ผลของโปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานต่อความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

ผุสดี ชูชีพ* ปร.ด (จิตวิทยา)

ฟารีดา คชฤทธิ์** พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

(รับ: 24 เมษายน 2569, แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2569, ตอบรับ: 11 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานตามแนวคิดของ Corey ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสาน แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญความเครียด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (CVI = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึง 20 มกราคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 4.27 และ 2.73 ตามลำดับ; $t = -5.67$, $p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 4.27 และ 3.01 ตามลำดับ; $t = -7.57$, $p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานมีประสิทธิผลในการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลในชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสาน, ความสามารถในการเผชิญความเครียด, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สุขภาพจิตชุมชน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

Corresponding author; E-mail: Fareeda071135@gmail.com

The Effects of Eclectic Group Counseling Program on Stress coping ability of Caregiver in non - communicated disease in Community Pathum Thani Province

Pusadee Chucheep * Ph.D. (Psychology)

Fareeda Korcharit** M.S. (Psychiatric Nursing and Mental Health)

(Received: April 24, 2026, Revised: May 26, 2026, Accepted: June 11, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an eclectic group counseling program on the stress coping ability of caregivers of older adults with chronic non-communicable diseases in a community in Pathum Thani Province, Thailand. The sample comprised 52 caregivers, who were assigned to an experimental group (n = 26) and a control group (n = 26). The experimental group participated in an eclectic group counseling program developed based on Corey's counseling approach, while the control group received usual care. Research instruments included the eclectic group counseling program, the Suan Prung Stress Test-20 (SPST-20), and a stress coping ability questionnaire. The counseling program and questionnaire were reviewed by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. The stress coping ability questionnaire demonstrated acceptable reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84. Data were collected from November 1, 2025, to January 20, 2026, and analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that, after participating in the program, the experimental group had significantly higher stress coping ability scores than before the intervention (Mean = 4.27 and 2.73, respectively; $t = -5.67$, $p < 0.05$). Furthermore, the experimental group demonstrated significantly higher stress coping ability than the control group (Mean = 4.27 and 3.01, respectively; $t = -7.57$, $p < 0.05$).

These findings suggest that the eclectic group counseling program is effective in enhancing stress coping ability among caregivers of older adults with chronic non-communicable diseases. The program may be applied as a mental health promotion strategy to strengthen caregivers' coping capacity and improve their quality of life in community settings.

Keywords: Eclectic group counseling, Stress coping ability, Caregivers of older adults, Chronic non-communicable diseases, Community mental health

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathum Thani University.

** Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang. Corresponding author; E-mail: Fareeda071135@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดย ปี 2025 ทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 800-810 ล้านคน (คิดเป็นประมาณ 10% ของประชากรโลกทั้งหมด) และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากหนึ่งพันล้านในปี 2020 เป็น 1.4 พันล้าน ภายในปี 2050 และคาดว่าเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าระหว่างปี 2020 ถึง 2050 โดยมีจำนวนถึง 426 ล้านคน[1] รวมทั้งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13,916,333 คน คิดเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากร[2]

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ ทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและมีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาและต้องการการดูแลระยะยาวจากผู้อื่น[3] ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ ซึ่งญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยเป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกัน[4] ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีหน้าที่ในการดูแลตั้งแต่การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจนถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน[5] ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเครียดของ Lazarus & Folkman[6] ที่กล่าวว่า ความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพ และเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง

โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเป็นกระบวนการที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาที่ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสะสม วิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยได้นำทฤษฎีการ ปรึกษาทางจิตวิทยากลุ่มแบบผสมผสาน มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ตระหนักได้ว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ได้ด้วยตัวเอง มีกำลังใจ มีความสอดคล้องกับ Corey[7] ที่ให้ความหมายของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานไว้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานนั้นเป็นการผสานทฤษฎีการปรึกษาจากสถานการณ์ที่เป็นรูปธรรมผู้ที่รับความเครียดสามารถจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานในที่ผ่านมาจะส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนด้านสุขภาพจิตดีขึ้น และแม้ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[8]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ในผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ งานนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งให้ประชาชนดูแลตนเองให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต[9] ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้นำมาพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสาน เพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการเผชิญความเครียดและปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

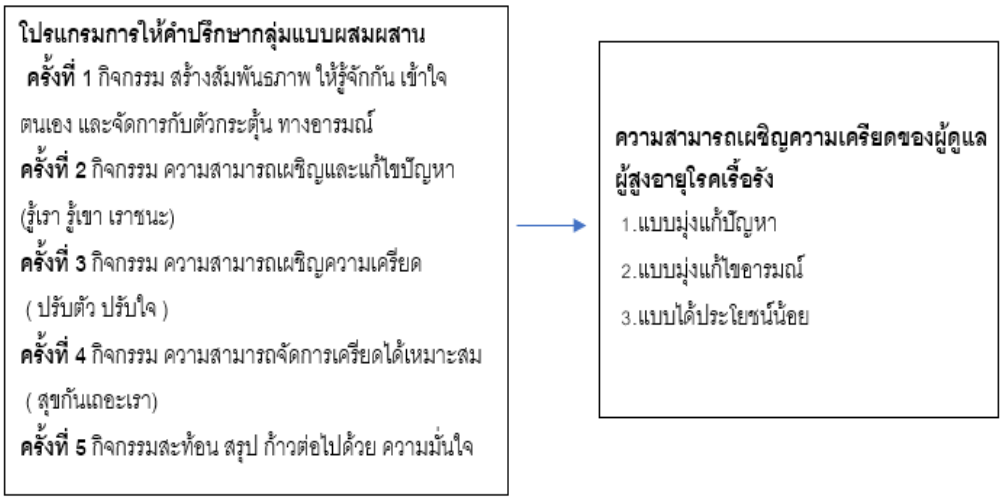
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสาน

2. เปรียบเทียบความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานกับกลุ่มควบคุมที่ให้คำปรึกษาแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานของ Corey[7] และการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman[6] ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.08 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง 42 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 (กรมสุขภาพจิต) 2) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Conclusion criteria) ดังนี้ 1) มีปัญหาสุขภาพ และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Corey[7] ประกอบด้วย 1) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย 3) การออกแบบเทคนิคมาให้บริการการปรึกษากับผู้รับบริการ 4) การให้คำปรึกษา และ 5) การสะท้อน สรุปผลให้การปรึกษาและประเมินผล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียด ของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20)[11] จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ 20 ข้อมีคะแนนรวมทั้งสิ้น 100 คะแนน และมีการแปลผลคะแนนรวมตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้ ความเครียดน้อย (0-23) ความเครียดปานกลาง (24-41) ความเครียดสูง (42-61) และความเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถเผชิญความเครียด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Wannakorn & Jantra[12] ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และค่าคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับต่ำมาก (1.00-1.49) ระดับต่ำ (1.50-2.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับสูง (3.50-4.49) และระดับสูงมาก (4.50-5.00) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-IRB-CERT- 2025-065 พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบาย/ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจว่า การตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568- 20 มกราคม 2569 จำนวน 5 สัปดาห์ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 45 -60 นาที ดังนี้

1) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สำรวจความเครียดส่วนตัว และความรู้สึกในบทบาทผู้ดูแล และทำแบบสอบถาม (pre-test) และการจัดการ

ตัวกระตุ้นทางอารมณ์โดยใช้ Emotion Cards เทคนิค ABC สื่อสารเชิงบวก

2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหา และการมองโลกในแง่ดี

3) การออกแบบเทคนิคมาให้บริการการปรึกษากับผู้รับบริการ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมใช้ Brainstorm & Brain การคิดวิเคราะห์ปัญหา 5 ขั้นตอนการแก้ปัญหา CBT เบื้องต้น และการมองมุมบวก

4) การให้คำปรึกษา สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการเผชิญและคลายความเครียดโดยการพัฒนาความสามารถในการคลายความเครียด ด้วยการฝึกหายใจ ศิลปะบำบัด กล่องความสุข

5) การสะท้อน สรุปให้การปรึกษาและประเมินผล สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมแลกเปลี่ยนในกลุ่มและสร้างแผน Self-care ระยะยาว สรุปผลและทำแบบสอบถาม (post-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบ ได้แก่ paired t-test และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 69.23 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.15 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 69.23 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 69.23 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.15 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 73.08 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.08

2. ความสามารถในการเผชิญความเครียดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสาน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($Mean_{ก่อนทดลอง}$ = 2.73, SD = 1.33; $Mean_{หลังทดลอง}$ = 4.27, SD =

1.13) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -5.67, p = <.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถเผชิญความเครียดของผู้แลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (N=26)

ความสามารถเผชิญความเครียด	$\bar{x}$	SD	t	df	*P*
ก่อนทดลอง	2.73	1.33	-5.67	25	.004*
หลังทดลอง	4.27	1.13			

*p < .01

3. เปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($Mean_{กลุ่มทดลอง}$ = 4.27, SD = 1.13; $Mean_{กลุ่มควบคุม}$ = 3.01, SD = 1.40) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ ด้วยค่าสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -7.57, p = <.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (N=52)

ความสามารถเผชิญความเครียด	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
กลุ่มทดลอง	4.27	1.13	-7.57	50	0.011**
กลุ่มควบคุม	3.01	1.40			

**p < .05

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($Mean_{ก่อนทดลอง}$ = 2.73, SD = 1.33; $Mean_{หลังทดลอง}$ = 4.27, SD = 1.13) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -5.67, p < .05) สอดคล้องตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman[6] ที่อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์และการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งหากบุคคลรับรู้ความเครียด และสามารถจัดการหรือเผชิญความเครียดได้ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความปกติสุขได้ นอกจากนี้การได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานที่ผสานเทคนิคการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกผ่อนคลาย และการเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับมุมมองต่อสถานการณ์ ลดความ

ตึงเครียดทางอารมณ์ และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anothai & Poonpon[13] ที่พบว่าโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานสามารถเสริมสร้างทักษะด้านจิตใจและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสามารถในการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ให้การพยาบาลแบบปกติ ($Mean_{กลุ่มทดลอง}$ = 4.27, SD = 1.13; $Mean_{กลุ่มควบคุม}$ = 3.01, SD = 1.40) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ ด้วยค่าสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= -7.57, p = <.05) สอดคล้องดังแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานของ Corey[7] ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานนั้นเป็นการผสานการให้คำปรึกษาจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ได้รับความเครียด ทำให้สามารถจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย กำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มอื่น

ด้านบริหารการพยาบาล หน่วยงานควรส่งเสริมสนับสนุนในการนำรูปแบบการดูแลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน ไปใช้อย่างจริงต่อเนื่องและติดตามผลทั้งระยะสั้นและระยะ ที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว

ด้านปฏิบัติการพยาบาล นำไปวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่างๆ ในการเผชิญและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

ด้านการทำวิจัย ติดตามรูปแบบการดูแลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานในกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Apr 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai Elderly 2025. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2025. Thai.
3. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Diseases International; 2016.

4. Wongsawang N. Family caregiving for dependent older adults in Thai families. Journal of Nursing Scholarship, 2013. 45(4): 336-343.
5. Connors M. H, Seeher K, Teixeira P. A, Woodward M, Ames D, Brodaty H. Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry, 2020.35(2), 250–258.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
7. Corey G. Theory and practice of group counseling. 9th ed. Belmont, CA: Cengage Learning; 2016.
8. Nilawan Daoset. 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. Journal of Environmental and Community Health. 2025;10(3):306-15. Thai.
9. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. Thai.
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
11. Department of Mental Health. Suanprung Stress Test-20 (SPST-20). Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. Thai.
12. Wannakorn Ponpichai, Jantra Uieng. Study of stress and coping strategies of high school students in Muang District, Trang Province. Nakbutparitat Journal. 2018;10(1):94-106. Thai.
13. Surachat Anothai, Pitchayanee Poonpon, Ungsinun Intarakamhang. Effects of an integrated group counseling program on social skills of patients with schizophrenia. Journal of Mental Health of Thailand. 2022;30(1):15-28. Thai.