

ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภowanรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The Effects of a Stress Management Program on the Mental Well-being of Caregivers of Psychiatric Patients in the Community of Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 28,2025 ; Accepted: June 29,2025)

นิลาวรรณ ดาวเศษ¹
Nilawan Daoset¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภowanรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการความเครียด 4 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก การสร้างทักษะการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจที่พัฒนาโดย Ryff และ Keyes วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง (Mean = 28.15, S.D. = 5.32) และมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง (Mean = 78.65, S.D. = 7.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
คำสำคัญ: โปรแกรมจัดการความเครียด, สุขภาวะทางจิตใจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, ความเครียด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a stress management program on the mental well-being of caregivers of psychiatric patients in the community of Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. A pretest-posttest control group design was employed with a sample of 40 caregivers of psychiatric patients, equally divided into experimental and control groups. The experimental group participated in a four-week stress management program consisting of stress education, relaxation skill training, positive thinking adjustment, problem-solving skill development, and self-esteem enhancement. Data were collected using the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) and Ryff and Keyes' Psychological Well-being Scale. Data analysis employed paired sample t-test and independent sample t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed significantly reduced stress levels from high to moderate (Mean = 28.15, S.D. = 5.32) and increased mental well-being scores from moderate to high levels (Mean = 78.65, S.D. = 7.81) at the .05 level of significance compared to the control group. These results were maintained at the 4-week follow-up.

Keywords: Stress Management Program, Mental Well-being, Psychiatric Patient Caregivers, Stress

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้คนทั่ว

โลกองค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลกสูญเสียคุณภาพชีวิต และโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับต้น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

ๆ ของการเกิดภาวะทุพพลภาพ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องอาศัยความทุ่มเทของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้มักต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง² ในประเทศไทย ปัญหาทางจิตเวชก็เป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ตกอยู่ที่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดภาระทางด้านจิตใจและร่างกายของผู้ดูแล³ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญกับความเครียดสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของพวกเขา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมและการขาดความรู้ในการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ⁴ ผลกระทบของปัญหานี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงระดับบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในภาพรวม ความเครียดที่สะสมในผู้ดูแลอาจทำให้พวกเขาไม่มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การลดคุณภาพของการดูแลและอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงขึ้น⁵ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่สามารถช่วยผู้ดูแลในการจัดการความเครียดจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมจัดการความเครียด⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองมีความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ($t = 2.449$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 3.227$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีคุณภาพการนอนหลับไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มควบคุม และการศึกษา⁷ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาล

เพ็ญ จังหวัดอุดรธานีผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยโควิด-19 มีคะแนนความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนรวม ค่าเฉลี่ย=9.53, S.D.=2.55; หลังค่าเฉลี่ย 1.33, S.D.=1.25) และมีคะแนนการเผชิญปัญหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนค่าเฉลี่ย=40.40, S.D.=4.94; หลัง ค่าเฉลี่ย=57.80, S.D.=6.15) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ และพบว่าการศึกษา⁸ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวพุทธจิตวิทยา สำหรับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม พบว่านักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.06 หลังการทดลองเท่ากับ 2.42 ผลการเปรียบเทียบความเครียดของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์ สำหรับมารดาบิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตโรงพยาบาลขอนแก่น⁹พบว่า ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ภายหลังใช้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (Mean=1.08, S.D.=1.62) ต่ำกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม (Mean =2.27, S.D.=0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 31.54$, $p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนวิธีการจัดการความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (Mean=4.31, S.D.=0.06) สูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรม (Mean =3.47, S.D.=0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=37.67$, $p<0.05$)

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอมโนรมย์ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2,273 ราย และ

เพิ่มขึ้นเป็น 3,311 ราย ในปี 2567 คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.67 ในระยะเวลาเพียง 1 ปี¹⁰ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ดีขึ้นทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และการจัดการดูแลในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและรายได้ จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสนับสนุนผู้ดูแลเหล่านี้ทั้งในด้านความรู้ ทักษะการดูแล การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียดและสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการความเครียด
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดผลก่อนและหลัง (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1¹¹ เพื่อให้มั่นใจว่าการศึกษาในครั้งนี้มีพลังการทดสอบเพียงพอและสามารถตรวจจับผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญได้ โดยกำหนดเงื่อนไขการคำนวณดังนี้ ขนาดเอฟเฟกต์ (Effect Size) กำหนดที่ 0.5 ซึ่งเป็นขนาดเอฟเฟกต์ในระดับปานกลาง ระดับนัยสำคัญ (Alpha Level) กำหนดที่ 0.05 เพื่อควบคุมโอกาสเกิดความผิดพลาดประเภทที่ 1 พลังอำนาจของการทดสอบ (Power) ตั้งไว้ที่ 0.8 หรือ 80% ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ในการวิจัย จากการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมได้แก่ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ตามที่คำนวณได้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครัวเรือนหรือในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (ไม่น้อยกว่า 6 เดือน) 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอมโนรณนิวาส จังหวัดสกลนคร 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยแสดงความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอม 5) สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้และมีความเข้าใจในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม และ6) ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายหรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาระงานหรือข้อจำกัดด้านเวลา ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมหรือการประเมินได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย 2) มีภาวะป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง หรือปัญหาสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคภัยเรื้อรังระยะสุดท้าย 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือสมบูรณ์สำหรับการประเมินผล และ 4) ไม่สามารถติดต่อได้ หรือขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องในระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ชาย = 1, หญิง = 2 อายุ มาตรฐานแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) สถานภาพสมรส มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ โสด = 1 สมรส = 2 หม้าย = 3 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ = 4 ระดับการศึกษา มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่ได้รับการศึกษา = 1 ประถมศึกษา = 2 มัธยมศึกษาตอนต้น = 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. = 4 อนุปริญญา/ปวส. = 5 ปริญญาตรี = 6 และสูงกว่าปริญญาตรี = 7 อาชีพ มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ = 2 พนักงานบริษัทเอกชน = 3 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว = 4 รับจ้างทั่วไป = 5 เกษตรกร = 6 และอื่นๆ = 7 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้

บิดา/มารดา = 1 คู่สมรส = 2 บุตร = 3 พี่/น้อง = 4ญาติ = 5 และอื่นๆ = 6 ระยะเวลาในการดูแล มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้ น้อยกว่า 1 ปี = 1, 1-3 ปี = 2, 4-6 ปี = 3, 7-10 ปี = 4, และมากกว่า 10 ปี = 5 จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลต่อวัน มาตรฐานแบบอันดับ (Ordinal Scale) โดยกำหนดให้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง = 1, 6-12 ชั่วโมง = 2, 13-18 ชั่วโมง = 3, และ 19-24 ชั่วโมง = 4, การมีผู้ช่วยดูแล มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่มี = 1 และมี = 2 โรคประจำตัว มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่มี = 1 และมี = 2 ประสบการณ์การอบรม มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) โดยกำหนดให้ ไม่เคย = 1 และเคย = 2 และแหล่งความรู้ในการดูแล มาตรฐานแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) การให้คะแนน (แต่ละตัวเลือก) โดยกำหนดให้ ไม่เลือก = 0 และเลือก = 1

แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย Ryff และ Keyes¹² ซึ่งประกอบด้วย 18 ข้อคำถามที่วัดมิติสุขภาวะทางจิตใจ เช่น การยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น และการควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละข้อคำถามจะใช้มาตราส่วนการตอบแบบ Likert Scale¹³ แบบ 5 ระดับ เพื่อให้ผู้ตอบสามารถระบุระดับความพึงพอใจต่อสุขภาวะทางจิตใจของตนเอง

แบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ใช้วัดระดับความเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อมีคำตอบที่เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จาก “ไม่เคย” ถึง “มีมากที่สุด” เพื่อให้สะท้อนระดับความเครียดที่ผู้ตอบประสบในช่วงเวลาหนึ่ง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการความเครียด ได้รับการออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการความเครียดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมุ่งเน้นที่การฝึก

ผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก
และการพัฒนาทักษะทางอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมนี้
ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

สัปดาห์	ขั้นตอนที่	จุดประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา: 90-120 นาที	ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และไว้วางใจ	เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้นำกลุ่มและผู้เข้าร่วม	1) การแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย 2) การพูดคุยเชิงสร้างสรรค์ 3) การทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม
	ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ผลกระทบ และการระบุสัญญาณของความเครียด	1) การบรรยายสั้น ๆ โดยใช้สื่อประกอบ คือ แผ่นพับ 2) การอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดในชีวิตประจำวัน
สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา: 90-120 นาที	ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย	เพื่อช่วยลดระดับความเครียดของผู้เข้าร่วม	1) การฝึกหายใจลึกและช้า 2) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเป็นขั้นตอน 3) การสอนและฝึกสมาธิ (การใช้เสียงธรรมชาติ)
สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา: 120 นาที	ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก	เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเปลี่ยนความคิดเชิงลบเป็นเชิงบวก	1) การช่วยระบุความคิดเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด 2) การใช้แบบฝึกหัดเพื่อพัฒนาความคิดในเชิงบวก 3) การให้คำแนะนำโดยผู้นำกลุ่มเกี่ยวกับการปรับมุมมอง
	ขั้นตอนที่ 5 การสร้างทักษะการแก้ปัญหา	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1) การเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน (การกำหนดปัญหา การวิเคราะห์ การหาทางเลือก การตัดสินใจ และการประเมินผล) 2) การใช้สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการแก้ปัญหา
สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา: 90-120 นาที	ขั้นตอนที่ 6 การเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง	เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและความสำคัญของตนเอง	1) การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การเขียนข้อความถึงตัวเองในแง่บวก 2) การให้กำลังใจและการสะท้อนความสามารถของผู้เข้าร่วมผ่านการสนทนา
	ขั้นตอนที่ 7 การติดตามและประเมินผล	เพื่อติดตามผลของโปรแกรม และดูความเปลี่ยนแปลงในระดับความเครียดและสุขภาพทางจิตใจของผู้เข้าร่วม	การแจกแบบประเมินความเครียดและสุขภาพทางจิตใจ ได้แก่ แบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจ และแบบวัดความเครียด Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเริ่มจากการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต และการจัดการความเครียด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจเท่ากับ 0.87 และแบบวัดความเครียด SPST-

20 เท่ากับ 0.92 แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 15 คน ในอำเภอกาฬสินธุ์ พบว่าแบบสอบถามสุขภาพทางจิตใจมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบ

วัดความเครียด SPST-20 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.7 นอกจากนี้ ได้ทำการทดสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบใช้เวลาเฉลี่ย 25 นาทีในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเข้าใจข้อคำถามเป็นอย่างดี ไม่พบปัญหาในการใช้ภาษาหรือความไม่ชัดเจนของข้อคำถาม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Sample t-test วิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง และ Independent Sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ใช้ Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์การคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะติดตามผล หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จะใช้ Mann-Whitney U test แทน Independent t-test และ Wilcoxon Signed-Rank test แทน Paired t-test การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 รหัสโครงการวิจัยที่ SKN REC 2025-032

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 44.25 ปี (S.D. = 11.63) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ

37.5 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 67.5 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,600 บาท (S.D. = 4,632) โดยส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.13 ปี (S.D. = 3.97) โดยมีระยะเวลาในการดูแล 4-6 ปี และ 7-10 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.58 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 6.21) โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแล 6-12 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ไม่มีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 57.5 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 77.5 และแหล่งความรู้ในการดูแลส่วนใหญ่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาคือญาติหรือผู้ดูแลคนอื่น คิดเป็นร้อยละ 57.5

1) ระดับความเครียดและสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความเครียด ก่อนการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 42.35 (S.D. = 7.48) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 41.90 (S.D. = 7.26) และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 28.15 (S.D. = 5.32) ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 40.75 (S.D. = 7.12)

คะแนนสุขภาวะทางจิตใจ ก่อนการทดลอง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 62.45 (S.D. = 8.37) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 63.20 (S.D. = 8.54) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทาง

จิตใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 78.65 (S.D. = 7.81) ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนสุขภาพทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 64.05 (S.D. = 8.66)

2) การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งในด้านการลดลงของระดับความเครียดและการเพิ่มขึ้นของสุขภาพทางจิตใจ ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านความเครียดและสุขภาพทางจิตใจ โดยพบว่า กลุ่มทดลอง คะแนนความเครียดหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 28.15, S.D. = 5.32) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ =

3) การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจที่ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนความเครียดที่ต่ำกว่าและคะแนนสุขภาพทางจิตใจที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 42.35, S.D. = 7.48) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 41.90, S.D. = 7.26) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.45 คะแนน (95% CI: -4.22-5.12, p = .849) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจของกลุ่ม

4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและสุขภาพทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

พบว่า คะแนนความเครียด ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

(42.35, S.D. = 7.48) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 14.20 คะแนน (95% CI: 11.64-16.76, p < .001) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 78.65, S.D. = 7.81) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 62.45, S.D. = 8.37) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 16.20 คะแนน (95% CI: 12.90-19.50, p < .001) และกลุ่มควบคุม คะแนนความเครียดหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 40.75, S.D. = 7.12) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 41.90, S.D. = 7.26) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 1.15 คะแนน (95% CI: -0.70-3.00, p = .225) และคะแนนสุขภาพทางจิตใจหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 64.05, S.D. = 8.66) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 63.20, S.D. = 8.54) โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.85 คะแนน (95% CI: -1.15-2.85, p = .402)

ทดลอง ($\bar{X}$ = 62.45, S.D. = 8.37) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 63.20, S.D. = 8.54) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 0.75 คะแนน (95% CI: -6.26-4.76, p = .780) และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 28.15, S.D. = 5.32) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 40.75, S.D. = 7.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 12.60 คะแนน (95% CI: 8.45-16.75, p < .001) คะแนนสุขภาพทางจิตใจของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 78.65, S.D. = 7.81) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 64.05, S.D. = 8.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย 14.60 คะแนน (95% CI: 9.45-19.75, p < .001)

ทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 29.40 คะแนน (S.D. = 5.74) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดยังคงมีระดับความเครียดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องแม้หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 41.15

คะแนน (S.D. = 7.28) ซึ่งอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีปัญหาความเครียดในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่อง และความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 11.75 คะแนน (95% CI: 7.56-15.94)

คะแนนสุขภาวะทางจิตใจ ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเฉลี่ย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับความเครียดสูง ($\bar{X}$ = 42.35, S.D. = 7.48) เป็นระดับความเครียดปานกลาง ($\bar{X}$ = 28.15, S.D. = 5.32) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 29.40, S.D. = 5.74) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตรลดา สมประเสริฐและคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของรับบุญ คำไกล⁷ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของผนิทแก้ว คลังคา สุวิน ทองปั้นและจรัส ลีภา⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดสำหรับมารดา

76.85 คะแนน (S.D. = 8.15) ซึ่งอยู่ในระดับสูงแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดยังคงมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีอย่างต่อเนื่องแม้หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเฉลี่ย 63.75 คะแนน (S.D. = 8.42) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีสุขภาวะทางจิตใจในระดับปานกลางโดยไม่มีการพัฒนา และความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม 13.10 คะแนน (95% CI: 8.12-18.08)

บิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวก การสร้างทักษะการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman¹⁵ ที่ระบุว่าการจัดการกับความเครียดเป็นพฤติกรรมที่จงใจกระทำเพื่อควบคุมความเครียด โดยผสมผสานวิธีการต่างๆ ที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึกและช้า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเป็นขั้นตอน และการสอนและฝึกสมาธิ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เรียนรู้เทคนิคที่สามารถนำไปใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ทันทีเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับแนวคิดของ Folkman¹⁶ ที่กล่าวว่าวิธีการจัดการกับความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้การประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญา

เพื่อจัดการควบคุมหรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ต่างๆ ที่มากระทบตัวบุคคล

ผลของโปรแกรมจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 62.45, S.D. = 8.37) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 78.65, S.D. = 7.81) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 76.85, S.D. = 8.15) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของสุตสาครจำนั นพพร ว่องสิริมาศและวาริรัตน์ ถาน้อย¹⁷ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิตใจดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ

จัดการความเครียด อาจเป็นเพราะโปรแกรมนี้มีกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตใจตามแนวคิดของ Ryff และ Keyes¹² ที่ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การพัฒนาตนเอง และความเป็นอิสระ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกช่วยให้ผู้ดูแลสามารถระบุมุมมองเชิงลบที่ส่งผลต่อความเครียดและเปลี่ยนเป็นความคิดเชิงบวก ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับตนเอง ส่วนกิจกรรมการสร้างทักษะการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญกับปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพียงลำพัง สอดคล้องกับแนวคิดของ Seligman¹⁸ ที่เน้นความสำคัญของความสัมพันธ์ที่ดี (Relationships) ในการสร้างสุขภาวะทางจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health and substance use [Internet]. 2021 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
2. Kuo SC, Sun JL, Tang ST. Trajectories of depressive symptoms for bereaved family members of chronically ill patients: a systematic review. J Clin Nurs. 2019;28(9-10):1459-1471.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. อภิญา เพียรพิจารณา, สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, สรัญญา แก้วสุขศรี. ความเครียดและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(2):144-56.
5. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. BMC Psychiatry. 2015;15:162.
6. จิตลดา สมประเสริฐ, ณวีวรรณ พัฒนนางกูร, สมหมาย รัตนเวชสิทธิ. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล. วารสารพยาบาล. 2565;71(2):19-27.

7. ราบัญญ ค้าไกล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเตอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(2):34-41.
8. สุวรรณา เชียงขุนทด. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวพุทธจิตวิทยาสำหรับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์. 2562;15(1):184-95.
9. ผนึกแก้ว คลังคา, สุวิน ทองปั้น, จรัส ลีกา. การพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดตามหลักพุทธจริยศาสตร์สำหรับมารดาบิดาผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2564;8(4):214-27.
10. โรงพยาบาลวานรนิวาส. รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชประจำปี 2567. สกลนคร: โรงพยาบาลวานรนิวาส; 2567.
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior research methods. 2009 Nov;41(4):1149-60.
12. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719-27.
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง. 2540;13(3):1-20.
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
16. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol. 1984;46(4):839-52.
17. สุดสาคร จำมัน, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(3):62-76.
18. Seligman MEP. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press; 2002.