

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ
ตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

The Effectiveness of a Humanitude Care Program Combined
with Mindful Breathing Exercise based on Multicultural Principles on the Stress
among Caregivers for Older People with Dementia in Mueang District,
Narathiwat Province

สุภาวดี อติศัยศักดิ์^{1*}, ณัฐติกา ชูรัตน์¹, อามานี แดมะยู¹, จิรสุดา ชินไชยชนะ²
Supavadee Adisaisakda^{1*}, Nuttika Choorat¹, Amanee Daemayu¹, Jirasuda Chinchachana²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำภู

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University, ²Lamphu Subdistrict Health Promoting Hospital

(Received: September 24, 2024; Revised: November 13, 2024; Accepted: December 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำนี้ เพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์การคัดเลือกการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 ราย โดยผู้วิจัยให้ความรู้
และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่า
ในแนวตั้งตรง ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ระยะเวลา
5 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน
ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 2) เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด
ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม และแบบประเมินการดูแลตาม
แบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ผ่านการพิจารณา
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และผลค่าความเชื่อมั่น
จากการสังเกตที่ได้จากการคำนวณ เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา สถิติการหาค่า
ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อน
เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2
จนถึงสัปดาห์ที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

ควรอบรมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในเทคนิคการดูแลร่วมกับมีความรู้ในการฝึกสมาธิ
ซึ่งโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม
ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดความเครียดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการให้การดูแล
ในผู้ดูแลได้ ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด การฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ วิถีพุทธวัฒนธรรม ความเครียด
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Supavadee.l@pnu.ac.th)

Abstract

This one-group time series quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a Humanitude care program combined with mindful breathing exercise, based on multicultural principles on the stress among caregivers for older people with dementia. The program involved participation of 20 patients, selected by purposive sampling. Knowledge and practical training on Humanitude care were provided to primary caregivers, focusing on eye contact, communication, touch, and vertical posture. The experimental group participated in the 5-week program. The research instruments comprised: 1) data collection instruments covering personal information, 2) a Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) with Cronbach's alpha coefficient yielding .87, 3) Humanitude care and Mindfulness of Breathing Meditation Practice Program with an Assessment Form. Content validity of instruments was verified by 3 experts, yielding an index of 1.0, and an Inter-Rater Reliability value of 0.94. Analysis was conducted using one-way repeated measure ANOVA. Pairwise comparison method was used so to assess this experiment. Results were follows.

1. The mean stress scores of caregivers significantly decreased after completing the program compared to before participation, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

2. After participating the program, caregivers exhibited a significant reduction in mean stress scores from the second week to the fifth week, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

Therefore, caregivers of older people with dementia should use this caregiving program, combining the Humanitude approach with mindful breathing exercise, so to reduce their stress level, for caregiving that is carried out with happiness and long-term effectiveness.

Keywords: Humanitude, Mindful Breathing Exercise, Multicultural Principles, Stress, Caregivers for Older People

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยจากสถิติข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกิดภาวะสมองเสื่อม 50.47 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Department of Medical Sciences Ministry of Public Health, 2022) โดยปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม อาการทั่วไปจะเริ่มจากผู้สูงอายุมีอาการหลงลืมหรือคิดช้าลง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความทรงจำอย่างต่อเนื่อง โดยอาการเริ่มต้นซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้สูงอายุอาจมีภาวะสมองเสื่อม คือ เรียนรู้หรือจดจำสิ่งใหม่ ๆ ช้า พุดซ้ำถามซ้ำ เริ่มบกพร่องในการทำสิ่งที่ซับซ้อน หลงหรือลืมทิศทางในที่ที่ควรคุ้นเคย ไม่อยากเข้าสังคมหรือพูดน้อยลง อารมณ์หรือนิสัยเปลี่ยนแปลงไป (Department of Older Persons, 2024) และจะมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากอาการของโรคในระยะสุดท้ายส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล นอกจากนี้ภาวะของโรคสมองเสื่อมยังก่อให้เกิดการไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล สุดท้ายจะนำมาซึ่งความเครียดของผู้ดูแล ทั้งนี้หากผู้ดูแลมีความเครียดที่มากเกินไปย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพจากความเครียดที่เกิดขึ้น (Sawangchan, Malathum, & Nuchanad, 2022)

การที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องเพิ่มบทบาทหน้าที่ในการดูแลจากบทบาทที่เป็นอยู่เดิม (Yangyu, Jankam, Muangpisan, Sirithipakorn, Pisansarakit, Pangson, et al., 2017) พยาธิสภาพของโรคนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของอารมณ์ พฤติกรรม

ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพและภาวะจิตใจ เกิดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุ (Thaveegasikum, Sritarapipat, Palmanee, & Tathong, 2017) ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องดูแลไปจนระยะสุดท้ายของชีวิตตามการดำเนินของโรคที่ถดถอยลงตามพยาธิสภาพของโรค

โรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนานจนกลายเป็นภาระโรค (Burden of Diseases) ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) หรือจำนวนปีที่เสียไป จากสภาวะที่มีความพิการหรือเจ็บป่วย โรคสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในภาระโรคของโลก (The Global Burden of Diseases: GBD) ที่มีความรุนแรงที่ไม่ทำให้เสียชีวิตทันที แต่มีระยะเวลาที่ต้องมีชีวิตอยู่กับโรคหลายปีทำให้เกิดเป็นภาระของผู้ดูแล (Tanglakmankhong, Hampstead, Ploutz-Snyder, Potempa, Chantarasena, Seesing, et al., 2020) ภาระนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุมีอาการทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ เช่น ความก้าวร้าวหรือความหลงลืมที่รุนแรง ผู้ดูแลมักต้องเผชิญกับความเครียดสูง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องใช้เวลามากและเป็นภาระหนัก โดยเฉพาะแล้วผู้ดูแลจะใช้เวลาในการดูแลถึง 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือมากกว่านั้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Lindeza, Rodrigues, Costa, Guerreiro, & Rosa, 2020) นอกจากนี้การต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะท้าย ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล การรับบทบาทนี้ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ห่อเหี่ยว นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการ ดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังได้ (Yongpattanjit, MonKong, & Sutti, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแนวคิดที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นที่นิยมในแถบยุโรป ญี่ปุ่น และเริ่มเป็นที่นิยมและนำมาใช้กันมากขึ้นในประเทศไทย คือ แนวคิดการดูแลแบบ Humanitude เป็นการดูแลด้วยความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ ความอบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความผาสุก แนวคิดนี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการรู้คิด ด้านความจำ หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แนวคิดในการดูแลนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลให้เกิดผลดีทั้งผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลได้ (Gineste & Marescotti, 2008) ผ่านเทคนิคการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสบตา (Eye Contact) 2) การพูด (Speech) 3) การสัมผัส (Touch) และ 4) การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง (Vertical) หากผู้ดูแลสามารถใช้เทคนิคทั้ง 4 องค์ประกอบในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความหวังใจ ความอ่อนโยน และการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นำมาซึ่งการให้ความร่วมมือและลดพฤติกรรมต่อต้านในการดูแลลงได้ (Melo, Pereira, Fernandes, Freitas, & Melo, 2017) ทั้งนี้ยังส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้นและผู้ดูแลมีความเครียดลดลงตามมา

แนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude) มีความโดดเด่นในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยสมองเสื่อม ด้วยการเน้นการสร้างความสัมพันธ์ทางอารมณ์ ไม่ใช่เพียงแค่การดูแลด้านกายภาพ แต่ยังรวมถึงการสร้างสายสัมพันธ์ที่อบอุ่นผ่านการสบตา พูดคุยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน และการสัมผัสที่อบอุ่น ซึ่งช่วยลดความก้าวร้าวและอาการต่อต้านของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเครียดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อเทียบกับแนวทางการดูแลแบบเดิมที่อาจมุ่งเน้นเพียงการตอบสนองความต้องการทางกายภาพ (Lindeza, Rodrigues, Costa, Guerreiro, & Rosa, 2020)

นอกจากนี้การลดความเครียดในการดูแลยังพบว่า การฝึกสมาธิตามหลักวิถีพุทธพัฒนาธรรม โดยมีการปฏิบัติสมาธิหลากหลายรูปแบบ หลายขั้นตอน แต่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ให้เกิดความผาสุกทางกาย จิต วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Kamthorn, Kaewkaen, & Wongupparaj, 2019) ซึ่งการปฏิบัติสมาธิส่งผลให้ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อเรียบผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการลดความเครียดโดยฝึกความเข้มแข็งด้านจิตใจโดยตรง ทั้งนี้การฝึกสมาธิเป็นการฝึกที่ทุกเชื้อชาติ ศาสนา สามารถปฏิบัติได้ โดยมีขั้นตอนที่ง่ายไม่ซับซ้อน คือ

การฝึกสมาธิแบบนับตามลมหายใจ เวลาหายใจเข้า ก็ให้กำหนดลมหายใจที่เข้ามากระทบไว้ที่ปลายจมูก หรือโพรงจมูก ด้านใน ตรงที่รู้สึกว่ามีลมกระทบตรงนั้น แล้วเริ่มต้นนับหนึ่งในใจ แล้วก็เอาใจตามลมหายใจเข้ามาจนผ่านปอด ให้ความรู้สึกว่าไปสุดปลายที่ท้อง เวลาหายใจออก ก็ให้ต้นลมอยู่บริเวณท้องแล้วหายใจออกก็ให้นับหนึ่ง โดยการฝึกสมาธิวิธีนี้มีความหลากหลายในด้านเชื้อชาติศาสนา ที่ทุกศาสนาสามารถปฏิบัติได้ (Thai Health Promotion Foundation, 2021)

จังหวัดนราธิวาส มีประชากรจำนวน 816,533 คน และอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดคือ อำเภอเมือง โดยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 150,031 คน นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 89.05 และพบว่าสาเหตุการตายอันดับ 1 คือ โรคสมองเสื่อม คิดเป็นอัตราการตาย 81.93 ต่อแสนประชากร โดยประชากรที่เสียชีวิตจากโรคสมองเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ (Narathiwat Provincial Public Health Office, 2023) จากข้อมูลสถิติชี้ให้เห็นว่า อำเภอเมืองนราธิวาส มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมมากที่สุด จากพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมมักพบปัญหา ด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 ปัญหาดังกล่าวจะก่อให้เกิดเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ป่วย ซึ่งนำมาซึ่งความเครียดในผู้ดูแลได้ (Puthiwatanatharadol & Kespichayawattana, 2018)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจึร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการดูแล หลักการที่ถูกต้องในการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจึร อีกทั้งยังมีการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบกำหนดลมหายใจร่วมด้วย ซึ่งโปรแกรมนี้อาจช่วยในการจัดการลดความเครียดในผู้ดูแล อันจะนำมาสู่การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และท้ายสุดก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล ก่อน ระหว่าง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจึร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม

สมมติฐานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่าง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจึร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจึ (Gineste & Marescotti, 2008) โดยใช้ทักษะ 1) การสบตา (Eye contact) โดยมองด้วยความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย 2) การพูด (Speech) ใช้โทนเสียงต่ำ นุ่มนวล พูดไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป เน้นคำพูดไปในทางบวก 3) การสัมผัส (Touch) เป็นการสัมผัสด้วยความนุ่มนวล ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบใจ การให้กำลังใจ และ 4) การจัดทำในแนวตั้งตรง (Verticality) ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ยืน เดิน นั่ง หรือจัดทำให้อยู่ในแนวตั้งตรงตามความสามารถของผู้สูงอายุ ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม (Thai Health Promotion Foundation, 2021) โดยมีวิธีการนับตามลมหายใจ เวลาหายใจเข้า ก็ให้กำหนดลมหายใจที่เข้ามากระทบไว้ที่ปลายจมูก แล้วเริ่มต้นนับหนึ่งในใจ แล้วก็เอาใจตามลมหายใจเข้ามาจนผ่านปอด ให้ความรู้สึกว่าไปสุดปลายที่ท้องเวลาหายใจออก ก็ให้ต้นลมอยู่บริเวณท้องแล้วก็นับหนึ่งอีกครั้ง เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ไม่ได้ค่าตอบแทน เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) ประเมินระดับความเครียดได้คะแนนอยู่ในระดับมากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป (SPST - 20) 3) ดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 4) สามารถสื่อสารได้เข้าใจด้วยภาษาไทยได้ รวมทั้งยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดการทำการกิจกรรม

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากผลลัพธ์จากโปรแกรม G* Power (Erdfeider, Faul, & Buchner, 1996) โดยกำหนด Input: Effect size $w = 0.6667$ จากโปรแกรม SPSS โดยใช้ค่าของ Greenhouse-Geisser = 0.371 Test family ใช้ F tests และ Statistical test ใช้ ANOVA: Repeated measures, within factor α err prob = 0.05 Power ($1-\beta$ err prob) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16 คน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และโรคประจำตัวอื่นๆ เป็นต้น
 - 1.2 ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล เกณฑ์การแปลผลตามระดับของความเครียด ดังนี้
 - ระดับคะแนน 0 ถึง 23 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับน้อย
 - ระดับคะแนน 24 ถึง 41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง
 - ระดับคะแนน 42 ถึง 61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง
 - ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดในระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม (Thai Health Promotion Foundation, 2021)

2.2 สื่อที่ใช้ ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3) หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ 4) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือการฝึกปฏิบัติสมาธิตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและแบบประเมินการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามวิถีพุทธวัฒนธรรม เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยทำขึ้นตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ของ Gineste & Marescotti (2008) และแบบประเมินการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้สังเกตการปฏิบัติ เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวช่วยควบคุมการทดลองให้ดำเนินไปตามโปรแกรมที่กำหนด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการสังเกต ทำให้การเก็บข้อมูลมีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และโรคประจำตัวอื่นๆ เป็นต้น แบบวัดความเครียด ผู้วิจัยส่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุด้านการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3 ท่าน โดยทั้ง 3 ท่านได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบฮิวแมนนิจูดมาแล้ว จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียดไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่ตำบลโคกเคียน จ.นราธิวาส และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste & Marescotti, 2008) ร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม (Thai Health Promotion Foundation, 2021) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 สำหรับคู่มือการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด 2 ภาษา (ไทย - มลายูถิ่น) ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ 2) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด 3) หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด และ 4) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และคู่มือการฝึกปฏิบัติสมาธิตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเช่นกัน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย และทดลองใช้โปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ ความชัดเจนของภาษา ระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและแบบประเมินการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามวิถีพุทธวัฒนธรรม ใช้สังเกตการปฏิบัติเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผลของโปรแกรมการดูแลแบบอิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ถึงสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

2. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ขั้นการทดลอง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ โปรแกรมการดูแลแบบอิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม เริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 ประกอบด้วย 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

3.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 4 ชั่วโมง) ประเมินความเครียดของผู้ดูแล (ก่อนการทดลอง) จากนั้นให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดอิวแมนนิจูด ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่มาและความสำคัญของแนวคิดอิวแมนนิจูด องค์ประกอบของอิวแมนนิจูด เทคนิคการนำองค์ประกอบอิวแมนนิจูดมาใช้และเทคนิคการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และกิจกรรมรู้จักสมาธิตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ได้แก่ 1) การฝึกลมหายใจเข้า-ออก พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ

3.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 4 ชั่วโมง) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับเทคนิคการใช้อองค์ประกอบทั้งสี่ของอิวแมนนิจูดและกิจกรรมฝึกสมาธิตามหลักวิถีพุทธธรรมหลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินผลการฝึกปฏิบัติและประเมินความเครียดของผู้ดูแล

3.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 (ใช้เวลา 45 นาที/คน) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้แบบอิวแมนนิจูดรวมถึงติดตามการฝึกสมาธิตามหลักวิถีพุทธธรรมพร้อมทั้งทบทวน ให้ความรู้ สาธิตการดูแล ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และประเมินความเครียดของผู้ดูแล

3.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 (ใช้เวลา 45 นาที/คน) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมเพื่อติดตามการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้แบบอิวแมนนิจูดรวมถึงติดตามการฝึกสมาธิตามหลักวิถีพุทธธรรมพร้อมทั้งทบทวน ให้ความรู้ สาธิตการดูแล ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และประเมินความเครียดของผู้ดูแล

3.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 (2 ชั่วโมง) กิจกรรมประเมินผลความเครียดในผู้ดูแล (ภายหลังการทดลอง) และพูดคุย สอบถาม ส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โดยทุกสัปดาห์ผู้ดูแลจะต้องนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในทุกวัน โดยระหว่างการปฏิบัติที่บ้าน ผู้วิจัยจะติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลแบบอิวแมนนิจูดและแบบประเมินการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามวิถีพุทธธรรม ใช้สังเกตการปฏิบัติซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) นอกจากนี้ยังมีการติดตามทางไลน์กลุ่มในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงติดตาม สอบถามปัญหาอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติ อีกทั้งผู้วิจัยจะมีการกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อธิบายผลการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไปพร้อมกล่าวขอบคุณและแจ้งยุติการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลด้วยสถิติ One-way Repeated Measures ANOVA โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่องการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) ตรวจสอบความแปรปรวนด้วย Levene's Test พบว่ามีความแปรปรวนเท่ากัน จึงสามารถใช้สถิติ One-way Repeated Measures ANOVA มาวิเคราะห์ได้ จากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเป็นรายคู่ (Pairwise Comparisons) ด้วยวิธี Scheffe โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

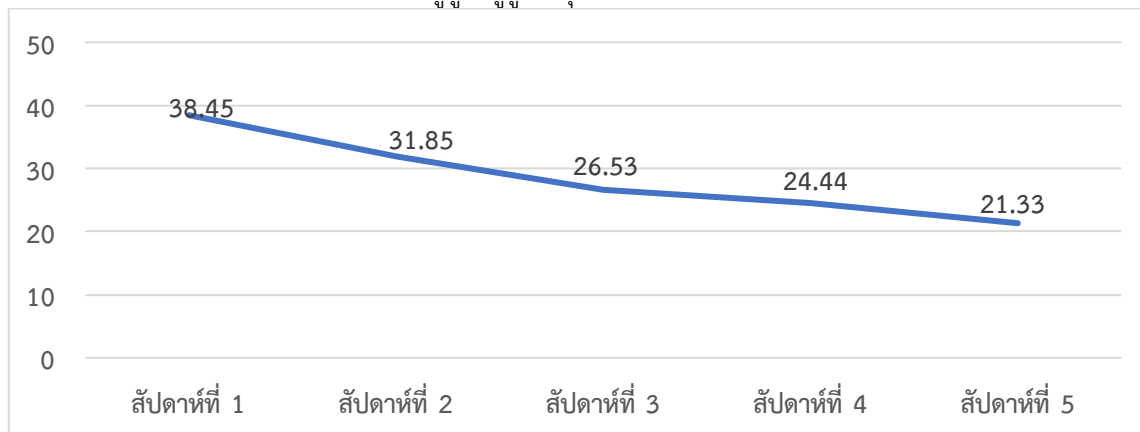
จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ รหัสโครงการวิจัย IRBC-FON-PNU/2024/022406 ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 70.00 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65.00 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 70.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.00 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80.00

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส



ภาพ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รายสัปดาห์ (n=20)

จากภาพ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าลดลงตามลำดับ ดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) ถึง สัปดาห์ที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ($M = 38.45, SD = 10.07$)

สัปดาห์ที่ 2 ($M = 31.85, SD = 7.34$) สัปดาห์ที่ 3 ($M = 26.53, SD = 5.44$) สัปดาห์ที่ 4 ($M = 24.44, SD = 4.09$) และ ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับน้อย สัปดาห์ที่ 5 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม) ($M = 21.33, SD = 4.09$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-way Measures ANOVA ($n=20$)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measures ANOVA ($n=20$)

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (Group)	3249.368	4	812.342	16.514	<.001
ภายในกลุ่ม (Within Group)	3984.504	81	49.191		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (Weeks * Group)	7233.872	85			

จากตาราง 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจตร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมแบบวัดเช้า 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันในแต่ละการวัดซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 16.514, p\text{-value} < .001$)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise Comparison)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเป็นรายคู่ (Pairwise Comparison) ด้วย Scheffe Test ($n = 20$)

ความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ		Mean Different (MD)				
สัปดาห์ที่	M	สัปดาห์ที่ 1 (p-value)	สัปดาห์ที่ 2 (p-value)	สัปดาห์ที่ 3 (p-value)	สัปดาห์ที่ 4 (p-value)	สัปดาห์ที่ 5 (p-value)
1	38.45	-	6.60 (.030)	11.92 (<.001)	14.01 (<.001)	17.12 (<.001)
2	31.85		-	5.32 (<.001)	7.41 (<.001)	10.52 (<.001)
3	26.53			-	2.09 (.920)	5.20 (.260)
4	24.44				-	14.01 (.730)
5	21.33					-

จากตาราง 2 พบว่า ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายคู่ด้วย Scheffe Test พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) สูงกว่าระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในสัปดาห์ที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกันกับสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับ การฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรม ในสัปดาห์ที่ 1 ถึง 4 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง และลดลงตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lumsan & Kespichayawattana (2021) และ จากสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และ 5 จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการดูแลจะลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่ง อยู่ในระดับความเครียดน้อย ซึ่งความเครียดในระดับนี้จะหายไปได้ในระยะเวลานั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้จึงถือว่าเป็น ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้ จากค่าคะแนนเฉลี่ย ความเครียดที่ลดลงในแต่ละสัปดาห์ เนื่องจากผู้ดูแลมีการใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการฝึกสมาธิ อย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถพัฒนาทักษะให้มีความชำนาญ ปฏิบัติได้คล่องขึ้นในทุก ๆ สัปดาห์ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัย Kamthorn, Kaewkaen, & Wongupparaj (2019) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิ แบบกำหนดนับลมหายใจร่วมกับไบโนิวรอลบิซซ์ที่มีต่อการควบคุมอารมณ์ พบว่า การฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมสามารถลดความเครียดได้ เนื่องจากการฝึกสมาธิ เป็นการสร้างความสมดุลทางร่างกาย และจิตใจที่สมบูรณ์ ควบคุมอารมณ์ จิตใจผ่อนคลาย สามารถบำบัดโรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และ ความเครียดได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการฝึกสมาธิร่วมกับการใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถนำมาใช้ ในการลดความเครียดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Choomkong (2021) ที่ศึกษาผลของการหายใจด้วยกะบังลม ต่อความเครียดและระดับฮอร์โมนดีไฮโดรเอพิแอนโดรสเตอโรนซัลเฟตในเลือดของบุคลากรการแพทย์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการหายใจด้วยกะบังลมมีค่าเฉลี่ยของระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยการฝึกการหายใจด้วยกะบังลมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสามารถลดระดับความเครียดและช่วยปรับ ฮอร์โมนให้กลับเข้าสู่สมดุลในระดับที่เหมาะสมได้

2. ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลัก วิถีพุทธวัฒนธรรมต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 มีความแตกต่างจากการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ ที่ 2 3 4 และ 5 และค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 มีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ย ความเครียดในสัปดาห์ที่ 3 4 และ 5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดมีการลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การฝึกฝนทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและการฝึกสมาธิตามวิถีพุทธวัฒนธรรมยังคงต้องมีการปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และต้องใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติจนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้ ใน การดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ดูแลยังคงต้องดูแลผู้สูงอายุต่อไปเป็นระยะเวลายาวนาน สอดคล้องกับงานวิจัย ของ Lumsan & Kespichayawattana (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด ต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลแบบเป็นทางการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลแบบเป็นทางการและพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีความเครียดลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในการดูแลผู้สูงอายุนั้นสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว ในการดูแลหรือพฤติกรรมกระวนกระวายที่เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมลงได้ ส่งผลให้ ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Puthiwatanatharadol & Kespichayawattana (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรม กระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงและให้ความร่วมมือ ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ito & Honda (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม (BPSD) โดยใช้ฮิวแมนนิจูด พบว่า การดูแลทั่วไปไม่สามารถ ลดพฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว การตะโกนและกรีดร้อง แต่เมื่อนำฮิวแมนนิจูดมาใช้สามารถลดพฤติกรรม กระวนกระวายก้าวร้าวได้ ส่งผลให้การดูแลง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม การฝึกทักษะตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดยังมี

ความจำเป็นต้องฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความชำนาญ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ จึงพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลมีความแตกต่างกันเล็กน้อย จนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 3, 4 และ 5

3. การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด (Humanitude Care) สามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม (Dementia) และสามารถช่วยลดอาการทางจิตใจเชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ สถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lumsan & Kespichayawattana (2021) การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เน้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยใช้องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การสบตา (Gaze) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการจัดท่าในแนวตั้งตรง (Verticality) ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในสิ่งที่ทำ เพิ่มความพึงพอใจในงาน และลดภาวะหมดไฟในการดูแล (Burnout) (Giang, Koh, Cheng, Tang, Chua, Liew, et al., 2023) จากแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เป็นปรัชญาการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการรักษาความเป็นมนุษย์ในทุกมิติ เน้นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความเคารพ ศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล การใช้แนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดความเครียดของผู้สูงอายุได้ดังนี้ 1) ลดความวิตกกังวลและความกลัว การดูแลที่ใส่ใจและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย ลดความกลัวจากการถูกละเลยหรือการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม 2) ส่งเสริมความเป็นอิสระและความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวเองตามศักยภาพ ลดความรู้สึกไร้ค่าและการพึ่งพิงเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล การสร้างสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ลดความเครียดและความรู้สึกถูกทิ้งลงได้

นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธวัฒนธรรมมีความครอบคลุมทั้งด้านกายและจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล กล่าวคือในส่วนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดสามารถช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านในการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลดูแลได้ง่ายขึ้น ใช้ระยะเวลาในการดูแลน้อยลง เนื่องจากผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการดูแลโดยใช้องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลและการดูแลนี้ยังคำนึงถึงความเคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ อ่อนโยนต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงความปลอดภัยและรู้สึกอุ่นใจ อันจะนำมาซึ่งการให้ความร่วมมือในการดูแลและเมื่อการดูแลง่ายขึ้นผู้ดูแลก็จะไม่เกิดความเครียด ประกอบกับมีการฝึกปฏิบัติสมาธิแบบกำหนดลมหายใจ ที่ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ซึ่งเป็นการฝึกความเข้มแข็งด้านจิตใจโดยตรง ซึ่งหากผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้สูงอายุแล้ว การดูแลจะเป็นไปอย่างราบรื่น เกิดความผาสุกทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งผู้ดูแลแบบเป็นทางการและผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยนำผู้ดูแลมาอบรมและฝึกปฏิบัติการดูแลโดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกปฏิบัติสมาธิตามโปรแกรม จนผู้ดูแลสามารถเข้าใจและศึกษารายละเอียดของการดูแลตามโปรแกรมจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและชำนาญก่อนนำไปใช้จริง

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในอำเภออื่นๆ ของจังหวัดนราธิวาส โดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดร่วมกับการปฏิบัติสมาธิในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการดูแล มีการดูแลที่ง่ายขึ้น ลดความเครียดที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลได้ ส่งผลให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการฝึกฝนทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามระยะเวลาให้การดูแล โดยประยุกต์ใช้ทั้ง 4 องค์ประกอบ ผสานเข้ากับการดูแลที่ปฏิบัติเป็นประจำ และฝึกปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการดูแลและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดร่วมกับการฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจตามหลักวิถีพุทธพัฒนาต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว อาทิเช่น มีการติดตามมากกว่า 5 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมและความคงอยู่ของโปรแกรม
3. มีการอบรมและฝึกปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดและฝึกสมาธิแบบกำหนดลมหายใจให้กับผู้จัดการพยาบาลดูแล (Care Manager) เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ผู้ดูแล (Caregiver) ในการดูแลต่อไปในชุมชน

References

- Choomkong, U. (2021). *The Effect of Diaphragmatic Breathing on Stress and Serum Dehydroepiandrosterone sulfate Level in Healthcare Workers*. (Master of science, Anti-aging and Regenerative Medication). College of Integrative Medication, Dhurakij Pundit University. (in Thai)
- Department of Medical Sciences Ministry of Public Health. (2022). *Clinical practice guileline: dementia*. Bangkok: Neurological Institute of Thailand. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2024). *Health Problems in The Elderly*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G*POWER: A General Power Analysis Program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11.
- Giang, T. A., Koh, J. E. J., Cheng, L.-J., Tang, Q.-C., Chua, M.-J., Liew, T.-M., et al. (2023). The effects of Humanitude care methodology on older adults with dementia and healthcare professionals in geriatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1), 120-135. doi.org/10.1111/jocn.16477
- Gineste, Y. & Marescotti, J. (2008). *Humanitude: Comprendre La Vieillesse, Prendre Soin Deshom Mes Vieux*: A. Colin.
- Gray, R., Grove, K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (8th ed.). St. Louis, MO: ELSEVIER.
- Ito, M. & Honda, M. (2013). Improvement of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) by comprehensive standardized care methodology. *Austin Journal of Clinical Neurology*, 2(9), 1-2.
- Kamthorn, W., Kaewkaen, P., & Wongupparaj, P. (2019). Effect of mindfulness of breathing meditation practice and binaural beats on emotion regulation: Behavioral and EEG studies, *Research Methodology & Cognitive Science*, 17(2), 19-37. (in Thai)
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M. & Rosa, M. (2020). Impact of dementia on informal care: A systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024, 14, 38–49. <http://orcid.org/0000-0003-3158-2106>

- Lumsan, S. & Kespichayawattana, J. (2021). *The Effect of Promoting Humanitude Care Program on Caregiving Stress of Caregivers in Ban Bang Khae Social Welfare Development Center for Older Persons. (Master of nursing science, Gerontological nursing)*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan. (in Thai)
- Melo, R., Pereira, C., Fernandes, E., Freitas, N. & Melo, A. (2017). Prevention of skin tears in the dependent older person: Contribution of the humanitude care methodology. *Millenium*. 2(1), 45-51.
- Narathiwat Provincial Public Health Office. (2023). *Narathiwat Provincial Health Development Plan 2022-2023*. Retrieved October 6, 2024 from <http://drp.ntwo.moph.go.th/moph-nwt/>. (in Thai)
- Puthiwatanatharadol, T. & Kespichayawattana, J. (2018). *The Effect of Humanitude Care by Caregiver on Agitation Behaviors of Older People with Dementia. (Master of nursing science, Gerontological nursing)*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan. (in Thai)
- Sawangchan, L., Malathum P., & Nuchanad, S. (2022). The effect of individualized listening to music on agitated behaviors in older persons with dementia. *Ramathibodi Nursing Journal*, 28(2), 199-213. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Hampstead, M. B., Ploutz-Snyder, R. J., Potempa, K., Chantarasena, N., Seesing, S., et al. (2020). Development of a cognitive screening process for older adults in community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Pubic Health*, 7(3), 99-114. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2021). *Mindfulness of Breathing Meditation*. Retrieved September 22, 2024 from <https://www.thaihealth.or.th/?p=232573>. (in Thai)
- Thaveegasikum, Y., Sritarapipat, P., Palmanee, M. & Tathong, B. (2017). Factors related to quality of life among Thai caregivers of the chronic disease patients with dependency in Manorom district, Chainat province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3), 104–118. (in Thai)
- Yangyu, P., Jankam, S., Muangpisan, W., Sirithipakorn, P., Pisansarakit, D., Pangsorn, N., et al., (2017). Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 16(1), 57-69. (in Thai)
- Yongpattanjit, S., MonKong, S., & Sutti, N. (2020). Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(2), 116-131. (in Thai)