

การพัฒนาแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์*
DEVELOPMENT OF MODEL FOR COPING WITH BURNOUT AMONG
DEPENDENT ELDERLY CAREGIVERS IN PHETCHABUN PROVINCE

สกาอรัตน์ ทวีนุต

Sakaorat Taweenut

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Western University, Thailand

E-mail: sakaoratsusu57@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี ได้แก่ 1) ศึกษากรอบแนวคิดในการวิจัย จากการวิเคราะห์เอกสาร 2) ศึกษาภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 288 คน 3) ศึกษาแบบและพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟโดยการสนทนา เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 20 คน เพื่อนำมาร่างแบบ และ 4) ทดลองใช้และประเมินรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ โดยใช้แบบประเมินและสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 34 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้วิเคราะห์สถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและสรุปเป็นภาพรวม ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะหมดไฟ ได้แก่ ภาวะหมดไฟ อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.63$) และภาวะความเครียด อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$) ปัญหา คือ การผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ การเงิน สุขอนามัย จิตใจ ด้านรูปแบบและพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ ได้แก่ 1) ผู้กตัญญูพัฒนาจิต 2) ผูกสติ สร้างสุข และพัฒนาดน 3) สร้างสุขทางใจ 4) เพื่อนช่วยเพื่อน 5) สร้างสุขทางกาย และ 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทดลองใช้และประเมินรูปแบบ คือ 1) ภาวะหมดไฟ 2) ภาวะความเครียด 3) ภาวะวิธีการรับมือกับปัญหา และ 4) การติดตาม ประสิทธิภาพของรูปแบบ ภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะหมดไฟผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดลดลง และการรับมือกับปัญหาดีขึ้น



คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การรับมือกับภาวะหมดไฟ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract

The Objectives of this research article were to develop of model for coping burnout syndrome among dependent elderly's caregivers in Phetchabun Province. This was an integrated research design for mixed method such as 1) to study the conceptual framework of research by document analysis 2) to study burnout syndrome among dependent elderly's caregivers. Data was selected by specific questionnaire for all 288 persons 3) to study model and development model of burnout syndrome, by focus discussion that selected from specific sample of group 20 health network members to draft a form and 4) to tested and assess a model for burnout syndrome among by using 34 Participants form and public hearing seminar. The sample was selected specific analysis using statistic, frequency, average, standard deviation by analyzing the content data and overview summarizing. The research was found that: develop of model for coping burnout syndrome among dependent elderly's caregivers, condition of burnout syndrome among dependent elderly's caregivers such as burnout syndrome at middle level ($\bar{X} = 1.63$) and also stress hit middle level ($\bar{X} = 1.80$). The problem was found caring for the elderly in health, finance, hygiene, mental health. There were 6 activities to handle for model and development model of burnout syndrome such as 1) Make friends with mental development, 2) practice mindfulness, create happiness and develop yourself, 3) create happiness, 4) peer assist, 5) create physical happiness and 6) knowledge sharing and tested and estimated model were: 1) burnout syndrome, 2) stress, 3) how to deal with problems, and 4) following and effectiveness of model, the overview was at a very high level ($\bar{X} = 4.40$) statistically significant difference 0.01 so on the developed model was effective in reducing the burnout of the elderly caregivers, reduced stress and better coping with problems.

Keywords: Develop of Model, Coping With Burnout Syndrome Among, Dependent Elderly's Caregivers, Phetchabun Province



บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในช่วงปี ค.ศ. 2001 - 2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยทวีปยุโรปมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ขณะที่ทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของโลก ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย และเป็นอันดับสองในอาเซียนและในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เอเชียก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก เพราะมีประชากรสูงวัยมากที่สุด โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศแรก ๆ ของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super - aged Society) และในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 30,000 คนต่อเดือน ซึ่งจะมีมากถึงร้อยละ 37.3 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ประเทศเกาหลีใต้ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนอยู่ที่ร้อยละ 31.4 ประเทศมหาอำนาจอย่างประเทศจีนก็กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่เกิดจากนโยบายลูกคนเดียว โดยอัตราผู้สูงอายุของจีนจากร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2558 แนวโน้มจะกลายเป็นร้อยละ 25.3 ในปีพ.ศ. 2573 ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน กัมพูชา ปากีสถาน และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวยังคงเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชีย โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 10.4 ร้อยละ 8.4 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความรู้ดีกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระในระดับสูง โดยมีปัจจัย 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ คือ ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุว่ามากน้อยเพียงใด ความยาวนานในการดูแลที่ผ่านมาแล้ว จำนวนชั่วโมงต่อวันในการให้การดูแลผู้สูงอายุ อายุของผู้ดูแล พฤติกรรมของผู้สูงอายุ และการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระนี้จะทำให้เกิดปัญหา ทั้งตัวผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการได้รับการดูแล (Sabzwari, S. et al., 2016) การดูแลและช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาระการดูแลนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น โรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่นความเครียด ซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2559)

ปัจจุบันประเทศไทยถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2565 และจะก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยประเทศไทยนั้นได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 การเพิ่มของจำนวนของประชากรผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเรื้อรัง ภาวะความเสี่ยงของร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเกิดภาวะทุพพลภาพ มีภาวะพึ่งพิงและต้องการ



ความช่วยเหลือการบริการด้านสุขภาพและสังคม ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะพึ่งพิง และต้องการความช่วยเหลือก็เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ผู้สูงอายุร้อยละ 10.1 ที่ต้องมีผู้ดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยเฉพาะการพึ่งพิงระยะยาว ที่เกิดจากความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นรุนแรง ซึ่งพบความชุกร้อยละ 19 ในเขตกรุงเทพมหานคร (Jittapankul, M. et al., 1999) และในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ร้อยละ 2 (Sihapark, M. et al., 2014) จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) พบว่า ความยากจนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละครอบครัวด้านลบมากกว่าด้านบวก เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น ภาระกิจชีวิตประจำวัน หน้าที่ การงาน ภาวะเศรษฐกิจ จึงมีโอกาทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ และไม่อยากจะดูแลอีกต่อไป เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลมากเกินไป เหน็ดเหนื่อย และไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (ชนาธิธิ วิจิตรพันธ์, 2559) โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ ผลกระทบด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูงจากการดูแล และความเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้า จากการดูแลในระดับสูงจะรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลานานขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะหมดไฟ (caregiver burnout) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้ตัวจนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้ (ชนาธิธิ วิจิตรพันธ์, 2559)

จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 994,540 คน มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 169,678 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 6,324 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 157,609 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 23,545 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,148 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก, 2563) ผลจากประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2 กลุ่มนี้ ของจังหวัดเพชรบูรณ์ ทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง เมื่อเกิดปัญหาภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอในหลายระบบทั้งทางกาย จิต และสังคม อันเป็นสาเหตุหลักของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งการหกล้ม ภาวะโรค ภาวะทุพพลภาพ และพิการถาวร คุณภาพชีวิตลดลง มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ภาวะโรคสูง ในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญกับภาวะเปราะบางอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยไม่สามารถป้องกันหรือจัดการได้โดยเฉพาะในผู้ที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอในหลายระบบทั้งทางกาย จิต และสังคม



(ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ, 2561) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอลำสักหลายราย มีลักษณะของการหมดไฟ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรับมือกับภาวะหมดไฟได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นเป็นการใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ด้านขอบเขต

1.1 ด้านประชากร (Population) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ มี 11 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอหล่มสัก อำเภอหล่มเก่า เขาค้อ น้ำหนาว วังโป่ง หนองไผ่ บึงสามพัน วิเชียรบุรี ศรีเทพ และชนแดน จำนวนทั้งหมด 1,148 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก, 2563)

1.1.1 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ทั้ง 11 อำเภอ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 288 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (เครจซี่และมอร์แกน) (Krejcie, R. V. & Morgan, D. W., 1970)

1.1.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย กลุ่มผู้นำ และกลุ่มผู้นำท้องถิ่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ มีความใกล้ชิด และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 3 ปี

1.2 ด้านเนื้อหา ได้แก่ ศึกษาหลักการแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับมือกับภาวะหมดไฟ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เชิงปริมาณใช้แบบสอบถามซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านภาษา และด้านวิจัย จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงตรงโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.67 - 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และได้หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach, L. J., 1990) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 และจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แบ่งเป็น 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) ภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ภาวะความเครียด 4) สถานการณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหา และ 5) กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ



พืงพืงเคยทำในอดีตและปัจจุบัน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert, R., 1967) (โดยแบ่งช่วงของคะแนน ได้แก่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก และ 5 หมายถึง มากที่สุด) และเชิง คุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งเป็น 6 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงหรือมีภาวะพืงพืงเพิ่มมากขึ้นทุกปี 3) ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลที่ดีหรือถูกทำร้ายร่างกาย 4) สาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุต่อการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะหมดไฟในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 5) วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหมดไฟ และ 6) ความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุ

3. การเก็บข้อมูลการวิจัย คือ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ระยะที่ 2 ภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง (แบบสอบถาม) ระยะที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงหรือมีภาวะพืงพืง (แบบสัมภาษณ์) และระยะที่ 4 รูปแบบและพัฒนา รูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ (แบบประเมิน)

4. ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล คือ เชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการตรวจสอบสามเส้า เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผลการวิเคราะห์ และสรุปเป็น ภาพรวม

ผลการวิจัย

การศึกษาพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง

ภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง	N = 288		ระดับ	
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงที่ท่่านดูแล ร้องขอความช่วยเหลือมากกว่า ความต้องการจริง	1.89	0.76	ปานกลาง	1
ไม่มีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง	1.86	0.75	ปานกลาง	2
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืงที่ท่่านดูแล ต้องพืงพาท่่านในทุกเรื่อง	1.78	0.71	ปานกลาง	3
เหนื่อยล้าและอ่อนเพลียจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง	1.75	0.72	ปานกลาง	4
กลัว เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพืงพืง ซึ่งเป็นญาติของท่าน	1.74	0.75	ปานกลาง	5
รวม	1.63	0.44	ปานกลาง	



จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.63$, S.D. = 0.44) รายละเอียด จำแนกเป็นรายข้อได้ดังนี้

ด้านภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ลำดับที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ทานดูแล ร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง ($\bar{X} = 1.89$) ลำดับที่ 2 ไม่มีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{X} = 1.86$) และลำดับที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ทานดูแล ต้องพึ่งพาทานในทุกเรื่อง ($\bar{X} = 1.78$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	N = 288		ระดับ	
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
มีปัญหาการเงินของครอบครัว	2.27	0.45	มาก	1
นอนไม่หลับ/ไม่ได้นอน	2.08	0.78	ปานกลาง	2
มีความไม่สบายใจอย่างมาก	1.78	0.71	ปานกลาง	3
เกิดปัญหาทางกาย	2.02	0.55	ปานกลาง	4
พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ	1.92	0.55	ปานกลาง	5
โดยภาพรวม	1.80	0.71	ปานกลาง	

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับภาวะความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$, S.D. = 0.71) รายละเอียด จำแนกเป็นรายข้อได้ดังนี้

ด้านภาวะความเครียด พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดคือ มีปัญหาการเงินของครอบครัว ($\bar{X} = 2.27$) รองลงมาคือ นอนไม่หลับ/ไม่ได้นอน (ผู้ป่วยอาการหนักต้องดูแลตลอดเวลาผู้ป่วยไม่หลับ) ($\bar{X} = 2.08$) และน้อยที่สุดคือ มีความไม่สบายใจอย่างมาก (กังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วยการบริหารจัดการอย่างไร) ($\bar{X} = 1.78$)

ตารางที่ 3 สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
สภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
1. สุขภาพ	180	73.47
2. การเงิน	32	13.06
3. สุขอนามัย	20	8.16
4. จิตใจ	13	5.31
วิธีการแก้ไขปัญา		
1. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดและน่าอยู่เสมอ	154	41.18
2. ดูทีวี/นอนหลับพักผ่อนและเปลี่ยนผู้ดูแลบางครั้ง	142	37.97
3. อยากให้หน่วยงานทางโรงพยาบาลส่งเจ้าหน้าที่มาช่วยแนะนำ	35	9.36



ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมที่ปฏิบัติที่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ		
1. ทำความสะอาดร่างกาย (อาบน้ำ/ล้างหน้า/แปรงฟัน)	154	53.47
2. ทำอาหาร/ป้อนอาหาร	103	35.76
3. ป้อนยา/พาหามอ	14	4.86

จากตารางที่ 3 พบว่า สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุรายละเอียด จำแนกเป็นรายชื่อได้ดังนี้

ด้านสถานการณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหา พบว่า สภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ สุขภาพ การเงิน สุขอนามัย จิตใจ โดยมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การเดินไม่ได้/สายตามองไม่เห็น ดูแลไม่ได้เต็มที่เนื่องจากปวดหลัง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 73.47 รองลงมาได้แก่ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เงินไม่พอใช้จ่าย รายได้มาจากเบี้ยยังชีพ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 13.06 ในวิธีการแก้ไขปัญหา พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดและน่าอยู่เสมอ คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ ดูทีวี/นอนหลับพักผ่อนและเปลี่ยนผู้ดูแลบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.97 และ

กิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติที่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกาย (อาบน้ำ/ล้างหน้า/แปรงฟัน) คิดเป็นร้อยละ 53.47 รองลงมาคือ ทำอาหาร/ป้อนอาหาร คิดเป็นร้อยละ 35.76

ตารางที่ 4 กิจกรรมที่เคยทำในอดีตและปัจจุบันในการให้การดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่เคยทำในอดีตและปัจจุบัน	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยเลย จำนวน (ร้อยละ)
กิจกรรมช่วยเหลือที่ก่อให้เกิดผล			
1. ทำกับข้าว	221 (76.74)	43 (14.93)	24 (8.33)
2. ซักผ้า	210 (72.92)	56 (19.44)	22 (7.64)
3. ซื้อกับข้าว	206 (71.53)	55 (19.10)	27 (9.38)
กิจกรรมความช่วยเหลือทางสังคม			
1. พาไปโรงพยาบาล	154 (53.47)	88 (30.56)	46 (15.97)
2. ช่วยจำว่าวางสิ่งของไว้ที่ใด/ต้องทำอะไร	100 (34.72)	124 (43.06)	64 (22.22)
3. โทรศัพท์ติดต่อผู้อื่น	99 (34.38)	120 (41.67)	69 (23.96)
กิจกรรมความช่วยเหลือส่วนตัว			
1. ช่วยเหลือเวลารับประทานอาหาร	130 (45.14)	81 (28.13)	77 (26.74)



กิจกรรมที่เคยทำในอดีตและปัจจุบัน	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยเลย จำนวน (ร้อยละ)
2. ช่วยเหลือเวลาอาบน้ำ	129 (44.79)	85 (29.51)	74 (25.69)
3. ช่วยในการถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ	118 (40.97)	81 (28.13)	89 (30.90)

จากตารางที่ 4 พบว่า ด้านกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเคยทำในอดีตและปัจจุบัน มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมช่วยเหลือที่ก่อให้เกิดผล ประกอบด้วย ทำกับข้าว ซักผ้า และซื้อกับข้าว 2) กิจกรรมความช่วยเหลือทางสังคม ประกอบด้วย พาไปโรงพยาบาล ช่วยจำว่าวางสิ่งของไว้ที่ใด/ต้องทำอะไร และโทรศัพท์ติดต่อผู้อื่นและ 3) กิจกรรมความช่วยเหลือส่วนตัว ประกอบด้วย ช่วยเหลือเวลารับประทานอาหาร ช่วยเหลือเวลาอาบน้ำ และช่วยในการถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ

ด้านสถานการณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการการแก้ไขปัญหานั้น พบว่า

1. ผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นทุกปี สรุปได้ 2 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคเปลี่ยนไป ไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และด้านความคิดเห็นต่อการมีประชากรผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มมากขึ้น รู้สึกตกใจ วิตกกังวล เกี่ยวกับสภาพปัญหาประชากรผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านติดเตียงกับความเครียดในการดูแลบุคคลเหล่านี้ ดังผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า

“พฤติกรรมการกิน ไม่มีการควบคุม อยากให้ช่วยกันรณรงค์ให้ความรู้ก่อนติดบ้านติดเตียง ประชาชนไม่ค่อยให้ความสำคัญในการกิน” (ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 1, 2563)

2. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลที่ดีหรือถูกทำร้ายร่างกาย พบว่าสาเหตุมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ ผู้ดูแลอาจจะมีความเครียดจากหลาย ๆ เรื่องราว หลาย ๆ อย่าง หลากหลายหน้าที่ 2) ด้านสุขภาพ พยาธิสภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย ที่แสดงออกทำให้ผู้ดูแลหงุดหงิดใจได้ 3) ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาเศรษฐกิจจากสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ในปัจจุบัน และ 4) ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว พื้นฐานครอบครัวแต่ละครอบครัวไม่เหมือนกัน หรือระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า

“ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยนาน ๆ สะสม บางทีไม่ได้ไปทำมาหากิน รายได้ไม่พอใช้ สุขภาพผู้ดูแลก็ทรุดลง บางทีเค้าคงลงไม่ลงมือได้ แยกเลยนะ” (ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 2, 2563)



3. สาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากการภาวะหมดไฟในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่า เกิดจากความเครียด รายได้ไม่พอใช้ หรือสุขภาพของผู้ดูแลเอง ดังผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า

“น่าจะเกิดจากความเครียดหลาย ๆ อย่าง เช่น รายได้ ทำให้ไม่อยากดูแล และสุขภาพผู้ดูแลก็สำคัญ ดูแลคนป่วย ดูแลตัวเอง ก็หมดไฟได้ ไม่ไหว” (ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 3, 2563)

4. วิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหมดไฟ พบว่า วิธีการช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหมดไฟ โดยวิธีการให้กำลังใจ การให้ความรู้คำแนะนำเรื่องต่าง ๆ ดังผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า

“ให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่องต่าง ๆ ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล” (ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 4, 2563)

5. ความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่คาดหวังว่าให้ครอบครัวอบอุ่นมากขึ้น ดูแลช่วยกันไป ไม่ทอดทิ้งกัน ดังผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า

“ปลูกฝังให้เด็ก ๆ เข้าหาผู้สูงอายุ ปลูกฝังให้ผูกพัน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ” (ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 5, 2563)

การพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ พบว่า การพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การรวมกลุ่มภาคีเครือข่ายคือ เชิญชวนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้แทนชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อมาร่วมดำเนินการ รวมทั้งกลุ่มผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชม. และมีใบประกาศจากกรมอนามัยรับรอง

2. การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา คือ การเก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนจะพัฒนาโครงการ ที่จะดำเนินการในชุมชน เช่น สภาวะปัญหา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น ร่วมกันการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้กลุ่มภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมดำเนินการวางแผน ร่วมกันตัดสินใจ หารูปแบบแนวทางกิจกรรม

3. อบรมเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มภาคีเครือข่ายคือ จัดอบรมกลุ่มภาคีเครือข่ายเป็นเวลา 2 วัน

4. วางแผนกิจกรรมคือ แบ่งออกเป็น 6 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ผูกมิตรพัฒนาจิต กิจกรรมที่ 2 ฝึกสติสร้างสุข และพัฒนานตนา กิจกรรมที่ 3 สร้างสุขทางใจ



กิจกรรมที่ 4 เพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมที่ 5 สร้างสุขทางกาย และกิจกรรมที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวางแผนกิจกรรม

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 1 : ผูกมิตร พัฒนา จิต	เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรม : 1. เข้าใจจุดมุ่งหมายของ แผนกิจกรรมฯ 2. สามารถพัฒนาจิตให้ มีสติและสมาธิ 3. ตระหนักในคุณค่าของ ตนเอง และ ตระหนักใน ความสำคัญของการ พัฒนาคุณค่าภายใน ตนเอง	1. กิจกรรมฝึกการพัฒนาจิต โดยให้ ฝึกปฏิบัติเดี่ยวและคู่ ให้ความ คิดเห็นต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลัง การฝึก 3. สร้างข้อตกลงร่วมกันว่าในการ เริ่มต้นกิจกรรมแต่ละสัปดาห์สมาชิก เพื่อจัดการความคิดจากจิตใต้สำนึก และให้สมาชิกไปฝึกต่อที่บ้านและ. อธิบายความสำคัญของจิตที่พัฒนา กับการปฏิบัติงาน	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและการ แสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการ เข้าร่วมกิจกรรม
กิจกรรมที่ 2 : ฝึก ก ส ตี เพื่อ สร้างสุข และ พัฒนาตน	1. ตระหนักถึงความสำคัญ ของสุขภาวะทางจิตใจ	1. ให้สมาชิกฝึก ก ส ตี และฝึกสมาธิ ประมาณ 10 นาที ก่อนเริ่มกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นของสมาชิกซึ่ง 2. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เล่นเกมส์ "สะท้อนความรู้สึกของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกับ อดีต" โดยให้ใช้มือข้างเดียวผูกถุงความเครียด ใส่สิ่งของ เสมือนว่าเป็นผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงที่ใช้มือได้เพียงข้างเดียว 3. ชักถามผู้ เข้าร่วมกิจกรรมว่า เป้าหมายของชีวิตของคนเราคืออะไร 4.เสนอแนวคิดความสุข	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและ การแสดงความคิดเห็นของสมาชิกซึ่ง 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
กิจกรรมที่ 3 : สร้างสุขทางใจ	2. เข้าใจกับความสัมพันธ์ ระหว่างสุขภาวะทางกาย และทางจิตใจ ซึ่งหากมี ความผิดปกติ เป็น เวลานานก็อาจนำไปสู่ ภาวะความเครียด ภาวะ ซึมเศร้าได้	1.ให้สมาชิกฝึก ก ส ตี และฝึกสมาธิ ประมาณ 10 นาที ก่อนเริ่มกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. ชักถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ ความหมายของ สุข ภา พ จิต คุณลักษณะ ของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ดำเนินการสรุปความหมาย และหา แนวทางแก้ไขรวมถึงผลลัพธ์ของการ แก้ไขที่ได้ดำเนินการไป	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและ การแสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม



ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม	กิจกรรม	ประเมินผล
กิจกรรมที่ 4 : เพื่อนช่วยเพื่อน	1. เห็นความสำคัญของ ความรู้สึกร่วมกันของผู้ ให้บริการทั้งด้านบวก และด้านลบ ที่มีต่อ ผู้รับบริการ 2. ทราบปัญหาจากการ ให้บริการที่เกิดขึ้นจาก การอภิปรายกลุ่มผนวก กับที่ได้จากผลการ รวบรวมข้อมูล Pretest	1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกสติ ฝึก สมาธิเป็นเวลา 10 นาที 2. ซักถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมว่าในช่วง ฝึกสมาธิ มีความคิดอะไรวนเวียนเข้า มาในห้วงความคิดที่เราจะพยายาม ลืมให้จิตว่าง ให้เขียนลงไป กระดาษที่แจกให้ และวิเคราะห์ว่า เป็นด้านบวกหรือลบ ขอให้สมาชิก เล่าเกี่ยวกับการ3.แก้ปัญหาต่าง ๆ ใน การดูแลผู้สูงอายุ . วิทยากรสรุป และ อภิปรายร่วมกัน	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและ การแสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการ เข้าร่วมกิจกรรม
กิจกรรมที่ 5: สร้างสุขทาง กาย	1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ตระหนักถึงความสำคัญ ของสุขภาวะทางกาย 2. การออกกำลังกาย มี ความสำคัญต่อทุกคน โดยเฉพาะผู้ให้บริการ เพราะต้องให้การดูแล ผู้สูงอายุจำเป็นจะต้อง มีร่างกายแข็งแรง การ ออกกำลังกายควร ปฏิบัติให้ถูกต้อง เหมาะสม	1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกจิต และฝึก สมาธิเป็นเวลา 10 นาที ซักถามการปฏิบัติที่บ้าน การ เปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเป็นผล จากการปฏิบัติหากผู้เข้าร่วมกิจกรรม ระบุว่าไม่ค่อยได้ปฏิบัติสม่ำเสมอ ก็ เน้นให้ปฏิบัติต่อไป จนติดเป็นนิสัย จะทำให้ปฏิบัติได้ดีขึ้น และเกิดเป็น พฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป 2. ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ออก กำลังกาย ควรให้ข้อมูลที่เหมาะสม	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและ การแสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
กิจกรรมที่ 6 : แลกเปลี่ยน เรียนรู้	เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การรับมือกับ ภาวะหมดไฟของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1. ผู้วิจัยชี้แจงความเป็นมาโครงการ 2. จัดเวทีเสวนาเปิดใจภาคีเครือข่าย และสมาชิกได้แสดงความรู้สึกร่วมในการ เข้าร่วมโครงการ 3. วิทยากรสรุปแหล่งให้ความ ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ 4. สรุปผลกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ การรับมือกับภาวะหมดไฟ 5. นัดตรวจสุขภาพร่างกายผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	1. สังเกตความสนใจร่วมกิจกรรมและการ แสดงความคิดเห็นของสมาชิก 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. สังเกตความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม



ตารางที่ 6 การทดลองใช้และประเมินรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ

ข้อความถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ
ตลอดกิจกรรมผู้ประสานงานโครงการ /วิทยากรเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย	4.62	0.49	มากที่สุด	1
การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ดำเนินไปด้วยความเป็นกันเองและสมาชิกภาคีเครือข่ายทุกคนมีส่วนร่วม	4.47	0.75	มากที่สุด	2
ท่านพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมแก้ไขปัญหภาวะหมดไฟของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครั้งนี้	4.44	0.61	มาก	3
รวม	4.40	0.43	มาก	

จากตารางที่ 6 พบว่า การทดลองใช้และประเมินรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ ได้แก่ภาวะหมดไฟ ภาวะความเครียด ภาวะวิธีการรับมือกับปัญหา และการติดตาม มีประสิทธิผลของรูปแบบ ภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.43) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง และการรับมือกับปัญหาดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การพัฒนาารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลางในทุก ๆ ข้อ และค่อนข้างสูงคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ให้การดูแล ร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการ ถ้าปล่อยไว้นานก็อาจเกิดจริง ความรู้สึกลบมากขึ้นและนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้า ด้านความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีปัญหาการเงินของครอบครัว เนื่องจากค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่พอใช้ส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว ด้านสถานการณ์เกี่ยวกับสภาพปัญหา ได้แก่ สุขภาพการเงิน สุขอนามัย จิตใจ นอกจากนี้ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ การเดินไม่ได้/สายตามองไม่เห็น ดูแลไม่ได้เต็มที่เนื่องจากปวดหลัง โดยการแก้ไขปัญหาดูแลผู้สูงอายุได้แก่ ทำความสะอาดและนวดอยู่เสมอ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติที่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ทำความสะอาดร่างกาย และรูปแบบและพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ พบว่า การพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) การรวมกลุ่มภาคีเครือข่าย 2) การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา 3) อบรมเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มภาคีเครือข่าย 4) วางแผนกิจกรรม จากการทดลองใช้และประเมินรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ ภาพรวมอยู่ระดับมาก เห็นด้วยกับอัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคระเทศไทย 4.0



พบว่า การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีเข้ามาช่วยพัฒนาอุปกรณ์สวมใส่สำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องมีคนอื่นช่วยดูแล และศักยภาพบุคคลถึงระดับครอบครัว ตลอดจนนโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมเอื้อต่อการกระตุ้นให้นวัตกรรมและเทคโนโลยีมาใช้จัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0 (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) เช่นเดียวกับทรงสุดา ยงพัฒนจิตร ที่กล่าวถึงความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล เมื่อพิจารณาความเครียดรายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ความเครียดด้านจิตใจของญาติ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ (ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, 2563) ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ทั้งสองด้าน แสดงว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 59.53 และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาามีคะแนนเฉลี่ย 49.18 ส่วนคะแนนสัมพัทธ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มากกว่าการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก เป็นการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง และหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา ได้แก่ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ และพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดเพชรบูรณ์ สรุปได้ว่า ด้านสภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะหมดไฟ ได้แก่ ภาวะหมดไฟ อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.63$, S.D. = 0.44) และภาวะความเครียด อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.80$, S.D. = 0.71) ปัญหาที่พบคือ การผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ การเงิน สุขอนามัย จิตใจ และการทดลองใช้และประเมินรูปแบบคือ 1) ภาวะหมดไฟ 2) ภาวะความเครียด 3) ภาวะวิธีการรับมือกับปัญหา และ 4) การติดตาม และประสิทธิผลของรูปแบบ ภาพรวมอยู่ระดับมาก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ รัฐบาล และหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้มีการจัดโครงการการพัฒนาารูปแบบการรับมือภาวะหมดไฟในผู้ดูแลผู้สูงอายุ



ในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้ทั่วถึงโดยเฉพาะในระดับตำบล รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านการพัฒนา บุคลากร ทรัพยากร วิชาการ และด้านการส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปคือ ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการติดตามประเมินผลระยะยาว รวมถึงศึกษาวิธีการที่จะทำให้ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายคงอยู่ และสามารถดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร. (2563). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 116-131.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสวนปรง, 29(3), 55-69.
- ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2561). ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. วารสารสภาการพยาบาล, 33(3), 5-19.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาการพิมพ์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: พรินเตอร์.
- ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 1. (24 กันยายน 2563). เรื่องการพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์. (สกวรัตน์ ทวีнут, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 2. (25 กันยายน 2563). เรื่องการพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์. (สกวรัตน์ ทวีнут, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 3. (24 กันยายน 2563). เรื่องการพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์. (สกวรัตน์ ทวีнут, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 4. (24 กันยายน 2563). เรื่องการพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์. (สกวรัตน์ ทวีнут, ผู้สัมภาษณ์)
- ผู้สัมภาษณ์ท่านที่ 5. (25 กันยายน 2563). เรื่องการพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์. (สกวรัตน์ ทวีнут, ผู้สัมภาษณ์)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2563. เรียกใช้เมื่อ 20 เมษายน 2563 จาก <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf>



- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. (2563). ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. เรียกใช้เมื่อ 20 เมษายน 2563 จาก <http://www.lomsaksso.go.th/index.php/2018-02-07-02-14-25>
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงใน ยุคประเทศไทย 4.0. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 17(3), 235-243.
- Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. (5th ed.). New York: Harper Collins.
- Jittapankul, M. et al. (1999). Health problems of Thai elders. Bangkok: Holistic Publishing.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607-610.
- Likert, R. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
- Sabzwari, S. et al. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. Eastern Mediterranean health journal, 22(6), 394-403.
- Sihapark, M. et al. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural thailand: prevalence and associated factors. Ageing International, 39(3), 210-220.