

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลด ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี*

The Effect of Psychological Resilience Enhancement Program on Reducing Burnout in the Elderly Care for Elderly Caregivers in Sawang Arom District, Uthai Thani Province *

สมพงษ์ นาคพรม, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Sompong Nakprom, M.P.H. (Public Health)¹

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ป.ร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)² สันธยา มณีรัตน์, ป.ร.ด. (การพยาบาล)³

Narongsak Noosorn, Ph.D. (Public Health)² Sonthaya Maneerat, Ph.D. (Nursing)³

Received: April 17, 2022 Revised: May 31, 2022 Accepted: June 2, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .83-.90 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .88

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหำบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sompong06279@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีภาวะฟุ้งฟิงอื่น ๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเข้มแข็งทางจิต ภาวะเหนื่อยหน่าย คุณค่าในตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout in the elderly care for elderly caregivers. The participants consisted of 60 elderly caregivers who lived in Sawang Arom District, Uthai Thani Province and were divided into the experimental group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$). The research instruments comprised the psychological resilience enhancement program, the personal information questionnaire, the Job Burnout Measurement Form with reliability in the range of .83-.90, the Resilience Quotient Questionnaire (RQ 20 items) with reliability as .75, and the self-esteem questionnaire with reliability as .88. The implementation and data collection were conducted from June to September, 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean scores of burnout in the elderly care regarding emotional exhaustion and depersonalization than those of before the experiment and lower than those of the control group; 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of burnout in the elderly care regarding personal accomplishment than that of before the experiment and higher than that of the control group; 3) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of total and each

dimension of resilience than those of before the experiment and higher than those of the control group; and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of self-esteem than that of before the experiment and higher than that of the control group.

This research suggests that healthcare providers should apply this psychological resilience enhancement program for caregivers of older adults or other dependent people in order to reduce burnout in caring as well as enhance resilience and self-esteem. This will help increase an effective care.

Keywords: Elderly caregivers, Psychological resilience, Burnout, Self-esteem

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” และผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือ โรคระบบต่อมไร้ท่อ และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นจะยิ่งมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น (The National Commission of the Elderly, 2006) ซึ่งปัญหาความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานขั้นรุนแรง หรือที่เรียกว่าภาวะทุพพลภาพรุนแรง เป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune & Balestat, 2007) และก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท ณ ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรทั้งสิ้น 2,233,553 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 492,460 คน คิดเป็นร้อยละ 22.05 โดยจังหวัดชัยนาทมีผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง

มากที่สุด ร้อยละ 3.52 และจังหวัดกำแพงเพชรมีผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์ตำบล Long Term Care (ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว) ในช่วงปี 2558-2561 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (สิทธิ์ UC) ทั้งสิ้น 7,714 คน มี care manager ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 882 คน และมีผู้ดูแล (caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 4,913 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม

การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติหน้าที่ที่หลากหลายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ประกอบกับกิจกรรมการดูแลอาจก่อให้เกิดความรู้สึกรำคาญใจ ทำให้เกิดความเครียด เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย (มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) โดยผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะมีความอ่อนเพลียทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดความรู้สึกรำคาญ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต

นับเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งของผู้ดูแล ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว (ศรีสกุลเฉียบแหลม, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และสนธยา มณีนรัตน์, 2564)

ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล และทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิต มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะสามารถสร้างสรรค์ความคิดหรือการกระทำที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานลดลง (สุภา สัจจทอง, 2554) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดโครงสร้างเสริมสร้างทางจิตหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ของ Grotberg (1995) ได้แก่ 1) ฉันเป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีความหวัง และการมีเป้าหมายในชีวิต 2) ฉันมี (I have) หมายถึง องค์ประกอบที่บุคคลมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนภายนอกคอยส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในขณะที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ทางลบ และ 3) ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีล สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุลดลง และมีพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง

สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพและมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

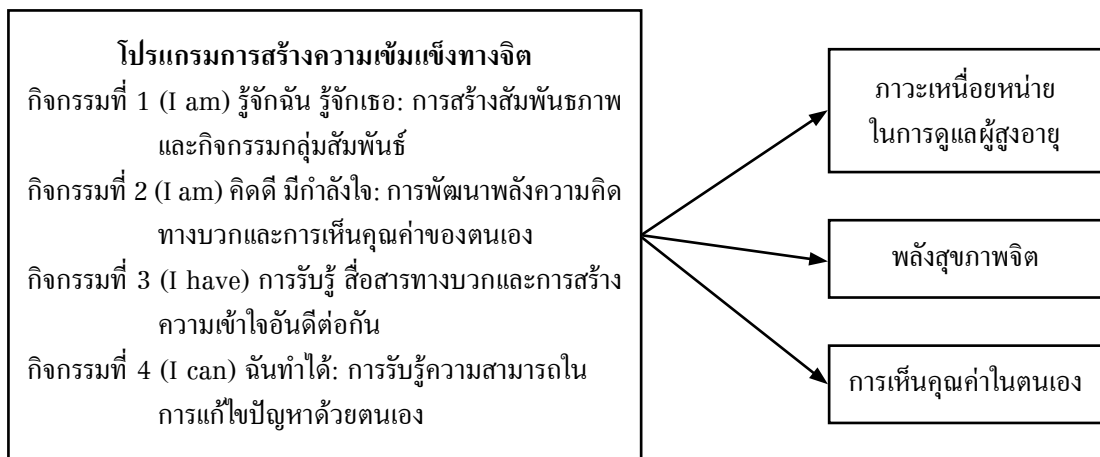
5. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดโครงสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตหรือพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ การเชื่อมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี ผู้ของ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) มาเป็น

แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิต ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 (I am) รู้จักฉัน รู้จักเธอ กิจกรรมที่ 2 (I am) คิดดี มีกำลังใจ กิจกรรมที่ 3 (I have) การรับรู้ สื่อสารทางบวก และการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน และกิจกรรมที่ 4 (I can) ฉันทำได้ โดยมุ่งหวังว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมจะมีภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ลดลง และมีพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยมี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป 3) มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 70 ชั่วโมง ที่จัดโดย

หน่วยงานต่างๆ โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข หรือเทียบเท่า และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม 2) ไม่ปฏิบัติตาม กิจกรรมตามที่กำหนด และ 3) ขอดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burns and Grove (2005) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวม จำนวน 60 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามเพศ อายุ และระยะเวลา
ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
โดยการประยุกต์แนวคิดโครงสร้างความเข้มแข็งทางจิต
หรือพลังสุขภาพจิต ของ Grotberg (1995) แนวปฏิบัติ
การเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรม
สุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อิด
ฮิด สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
(2563ก) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (I am) รู้จักฉัน รู้จักเธอ:
การสร้างสัมพันธภาพและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ใช้เวลา
1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมสะท้อนคิดใน
เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้
เขียนคำชมที่ได้รับจากคนในครอบครัวและคนในสังคม
เมื่อเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้วิจัยสรุปถึงคุณค่าใน
การดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้เกี่ยวกับ
การประเมินสัญญาณเตือนเมื่อพลังใจลดลง และวิธี
การประเมินหรือคัดกรองโดยใช้แบบประเมินหรือแบบวัด
ต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 (I am) คิดดี มีกำลังใจ:
การพัฒนาพลังความคิดทางบวกและการเห็นคุณค่าของ
ตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ให้เขียนข้อดี
ของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกมองโลก
ในแง่ดี และให้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 (I have) การรับรู้ สื่อสาร
ทางบวกและการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ใช้เวลา 4
ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเลือกประสบการณ์
การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง ให้
สะท้อนคิด และฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิด
ทางบวก ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดทางบวก ให้

แลกเปลี่ยนมุมมองความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก
ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์
และการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 4 (I can) ฉันทำได้: การรับรู้
ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ใช้เวลา 2
ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกสติโดยการตาม
ลมหายใจ และฝึกผ่อนคลายความเครียด ให้แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์การดูแลที่ประสบความสำเร็จอย่างยากแต่แก้ไขได้
ด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากนั้นให้ฝึกทักษะ
การขอความช่วยเหลือโดยใช้ประสบการณ์จริงของแต่ละ
คน จากนั้นผู้วิจัยให้ระบุสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมาก
ที่สุด พร้อมขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ตามลำดับ และสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ
รวมทั้งระบุอุปสรรคที่อาจพบ เพื่อวางแผนป้องกันแก้ไข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของ
ครอบครัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ลักษณะการดูแล และลักษณะ
ผู้สูงอายุที่ดูแล จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น
แบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายใน
การปฏิบัติงาน พัฒนาโดย Maslach and Jackson ปี
ค.ศ. 1981 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสิริยา
สัมมาวาท (2532) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน
9 ข้อ 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล เป็นข้อคำถาม
ทางลบ จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล
ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จาก
คะแนน 0-6 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ มีความรู้สึก
เช่นนั้นทุก ๆ วัน จนถึง ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม

สำหรับการแปลผลคะแนน ด้านที่ 1 และด้านที่ 2 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายมาก ส่วนด้านที่ 3 แปลผลในลักษณะตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .83, .90 และ .84 ตามลำดับ

ชุดที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563) ใช้สอบถามความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงจริงบ้างจริง ค่อนข้างจริง และจริงมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (20-54 คะแนน) ในเกณฑ์ปกติ (55-69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (70-80 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

ชุดที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ของสมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผลิ (2562) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม แนวคิดของ Rosenbergs ปี ค.ศ. 1965 และแนวคิดของ Coopersmith ปี ค.ศ. 1967 จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ตรงน้อยที่สุด ตรงน้อย ตรงปานกลาง ตรงมาก และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49

คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์ด้านสาธารณสุข แบบประเมินได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลหัวรอ อำเภอเมืองพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ 086/2021 วันที่ 12 มีนาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40–45 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40–45 นาที

4. ในสัปดาห์ที่ 2–5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่เขียว อำเภอสว่างอารมณ์ ตามวันและเวลาที่นัดหมาย ให้ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ตามลำดับ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

5. ในสัปดาห์ที่ 9 (1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และพบกลุ่มควบคุม ที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ ให้ตอบแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 35–40 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.53 ปี ($SD = 8.87$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 66.70 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 4,986.67 บาทต่อเดือน ($SD = 3,189.72$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 83.30 ลักษณะการดูแล คือ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสลับเปลี่ยนในการดูแลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล คือ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70

กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.83 ปี ($SD = 8.28$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 73.30 โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเฉลี่ย 4,253.33 บาทต่อเดือน ($SD = 3,313.68$) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6–10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่คือ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 76.70 ลักษณะการดูแล คือ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสลับเปลี่ยนในการดูแล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30

และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล คือ ช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทาง

อารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.840, p < .001$ และ $t = 9.700, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.980, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ภาวะเหนื่อยหน่ายใน การดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.67	4.84	13.03	5.34	10.840	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.87	3.86	4.93	2.80	9.700	< .001
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	31.00	7.13	35.07	4.76	11.980	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.30	4.68	26.43	3.53	.240	.810
ด้านการลดความเป็นบุคคล	11.50	2.16	11.63	2.37	.320	.750
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	32.63	3.22	33.27	4.05	1.550	.130

2.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.418, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และ

ด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.150, p < .001$; $t = 2.820, p < .01$ และ $t = 4.720, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.27	3.72	35.80	2.71	5.150	< .001
ด้านกำลังใจ	17.53	2.49	18.97	1.83	2.820	.009
ด้านการจัดการกับปัญหา	16.30	2.45	18.30	1.49	4.720	< .001
โดยรวม	66.10	6.85	73.07	4.11	6.418	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.53	3.65	31.67	4.63	2.070	.470
ด้านกำลังใจ	16.43	2.71	16.20	3.07	1.560	.130
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.43	2.67	15.37	2.55	.570	.570
โดยรวม	64.40	7.55	63.23	8.68	2.500	.200

2.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.490, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	3.77	.41	4.67	.17	12.490	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.79	.41	3.81	.38	1.170	.250

3. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และ

ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.460$,

$p < .001$ และ $t = 10$, $p < .01$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.140$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะเหนื่อยหน่ายใน การดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.67	4.84	26.30	4.68	.300	.770
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.87	3.86	11.50	2.16	1.700	.090
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	31.00	7.13	32.63	3.22	1.580	.120
หลังการทดลอง						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	13.03	5.34	26.43	3.53	11.460	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล	4.93	2.80	11.63	2.37	10.000	.001
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	35.07	4.76	33.27	4.05	8.140	< .001

3.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($t = 5.600$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.220$, $p < .001$; $t = 4.230$, $p < .001$ และ $t = 5.440$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	32.27	3.72	32.53	3.65	.280	.780
ด้านกำลังใจ	17.53	2.49	16.43	2.71	1.640	.100
ด้านการจัดการกับปัญหา	16.30	2.45	15.43	2.67	1.640	.170
โดยรวม	66.10	6.85	64.40	7.55	.910	.360
หลังการทดลอง						
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	35.80	2.71	31.67	4.63	4.220	< .001
ด้านกำลังใจ	18.97	1.83	16.20	3.07	4.230	< .001
ด้านการจัดการกับปัญหา	18.30	1.49	15.37	2.55	5.440	< .001
โดยรวม	73.07	4.11	63.23	8.68	5.600	< .001

3.3 การเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.430$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนการทดลอง	3.77	.41	3.79	.41	.250	.800
หลังการทดลอง	4.67	.17	3.81	.38	11.430	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย
 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

เหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาสมาธิและสติแล้ว จะสามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีความสุข ปราศจากทุกข์ บรรเทาโรคทางกายและโรคทางจิต และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และได้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี วรวิสุต, ลักษณะ สกฤตทอง, กุลิสรา พิศาลเอก, มนต์พงษ์ มาลา, และปราณี เนวานันต์ (2560) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ผู้ดูแลใจคนทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภูมิคุ้มกันทางใจในการทำงานและความสุขในการทำงานมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ประยุกต์ใช้พลังสุขภาพจิต 3 ประการของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ร่วมกับแนวปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อิด ฮิด สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2563ก) โดยพลังใจ อิด ฮิด สู้ เป็นพลังสุขภาพจิตที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถต่อสู้เอาชนะปัญหาวิกฤตต่างๆ ได้ ซึ่งโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ โดยให้เลือกประสบการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง และให้สะท้อนคิด รวมทั้งให้ฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความหวัง มีความสุข และสามารถเปลี่ยนเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สามารถเรียนรู้และฝึกฝนตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการพัฒนาตนเองในทางสุขภาพจิต ทั้งด้านการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ ปลูกใจ เติมพลังใจให้กับตนเอง โดยมีความคิดทางบวกต่อตนเอง รักตนเอง ภูมิใจในตนเอง และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาดังที่เป็นปัญหาในเชิงความคิดและการลงมือปฏิบัติ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2563ข) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ดิสโร (2551) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสามารถในการฟื้นฟูพลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางจิตในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การเข้าใจตนเองและผู้อื่น และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ประสบความสำเร็จของแต่ละคน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ประกอบกับได้รับสิ่งสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทน การพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และการมีอัตลักษณ์ที่

ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ที่ได้ทำงานเพื่อคนอื่น ได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทำงานด้วยใจรัก เสียสละ และมีความสุขกับงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา รัตนบุรี (2556) ที่พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในตนเองจึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือนุคลิกที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเองในระยะยาว เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ฐานข้อมูลประชากรประจำปี 2562*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2562). *แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- นันทาวดี วรรณวิธ, ถักขณา สกุลทอง, กุณิศรา พิศาลเอก, มนัสพงษ์ มาลา, และปราณี เนาวินิตย์. (2560). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model)* (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.
- ปรีชา รัตนบุรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการทำงาน และความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง กับผลการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมวัสดุก่อสร้าง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 6(1), 43-49.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.

- ศรีสกุล เขียนแหลม, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, และสนธยา มณีรัตน์. (2564). การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน. *แพทยสารทหารอากาศ*, 67(1), 9–19.
- สมิทธิ เตือนจินดา, และวรรณภา โพธิ์ผลิ. (2562). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้นจาก <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public>
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563ก). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อึด อึด สู้*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563ข). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี ดิลโร. (2551). *ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังของนักศึกษามหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภา สัจจทอง. (2554). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน: กรณีศึกษา: หน่วยงานราชการแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Grothberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Netherlands: The Bernard van Leer Foundation.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/217072070078.pdf?expires=1652857715&id=id&accname=guest&checksum=96117D3706783187F833EB8A19D2CB0C>
- The National Commission of the Elderly. (2006). *Situation of the Thai elderly 2005*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.