

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ชญาณิษฐ์ แก่นกาญจน์, สศ.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 39 คน โปรแกรมมีระยะเวลา 10 สัปดาห์ พัฒนาตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง การติดตามผ่านสื่อออนไลน์ และการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความเครียด (Caregiver Strain Index: CSI) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon Signed-Rank Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 6.82 ± 1.78 คะแนน และค่ามัธยฐาน 7 คะแนน ($Q1-Q3 = 5-8$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเป็น 5.54 ± 1.54 คะแนน และค่ามัธยฐาน 6 คะแนน ($Q1-Q3 = 4-7$) โดยคะแนนความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.93, p < .001$) และร้อยละ 84.6 มีคะแนนความเครียดลดลง ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดมีประสิทธิผลในการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเครียด, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ความเครียด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน จังหวัดศรีสะเกษ; E-mail: khonde@gmail.com

The effect of a stress management program on stress levels among community-based caregivers of the elderly Ban Khanun Subdistrict health promoting hospital, Khukhan district, Sisaket province

Chayanit kaenkan, B.P.H.¹

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of a stress management program for caregivers of dependent elderly individuals in the community within the service area of Ban Khanun Sub-district Health Promotion Hospital, Khukhan District, Sisaket Province. It was a quasi-experimental study using a single-group pre- and post-test design. The sample consisted of 39 caregivers of dependent elderly individuals. The 10-week program, developed based on Lazarus and Folkman's theory of stress and coping, comprised five activities: group activities, two home visits, online follow-up, and focus group discussions. Data were collected using the Caregiver Strain Index (CSI) and a satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed-Rank Test at a significance level of .05.

The results showed that before participating in the program... The sample group had an average stress score of 6.82 ± 1.78 and a median of 7 (Q1–Q3 = 5–8). After participating in the program, the score decreased to 5.54 ± 1.54 and the median of 6 (Q1–Q3 = 4–7). The post-program stress score reduction was statistically significant ($Z = -5.93$, $p < .001$), and 84.6% of participants experienced a decrease in stress scores. Overall participant satisfaction with the program was high ($\bar{x} = 4.03$). In conclusion, the stress management program is effective in reducing stress among caregivers of dependent elderly individuals in the community.

Keywords: Stress management program, Caregivers of the elderly, Dependent elderly, Stress

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Khanun Sub-district Health Promotion Hospital, Sisaket Province; E-mail: khonde@gmail.com

บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) อย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การพัฒนาเศรษฐกิจ และอัตราการเกิดที่ลดลง ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2020 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีประมาณ 1.06 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.13 พันล้านคน หรือประมาณร้อยละ 22 ภายในปี ค.ศ. 2050 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 12.2 ในปี ค.ศ. 2024 เป็นร้อยละ 22.9 ในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization [WHO], 2024, 2025a, 2025b, 2025c)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดย พ.ศ. 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,193,247 คน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) ในอนาคตอันใกล้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น และความต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ในครอบครัวและชุมชนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยยังอาศัยอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัว (Informal Caregivers) เป็นหลัก แม้จะมีระบบผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver: CG) ในระบบการดูแลระยะยาว แต่ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบบุคลากรสุขภาพและยังไม่มีฐานทะเบียนระดับชาติที่ระบุจำนวนได้อย่างครอบคลุม ผู้ดูแลจึงต้องรับมือกับภาระการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้เสี่ยงต่อภาระการดูแล (Caregiver Burden) ความเครียด ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver Burnout) และคุณภาพชีวิตที่ลดลง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ทั้งนี้ สุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อทั้ง

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ (WHO, 2021) โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2565 จากผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 114,135 คน พบกลุ่มติดบ้านร้อยละ 5.47 และติดเตียงร้อยละ 0.79 ขณะที่อำเภออุษณห์มีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 6,779 คน พบกลุ่มติดบ้านร้อยละ 11.42 และติดเตียงร้อยละ 0.87 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน อำเภออุษณห์ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2569 มีผู้สูงอายุ 591 คน และมีการจัดทำ Care Plan สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 83 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขนุน, 2569) สะท้อนถึงความจำเป็นของระบบสนับสนุนผู้ดูแลและการดูแลต่อเนื่องในระดับชุมชน

ที่ผ่านมา มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียดและภาระของผู้ดูแล โดยใช้แนวทางที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การผ่อนคลาย และการส่งเสริมการจัดการความเครียด ตัวอย่างเช่น จิราวัฒน์ ชาญสูงเนิน และธิดารัตน์ สุภานันท์ (2565) พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอนเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่สัญญา ปัญญา และคณะ (2567) พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดเชิงพุทธสำหรับพนักงานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 กิจกรรมในระยะเวลา 1 เดือน พบว่า ความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่า

โปรแกรมการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่วิธีการจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในกลุ่มโรคทั่วไปยังมีน้อยและมีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้กับบริบทชุมชน โดยเฉพาะการบูรณาการการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชน และการติดตามต่อเนื่องผ่านสื่อดิจิทัลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลในพื้นที่ชนบท ดังนั้น จึงควรพัฒนาโปรแกรมที่ไม่ได้มุ่งเฉพาะการให้ความรู้ แต่ผสมผสานการสร้างความสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนปัญหา การให้ความรู้และฝึกทักษะ การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนผ่านสื่อออนไลน์ และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนา โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การจัดการความเครียด การเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนผ่านสื่อออนไลน์ให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

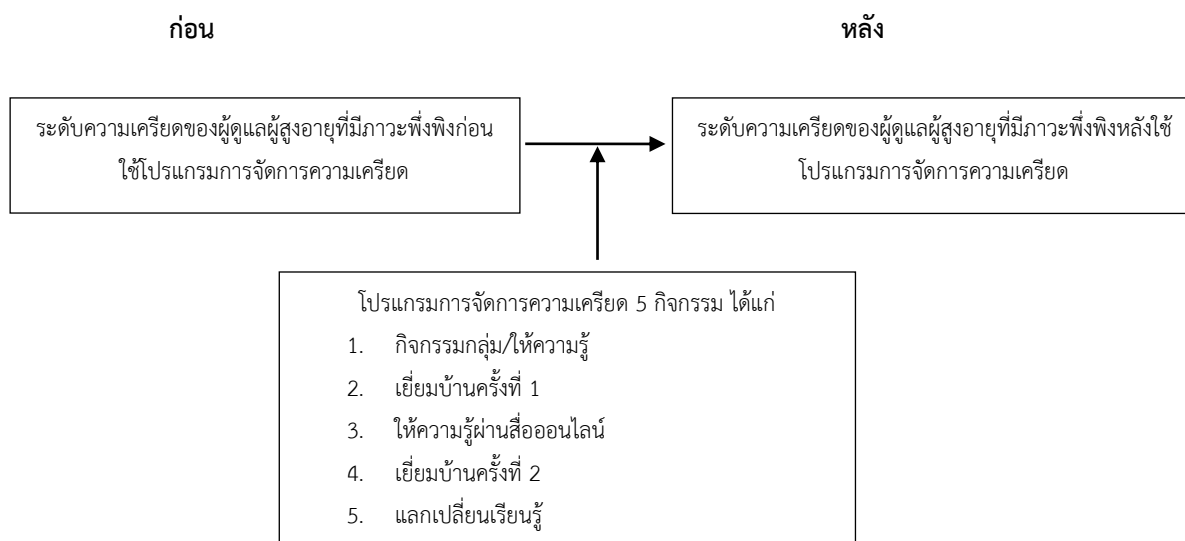
ผลการศึกษาจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ช่วยเหลืดูแลผู้สูงอายุ (CG) และภาคีเครือข่ายชุมชนในการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุน อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้แก่ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal), การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (Coping strategies) โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ โดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Richard S. Lazarus และ Susan Folkman (1984) ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์การดูแลอย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผ่านสื่อออนไลน์ ส่งผลให้สามารถลดระดับความเครียดและเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการ โปรแกรมการจัดการความเครียดรายละเอียดดังภาพที่ 2 ประกอบด้วย

1. สัปดาห์ที่ 1-2 จัดกิจกรรมกลุ่ม ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและประเมินความเครียดของผู้ดูแลก่อนการให้โปรแกรมฯ (Pre-test) โดยทีมผู้ช่วยวิจัย (อสม. และทีม CG) ดำเนินกิจกรรมระดมสมองและให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนะ โดยผู้เชี่ยวชาญฯ (พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข และผู้จัดการการดูแลฯ (CM)

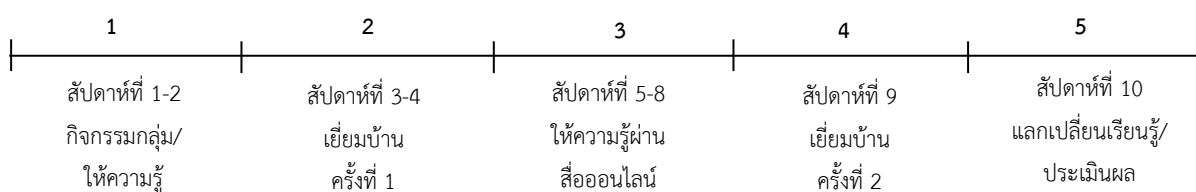
รวม 3 คน) พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ดูแล

2. สัปดาห์ที่ 3-4 การเยี่ยมบ้าน โดยที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) จำนวน 6 คน ที่ผ่านการอบรมชี้แจงขั้นตอนการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมฯ ดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินบริบทการดูแลผู้สูงอายุ ภาระการดูแล สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และสภาพจิตใจของผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้จะถูกใช้เพื่อวิเคราะห์ปัญหาเฉพาะราย และใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลแต่ละราย

3. สัปดาห์ที่ 5-8 ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line เสริมทักษะการเผชิญปัญหา โดยส่งสื่อให้ความรู้ด้านการจัดการความเครียด การคิดเชิงบวก และเทคนิคการผ่อนคลาย พร้อมทั้งสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม เช่น การตอบคำถาม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการนำความรู้ไปใช้

4. สัปดาห์ที่ 9 การเยี่ยมบ้าน โดยที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

5. สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) โดยวิทยากร และทีมผู้ช่วยวิจัย เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ประสพการณ์ ให้ข้อเสนอแนะผู้เข้าร่วมต่อโปรแกรมและประเมินผลดำเนินการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) และประเมินความพึงพอใจของโปรแกรมฯ



ภาพที่ 2 โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ≤ 11 คะแนน และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุน ตำบลโสน อำเภอูษันต์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 83 คน ตามข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุน พ.ศ. 2569 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขุน, 2569)

2. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้สูงอายุมีคะแนน ADL ≤ 11 คะแนน 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะทุพพลภาพหรือความผิดปกติด้านการรับรู้ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สนใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลที่ย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่ศึกษา หรือเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมไม่ครบร้อยละ 80

4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากประชากรทั้งหมด 83 คน แล้วดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยให้ผู้สุ่มผ่านเกณฑ์ทุกคนมีโอกาสได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

5. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรผลลัพธ์หลัก คือคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาของพรสวรรค์ มีชิน (2564) ซึ่งศึกษาผลของการจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 8.08 และ 5.93 คะแนน ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 คะแนน และรายงานขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.40 ผู้วิจัย

นำค่าขนาดอิทธิพลดังกล่าวมาใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 7 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดำเนินการในบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งมีความหลากหลายของลักษณะประชากร และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ผลการวิจัย รวมทั้งรองรับการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 39 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถาม รวม 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ดูแล จำนวน 2 ข้อ
2. แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ของโรบินสัน แบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ เช่น การนอนหลับพักผ่อน ความสะดวกสบาย ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรม เป็นต้น
3. แบบตรวจสอบการเยี่ยมบ้าน จำนวน 20 ข้อ
4. แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 12 ข้อ
5. โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองฉลอง อำเภอูษันต์ จังหวัดศรีสะเกษ และ

นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ แบบตรวจสอบการเยี่ยมบ้านมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95 แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97 สำหรับแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดย Robinson (1983) ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล เพื่อใช้ประเมินความตึงเครียดหรือภาระที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 (Robinson, 1983)

สำหรับการนำมาใช้ในบริบทประเทศไทย เครื่องมือ CSI ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย Sasat (1998) และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและภาษา นอกจากนี้ วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 (อ้างใน กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2558)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินการทดลอง (pre-test) ระยะดำเนินการตามโปรแกรม และระยะหลังดำเนินการทดลอง (post-test) โดยมีผู้ช่วยวิจัย 18 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 12 คน และผู้ดูแล (Caregiver: CG) 6 คน ซึ่งร่วมดำเนินกิจกรรมกลุ่มและเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้รับการอบรมและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย เครื่องมือวิธีดำเนินการกิจกรรม และแนวทางการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และดำเนินการเก็บข้อมูลในวันที่ 7 พฤษภาคม 2569

ช่วงเวลา 09.00–12.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนุน ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือการเขียน ผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยอ่านข้อคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยไม่ชี้นำคำตอบ ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาทีต่อราย

ระยะที่ 2 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ตามแผนกิจกรรมที่กำหนด โดยบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครั้ง เพื่อควบคุมให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปตามแผนการวิจัย

ระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองในวันที่ 10 กรกฎาคม 2569 ช่วงเวลา 13.00–16.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนุน โดยใช้แบบประเมิน CSI ฉบับเดียวกับที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการและเงื่อนไขเดียวกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและการเตรียมความพร้อม การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 18 คน โดยผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงและฝึกอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล วิธีการอธิบายแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง การอ่านข้อคำถามโดยไม่ชี้นำคำตอบ การรักษาความลับของข้อมูล และวิธีการตรวจสอบแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำกับติดตามการเก็บข้อมูลเพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลปฏิบัติตามขั้นตอนและมาตรฐานเดียวกัน

การควบคุมคุณภาพข้อมูล ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันที โดยตรวจสอบจำนวนข้อคำถาม การตอบคำถามทุกข้อ และความสอดคล้องของรหัสประจำตัวกลุ่มตัวอย่างก่อนนำข้อมูลไปบันทึก ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกซ้ำ (double-check) โดยเปรียบเทียบข้อมูลในแบบสอบถามต้นฉบับกับฐานข้อมูลที่บันทึกไว้ หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือมีความผิดปกติ ผู้วิจัยตรวจสอบย้อนกลับกับแบบสอบถามต้นฉบับก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อรักษาความลับและลดโอกาสในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ตามลักษณะของข้อมูล

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ซึ่งเป็นสถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (non-parametric test) สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลสองชุดที่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลคะแนนภาวะเครียดไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Paired t-test หรือมีลักษณะการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงเลือกใช้ Wilcoxon signed-rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ โดยหากค่า $p < .05$ ถือว่าคะแนนภาวะเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ระยะเวลาติดตาม ประเมินผล และระยะสิ้นสุดของการวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในส่วนของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับจะนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการ SPPH 226-113 วันที่ 1 พฤษภาคม 2569 หมดอายุวันที่ 30 เมษายน 2570

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 82.05) อายุเฉลี่ย 57.83 ± 9.13 ปี โดยส่วนใหญ่อายุ 50–59 ปี 15 คน (ร้อยละ 38.46) มีสถานภาพสมรส 29 คน (ร้อยละ 74.36) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 33 คน (ร้อยละ 84.62) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ 24 คน (ร้อยละ 61.54) ด้านการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุมา 5–10 ปี 28 คน (ร้อยละ 71.79) ใช้เวลาดูแลวันละ 5–8 ชั่วโมง 25 คน (ร้อยละ 64.10) และไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ 36 คน (ร้อยละ 92.31) ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 30 คน (ร้อยละ 76.92) ประกอบอาชีพเกษตรกร 24 คน (ร้อยละ 61.54) และมีรายได้เฉลี่ย $4,560.00 \pm 2,513.84$ บาทต่อเดือน ด้านสังคม ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 24 คน (ร้อยละ 61.54) และได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน 22 คน (ร้อยละ 56.41) โดยผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะติดบ้าน 32 คน (ร้อยละ 82.05) การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว (DM, HT, Dementia ฯลฯ) - 30 คน (ร้อยละ 66.92) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=39)

	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	32	82.05
	ชาย	7	17.95
อายุ (ปี) (Mean = 56.59 SD = 11.74 Max = 76 Min = 20)			
	ต่ำกว่า 40	2	5.13
	40-49	8	20.51
	50-59	15	38.46
	60 ขึ้นไป	14	35.90
สถานภาพ	โสด	2	5.13
	สมรส	29	74.36
	หม้าย / หย่า / แยก	8	20.51
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	33	84.62
	มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	6	15.38
ศาสนา	พุทธ	39	100.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	สามี/ภรรยา	8	20.51
	บุตร	24	61.54
	ญาติ	7	17.95
ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ (ปี) (Mean = 8.31 SD = 3.56 Max = 20 Min = 3)			
	ไม่เกิน 5	6	15.38
	5-10.	28	71.79
	มากกว่า 10	5	12.82
จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้สูงอายุ (ชม.) (Mean =7.72 SD = 1.79 Max = 12 Min = 2)			
	น้อยกว่า 5 ชม.	3	7.69
	5-8 ชม.	25	64.10
	9 – 12	8	20.51
	มากกว่า 12	3	7.69

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางประชากร (n=39) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ		
ไม่เคย	36	92.31
เคย	3	7.69
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มี	30	76.92
มี	9	23.08
อาชีพของผู้ดูแล		
ทำงานบ้าน	7	17.95
รับจ้าง	4	10.26
เกษตรกร	24	61.54
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	10.26
รายได้ต่อเดือนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (บาท) (Mean = 4,58.97 SD = 2,435.99 Max = 10,000.00 Min = 800.00)		
น้อยกว่า 4,000	19	48.72
4,000-8,000	15	38.46
มากกว่า 8,000	5	12.82
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม		
ไม่มี	15	38.46
มี	24	61.54
การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน		
ไม่ได้รับ	17	43.59
ได้รับ	22	56.41
ผู้สูงอายุที่ดูแล		
ติดเตียง	7	17.95
ติดบ้าน	32	82.05
การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (โรค/ความพิการ)		
พิการขา	5	12.82
พิการตาบอด	2	5.13
มะเร็ง	2	5.13
อื่นๆ (DM, HT, Dementia ฯลฯ)	30	76.92

ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดของ
ผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง

จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 58.97 รองลงมาเป็น
ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 41.03
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความเครียดอยู่ใน

ระดับสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ระดับปานกลาง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 56.41 และระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.26 แสดงดังตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความเครียดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดลดลง โดยค่ามัธยฐานของคะแนนความเครียดลดลงจาก 7 คะแนน (Q1–Q3 = 5–8) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็น 6 คะแนน (Q1–Q3 = 4–7) หลังเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงจาก 6.82 ± 1.78 คะแนน เป็น 5.54 ± 1.54 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า

คะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.93$, $p < .001$) แสดงผลดังตารางที่ 3

ผลความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.23$) ขณะที่ด้านอื่น ๆ ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรม ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และความรู้สึกรู้สึกว่าความเครียดลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.13, 3.87 และ 3.87 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 39)

ระดับความเครียด	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (7-13 คะแนน)	23	58.97	13	33.33
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	16	41.03	22	56.41
ต่ำ (0-3 คะแนน)	-	-	4	10.26
รวม	39	100.00	39	100.00

ตารางที่ 3 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 39)

คะแนนความเครียด	Median (Q1–Q3)	Mean $\pm$ SD	Z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7 (5–8)	6.82 ± 1.78		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6 (4–7)	5.54 ± 1.54	-5.93	<0.001

หมายเหตุ: ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test; * $p < 0.05$

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแล (n = 39)

ข้อ	รายการประเมิน	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ระดับ
1	ความเหมาะสมของเนื้อหากิจกรรมโดยรวม	10 (25.64)	24 (61.54)	5 (12.82)	4.13	มาก
2	ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน	7 (17.95)	20 (51.28)	12 (30.77)	3.87	มาก
3	ความรู้สึกว่าความเครียดลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม	7 (17.95)	20 (51.28)	12 (30.77)	3.87	มาก
4	ความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมทั้งหมด	15 (38.46)	18 (46.15)	6 (15.38)	4.23	มากที่สุด
รวม	ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวม				4.03	มาก

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยและระดับแปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977)

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 6.82 ± 1.78 เป็น 5.54 ± 1.54 คะแนน และค่ามัธยฐานลดลงจาก 7 เป็น 6 คะแนน โดยผู้ดูแลร้อยละ 84.6 มีคะแนนความเครียดลดลง และไม่พบผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง

ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งเสนอว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์และการประเมินความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้จึงออกแบบให้ครอบคลุมทั้งการปรับ Primary appraisal, Secondary appraisal และ Coping strategies ผ่านกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน การติดตามผ่านสื่อออนไลน์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

การให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความเครียดและภาระการดูแลมาก

ขึ้น จึงอาจช่วยให้ประเมินสถานการณ์การดูแลในด้านที่สามารถจัดการได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ Primary appraisal ขณะที่การเยี่ยมบ้านและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รวมถึงการคิดเชิงบวกและการผ่อนคลาย ช่วยเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถและทรัพยากรในการจัดการปัญหา สอดคล้องกับ Secondary appraisal ส่วนกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผ่านสื่อออนไลน์ ช่วยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเอื้อต่อการใช้ Coping strategies ที่เหมาะสม

ดังนั้น ผลการลดลงของความเครียดจึงน่าจะเกิดจากการทำงานร่วมกันของ การปรับการประเมินสถานการณ์ การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการจัดการปัญหา และการเสริมทักษะการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างของโปรแกรมที่บูรณาการความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในบริบทชุมชน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ สัญญา ปัญญา, และคณะ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดเชิงพุทธสามารถลดความเครียดของพนักงานดูแลผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับ จิราณวัฒน์ ชาญสูงเนิน และคณะ (2565)

ที่พบว่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านลดลงหลังได้รับโปรแกรม ความสอดคล้องดังกล่าวสนับสนุนว่า โปรแกรมที่เสริมทั้งความรู้ ทักษะการจัดการปัญหา และการสนับสนุนที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์การดูแลจริง มีส่วนช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล

นอกจากนี้ การศึกษาค้างนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ดูแลในบริบทชุมชน โดยโปรแกรมไม่ได้จำกัดอยู่ที่การให้ความรู้ แต่บูรณาการ กิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การติดตามผ่านสื่อออนไลน์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 สัปดาห์ จึงให้หลักฐานเชิงประจักษ์เบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมผ่านระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง จึงยังไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าการลดลงของความเครียดเกิดจากโปรแกรมเพียงปัจจัยเดียว การศึกษาค้างต่อไปจึงควรมีกกลุ่มควบคุมและติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กานดา วรคุณพิเศษ, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์, 22(1), 82-97
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จิราณัฐ ชาญสูงเนิน และธิดารัตน์ สุภานันท์ (2565) ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 924-938.
- พรสวรรค์ มีชิน. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพุทธชินราชเวชสาร, 38(3), 335-346.
- สุกมล สุขสนิท (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดระบบคัดกรองและติดตามผู้ดูแลที่ยังมีความเครียดระดับสูงหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยให้การดูแลรายบุคคลและกิจกรรมเสริม เช่น การให้คำปรึกษา การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การเยี่ยมบ้าน และการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

2. ควรวิเคราะห์ปัจจัยของผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อโปรแกรมได้น้อย เช่น เพศ ระยะเวลาและชั่วโมงการดูแลต่อวัน โรคประจำตัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนามาตรการเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ดูแลที่ยังมีความเครียดสูง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาการวิจัยเป็น quasi-experimental หรือ randomized controlled trial ที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มและลดข้อจำกัดของการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

2. ควรติดตามผลที่ 3 และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลโปรแกรมและการนำทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดไปใช้อย่างต่อเนื่อง

- สัญญา ปัญญา, ประสิทธิ์ แก้วศรี และพระครูสังฆรักษ์เอกภัทร อภินันโท (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดเชิงพุทธของพนักงานดูแลผู้สูงอายุ ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยราชภัฏธนบุรี รัชใช้สังคม, 10(2), 1-16.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Alzheimer's Association. (2022). *2022 Alzheimer's disease facts and figures*. *Alzheimer's & Dementia*, 18(4), 700–789. <https://doi.org/10.1002/alz.12638>
- American Psychological Association. (2020). *Stress management techniques*. <https://www.apa.org/topics/stress>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2025a). *Ageing and health*. <https://www.who.int/features/qa/72/en/>
- World Health Organization. (2024). *Ageing and health in South-East Asia*. <https://www.who.int/thailand/health-topics/ageing>
- World Health Organization. (2025b). *Elderly population in Thailand*. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/doh-elderly-day-care-center-empowering-seniors-and-promoting-social-connection>
- World Health Organization. (2025c). *Promoting health and well-being of older persons*. <https://www.who.int/thailand/news/detail/25-02-2025-promoting-health-and-well-being-of-older-persons--who-support-to-asean-member-states>