผู้ป่วยใส่ใจกับการรับประทานยาให้ตรงเวลาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามอาสาสมัครในการศึกษานี้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง รับประทานยาต้านไวรัสมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ระดับอาการของอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มจัดอยู่ในระดับที่ต่ำมาก (กลุ่มศึกษา 8.5 คะแนน และกลุ่มควบคุม 5.6 ตามลำดับ) โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุมที่มีระดับอาการน้อยตั้งแต่ต้นอยู่แล้ว การลดระดับอาการให้ต่ำลงอีกจึงทำได้ยาก

ผลการลดระดับความเครียดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากการศึกษาของ กิรณา แต่อาารักษ์ และคณะ⁹ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด จำนวน 60 ข้อของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่านักศึกษาวិทยาลัยสาธารณสุขศาสตร์ที่

ฝึกตามโปรแกรมครบถ้วนมีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวัลลภา ศรีบุญพิมพ์สวย และคณะ¹⁰ เก็บข้อมูลระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกการทำสมาธิสามารถลดระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุที่การศึกษาระดับนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกิดจากการที่ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจึงจัดอยู่ในระดับเครียดน้อยตั้งแต่ก่อนเข้าร่วมโครงการ (กลุ่มศึกษา 4.2 คะแนน และกลุ่มควบคุม 3.7 คะแนน ตามลำดับ) หรือการที่อาสาสมัครมีสุขภาพจิตใจที่เข้มแข็งสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้จริง หรือการที่ผู้ตอบแบบประเมินไม่สามารถแยกความแตกต่างในการเลือกคำตอบของ ST-5 ระหว่าง “แทบไม่มี” และ “เป็นบางครั้งได้” ผู้ที่มีอาการตามข้อคำถามบ้างเป็นบางครั้งมีแนวโน้มจะเลือกตอบ “แทบไม่มี” จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การประเมินมีคะแนนต่ำยากที่จะลดระดับลงจากเดิมได้อีก

ความผาสุกด้านการดำเนินชีวิต และความผูกพันยึดมั่นในศาสนาไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (รวม) กลับพบมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากจำนวนข้อคำถามที่มากขึ้นทำให้เครื่องมือมีอำนาจในการแจกแจงความแตกต่างได้มากขึ้น การประเมินผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่มีต่อระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ พบว่าระดับความผาสุกด้านจิตวิญญาณเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลทางจิตวิญญาณมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพจิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มความรู้สึกมั่นใจ เห็นคุณค่าของชีวิต เห็นความหมายของการดำเนินชีวิตต่อไป ลดความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jam และคณะ⁵ พบว่าโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานมีผลเพิ่มสุขภาวะทางจิต และมีผลเพิ่มระดับ CD4 อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของรัชชัช ฤกษ์ณะประกฤษ และคณะ⁷ พบว่าค่าคะแนนอาการทางจิตในหมวดต่าง ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 8 ใน 9 หมวด ได้แก่ การย่ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (interpersonal sensitivity) อารมณ์ซึมเศร้า (depression) อารมณ์วิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobic anxiety) ความรู้สึกหวาดระแวง (paranoid ideation) และพฤติกรรมบ่งชี้อาการจิตกริต (psychoticism) โดยมีเหตุผลหลายประการ ได้แก่ 1) ผลของการฝึกตามโปรแกรมที่ประกอบด้วยการทำสมาธิ การเรียนรู้และเข้าใจอารมณ์ ความคิด การมีทัศนคติที่ยอมรับตนเอง มีความรักและเข้าใจตนเอง 2) ผลของการใช้กลุ่มบำบัดที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกภายในกลุ่ม 3) ผลจากความคาดหวัง ศรัทธาต่อวิธีการ

รักษาด้วยการทำสมาธิที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทย⁷

การทำสมาธิเพื่อให้ผู้ฝึกได้สังเกตและยอมรับกระบวนการความคิดโดยไม่สนใจวิเคราะห์ความคิดนั้น ช่วยให้เกิดสติสงบ ไม่ฟุ้งซ่านเพิ่มความสามารถที่จะใส่ใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นปัจจุบัน ทำให้เพิ่มระดับของสติเกี่ยวกับการตระหนักรู้ คือ ความรู้ตัวต่อสิ่งที่ใส่ใจในปัจจุบันขณะอันได้แก่ ลมหายใจ ความรู้สึกของร่างกาย ความคิด อารมณ์ที่เกิดขึ้น หลังสิ้นสุดโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียด เมื่อวิเคราะห์ผลหลังสิ้นสุดการทดลองจึงพบว่าระดับของสติเกี่ยวกับการตระหนักรู้ของอาสาสมัครกลุ่มศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gayner และคณะ⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานที่มีต่อระดับของความมีสติในกลุ่มผู้ป่วยชายรักชายจำนวน 117 ราย พบว่าหลังสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยมีระดับเพิ่มระดับของสติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มระดับของสติมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับความเครียด เพิ่มความคิดด้านบวก และทำให้อารมณ์ซึมเศร้ายาลดลง

การยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข ตระหนักรู้ในเงื่อนไข ความคิด และอารมณ์ที่มีอยู่โดยไม่ปฏิเสธ สามารถยอมรับความขัดแย้งในตนเอง และเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่เนื่องจากระยะเวลาของกิจกรรมที่สั้นเพียง 5 สัปดาห์ แม้ระดับการยอมรับจะเพิ่มสูงขึ้น ความขัดแย้งภายในจิตใจและการตำหนิตนเองจะลดลง แต่ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดที่มีต่อระดับการยอมรับในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น

การศึกษานี้มีจุดแข็ง คือ รูปแบบงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled clinical trial) จึงช่วยควบคุมปัจจัยภายนอกอื่นที่มีผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ เช่น การที่อาสาสมัครป่วยด้วยโรคทางร่างกาย หรือจิตใจอื่น ๆ ระหว่างการทำวิจัย สภาพแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ที่เกิดร่วมภายหลังการรับผู้ป่วยมาในการศึกษา มีการประเมินผลลัพธ์ที่หลากหลายที่ยังไม่เคยมีการทำการศึกษามาก่อน เช่น ระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการของเอชไอวี เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีจุดอ่อน คือ การติดตามผลของการศึกษาที่มีระยะเพียง 5 สัปดาห์ การคัดเลือกตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาความเครียดเข้ามาในการศึกษาขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีน้อยซึ่งอาจทำให้ statistical power ไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างของระดับความเครียด ความผาสุกด้านการดำเนินชีวิต และความผูกพันยึดมั่นในศาสนา และระดับสติเกี่ยวกับการยอมรับได้ การที่มีจำนวนอาสาสมัครที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งมากถึงร้อยละ 41.5 ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครทุกรายตามกลุ่มที่แบ่งไว้ตอนต้น (intention-to-treat analysis)

รวมทั้งการที่ไม่สามารถปิดปิดได้ว่ากลุ่มตัวอย่างใดที่จะได้รับหรือไม่ได้รับโปรแกรมซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการประเมินผลลัพธ์ได้ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก เช่น ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย 0.06 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1 ความแตกต่างนี้แม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากค่าความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มศึกษามีระดับที่ต่ำกว่าค่าความแตกต่างที่น้อยที่สุดที่สามารถแสดงนัยสำคัญทางคลินิก (Minimally important difference; MID) ของเครื่องมือ EQ-5D³¹ ที่มีค่าเท่ากับ 0.074 เป็นต้น และเหตุที่ใช้ EQ-5D เพราะมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ EQ-5D ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน¹⁹

สรุป

การประยุกต์ใช้โปรแกรมเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดระยะเวลา 5 สัปดาห์ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพิ่มระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เพิ่มระดับการตระหนักรู้และลดความถี่ของอาการของเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

จากการดำเนินการวิจัยและผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคตดังต่อไปนี้ ควรศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาความเครียด ติดตามผลการศึกษาในระยะเวลาที่นานขึ้น การติดตามระดับ CD4 ที่ 6 และ 12 เดือน เพื่อศึกษาว่าความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการฝึกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ CD4 ด้วยหรือไม่ และควรมีการขยายการศึกษาไปในกลุ่มโรคอื่น ๆ ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Tansriratanawong A. Spiritual healing in Buddhist persons with HIV infection. M.N.S. (Adult Nursing) thesis. Bangkok. Mahidol University, 1998.
- Creswell JD, Myers HF, Cole SW, Irwin MR. Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: a small randomized controlled trial. *Brain Behav Immun* 2009;23(2):184-188.
- Duncan LG, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth SE, Hecht FM, Johnson MO. Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(2):161-171.
- Robinson FP, Mathews HL, Witek-Janusek L. Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *J Altern Complement Med* 2003;9(5):683-694.
- Jam S, Imani AH, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Koochak HE, Mohraz M. The effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program in Iranian HIV/AIDS patients: a pilot study. *Acta Med Iran* 2010; 48(2):101-106.
- Gayner B, Esplen MJ, DeRoche P, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *J Behav Med* 2012;35(3): 272-285.
- Krisanaprakornkit T, Maneekanond S, Rongbudsri S. Effectiveness of the consciousness transformation program for stress management. *J Psychiatrist Assoc Thailand* 2001;46(1):13-24.
- Piyavhatkul N, Krisanaprakornkit T, Boonrungsri P, Rongbudsri S, Singkhom-ard J. Effect of consciousness transformation program for first year medical students. *Conscious Transform Pro* 2001;46(4): 301-309.
- Taarak K, Preeprame S, Krisanaprakornkit The Effects of the consciousness transformation program for stress management on stress reduction and memory enhancement in the first year students at Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen province. *J Psychiatrist Assoc Thailand* 2010;55(2):165-175.
- Sriboonpimsuay W, Promthet S, Thinkhamrop J, Krisanaprakornkit T. Meditation for preterm birth Prevention: a randomized controlled trial in Udonthani, Thailand. *Inter J Publ Health Res* 2011;1(1):31-39.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(4) :695-699.
- Hemrungron S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version March 15, 2007. (Accessed on Dec. 27, 2011, at <http://www.cueid.org/content/view/2764/0/>)
- Cohen J. Quantitative Methods in Psychology. *Psychol Bull* 1992; 112(1):155-159.
- Hirundit A. Strategies to improve adherence to antiretroviral therapy. In: Montakantikul P, Sontisombut P, Pachayakul S, Puttlerpong C (ed.). The manual for pharmacist - the care of HIV/AIDS patients. Bangkok. Pharmacist Initiative for Patients Living with HIV/AIDS (Thailand), 2008: pp. 253-282.
- Knobel H, Alonso J, Casado JL, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002;16(4):605-613.
- Tunpongcharoen S. Educational intervention by pharmacist on adherence to antiretroviral therapy at Vachiraphuket Hospital. M.Sc. (Pharmacy) thesis. Bangkok. Chulalongkorn University, 2003.
- Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37(1):53-72.
- Tongsiri S. The Thai population-based preference scores for EQ-5D health states. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2009.
- Sakthong P, Schommer JC, Gross CR, Prasithsirikul W, Sakulbumrungsil R. Health utility in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value in Health* 2009;12(2):377-384.

20. Cleary PD, Fowler FJ, Jr., Weissman J, et al. Health-related quality of life in persons with acquired immune deficiency syndrome. *Med Care* 1993;31(7):569-580.
21. Cunningham WE, Bozzette SA, Hays RD, Kanouse DE, Shapiro MF. Comparison of health-related quality of life in clinical trial and nonclinical trial human immunodeficiency virus-infected cohorts. *Med Care* 1995;33(4 Suppl):AS15-25.
22. Whalen CC, Antani M, Carey J, Landefeld CS. An index of symptoms for infection with human immunodeficiency virus: reliability and validity. *J Clin Epidemiol* 1994;47(5):537-546.
23. Silpakit O. Srithanya stress scale. *J Mental Health Thailand* 2008;16(3): 177-182.
24. Department of Mental Health. Srithanya stress scale (ST-5). (Accessed on March 19,2012, at <http://www.dmh.go.th/test/qttests/>)
25. Praiswan C. Relationships between personal factor, religious practices, nursing caring behaviors, and spiritual well-being of AIDS patients in Bumrasnaradura Hospital. M.N.S. (Nursing administration) thesis. Bangkok. Chulalongkorn University, 1997.
26. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment* 2008;15(2):204-223.
27. Silpakit C, Silpakit O, Wisajun P. The validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai version. *J Mental Health Thailand* 2011; 19(3):140-147.
28. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000;133(1):21-30.
29. Sakthong P, Kasemsup V. Health-related quality of life and health utility in Thai patients with peritoneal dialysis. Poster presentation at the 16th Annual Conference of International Society for Quality of Life Research. New Orleans USA during October 28-31, 2009.
30. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research* 2002;11:193-205.
31. Walters SJ, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. *Qual Life Res* 2005;14(6):1523-1532.

Editorial note
*Manuscript received in original form on January 15, 2013;
 accepted in final form on July 30, 2013.*