



รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วม
ร่วมของภาคีเครือข่าย



พรปวีณ์ คำหลวง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วม
ร่วมของภาคีเครือข่าย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดย
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย"

ของ พรปวีณ์ คำหลวง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.ภัทรพล มากมี)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ผู้วิจัย	พรปวีณ์ คำหลวง
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	การจัดการความเครียด, ผู้สูงอายุ, กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยงานวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียด สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 334 คน ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม จำนวน 24 คน และระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน

ผลการวิจัยพบว่า จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก มี 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ค้นพบใหม่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ มีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยพบตัวแปรร่วมทำนาย ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ ($\beta=0.298$) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-0.140$) ปัจจัยด้านรายได้ ($\beta=0.121$) และปัจจัยด้านเพศ ($\beta=-0.102$) มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยด้านจิตใจและปัจจัยด้านรายได้มีผลทางบวกต่อการเกิดความเครียด และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านเพศ มีผลทางลบต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาการสนทนากลุ่ม สร้างรูปแบบการ

จัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 12 กิจกรรม แบ่งเป็นการให้ความรู้ การพัฒนาจิตและการพัฒนากาย การให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากการนำรูปแบบการจัดการความเครียดไปทดลองใช้ โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า สามารถจัดการความเครียดในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยผู้สูงอายุมีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากความเครียดในระดับสูง ลงมาที่ระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคม รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายในผู้สูงอายุให้ครบทุกมิติสุขภาพ



Title	A MODEL OF STRESS MANAGEMENT AMONG TAI LUE AGING PEOPLE IN NAN PROVINCE BY PARTICIPATION OF NETWORK PARTNERS
Author	PORNPAVEE KHAMLUANG
Advisor	Associate Professor Supaporn Sudnongbua, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2022
Keywords	stress management elderly Tai Lue ethnic group

ABSTRACT

This study involved mixed-method research. The purpose of this research was to study the stress management model of elderly members of the Tai Lue ethnic group in Nan province, Thailand, by the participation of network partners. The research is divided into four phases, consisting of qualitative research and quantitative research. Phase 1 studied stressful situations, the causes, and factors that cause stress among elderly members of the Tai Lue ethnic group in Nan province. Phase 1 involved qualitative research using in-depth interviews with a sample of 12 people. Phase 2 then studied the factors affecting stress among elderly members of the Tai Lue ethnic group. This was a quantitative cross-sectional survey of 334 people. Phase 3 investigated the development of stress management guidelines among the elderly in the Tai Lue ethnic group and was a qualitative research study involving group discussions with 24 people. Meanwhile, management stress among elderly members of the Tai Lue ethnic group was studied through quasi-experimental research with a sample of 45 people.

The qualitative data collected through in-depth interviews suggested five factors of stress among elderly members of the Tai Lue ethnic group, including personal, physical, psychological, family, and environmental factors. Additionally, health literacy variables were newly discovered variables from the qualitative and quantitative data collection, which revealed that elderly members of the Tai Lue

ethnic group had high levels of stress, for which four predictive variables were found, including psychological ($\beta=0.298$), social support ($\beta=-0.140$), income ($\beta=0.121$), and gender ($\beta=-0.102$). Moreover, mental health and income factors are found to positive affect stress, while social support and gender factors negatively affect stress among the elderly. Qualitative data was collected through group discussions to create a stress management model among the elderly in the Tai Lue ethnic group, from which 12 activities were identified and divided into knowledge education, mental development, and physical development categories. The stress management model was tested with a quasi-experimental trial, which found that social support was able to effectively manage and reduce stress from high to medium levels.

Stress management models for use with the elderly should be continually developed, in line with contextual social changes. The stress management model developed with elderly members of the Tai Lue ethnic group in Nan province, Thailand, can be applied by organizations that work with the elderly, including public health departments, sub-district administrative organizations, and related agencies for the integration of mental and physical health promotion among the elderly in all health dimensions.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากการช่วยเหลือและสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำปรึกษามาโดยตลอด คอยชี้แนะให้คำแนะนำ และช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ดร.วัลลภ ใจดี และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจินต์ สงทับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน ดร.ภัทรพล มากมี ที่คอยให้ข้อเสนอแนะและให้ความเมตตาลูกศิษย์มาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย เกษัชกรหญิงพัชรา ถาวรระ เกษัชกรเชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พิจิตร คุณณัด ไบยา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอขอบพระคุณ ดร.วิชาภรณ์ คันทะมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัว คุณมะลิวัลย์ พวงจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่านน้อย ที่ให้ข้อเสนอแนะที่ดีและเป็นประโยชน์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ พี่นทีวิจัย ที่ให้ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ คุณพนรัตน์ อินมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลาเพชร ที่ให้ความเมตตา และคอยช่วยเหลือมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ภาคีเครือข่ายทุกภาคที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่ให้โอกาสเข้าไปเรียนรู้และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ผู้ศึกษาขอมอบคุณงามความดีทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ให้แก่บุพการี ครอบครัวยุ คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พรปวีณ์ คำหลวง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
การวิจัยในอนาคต.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความหมายผู้สูงอายุ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในระดับโลกและระดับชาติ.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนชาติพันธุ์.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ.....	66
แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียด.....	75
แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม.....	81
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	88

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework).....	96
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	98
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดใน ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	100
ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	103
ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	113
ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัด น่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	120
บทที่ 4 ผลการวิจัย	126
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดใน ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย..	126
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	144
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาของการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	168
ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาการประเมินผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ไท ลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	193
บทที่ 5 บทสรุป.....	199
สรุปผลการวิจัย.....	199
อภิปรายผลการวิจัย	204
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	214
บรรณานุกรม.....	216
ภาคผนวก.....	233



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	107
ตาราง 2 แสดงข้อค้นพบสถานการณ์ความเครียด และสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ใน ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	127
ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูลการ วิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม	144
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 334)	145
ตาราง 5 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านร่างกาย จำแนกรายข้อ (n = 334).....	149
ตาราง 6 (ต่อ) 150	
ตาราง 7 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกรายข้อ (n = 334).....	151
ตาราง 8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว จำแนกรายข้อ (n = 334) ...	152
ตาราง 9 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ (n = 334)	157
ตาราง 10 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกราย ข้อ (n = 334).....	160
ตาราง 11 แสดงร้อยละระดับความเครียด จำแนกรายข้อ (n = 334).....	164
ตาราง 12 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน (n = 334)	165
ตาราง 13 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ (n = 334).....	166
ตาราง 14 แสดงการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฉบับยกร่าง โดยพิจารณาในความตรงประเด็น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยผู้เชี่ยวชาญ.....	182
ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 45)	193
ตาราง 16 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ผู้สูงอายุไทลื้อโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ก่อนและหลังการทดลอง (n=45).....	197
ตาราง 17 แสดงผลเปรียบเทียบการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุไทลื้อโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ก่อนและหลังการทดลอง (n=45).....	197

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดใน ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	96
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการดำเนินงานวิจัย.....	97
ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	99
ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	106
ภาพ 5 แสดงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	181
ภาพ 6 แสดงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย.....	192



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกมีอัตราการเพิ่มที่ลดลง ประชากรสูงอายุจะมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 ประชากรโลกมีทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีจำนวนประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมีการคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุ จะสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2044 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2561) สุขภาพจิต เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของสุขภาพของผู้สูงอายุและรวมไปถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Alizadeh-Khoei, Mathews & Hossain, 2011) ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย และปัญหาทางกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมในผู้สูงอายุ (Babazadeh et al., 2016) รวมถึงเรื่องคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดความเครียดและซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การรับมือกับความเครียดจึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (Liu et al., 2017)

จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการว่าประชากรทั่วโลกกว่า 450 ล้านคน ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคจิตเวชและประชากรอย่างน้อยหนึ่งในสี่คนมีความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โรคจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก และก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ถึงร้อยละ 13 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทั้งหมด ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสาเหตุห้าในสิบอันดับแรกของโรคที่ทำให้เกิดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคจิตเวชนั้น เกิดในวงกว้าง คงอยู่นาน และมีมูลค่าสูงมาก โรคจิตเวชทำให้เกิดค่าใช้จ่ายของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายรวมต่อปีที่เกิดจากโรคจิตเวช พบสูงถึง 147 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ มากกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคเอดส์ (กรมสุขภาพจิต, 2560ก) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้รายงานสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมักสัมพันธ์กับความเครียดที่เกิดจากกระบวนการทางสังคม เพราะการมีลักษณะบางอย่างที่แตกต่างไปจากมาตรฐานสังคม ได้กลายเป็นคุณสมบัติด้านลบ ก่อให้เกิดความเครียดได้ (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และ Matthews, 2562)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จากการคาดการณ์ ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 หรือ 17.8 ล้านคนในปี 2573 ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว และเกิดขึ้นทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2562) และมีการคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2561) ดังนั้น จะเห็นว่าแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ย่อมเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะสุขภาพทางกายและเมื่อมีปัญหสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ความเครียดเป็นสภาวะของความรู้สึกนึกคิด หรือสภาวะอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะกดดันที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกคน จากการสำรวจสุขภาพจิต คนไทยพบว่าคนไทยในปัจจุบันเริ่มมีปัญหาจากความเครียดเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลสายด่วนกรมสุขภาพจิตที่โทรเข้ามารับการปรึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องเครียด วิตกกังวล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 (คณิน จินตนา ปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีนัยกุล, 2562) จากการศึกษาของ พรเพ็ญ อารีกิจ และจิรวรรณ กลิ่นหอม (2562) พบว่า ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมา คือ เครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.24 และความเครียดในระดับสูงถึงสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 9.09 และ 6.06 ตามลำดับ ส่วนระดับการเผชิญความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 10.00 ตามลำดับ

ความเครียดก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก เพราะความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะเกิดผลกระทบเชิงลบได้ง่าย ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาการที่พบได้บ่อย คือ ความรู้สึกกังวลและความเครียด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) การมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพและสภาวะ สุขภาพจิตของบุคคลหลาย ๆ โรคถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และกายภาพ การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัยส่งผลต่อสุขภาพจิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตที่พบบ่อย หลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม คือ ยิ่งมีความเหลื่อมล้ำมากเท่าใด ยิ่งมีความเสี่ยงที่กระทบต่อสภาพจิตใจมากขึ้นเท่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2560)

จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพจิตของคนไทย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะความเครียด และอัตราในการเกิดความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับอายุ และผู้สูงอายุเป็นวัยที่สามารถเกิดความเครียดได้ง่าย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีแนวโน้มทำให้เกิด

ความเครียดเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) และระดับความเครียดที่รับรู้ได้ในผู้หญิงจะสูงกว่าในผู้ชาย (Lan, Chen, Wong & Lai, 2013) และผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความต้องการการบริการดูแลสุขภาพที่มากกว่าวัยอื่น (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) ผู้ที่มีความเครียดหากได้รับสิ่งเร้า จะทำให้อาการกำเริบและเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย กระบวนการสร้างสมดุลทางจิตใจจะทำให้สภาพจิตใจแข็งแรง การวางแผนกลยุทธ์การจัดการความเครียดถือว่ามีมีความสำคัญ (Fink, 2016)

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การรู้คิดบกพร่อง จำนวนโรคร่วมความรู้สึกลำบากในตนเอง และการพักผ่อน และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย ชนิดโครงสร้างครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ดั้งการศึกษาของ เกสร มัยจิน (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านการสมรสมีความสัมพันธ์ต่อระดับสุขภาพจิต และปัจจัยด้านรายได้ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยเช่นกัน และจากการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่เสื่อมลง ประกอบด้วยปัญหาหลัก 3 ประการ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคประจำตัว เป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ปัญหาเรื่องการเงินหรือสถานภาพทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคม บทบาททางสังคม (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558) และการศึกษาของ (อารีย์ สงวนชื่อ, ปณณทัต ต้นธนปัญญากร และรัฐพล ศิลปรัตน์, 2563) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนโรคร่วม ความรู้สึกลำบากในตนเอง ความรู้คิดบกพร่อง ชนิดโครงสร้างครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในผู้สูงอายุ Krause (1987) ได้ศึกษาความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคม และความภาคภูมิใจในตนเองในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อความผิดปกติทางอารมณ์ โดยหลัก ๆ แล้วการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองให้กับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดผลกระทบของความเครียดลงได้

ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตาม นอกจากสุขภาพกายแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยทางด้านการเงิน ปัจจัยด้านกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านสุขภาพ มีผลทางบวกต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุ (วิวรรณ คล้ายคลึง, วรณิ เดียววิเศษ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2561) ปัญหาสุขภาพจิต จึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญสำหรับการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางทางจิตใจเป็นอย่างมาก

ประเทศไทยมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้สรุปสาระสำคัญของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยนับตั้งแต่อดีตมากกว่า 100 ปี กลุ่มชาติพันธุ์มีความหลากหลายและกระจายตัวอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย จากข้อมูลของสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547 และข้อมูลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พ.ศ. 2555 มีกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย จำนวน 67 จังหวัด 56 กลุ่ม จำแนกพื้นที่ตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ 1) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือ ชาวเขา จำนวน 13 กลุ่ม กะเหรี่ยง ม้ง (แม้ว) เย้า (เมี่ยน) ลีซอ (ลีซอ) ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อีเก้อ) ลีซัว ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซู่ คะฉิ่น และปะหล่อง (ดาลาอั้ง) 2) กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานอยู่ในที่ราบ จำนวน 38 กลุ่ม ได้แก่ ไทลื้อ มอญ ไทยทรงดำ ไทยใหญ่ ไทยเขิน ไทยยอง ไทยหย่า ไทยยวน ภูไท ลาวครั่ง ลาวแง้ว ลาวกา ลาวตี้ ลาวเวียง แสก เซเร ปรัง บรู (โซ) โข่งโซ ทะวัง อิมปี ก่อง กุลา สะอูโอจ (ซุอั้ง) กูย (ส่วย) ญ้อกระ (ชาวบน) ญ้อ โย้ย เขมรถิ่นไทย เวียดนาม (ญวน) ญอ หมี่ซอ (เปี๊ยะ) ซอง กระซอ มลายู กะเลิง และลาวโซ่ง (ไทยดำ) 3) กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเล หรือ ชาวเล จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ มอแกน มอแกลน และอูรักละโว้ย 4) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ มลาบรี (ตองเหลือง) และซาไก (มันนิ) (นิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2558)

ไทลื้อ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง โดยเฉพาะตอนใต้ของมณฑลยูนนาน หรือเขตปกครองตนเอง สิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน ต่อมาได้มีการอพยพโยกย้ายเข้ามาทางใต้เข้าสู่บริเวณล้านนามีการอพยพมานานนับร้อยปี แต่วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงน้อยมากมีการศึกษาวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออย่างกว้างขวางในเรื่องของ การแต่งกาย ที่อยู่อาศัย อาหาร การท่องเที่ยว วัฒนธรรม ความเชื่อ และพิธีกรรม (เสาวภา ศักยพันธ์, 2556) แต่การศึกษาด้านการสาธารณสุขของไทลื้อยังมีการศึกษาอยู่น้อย กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการพัฒนา ขาดการศึกษา เป็นกลุ่มผู้คนลึกลับ อยู่ห่างไกล ความเจริญ นับถือผี และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนา (ณรงค์ อาจสมิติ, 2555) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อเกิดความเครียดได้ง่าย

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง เส้นทางการเดินทางของชีวิตยาวนาน ผ่านการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ตามกาลเวลามากมาย สะสมเหตุการณ์และเรื่องราวในชีวิตมานับไม่ถ้วน มีการอพยพย้ายถิ่นฐาน กว่าจะมาเป็นไทลื้อทุกวันนี้ ผ่านความลำบากมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจเป็นอย่างมาก (วกุล มิตรพระพันธ์, 2559) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งต่อมาถึงลูกหลานได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและชาติพันธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากจากกลุ่มชาติพันธุ์ กำลังทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมซึ่งให้

รายได้น้อยกว่าอุตสาหกรรมอื่น ๆ ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์มีรายได้น้อยและพวกเขายังมีระดับการศึกษาน้อยทำให้ขาดความรู้และขาดการเตรียมพร้อมสำหรับสังคมสูงวัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การขาดการเตรียมความพร้อมในการเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ สุขภาพจิตและปัญหาทางจิตเกิดขึ้นจากปัจจัยที่หลากหลายทั้งด้านสังคม จิตใจ และปัจจัยทางชีวภาพเช่นเดียวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บโดยทั่วไป ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิต มักเป็นประเด็นใหญ่ เช่น ความยากจน โรคเรื้อรัง การเข้าถึงระบบบริการ และความไม่เท่าเทียม เช่น ความยากจนทำให้ขาดเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งด้านความปลอดภัย การกระทำ หรือทางเลือกที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น การไม่ได้รับการศึกษา หรือการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ความขาดแคลนนี้จำกัดการใช้ชีวิตที่มีคุณค่าเช่นคนทั่วไป ประชากรที่อาศัยอยู่ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ยากจนเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุข ปัจจัยมหภาคอื่นๆ เช่น การขยายสังคมเมือง การย้ายถิ่น การเหยียดเชื้อชาติ และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ จะเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอาการและความเจ็บป่วยทางจิต เช่น บาดแผลทางใจจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา นอกจากนี้บาดแผลทางใจดังกล่าวยังเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในลูกหลานที่พ่อแม่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2560ข)

จังหวัดน่าน มีประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 93,659 คน แบ่งเป็นเพศชาย 44,791 คน เพศหญิง 48,868 คน จากประชากรทั้งหมด จำนวน 478,227 คน คิดเป็นร้อยละ 19.58% (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มความเครียดสูงและเป็นพื้นที่สีแดง มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.19% ในปี 2561 (กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขในเรื่องของการจัดการภาวะความเครียดเพื่อไม่ให้นำไปสู่ความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตด้านอื่น ๆ ตามมา

ดังนั้น การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขให้กับกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อจึงมีความจำเป็นและการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเพิ่มทักษะการรับมือกับความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออย่างเหมาะสม และยังเป็นการสร้างสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเป็นแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และการเข้าถึงระบบบริการ จึงอาจทำให้เกิดความเครียดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน และที่ผ่านมายังไม่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงต้องศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุ วัฒนธรรมปัญหา ความเชื่อ

ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในจังหวัดน่าน ร่วมกับการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการจัดการ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุด ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อย่างสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม เป็นการเสริมสร้างสุขภาพ และสร้างคุณค่าชีวิต เกิดผลทางบวกในการใช้ชีวิตที่เหลือน้อยอย่างมีคุณภาพและได้รับการดูแล ด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ในกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
4. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้
ความเครียด หมายถึง ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจของผู้สูงอายุ ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดขึ้น

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และอาศัยอยู่ใน จังหวัดน่าน

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย และเป็นชาติพันธุ์ไทลื้อ และมีถิ่นอาศัยอยู่ในจังหวัดน่าน

การจัดการความเครียด หมายถึง วิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีการรับมือและแก้ปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน เรื่องเดียวกัน

ภาคีเครือข่าย หมายถึง ภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกัน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องเดียวกัน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน และวัด

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากคนในครอบครัว และหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ชุมชน เช่น การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของต่างๆ การได้รับความเอื้อเฟื้อจากสังคมในแต่ละด้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ระดับนโยบาย (Policy)

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลการวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำผลวิจัยไปกำหนดนโยบายด้านการวางแผนทรัพยากรอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้ง่าย

1.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายด้านพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เรื่องการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เพิ่มขึ้น

1.5 กระทรวงสาธารณสุข นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายด้านการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ระดับปฏิบัติการ (Practice)

2.1 หน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดน่าน นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชนของตนเองได้

2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่าง ๆ นำไปใช้พัฒนาเป็นนวัตกรรมในการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในจังหวัดน่าน

2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนตนเอง

2.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดด้านอื่นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

2.6 ภาศึเครือข่ายด้านสุขภาพ นำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

3. ด้านวิชาการ (Academics)

3.1 นักวิชาการ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่สนใจ

3.2 หน่วยบริการทางด้านสุขภาพจิต นำไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการ

3.3 นักวิชาการทั่วไป ใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอ้างอิงเชิงวิชาการ

3.4 ผู้วิจัยและนักวิชาการทั่วไป นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

การวิจัยในอนาคต

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชน ที่ส่งผลต่อการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรม/กิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว (Long term outcome) จากการใช้รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Mental Health Literacy) ของการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างกันในบริบทและวิถีชีวิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความหมายผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในระดับโลกและระดับชาติ
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนชาติพันธุ์
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ
6. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียด
7. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความหมายผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ความหมายของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

United Nation เสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่

1. สังคมผู้สูงอายุ (aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด
2. สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และ
3. สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (United Nation, 2015)

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปี ขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ใน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นถึงความเสื่อมความถดถอยของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ (สาวิตรี พลทวี, 2555)

สรุป “ผู้สูงอายุ” หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

การแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ

สังคมกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมนั้นมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง

สังคมสูงอายุ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด

สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2561)

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่า จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ, 2558)

ผลการศึกษาติดตามข้อมูลทางประชากร พบว่า ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มอย่างช้าลงมาก แต่ประชากรกลุ่มสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่สูงขึ้นมีการคาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศนั้น คือ การเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ., 2561)

แนวคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในระดับโลกและระดับชาติ

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับโลก

มีรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ประชากรโลก โลกจะมีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน และ จะเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 3 ต่อปี เป็น 1,020 ล้านคน ในปี 2019 และคาดประมาณว่าผู้สูงอายุในโลกจะมีจำนวนครบ 1,000 ล้านคน ในปี 2019 คิดเป็น ร้อยละ 13 ทวีปยุโรปเป็นทวีปที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดในโลก ร้อยละ 25 ในอเมริกา มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.2 ภาคพื้นมหาสมุทร มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.2 ทวีปเอเชีย มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.5 ลาตินอเมริกา และแคริบเบียน มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.1 ทวีปแอฟริกา มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ตามการคาดการณ์ของสหประชาชาติ โลกจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี 2044 เท่ากับโลกจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 26 ปี ข้างหน้า กล่าวคือ ทวีปยุโรปมีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ร้อยละ 25 และทวีปแอฟริกา เป็นทวีปที่มีอัตราผู้สูงอายุต่ำที่สุดในโลก ร้อยละ 4.8

ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 33.6 อิตาลี ร้อยละ 29.8 เยอรมัน ร้อยละ 28.4 โปรตุเกส ร้อยละ 28.3 ฟินแลนด์ ร้อยละ 28.1 บัลแกเรีย ร้อยละ 27.9 โครเอเชีย ร้อยละ 27.2 กรีซ ร้อยละ 26.9 สโลวีเนีย ร้อยละ 26.8 ลัตเวีย ร้อยละ 26.6 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

ประชากรสูงอายุ ในยุโรปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 14 ในปี 2010 เป็น ร้อยละ 25% ในปี 2050 ประชากรในยุโรปมีอายุยืนยาวขึ้น (Kim & Kim, 2017)

2. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศอาเซียน

กลุ่มประเทศอาเซียน ได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2018 โดยมีประชากร 60 ปี ขึ้นไป 67 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 10.2 โดยมีประเทศสมาชิก ที่นำเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย พม่า และอินโดนีเซีย

ประเทศในกลุ่มอาเซียน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 20.4 ประเทศไทย ร้อยละ 17.6 ประเทศเวียดนาม ร้อยละ 11.6 ประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 10 ประเทศเมียนมา ร้อยละ 9.7 ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 8.9 ประเทศบรูไน ร้อยละ 8.5 ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ 7.8 ประเทศกัมพูชา ร้อยละ 7.2 ประเทศลาว ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

3. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และอายุ 80 ปี ขึ้นไป ดังนี้ ภาคเหนือ มีผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 21.2 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.6 ภาคกลาง มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน ร้อยละ 17.9 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.4 กรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 13.3 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.4 ภาคตะวันตก มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 18.6 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 18.9 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.1 ภาคตะวันออก มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 13.3 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 1.6 ภาคใต้ มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 14.5 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 2.0 สรุป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 3.5 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) และในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 12.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ผู้สูงอายุ 70 ปี ขึ้นไป จำนวน 4.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 1.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.1 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

จังหวัดน่าน มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 93,659 คน แบ่งเป็น เพศชาย 44,791 คน เพศหญิง 48,868 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.58% (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

4. ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ได้ก่อให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้าน ต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ของประเทศ ประชากรวัยเด็กลดลงส่งผลต่อการยุบโรงเรียนที่มีเด็กอยู่น้อย ประชากรวัยทำงานส่งผลให้ต้องมุ่งเน้นคุณภาพแรงงาน เช่น การพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน การใช้เทคโนโลยี เครื่องจักรกล การนำเข้าแรงงานบางประเภท และการขยายอายุการทำงาน ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการจัดระบบสวัสดิการและการประกันสังคมแก่ผู้สูงอายุ การบริการด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มคนที่มีความผูกพันหรือสืบเชื้อสายทางสายเลือดเดียวกัน มีประเพณีวัฒนธรรมหรือความเชื่อและศาสนาที่เหมือนกัน (ปุ่นชญา ศิวานิทพันธ์ และราชันย์ นิลาวรรณภา, 2562) กลุ่มชาติพันธุ์ (ethnic group) หมายถึง การมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม

ประเพณีพูดภาษาเดียวกัน และเชื่อว่าสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน (พิฆเนศ อิศรมงคลรักษ์, 2556)

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีตมีความแตกต่างด้านต่าง ๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกันมีลักษณะทางเชื้อชาติวัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์พัฒนาและสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษและอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคน ผู้คนรุ่นอนาคต (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

งามพิศ สัตย์สงวน (2545 อ้างถึงใน ประธาน เขียวขำ, 2546) ได้ให้ความหมายของกลุ่มชาติพันธุ์ไว้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic Groups) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวัฒนธรรมย่อยร่วมกัน มีค่านิยม ความคิด อุดมการณ์ ประเพณี พิธีกรรมทางศาสนาระบบสัญลักษณ์และวัฒนธรรมด้านอื่น ๆ ร่วมกัน กลุ่มชาติพันธุ์จะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากวัฒนธรรมใหญ่

ชาติพันธุ์ธำรง เป็นแนวคิดที่ใช้ศึกษาชนเผ่า ที่เคยอยู่อย่างอิสระ แยกตัวอยู่อย่างโดดเดี่ยว แล้วกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของรัฐ จนเกิดเป็นการรวมตัวของชนชาติพันธุ์ โดยมีบรรทัดฐานและพฤติกรรมบางอย่างร่วมกัน เช่น การแต่งกาย ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบเครือญาติซึ่งกลุ่มสมาชิกถูกหล่อหลอมด้วยกระบวนการทางสังคม ทำให้เกิดเป็นประสบการณ์ร่วมกัน มีการแสดงออกทางในการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ (Cohen, 1974 อ้างถึงใน พิมพ์ปฏิมานเรศศิริกุล, 2559)

พิฆเนศ อิศรมงคลรักษ์ (2556) ได้กล่าวถึง ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ ไว้ 5 ลักษณะ ดังนี้

1. เกิดจากการแบ่งแยกโดยวัฒนธรรมชนชั้น ในสังคมบางสังคมมีการแบ่งชนชั้น และคนที่อยู่ในชนชั้นที่ด้อยที่สุด จะถือเป็นกลุ่มชนที่อยู่นอกระบบสังคม คนที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน แต่ถูกสังคมระบุว่า เป็นชนชั้นที่ด้อยกว่า ถือว่าเป็นคนที่สังคมส่วนใหญ่ไม่ยอมรับให้เป็นสมาชิกอยู่ร่วมในสังคมเดียวกัน

2. เกิดจากการแบ่งแยกจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ กลุ่มชนที่มีชาติพันธุ์ต่างจากคนส่วนใหญ่ และตั้งถิ่นฐานอยู่ในบริเวณที่ห่างไกล

3. เกิดจากการผนวกดินแดน การขยายอาณาเขตของประเทศใดประเทศหนึ่ง โดยการผนวกดินแดนเพิ่ม อาจเกิดจากการตกลงกันตามสนธิสัญญา หรือเกิดจากการขยายดินแดนหลังจากชนะสงคราม

4. เกิดจากการย้ายถิ่น ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ อาจมีสาเหตุมาจากการที่คนจำนวนหนึ่งอพยพย้ายถิ่นเข้าไปอยู่ในสังคมอื่น โดยที่คนกลุ่มนี้มีลักษณะทางวัฒนธรรมแตกต่างจากคนในสังคมที่ตนเองย้ายเข้าไปอยู่ รูปแบบการย้ายถิ่น มีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น

- 4.1 การอพยพจากการทำศึกสงคราม
- 4.2 การอพยพทาส
- 4.3 การอพยพเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย หรือการลี้ภัยการเมือง
- 4.4 การอพยพแรงงานเกณฑ์จากบริเวณหนึ่งไปยังบริเวณหนึ่ง
- 4.5 การว่าจ้างแรงงานที่อพยพมาจากที่อื่น
- 4.6 การรับคนเข้าประเทศโดยการโอนสัญชาติ
- 4.7 การอพยพของชนชาติที่เจริญกว่า ไปยังพื้นที่ที่มีชนชาติที่ด้อยกว่า

5. เกิดจากการเป็นประเทศอาณานิคม ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ในประเทศอาณานิคม มีลักษณะแตกต่างจากกรณีต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 กรณี เพราะอาณานิคมเกิดจากการที่มหาอำนาจเข้ามามีอำนาจในการเมืองการปกครองของประเทศอื่น ผู้ที่อพยพเข้ามามีอำนาจมากกว่า และสามารถออกกฎข้อบังคับต่าง ๆ ที่ทำให้เจ้าของเมืองหรือเจ้าของประเทศ มีลักษณะเป็นผู้ที่อยู่ภายใต้การปกครอง และต้องยอมปฏิบัติตามข้อเรียกร้องของประเทศมหาอำนาจ และประเทศมหาอำนาจมักจะครอบครองอาณาเขตบริเวณกว้าง และว่าจ้างคนพื้นเมืองไปเป็นกรรมกรทางการเกษตร

1. สถานการณ์และความเสี่ยงในการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์

1.1 การขาดสิทธิและความไม่แน่นอนในที่อยู่อาศัยทำกิน

ลักษณะภูมิประเทศในการตั้งถิ่นฐานของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ตั้งห่างไกลทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก และห่างไกลศูนย์กลางอำนาจรัฐ ขาดความชัดเจนเรื่องสิทธิในที่ดินเพื่ออยู่อาศัยทำกิน เนื่องจากขาดระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนในการสำรวจการใช้ประโยชน์ที่ดิน และ ข้อมูลพื้นที่อนุรักษ์ รวมทั้งความขัดแย้งเชิงนโยบายระหว่างการพัฒนาและการอนุรักษ์ธรรมชาติและชาติกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

1.2 การขาดสิทธิในสถานะบุคคลทางกฎหมาย

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยการสำรวจและกำหนดสถานะบุคคลทางกฎหมายล่าช้ายังไม่แล้วเสร็จ ทำให้เสียสิทธิและขาดโอกาสในการพัฒนาหลายด้าน และไม่สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานของรัฐ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างจิตสำนึกการเป็นพลเมืองไทย และการยอมรับในสังคม

1.3 การขาดความสมดุลมั่นคงในการดำรงชีวิต

ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ยังมีสภาพยากจนและมีความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ โดยส่วนใหญ่ทำการเกษตรแบบดั้งเดิม อาศัยธรรมชาติเป็นหลัก แต่ขาดภูมิคุ้มกัน ในอาชีพเกษตรกรรม โดยมีปัญหาและข้อจำกัดเรื่องที่ดินทำกิน ทรัพยากรดินเสื่อมโทรม และขาดแคลนน้ำเพื่อการเกษตรตลอดจนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เกิดภัยพิบัติบ่อยครั้ง

และส่งผลกระทบต่อพื้นที่การเกษตร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมสู่ความทันสมัยมากขึ้น
วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ขณะที่ประชาชนบางส่วนปรับตัวไม่ทันและประสบปัญหาต่าง ๆ

1.4 จุดอ่อนด้านการบริหารจัดการ

การพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์หลังปฏิรูประบอบราชการในปี พ.ศ. 2545 ขาดการกำหนด
ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระบบข้อมูลขาดความสมบูรณ์และทันสมัย ขาดเครื่องมือและกลไก
การดำเนินงาน กฎระเบียบต่าง ๆ มีความหลากหลาย ไม่เป็นปัจจุบัน ขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของ
ฝ่ายต่าง ๆ และขาดบุคคลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์, 2560)

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย มีความหลากหลายมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน
กันไปโดยสภาพเศรษฐกิจ สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติ
และสภาพภูมิสังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐาน
ตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูงที่สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นสังคมเกษตร ด้วยการทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์
และพึ่งพิงอาศัยป่าและสายน้ำในลำห้วยเป็นวิถีชีวิตที่พึ่งพิงธรรมชาติและอาศัยผลผลิตจากป่าเป็น
หลัก

“กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ” ส่วนใหญ่มีวิถีการดำรงชีวิตที่กลมกลืนกับ
คนไทยทั่วไปโดยมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ แต่ยังพึ่งพิงใช้ประโยชน์จากป่า โดยมี
แนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น แต่ยังคงอัตลักษณ์ และวัฒนธรรมของตนเองอยู่
(กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

2. กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย

2.1 จำนวนกลุ่มชาติพันธุ์และการกระจายตัว ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมี
จำนวนมากโดยกระจายตั้งถิ่นฐานอยู่ตามภูมิภาค ต่าง ๆ ใน 67 จังหวัด จำนวน 56 กลุ่ม มีประชากร
ประมาณ 6,100,00 คน หรือร้อยละ 9.68 ของประชากรทั่วประเทศ โดยประมาณมากกว่า
1,200,000 คน เป็นกลุ่มที่ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง 20 จังหวัด ในภาคเหนือ และภาคกลางตะวันตกและ
ประมาณ 12,000 คน เป็นกลุ่มชาวเล ที่อยู่อาศัยทำกินใน 5 จังหวัดทางภาคใต้

2.2 การตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร อยู่ในพื้นที่อนุรักษ์ เกาะแก่งและพื้นที่
บริเวณชายแดน โดยมีการอพยพโยกย้ายถิ่นฐานอยู่เสมอ ส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการจัดตั้งถิ่นฐาน
ถาวร การจัดระเบียบชุมชนและเป็นจุดอ่อนด้านความมั่นคง

2.3 การดำรงชีวิตยังคงอยู่ในสภาพความยากจน ขาดโอกาสในการรับบริการพื้นฐาน
และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยส่วนใหญ่ยังมีการทำเกษตรเชิงเดี่ยวแบบดั้งเดิมที่ต้อง
พึ่งพิงอาศัยธรรมชาติเป็นหลัก ด้วยความเสื่อมโทรม ขาดแคลน และข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์

ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ จึงตกอยู่ในสภาพความยากจนและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์

2.4 ความหลากหลายด้านต่าง ๆ และส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมที่กระทบต่อความมั่นคงปลอดภัย โดยกลุ่มชาติพันธุ์มีความแตกต่างจากคนไทยทั่วไป ทั้งในด้านเชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณี ทำให้ขาดความรู้สึกในการเป็นพลเมืองไทย และประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมที่กระทบต่อความมั่นคงและปลอดภัยของประเทศ โดยเฉพาะเกี่ยวพันกับยาเสพติดทั้งการปลูกฝิ่น การค้าและลำเลียงยาเสพติด โดยพื้นที่ปลูกฝิ่นในภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 744 ไร่ ในปี 2547/48 เป็น 984 ไร่ และ 1,319 ไร่ ในปี 2548/49 และ 2551/52 ตามลำดับ รวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับการค้าอาวุธสงครามและลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายอีกด้วย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญเนื่องจากปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Ageing society) ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทยที่กำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อเทียบเคียงจากการกำหนดของสหประชาชาติและอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทยนั้นว่าเร็วกว่าที่เคยเกิดขึ้นในประเทศตะวันตกหลายเท่า จากร้อยละ 11.5 ใน พ.ศ. 2553 เป็น ร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 26.4 ในปี พ.ศ. 2593 การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นความท้าทายต่อผู้สูงอายุและต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรองรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการวางระบบการออมสำหรับวัยเกษียณ การประกันรายได้ให้กับผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพ) และระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

กลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมจากความไม่พร้อมและไม่เตรียมการเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางการคลังของประเทศที่ต้องเข้ามาดูแลทั้งในด้านการดำรงชีพ สวัสดิการและการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากนโยบายของภาครัฐ หรือได้รับแต่ไม่เพียงพอ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์กลุ่มแรงงานนอกระบบที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น

กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าเป็นกลุ่มที่ถูกกระบวนการทางสังคมผลักดันให้ตกอยู่ในสถานะบุคคลชายขอบของสังคมนับจากอดีตจวบจนปัจจุบัน กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า มักถูกกลืนรอนสิทธิความเป็นมนุษย์ สิทธิความเป็นพลเมือง และสิทธิทางวัฒนธรรม ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าว “กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า” จึงมีความเปราะบาง สุ่มเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงในชีวิต และจิตใจในระดับรุนแรง และมีรายละเอียดแตกต่างจากกลุ่มเสี่ยงอื่น ในปัจจุบันประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์ และชนเผ่าไม่น้อยกว่า 60 กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า และมีประชากรกว่าหกล้านคน

ดังนั้น ประเด็นปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาควบคู่ไปกับแนวโน้มความมั่นคง มนุษย์ในอีกสิบปีข้างหน้า มีประเด็นน่าสนใจ ดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

จากข้อมูลแหล่งต่าง ๆ พบว่าผู้สูงอายุมักจะเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจมากที่สุด ทั้งความเสี่ยงในด้านรายได้ ความเสี่ยงจากปัญหาความยากจน และขาดหลักประกันทางสังคมที่เพียงพอในส่วนของรายได้ ผู้สูงอายुरาว 2 ล้านคน ดำรงชีวิตด้วยรายได้ระหว่าง 400-3,300 บาทต่อเดือน เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องด้วยกว่าร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ (2.9 ล้านคน) เป็นแรงงานนอกระบบ และจำนวนนี้ราวร้อยละ 70 ทำงานในภาคการเกษตร ซึ่งมีระดับรายได้ที่ค่อนข้างต่ำกว่าภาคการผลิตอื่น ๆ ขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุถึงกว่าร้อยละ 85 ที่มีการศึกษาแค่ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าจากระดับรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลความยากจนของไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุยากจนต่อประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ นั่นคือ มีสัดส่วนราวร้อยละ 16 ขณะที่สัดส่วนของคนจนต่อประชากรทั้งประเทศอยู่ที่ร้อยละ 13 แม้ว่านโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะช่วยจุนเจือรายได้ และกลายเป็นแหล่งรายได้หลักสำหรับครัวเรือนกว่า 1.67 ล้านครัวเรือน และส่งผลทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุยากจนลดลงอย่างมากจากเดิมในปี พ.ศ. 2550 ที่เคยสูงถึงร้อยละ 27 แต่ในภาพรวมแล้วหลักประกันจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังคงไม่เพียงพอจะสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีการค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าช่วงวัย อื่น ๆ

2. ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความเป็นอยู่

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยทางกายภาพของร่างกาย ซึ่งส่งผลตามมาทำให้ต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะการดูแลจากบุตรหลาน อย่างไรก็ตาม จากแนวโน้มในระยะสิบกว่าปีที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียว และอยู่อาศัยโดยลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากเดิมในปี พ.ศ. 2537 สัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 3.6 และ 11.6 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 8.6 และ 17.6 ตามลำดับ แนวโน้มที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่ง คือ แนวโน้มการหย่าและแยกกันอยู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ที่สูงขึ้นจากเดิมในปี พ.ศ. 2537 สัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.4

การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตหลายประการ เช่น การดูแลตัวเองทางการเงิน การช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ที่ลดลงตามความเสื่อมถอยของร่างกาย (ร้อยละ 15 ของผู้มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป จะอยู่ในภาวะทุพพลภาพ) นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังที่อยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่จะกลายเป็น

กลุ่มเสี่ยงของสังคม เพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์นั้นจะมีจำนวนมากขึ้น ในขณะที่สถานสงเคราะห์โดยเฉพาะของรัฐไม่มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

เมื่อคำนึงถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ใน 10 ปีข้างหน้าที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งความท้าทายจากระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์ การก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และการเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และภาวะโลกร้อนภายใต้บริบทนี้ กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อย และมักถูกละเมิดสิทธิในความเป็นมนุษย์ สิทธิในการเป็นพลเมือง และสิทธิทางวัฒนธรรม จะมีความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงข้างต้นน้อยกว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ผนวกกับบริบท ระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์ และการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งรัฐบาลได้เตรียมการที่จะบริหารจัดการโครงสร้างระบบต่าง ๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มีข้อห่วงใยว่ากลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อย เป็นคนชายขอบทั้งด้านสถานภาพและกายภาพ อยู่ระหว่างรอยต่อของประเทศ ห่างไกลจากศูนย์กลางความเจริญ ศูนย์กลางอำนาจการปกครอง ยังไม่ได้รับการปฏิบัติในฐานะ “ผู้มีส่วนได้เสีย” ในการร่วมคิดกำหนดอนาคตของตนเองในประเด็นสำคัญต่อการดำรงชีวิต เช่น การจัดการที่ดิน มรดกทางวัฒนธรรม การศึกษาและโครงข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ การได้รับความเท่าเทียมในการเข้าถึง ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นต้น (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากทุกด้าน และเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป การดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์เกิดความเครียด ซึ่งกระทบต่อสุขภาพ หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรัง และมีปัญหาทางจิตตามมา

3. วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

3.1 ที่อยู่อาศัย

หมู่บ้านของไทลื้อ นิยมตั้งอยู่ในบริเวณที่ราบเชิงเขา โดยปลูกแบบแนวยาวเรียบริมฝั่งใกล้แม่น้ำ การสร้างบ้านเรือนของชาวไทลื้อ นิยมสร้างด้วยไม้ยกพื้นสูง หลังคามุงด้วยแป้นเกล็ดหรือหญ้าคา มีฝาเรือนตั้งล้อมห่างเสาออกไปประมาณ 1 ศอก เพื่อให้ได้พื้นที่ห้องกว้างขึ้น ตัวเรือนมักทำยาวออกไป เพราะในบ้านหลังหนึ่งอยู่รวมกันประมาณ 2-10 ครอบครัว ปลายที่นอนมีหน้าต่าง หลังบ้านมีบานเดียว เรียกว่า ป่องเยียม เวลานอนจะนอนเรียงกันเป็นแถว หันหัวนอนไปชนฝาทางทิศตะวันออก ไข่มุงใหญ่ซึ่งย้อมสีดำ กางครอบแทนฝาผนังห้อง มีช่องว่างระหว่างครอบครัวหนึ่งกับครอบครัวหนึ่ง ประมาณ 1 เมตร ไม่นิยมแยกห้องครัวออกไปต่างหาก ที่ทำอาหารมักใช้ห้องโถงเป็นที่

ประกอบอาหาร แต่ละครอบครัวต่างทำอาหารไม่มีการทำอาหารกินร่วมกัน ได้หมู่บ้านใช้เป็นทีเก็บฝืน
ทอผ้าหรือเลี้ยงสัตว์ (อิสริยาภรณ์ แสงปัญญา, 2549)

เรือนไทลื้อแบบดั้งเดิม ประกอบด้วย

1. เสาหลังหมา เป็นเสาที่ทำหน้าที่รับน้ำหนักชายคา ปีกนกที่ข้างบันได เป็นชนชาติที่รักสุนัข จะนิยมเลี้ยงและผูกไว้ที่เสา ในเวลากลางคืน จึงเป็นที่มาของชื่อ เสาหลังหมา
2. หัวค่อม หรือค่อมแหลน หรือเดินในเรือนแบบล้านนา เป็นที่นั่งพักผ่อน จะทำเป็นม้านั่งแนวยาวแทนราวระเบียง
3. จานกอน หรือจานใต้ หรือชานเรือน เป็นที่โล่งถัดจากหัวค่อมแต่ต่ำกว่า ใช้เป็นบริเวณซักล้าง ฟื้นฟูด้วยไม้ไผ่ ผูกง่าย และเปลี่ยนซ่อมแซมง่าย
4. โถง เป็นพื้นที่จากหัวค่อมเข้าไปในเรือน ใช้เป็นที่เอนกประสงค์ พักผ่อน เป็นครัวไฟ ใช้เก็บข้าวเปลือก แขนยุงข้าว ปลายสุดของโถงจะเชื่อมกับลานซักล้าง
5. แม่เตาไฟ ครัวของไทลื้อ จะนิยมใช้เป็นกระบะไม้ ก่อดินเหนียวตั้งเตาแบบไทใหญ่ หรือล้านนา สูงจากพื้น 10-15 เซนติเมตร เตาใช้แบบอังโล่หรือสามเส้า เหนือเตาจะมีตะแกรงสำหรับวางเครื่องใช้อาหารแห้ง เสมือนถุกรมควันภายในตัว
6. ห้องนอน เป็นส่วนที่มิดชิดที่สุด มีเพียงที่นอนหมอนมุ้ง มีการแบ่งส่วนพื้นทีนอนโดยการใช้ผ้ามาถักกัน หรือผ้ากั้น กันเป็นสัดส่วนสำหรับสมาชิกที่นอนรวมกัน
7. หิ้งผี หรือหิ้งบูชาบรรพบุรุษ ติดที่ฝาบ้านในห้องโถง
8. ยุงข้าว เป็นองค์ประกอบสำคัญของไทลื้อ มีการทำยุงข้าวไม้จริงลักษณะแบบยุงข้าวทางล้านนา

ลักษณะเรือนของไทลื้อ แบ่งพื้นที่ใช้สอย ประกอบด้วย

1. เต้น ที่พักผ่อนและรองรับแขก ยกสูงกว่าชานประมาณ 30 เซนติเมตร มุมหนึ่งของเต็นจะติดหิ้งผีไว้ เต้นอยู่ติดห้องนอน จึงมีประตูเข้าห้องนอนจากเต็นโดยตรง
2. ห้องนอน เป็นห้องขนาดใหญ่ มีความเป็นส่วนตัวแยกออกชัดเจน มีช่องขนาดเล็กลักษณะเหมือนหน้าต่าง ประโยชน์คือ ใช้มองเห็นด้านนอก มีการใช้ผ้ากั้น แบ่งพื้นที่เพื่อเป็นสัดส่วนสำหรับสมาชิกเวลานอน
3. ฮ้านน้ำ หรือร่านน้ำ เป็นชั้นน้ำชั้นวางหมอน้ำสำหรับดื่ม ตรงชานข้างบ้านมีหลังคาคลุม ยื่นออกมาจากระเบียง
4. ห้องครัว แยกกัน หลังคาออกมาจากเรือนนอน ทางเข้าครัวมี 3 ทาง คือ ทางหน้าบ้านที่เดินผ่านเต็น ทางที่สองคือประตูที่ติดกับห้องนอน อีกทางคือบันไดจากหลังบ้าน เตาไฟมีลักษณะเหมือนครัวแบบดั้งเดิมของลื้อ และเหนือเตาไฟมีชั้นวางของและแขวนของแห้งต่างๆ

5. บันได จะมีความแตกต่างจากเรือนลื้อสิบสองปันนา ที่มีทางขึ้นจากหน้าบ้านทางเดียว

6. ขานและระเบียง ขานมีหน้าบ้านและหลังบ้านเป็นขานเปิดโล่ง ไม่มีหลังคาคลุม ส่วนระเบียงอยู่ด้านข้างของตัวบ้าน เป็นพื้นที่เชื่อมระหว่างหน้าบ้านและหลังบ้าน

7. ประตูและหน้าต่าง เป็นบานไม้ทั้งหมด ประตูมีส่วนยกสูงที่ฐาน เพื่อกันฝุ่นหรือสัตว์เข้ามาในห้อง หน้าต่างบานเปิดมีเฉพาะในห้องนอน ส่วนอื่นๆ จะเป็นฝาไหล สามารถเลื่อนเปิดปิดรับแสงได้

8. หลังคา เป็นแป้นเกล็ด หลังคาไม้

9. พื้นและฝาเรือน ฝาเรือนวางในแนวตั้ง มีการใช้ไม้ขนาดเล็กปิดตามแนวต่อของไม้ กันลมเข้า ส่วนฝาคร่าวจะเป็นช่องลม ให้โปร่งระบายอากาศ พื้นเป็นไม้ตีชิดกันเป็นระเบียบ (อัศวิน โรจน์สง่า, 2559)

ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย ที่อยู่อาศัยได้มีการรับเอาวัฒนธรรมสมัยใหม่เข้ามา มีการเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งปลูกสร้างตามแบบยุคสมัยใหม่ แต่ยังคงกลิ่นไอทางวัฒนธรรมไว้บางส่วน เช่น ประเพณีต่างๆ ที่ถือปฏิบัติมา ก็ยังคงเป็นสิ่งที่ยึดถือปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (อัศวิน โรจน์สง่า, 2559)

3.2 ประเพณี พิธีกรรม

พิธีกรรมแห่งชีวิต ของไทลื้อแสดงออกถึงอัตลักษณ์ของชาวไทลื้อที่สืบทอดกันมาได้แก่

3.2.1 พิธีกรรม พิธีกรรมแห่งชีวิตแต่ละพิธีจัดขึ้นในโอกาสต่างๆ แม้จะมีจุดประสงค์ต่างกัน แต่ก็มีแนวคิดที่ร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คือ การทำให้สิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติหรือพลังจากนามธรรมอันสูงส่งพึงพอใจ ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยสร้างขวัญกำลังใจเป็นการฟื้นฟูและบำรุงจิตใจให้กล้าแกร่ง มีพลังใจที่เข้มแข็ง ในการเผชิญปัญหา และอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

3.2.2 ความเชื่อ เป็นสิ่งที่ชาวไทลื้อยอมรับนับถือร่วมกัน โดยไม่มีการพิสูจน์ตรวจสอบหรือข้อครางเครงสงสัย และมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของชาวไทลื้อ ซึ่งความเชื่อของชาวไทลื้อที่ปรากฏในพิธีกรรมแห่งชีวิตแบ่งออกเป็น ความเชื่อเรื่องฤกษ์ยามในการจัดพิธีกรรม และความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่มีพลังอำนาจอันสูงส่ง

3.2.3 รูปแบบของพิธีกรรม พิธีกรรมแห่งชีวิตแต่ละพิธีของชาวไทลื้อจัดขึ้น จะมีอุปกรณ์ประกอบพิธีเฉพาะ แต่ละพิธีกรรม เพื่อให้ทราบว่าเป็นพิธีกรรมนั้นๆ เช่น พิธีสืบทอดต้องมีไม้ค้ำสะหลี พิธีส่งเคราะห์ต้องมีสะตวง ที่มีตุ้งสี่ต่างๆ ปักอยู่มุมสะตวง พิธีเลี้ยงเทวดาหลวงเมืองมาง ต้อง

ใช้หมุดาปลอด ฯลฯ กับทั้งมีขั้นตอนและกระบวนการการจัดพิธีที่เป็นระบบและเป็นไปตามลำดับขั้นตอน

3.2.4 ข้อบัญญัติแห่งพิธีกรรม ในการประกอบพิธีกรรมทุกพิธีจะต้องมีแนวปฏิบัติ และข้อกำหนดกำหนดอยู่เพื่อให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับพิธีนำไปปฏิบัติ เช่น พิธีกรรมทุกพิธีจะต้องมีการอัญเชิญครูบาอาจารย์และสิ่งศักดิ์สิทธิ์มาร่วมในพิธีเลี้ยงเทวดาหลวงเมืองมาง ได้กำหนดให้ผู้เข้าร่วมพิธีต้องเป็นชาวไทลื้อ ที่นับถือผีเดียวกันเท่านั้น และในขณะที่ประกอบพิธีจะต้องมีการปักตาแหลวไว้ที่หน้าบ้าน ฯลฯ

3.2.5 การแต่งกายของผู้ประกอบพิธี ผู้ประกอบพิธีบางคนจะแต่งกายด้วยชุดประจำกลุ่มชาติพันธุ์ตามแบบชุดพิธีการของกลุ่มชาติพันธุ์ ในขณะที่บางพิธีผู้ประกอบพิธีจะแต่งกายด้วยชุดที่ชาวไทลื้อแต่งในชีวิตประจำวัน อันเป็นการแสดงอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ ผ่านกระบวนการทางวัฒนธรรม ที่ได้นำเสนอถึงความมีตัวตนของชาติพันธุ์ไทลื้ออย่างชัดเจน

3.2.6 ภาษาที่ใช้ในบทสวดประกอบพิธีกรรม บทสวดที่ใช้ในพิธีกรรมแห่งชีวิต ประกอบด้วย ภาษาหลัก 2 ภาษา คือ ภาษาบาลีและภาษาไทลื้อ ซึ่งภาษาบาลีเป็นภาษาที่ชาวไทลื้อเชื่อว่าเป็นภาษาศักดิ์สิทธิ์ที่ใช้ในวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคาถาและบทสวดมนต์ต่างๆ และเพื่อให้พิธีกรรมแห่งชีวิตมีความศักดิ์สิทธิ์ เป็นที่น่าเชื่อถือของผู้เข้าร่วมพิธี บทสวดในพิธีกรรมจึงนำเอาบทสวดในพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นภาษาบาลีมาใช้ร่วมกันกับภาษาไทลื้อ เวลาที่ผู้ประกอบพิธีท่องเป็นทำนองสวด จะออกเสียงเป็นสำเนียงของชาวไทลื้อ แสดงความเป็นตัวตนและประกาศการเป็นเจ้าของพื้นที่ของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมเป็นสื่อ เช่น บทสวดมัดขวัญ

3.2.7 การใช้สัญลักษณ์ชาติพันธุ์ในพิธีกรรม ในพิธีสืบชะตาของชาวไทลื้อ เครื่องประกอบพิธีอย่างหนึ่ง คือ ตุงค่าคิง ตุงค่าคิง จะตัดเย็บด้วยผ้าทอไทลื้อ มีขนาดความยาวเท่ากับ ความสูงของเจ้าชะตา จึงเป็นเสมือนตัวแทนเจ้าชะตา ชาวไทลื้อ เชื่อว่า ตุง เป็นสัญลักษณ์ของความดี ความเป็นสิริมงคล ซึ่งการได้ถวายตุงเป็นพุทธบูชา นับเป็นสิริมงคลอย่างยิ่ง ดังนั้น การที่ชาวไทลื้อใช้ตุงค่าคิง ที่มีความยาวเท่าความสูงของเจ้าชะตา เป็นเครื่องประกอบพิธีสืบชะตา เปรียบเสมือนเจ้าชะตาได้ถวายตุงด้วยตนเอง อันจะทำให้เจ้าชะตาประสบแต่ความดีงาม อย่างไรก็ตาม การใช้ตุงค่าคิงซึ่งตัดเย็บด้วยผ้าทอไทลื้อ ในการประกอบพิธีกรรมนั้น นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อของชาว ไทลื้อเกี่ยวกับเรื่องตุงแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงลักษณะพิธีกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่แม้จะมีความคล้ายคลึงกับพิธีกรรมของกลุ่มชนอื่น แต่อย่างน้อยก็มีบางประการที่แสดงถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่แตกต่างจากกลุ่มชาติพันธุ์อื่นอย่างชัดเจน คือ ตุงค่าคิง (เปรมวิทย์ วิวัฒน์เศรษฐ์, 2561)

ประเพณีพิธีกรรมเกี่ยวกับชีวิตของชาติพันธุ์ไทลื้อ

1. ประเพณีพิธีกรรมเกี่ยวกับผีบรรพบุรุษ

เป็นพิธีเลี้ยงผีเมืองวะ จัดในวันขึ้น 5 ค่ำ เดือน 11 ตามปฏิทินของชาวไทลื้อ ตรงกับเดือนกันยายน ตามปฏิทินสากลของทุกปี

2. พิธีขึ้นเฮินใหม่

พิธีขึ้นเฮินใหม่ หรือ ขึ้นบ้านใหม่ จัดขึ้นเพื่อฉลองบ้านที่เพิ่งปลูกสร้างใหม่ ก่อนเข้าอยู่อาศัย เพื่อความเป็นสิริมงคลแก่เจ้าของบ้าน

พิธีขึ้นเฮินใหม่ เป็นพิธีส่วนบุคคล จัดที่บ้านเจ้าภาพ ผู้เข้าร่วมพิธีเป็นชาวไทลื้อ ทั้งหมดในหมู่บ้านเดียวกัน และญาติพี่น้องชาวไทลื้อจากต่างอำเภอและต่างจังหวัด พิธีขึ้นเฮินใหม่เป็นพิธีกรรมหนึ่งที่ชาวไทลื้อเลือกที่จะจัดตามธรรมเนียมของตนเอง

พิธีกรรมที่ชาวไทลื้อ ปฏิบัติร่วมกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่น

พิธีขึ้นเฮินใหม่ เป็นพิธีส่วนบุคคล จัดที่บ้านเจ้าภาพ ผู้เข้าร่วมพิธีเป็นชาวไทลื้อ ทั้งหมดในหมู่บ้านเดียวกัน และญาติพี่น้องชาวไทลื้อจากต่างอำเภอและต่างจังหวัด พิธีขึ้นเฮินใหม่เป็นพิธีกรรมหนึ่งที่ชาวไทลื้อเลือกที่จะจัดตามธรรมเนียมของตนเอง (วกุล มิตรพระพันธ์, 2559)

พิธีกรรมที่ทำร่วมกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ได้แก่ ปอยสังขาร หรือ สงกรานต์ ทานธรรมเช้าวัสสา เปตพลี ทานก๋วยสลาก

1. พิธีกรรมทางพุทธศาสนา

1.1 ปอยสังขาร หรือ สงกรานต์

ประเพณีสงกรานต์ หรือที่ชาวไทลื้อเรียกว่าปอยสังขาร เป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนเข้าสู่ศักราชใหม่ ตามสุริยคติ ตรงกับวันที่ 13-16 เดือนเมษายน หรือเดือน 6 ของชาวไทลื้อ ในช่วงปอยสังขารนี้ ชาวไทลื้อจะร่วมกันทำบุญ ในโอกาสขึ้นปีใหม่ รดน้ำสุมาคารวะผู้ใหญ่ เพื่อความเป็นสิริมงคล สงเคราะห์คน และบ้านเพื่อขับไล่สิ่งอัปมงคล

1.2 ทานธรรมเช้าวัสสา

พิธีทานธรรมเช้าวัสสาเป็นพิธีร่วมระหว่างพุทธศาสนิกชนชาวไทยวนและชาวไทลื้อ เพื่อถวายธรรมแก่วัด และร่วมทำบุญฟังเทศ ตลอดช่วงเข้าพรรษา ซึ่งเริ่มต้นประมาณกลางเดือนกรกฎาคมถึงปลายเดือนตุลาคม รวมระยะเวลาประมาณ 3 เดือน หรือ 12 วันพระ

1.3 เปตพลี

เปตพลี เป็นพิธีกรรมที่จัดระหว่างเข้าพรรษา ในเดือน 12 เพ็ญของทางเหนือ หรือประมาณเดือนกันยายน เพื่อทำบุญอุทิศส่วนกุศล ให้แก่ญาติพี่น้องผู้ล่วงลับ ซึ่งชาวไทยวนและชาว ไทลื้อ เชื่อตรงกันว่าในช่วงเวลานี้วิญญาณจะได้รับการปล่อยตัวจากนรกภูมิ เพื่อมารับบุญกุศล ที่ญาติพี่น้องอุทิศให้ เมื่อได้รับผลบุญแล้วก็สามารถพ้นจากนรกไปสู่สวรรค์ได้

1.4 ทานกัวยสลาก

การทานกัวยสลาก หรือ การทานสลากภัต จะจัดขึ้นช่วงหลังออกพรรษา เพื่อทำบุญถวายปัจจัยไทยธรรมต่าง ๆ แต่พระสงฆ์โดยไม่เจาะจงบุคคล ตามธรรมเนียมทั้งชาวไทยเชื้อสายและชาวไทยยวน หากปีใดไม่จัดพิธีทานกัวยสลาก จะจัดพิธีตั้งธรรมหลวงหรือเทศน์มหาชาติแทน (วกุล มิตรพระพันธ์, 2559)

3.3 ความเชื่อ

ความเชื่อของชาวไทยเชื้อสาย ประกอบด้วย ความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเชื่อเรื่องฤกษ์ยาม และความเชื่อเรื่องทิศ มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ไท ทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและนอกประเทศไทย มีความเชื่อเรื่องผี ชาวไทยเชื้อสายไทเชื่อว่าเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ มีอิทธิฤทธิ์และอำนาจเหนือมนุษย์ ความเชื่อของชาวไทยเชื้อสายไทมีมาก่อนที่พระพุทธศาสนาจะเผยแผ่มาถึงสิบสองปันนา แม้ภายหลังที่พระพุทธศาสนาเผยแผ่แล้ว ก็ยังไม่ละทิ้งความเชื่อที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ และยังคงความเชื่อเรื่องผีกับพระพุทธศาสนาเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน

กล่าวคือ ความเชื่อเรื่องผี แบบดั้งเดิม มีอิทธิพลต่อความคิดของชาวไทยเชื้อสายไททุกยุคทุกสมัย ด้วยเหตุนี้ ผีในความคิดของชาวไทยเชื้อสายไทอาจเป็นสิ่งที่ไม่มีความจริง หรือเป็นผู้ที่มีคาถาอาคม ซึ่งเห็นว่าเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ มีอิทธิฤทธิ์ และมีอำนาจเหนือมนุษย์

3.2 ความเชื่อเรื่องฤกษ์ยาม ชาวไทยเชื้อสายไท มีความเชื่อเรื่องฤกษ์ยาม โดยการประกอบพิธีต่างๆ จะให้พระหรือผู้มีความรู้ หาฤกษ์ยามที่เหมาะสมในการประกอบพิธีนั้นๆ เพื่อความเป็นสิริมงคล พิธีกรรมหรือประเพณีของชาวไทยเชื้อสายไท มักถูกกำหนดด้วยฤกษ์ยาม และมีความเชื่อเรื่องวันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ความเชื่อเรื่องฤกษ์ยามและวันของชาวไทยเชื้อสายไท สะท้อนให้เห็นว่า ฤกษ์วันและยามที่เป็นมงคล หรือไม่เป็นมงคล เป็นสิ่งที่สามารถกำหนดชะตาชีวิต และแนวทางการดำเนินชีวิตของชาวไทยเชื้อสายไทได้ หากผู้ใดปฏิบัติตาม ก็จะก่อให้เกิดสิ่งที่เป็นมงคลต่อตนเอง หรือหากไม่ปฏิบัติตาม ก็อาจจะก่อให้เกิดสิ่งที่ไม่เป็นมงคลต่อบุคคลนั้น

3.3 ความเชื่อเรื่องทิศ ทิศมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของชาวไทยเชื้อสายไท การกำหนดทิศของชาวไทยเชื้อสายไท จะกำหนดตามความเชื่อ กล่าวคือ ชาวไทยเชื้อสายไทเชื่อว่าเป็นทิศมงคล จึงได้กำหนดทิศเหนือให้เป็นทิศที่ตั้งของสิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดความเป็นสิริมงคล การกำหนดทิศที่ตั้งของพื้นที่หรือบริเวณดังกล่าวข้างต้น ไว้ทางทิศเหนือ เป็นความเชื่อเรื่องทิศมงคล ของชาวไทยเชื้อสายไทมาตั้งแต่อดีต และความเชื่อนี้ยังคงยึดถือและปฏิบัติสืบทอดกันมา (ศราวุธ หล่อดี, 2558)

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. นอนไม่หลับ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายทั้งระบบภายในและภายนอก ร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และอาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา โดยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมักส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน การนอนหลับ คือ การพักผ่อนที่ดีที่สุด และส่งผลต่อสุขภาพ ช่วยให้สดชื่นสมอปลอดโปร่ง ร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการนอนไม่หลับ จึงทำให้เสียสุขภาพจิต อารมณ์รุนแรง ร่างกายทรุดโทรม รู้สึกไม่สดชื่น การนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสมอง ทำให้หลับไม่ลึก จะหลับ ๆ ตื่น ๆ ช่วงกลางดึกทำให้รู้สึกว่่านอนไม่หลับทั้งคืน

1.2 ปัญหาสุขภาพ โรคบางโรคมักแสดงอาการกำเริบในตอนกลางคืน เช่น หอบหืด โรคหัวใจ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย บางรายต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ๆ เมื่อตื่นแล้วนอนต่อไม่หลับ

1.3 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทำให้เกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวล น้อยใจ จนทำให้นอนไม่หลับ บางรายเป็นโรคซึมเศร้าได้

1.4 ยาและสารกระตุ้น เช่น ยารักษาโรคความดัน ยาขยายหลอดลม หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ สารเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุหลับยาก

2. เวียนศีรษะหน้ามืด เป็นลม เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ บางครั้งอาจมีอาการบ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก สาเหตุอาจเกิดจากโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ทำให้เลือดในร่างกายไหลเวียนไม่ดี หรือน้ำในหูไม่เท่ากัน การที่กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการเปลี่ยนท่าอย่างกะทันหัน อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดได้

3. เบื่ออาหาร อาการเบื่ออาหารทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เกิดอาการอ่อนเพลีย และอาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ง่าย สาเหตุของการเบื่ออาหาร ได้แก่ ประสาทสัมผัสการรับรสชาติ การรับกลิ่นลดลง ทำให้รู้สึกไม่ได้กลิ่นหอมของอาหาร รับประทานไปแล้วอาหารไม่อร่อย มีแผลในช่องปาก ปวดฟัน มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร

4. ปวดข้อเข่า สาเหตุเกิดจากการสลายตัว และการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อบางลง จนเกิดการเสียดสีกับกระดูกแข็ง ทำให้เกิดอาการปวด บวม อักเสบ และไม่สามารถใช้งานได้ในที่สุด ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดเข่า เวลาเดินหรือเคลื่อนไหว หรือตอนลุกนั่ง

5. ความจำบกพร่อง เป็นภาวะที่สมองเริ่มถดถอยในการทำงานด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ด้านความจำ ด้านภาษา ด้านความคิด และด้านสมาธิ โดยอาการแสดงจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ

สัญญาณที่บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุ อาจจะเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม

1. สูญเสียความทรงจำ ในระยะสั้นที่กระทบต่อการทำงาน
2. สิ่งที่เคยทำเป็นประจำเริ่มทำไม่เป็น เช่น หวีผมไม่ได้ ตัดกระดุมเสื้อไม่ได้
3. ปัญหาด้านภาษา เลือกรูปคำพูดไม่ค่อยถูก เช่น ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ
4. ไม่รู้เวลาและสถานที่ เช่น หลงวัน เวลา กลับบ้านไม่ถูก
5. สูญเสียการตัดสินใจ เปิดพัดลมแรง ๆ ทั้งที่อากาศหนาว
6. ไม่ค่อยเข้าใจความคิดที่เป็นนามธรรม
7. วางของผิดที่แบบแปลก ๆ เช่น เก็บเตารีดในตู้เย็น
8. อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงง่าย
9. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น กลายเป็นคนช่างสงสัย หวาดกลัวง่ายกว่าเดิม
10. สูญเสียความคิดริเริ่ม

6. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักเกิดในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากจะมีผลกระทบทางร่างกายแล้ว ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจที่จะออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน สาเหตุเกิดจาก การทำงานของกล้ามเนื้อปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดเริ่มเสื่อมสภาพ ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

7. ท้องผูก ในช่วงวัยสูงอายุ มักมีปัญหาในการขับถ่าย ในบางรายมีอาการท้องผูกรุนแรง อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ ลำไส้อักเสบ หรือลำไส้อุดตันได้ สาเหตุของอาการท้องผูกมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่

7.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

7.2 ดื่มน้ำน้อย เนื่องจากกลัวปวดปัสสาวะบ่อย เมื่อร่างกายขาดน้ำ จะมีกลไกดูดน้ำกลับจากอุจจาระ ทำให้อุจจาระแข็งและถ่ายยาก

7.3 ขาดการออกกำลังกาย ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การบีบตัวของลำไส้ลดลง กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรง ไม่มีแรงเบ่งอุจจาระ

7.4 ความเครียด ทำให้ร่างกายลดการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร อาจทำให้การย่อยอาหารไม่ดี

7.5 ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกได้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข และสหรัฐ เจตมโนรมย์, 2561)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว อันเนื่องมาจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พันธุกรรม หรือความเสื่อมถอยของร่างกาย จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอด

อดทนเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยพบว่า ในผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 10 เป็นโรคเบาหวาน และมากกว่าร้อยละ 70 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะ อ้วน (สุภาภรณ์ สุกหนองบัว, 2564)

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ มีปัญหาสุขภาพ แยกตามกลุ่มโรค 15 อันดับแรก ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การติดเชื้อของทางเดินหายใจ เนื้อเยื่อผิดปกติ ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด การบาดเจ็บ เยื่อぶตาอักเสบ โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนัง โรคอื่น ๆ ของลำไส้และเยื่อぶช่องท้อง คออักเสบและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน โรคข้อเข่าเสื่อม และ ความผิดปกติทางอารมณ์ เรียงตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2563)

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจ ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

1. ทางด้านสังคม พบว่า เมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความสูญเสีย ดังนี้

1.1 การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาท ตำแหน่ง และมีคนเคารพนับถือในสังคม เปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระครอบครัว

1.2 การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ จนทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก

1.3 การสูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากรายได้ลดลง ในขณะที่ค่าครองชีพสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุบางราย มีปัญหาในการดำรงชีวิต

2. ทางด้านอารมณ์และจิตใจ

2.1 ด้านบุคลิกภาพ โดยปกติผู้สูงอายุจะมีบุคลิกภาพไม่ต่างจากเดิม บางรายถ้ามีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวผู้สูงอายุและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

2.2 ด้านการเรียนรู้ พบว่าการเรียนรู้จะลดลงมากหลังอายุ 70 ปี แต่ก็ยังเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยการเรียนรู้จะต้องเป็นไปแบบไม่เร่งรัด

2.3 ด้านความจำ มักพบว่าผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง การกระตุ้นความจำจึงต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน หรือการจดบันทึกช่วยจำ

2.4 ด้านสติปัญญา โดยปกติความสามารถของสมองจะเริ่มลดลง เมื่ออายุ 30 ปี เป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา สภาพาสุขภาพ ประสบการณ์การเรียนรู้ และการแก้ปัญหาในอดีต โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน คุณลักษณะการเสื่อมทางปัญญา ที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่

2.4.1 ความสามารถในการใช้เหตุผล

2.4.2 ความสามารถในการคำนวณवलบตัวเลข

2.4.3 ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรม

2.4.4 ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ แต่จะดีขึ้นถ้ามีการใช้ประสบการณ์เดิมเข้ามาช่วย อย่างไรก็ตามก็ยังใช้เวลาคิดนานกว่าวัยหนุ่มสาว

2.4.5 ความสามารถในการคิดตัดสินใจ พบว่าจะช้าลงบางครั้ง ต้องให้คนอื่นช่วยในการตัดสินใจ

2.5 ด้านการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ โดยปกติเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย เช่น สมองทำงานลดลง ความจำสั้นลง

2.6 ด้านเจตคติ ความสนใจและคุณค่า ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก เพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

2.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าตนเองอยู่ในวัยฟั่งฟิง เพราะความเสื่อม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2558)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

ชาวไทลื้อมีพิธีกรรมเพื่อการรักษา ดังนี้

พิธีกรรมเพื่อการรักษาของชาวไทลื้อ เป็นพิธีกรรมรักษาโดยอาศัยความเชื่อทางพระพุทธศาสนาเป็นพื้นฐาน เนื่องจากชาวไทลื้อเป็นกลุ่มชนที่เคร่งครัดศรัทธาต่อพระพุทธศาสนาเป็นอย่างมาก พิธีกรรมเหล่านี้ เป็นพิธีกรรมจากความศรัทธาของชาวไทลื้อ และยังเป็นยารักษาจิตใจขนานเอก ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่เชื่อมั่นศรัทธามาโดยตลอด

พิธีกรรมเพื่อการรักษาของชาวไทลื้อ ได้แก่ ทานธรรมค้ำชาตา ทานธรรมมหาวิบาก ทานข้าวลาดเคราะห์ ทานผ้าสังฆา สืบชะตา ทานข้าวเก้ากอง และทานข้าวพระเมืองแก้ว มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ทานธรรมค้ำขาดา หรือ ทานธรรมค้ำนาม

การทานธรรมค้ำขาดา เป็นการถวายธรรม ตามวัน เดือน ปีเกิด ของตนเพื่อสร้างสิริมงคล และอุทิศส่วนกุศลให้กับตนเองในกายภาคหน้า หรืออาจถวายธรรมตาม วัน เดือน ปีเกิดของผู้ล่วงลับ เพื่ออุทิศบุญนั้น ให้กับผู้ล่วงลับก็ได้

ธรรมขาดาของชาวไทลื้อ มี 3 ชุด คือ ธรรมขาดาปี ธรรมขาดาเดือน และธรรมขาดาวัน ธรรมเนียมของชาวไทลื้อ จะถวายธรรมค้ำขาดา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะเลือกถวายธรรมขาดาปี เดือน หรือวันก็ได้ สามารถถวายได้โดยไม่ต้องมีเหตุเจ็บป่วยใด ๆ เชื่อว่าช่วยให้อยู่ดีมีสุข และช่วยค้ำชูชะตาเกิดของตน

2. ทานธรรมมหาวิบาก

มหาวิบาก เป็นชื่อธรรมผูกหนึ่ง จัดอยู่หมวดธรรมอุทิศ การทานธรรมมหาวิบาก เป็นพิธีกรรมตามพิธีความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ไท ทั้ง ไทลื้อ ไทยวน ไทใหญ่ และไทจีน

การทานธรรมมหาวิบาก ทำได้ใน 3 กรณี กรณีแรก ทานธรรมเพื่ออุทิศ ให้แก่ตนเอง เชื่อว่าจะช่วยให้พ้นจากเคราะห์กรรม หรือความทุกข์ใด ๆ ที่ประสบอยู่ ชาวไทลื้อถือคติว่า จะต้องถวายติดกัน 3 ปี ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง จึงจะพ้นจากวิบากกรรม

กรณีที่สอง ทานธรรมเพื่อให้พ้นจากความเจ็บป่วย หากมีคนเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน อาการกึ่งเป็นกึ่งตาย ญาติพี่น้องจะนิมนต์พระไปประกอบพิธีทานธรรมมหาวิบาก ที่บ้านผู้ป่วย และเทศน์ธรรมมหาวิบากให้ผู้ป่วยฟัง เชื่อว่าอนิสงค์ของการฟังธรรมมหาวิบาก จะช่วยให้ผู้ป่วย “หายหรือไม่ก็เสียชีวิตไปเลย” ถือว่าช่วยให้พ้นทุกข์ทั้งสองทาง

กรณีสุดท้าย ทานธรรมเพื่ออุทิศให้แก่ญาติ พี่น้อง ผู้ล่วงลับ เชื่อว่าจะช่วยให้วิญญาณผู้ตายพ้นจากโทษทัณฑ์ในนรก พ้นจากบาปกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำและได้ไปเกิดในสวรรค์

3. พิธีบูชาข้าวหลีกเคราะห์ หรือบูชาข้าวลดเคราะห์

พิธีบูชาข้าวหลีกเคราะห์ หรือบูชาข้าวลดเคราะห์ เป็นพิธีกรรมเพื่อการรักษาที่ชาวไทลื้อนิยมปฏิบัติ เป็นอันดับแรก ๆ เช่นเดียวกับการทานธรรมมหาวิบาก เมื่อตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ด้วยอาการไม่รุนแรง หรือเข้าทำนองสามวันตีสี่วันไข้ โดยเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากดวงชะตากำลังตกเคราะห์ จึงจัดพิธีนี้ตามคำแนะนำของพ่อจารย์หรือขนาน เพื่อแก้เคราะห์ที่เกิดขึ้น นอกจากจัดพิธีบูชาข้าวหลีกเคราะห์ในคราวเจ็บป่วย ชาวไทลื้อยังมีธรรมเนียมประกอบพิธีนี้ ในช่วงสงกรานต์ และวันเข้าพรรษา เพื่อไล่เคราะห์และสิ่งอัปมงคลต่าง ๆ ในโอกาสอันเป็นมงคล

4. พิธีสืบชะตา

พิธีสืบชะตา เป็นพิธีกรรมการรักษาที่มีทั้งกลุ่มชาวไทลื้อ และชาวไทยวน เชื่อว่าจะช่วยต่อชะตาอายุ ของผู้สืบชะตาให้ยืนยาวขึ้น นิยมจัดให้แก่ผู้ป่วยที่รักษามานานแล้วแต่ไม่หาย เป็นพิธีกรรมการรักษาที่ชาวไทลื้อจัดพิธีตามคติความเชื่อของตน

5. พิธีทานข้าวแก๋กอง

พิธีทานข้าวแก๋กอง เป็นพิธีกรรมการรักษาในระดับที่ใหญ่กว่าพิธีทานธรรมมหาวิบาก และพิธีบูชาข้าวหลักเคราะห์ ผู้ที่จะจัดพิธีนี้ คือ ผู้ป่วยหนัก ผู้มีดวงชะตาขาด ผู้ถูกใส่ร้าย ผู้ไม่มีโชคลาภ ความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีทานข้าวแก๋กองเทียบเท่ากับพิธีสืบชะตาหลวง ชาวไทลื้อจะประกอบพิธีนี้ ตามวาระข้างต้น หลังจากประกอบพิธีการรักษาที่ซับซ้อนน้อยกว่าแล้ว แต่ยังไม่หายเจ็บป่วย หรือเชื่อว่าดวงชะตายังไม่ดีขึ้น

6. พิธีทานข้าวพระเมืองไชย

พิธีทานข้าวพระเมืองไชย เป็นพิธีกรรมรักษาของชาวไทลื้อ ประกอบพิธีได้ถึง 9 ประการ คือ เป็นอาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถหายขาดได้ อยากรู้ก็ตาม พิธีทานข้าวพระเมืองไชยเป็นพิธีที่ได้รับความนิยมน้อยมาก เมื่อเทียบกับพิธีทานข้าวแก๋กอง ซึ่งเป็นพิธีกรรมเพื่อการรักษาที่คล้ายกัน

7. พิธีทานข้าวพระเมืองแก้ว

พิธีทานข้าวพระเมืองแก้ว เป็นพิธีกรรมเพื่อการรักษาที่ใหญ่ที่สุดในบรรดาพิธีกรรมเพื่อการรักษาทั้งหมด ของชาวไทลื้อ พิธีนี้จัดขึ้นไม่บ่อยนัก เพราะใช้เครื่องประกอบพิธีมาก และใช้เวลาเตรียมเครื่องประกอบพิธีนาน ทำเฉพาะกรณีจำเป็น ที่ผู้ป่วยรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ และพิธีกรรมรักษาอื่น ๆ แล้ว ไม่หาย

พิธีทานข้าวพระเมืองแก้ว มีลักษณะการใช้อำนาจพุทธคุณ รักษาโรคอย่างชัดเจนกว่าพิธีทานข้าวแก๋กองและพิธีทานข้าวพระเมืองไชย สอดคล้องกับความเชื่อเรื่องที่มาของพิธีกรรมว่า สมัยโบราณ เกิดโรคระบาดในเมือง แก๋ไข้อย่างไรก็ไม่หาย เจ้าเมืองจึงประกอบพิธียกเมืองทั้งหมดให้เป็นสมบัติของวัด โรคระบาดจึงหายด้วยอานิสงค์ของการให้ทานแก่ศาสนา เมื่อโรคระบาดหายแล้ว จึงค่อยบูชาเมืองกลับคืนมา ต่อมาคนรุ่นหลังได้นำพิธีกรรมนี้มาใช้กับคนป่วย โดยมีความเชื่อคล้ายกัน คือ ยกจิตวิญญาณของตนให้แก่ศาสนา เพื่อให้แก้วสามประการคุ้มครอง

8. ทานผ้าสังฆา หรือ ทานผ้าควบบาตร

พิธีทานผ้าสังฆา หรือทานผ้าควบบาตร เป็นพิธีเพื่อเยียวยารักษาความเจ็บป่วยที่ชาวไทลื้อ มักจัดให้เด็ก ในกรณีที่เด็กเจ็บป่วยกระเสาะกระแสะ ไม่หายขาด มีขั้นตอนเรียบง่ายและใช้เวลาไม่นาน (วุกุล มิตรพระพันธ์, 2559)

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ

ความเครียด (Stress) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คำว่า “Stringer” ซึ่งแปลว่า ความขึงเกลียว (Webster’s New Twentieth, 1968)

ความเครียดเป็นภาวะเสียสมดุลของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคลเพื่อปรับตัวเข้าสู่สมดุลใหม่ เป็นกระบวนการที่เกิดอย่างต่อเนื่องได้ในชีวิตประจำวันของบุคคล ก่อให้เกิดการเรียนรู้สิ่งเร้าใหม่ เป็นประสบการณ์ของชีวิตที่จำเป็นต่อการอยู่รอดและพัฒนาการของชีวิต (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555)

1. ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบพบเจอในแต่ละช่วงของชีวิต นักวิชาการได้ให้ความหมายของความเครียดที่หลากหลาย ดังนี้

กรมสุขภาพจิตได้ให้ความหมายของ ความเครียด คือ ภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ หรือวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือการรับรู้ถึงสิ่งเข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามทางจิตใจหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย (กรมสุขภาพจิต, 2552)

Lazarus & Folkman (1984 อ้างถึงใน ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ ศาสตร, 2561) ให้ความหมายความเครียดว่า ความเครียด หมายถึง ผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมิน ด้วยบุคลิกลักษณะของตนเอง และตามธรรมชาติของเหตุการณ์ใด ๆ ในขณะนั้นว่าเกินขีดความสามารถ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ที่ตนเองจะใช้วิธีต่อต้านได้ หรือรู้สึกถูกคุกคาม ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

Selye (1983 อ้างถึงใน กรชนก ฉลอง, 2561) ได้อธิบายความเครียด โดยอาศัยพื้นฐานทางสรีรวิทยาและชีวเคมีว่า ความเครียดเป็นภาวะหนึ่งของระบบสิ่งมีชีวิตที่เกิดกลุ่มอาการเฉพาะขึ้นในร่างกาย ที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม ขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต ความต้องการของมนุษย์ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น และอธิบายเพิ่มเติมว่าความเครียดเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้น กับสิ่งมีชีวิตที่มีความรู้สึกอ่อนไหว ความเครียดในระดับหนึ่งจะทำให้คนเกิด การปรับตัว ซึ่งมีความหมายมากกว่าการตอบสนองทางด้านร่างกาย การปรับตัวนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ และเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความเครียดที่มีมากจะเกิดผลยาวนาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ สติปัญญา ทักษะคิด และอารมณ์

ความเครียด ภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวลตลอดจน ถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไปซึ่งมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง (อรุณี มิ่งประเสริฐ, 2557)

อุทุมพร เมืองนา มา (2553) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดัน หรือ คุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

กนกอร ลิปรีชานนท์ และคณะ (2542) กล่าวว่า ความเครียด คือ ความกระวนกระวายใจเนื่องมาจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง หรือเป็นปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ถึงความอึดอัด คับข้องใจ ไม่ได้ตั้งใจ ไม่สามารถตกลงใจ หรือตัดสินเหตุการณ์ในขณะนั้นได้ จึงแสดงออกให้เห็นด้านร่างกาย หรือทางอารมณ์ที่ไม่สมดุล

สุรัชัย ทูหมัด และวิโรจน์ เจษภูาลักษณ์ (2562) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ของร่างกายต่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก ในขณะที่มีความเครียดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกภายใน เช่น ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และการเปลี่ยนแปลงภาวะทางร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ หดเกร็ง หัวใจเต้นแรงเร็ว ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว แรงดันเลือดสูง ในทางตรงกันข้าม เมื่ออยู่ในภาวะผ่อนคลาย หรือไม่เครียด กล้ามเนื้อจะไม่เกร็ง หัวใจและชีพจร มีอัตราการเต้นช้าลง และมีความสม่ำเสมอ

ความเครียด หมายถึง ภาวะของร่างกายและจิตใจที่ถูกคุกคาม กดดัน ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความวุ่นวายทางจิตใจ เกิดมีปฏิกิริยาและพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งรบกวนที่มากระตุ้น ทำให้เสียการขาดสมดุลของตนเอง อันเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น อาการของความเครียดแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกอึดอัด กดดัน อาการนอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ถ้าการตอบสนองทางร่างกายมาจากเงื่อนไขที่พึงพอใจ ก่อให้เกิดความอึดอัดใจ เป็นแรงผลักดันสู่จุดมุ่งหมายเป็นความเครียดที่ให้คุณ แต่ถ้าเกิดจากเงื่อนไขที่ไม่พึงพอใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น วิตก กังวล เป็นความเครียดที่ไร้โทษ (พรเพ็ญ วิลัยกุล, 2559)

ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญอยู่ในภาวะที่รู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ว่าวุ่นวาย วิตกกังวล ถูกบีบคั้น ทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด ถ้าบุคคลสามารถปรับตัว และมีความพึงพอใจก็จะทำให้เกิดพลังในการจัดการสิ่งต่าง ๆ แต่หากไม่มีความพึง

พอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้เสียความสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน (สุดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ, 2557)

ความเครียด หมายถึง การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งอื่นที่รบกวนความเป็นอยู่หรือความมั่นคงของบุคคลทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกร่างกายด้วยการประเมินว่าปัจจัยเหล่านั้นมีผลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีปกติสุข (ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์, 2559)

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อความกดดัน การคุกคามหรืออุปสรรคทางด้านจิตใจ และร่างกายจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ตั้งแต่เหตุการณ์เล็กน้อย ที่เป็นเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน จนถึงเหตุการณ์สำคัญ หรือร้ายแรงที่เกิดขึ้นเพื่อปรับสมดุลร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ (หงส์ศิริ ภิโยธิตลภชัย, อรุณวรรณ กัมภุสิริพงษ์, มยุรี สวัสดิ์ สวัสดิ์เมือง และทัศนีย์จันทร์ภาส, 2558)

ความเครียด หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินสถานการณ์ว่าจะเกิดการคุกคามการทำลายโดยที่ตนเองจะมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์เหล่านั้นได้ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายจิตใจและพฤติกรรม เช่น มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวความวิตกกังวลเป็นต้น (จุฑารัตน์ ทางธรรม, 2558)

ความเครียด อาจเกิดจากสิ่งกระตุ้นอันเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย อันเนื่องมาจากปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลประเมินตัดสินว่าสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถของบุคคลในการจัดการซึ่งเป็นการรวมทั้ง 2 ปัจจัยเข้าไว้ด้วยกัน คือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล) โดยผลของความเครียดอาจส่งผลทำให้บุคคลสามารถเผชิญ หรือผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ทำลายไปได้หรืออาจส่งผลทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ (ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์, 2560)

สรุป ความเครียด หมายถึง ภาวะของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สร้างแรงกดดันหรือเกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นสภาวะที่ทั้งร่างกายและจิตใจมีความอ่อนไหวต่อสิ่งที่จะต้องพบเจอและต้องเผชิญกับความท้าทายในรูปแบบต่างๆ ทำให้ส่งผลถึงพฤติกรรมแสดงออกที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ อารมณ์ไม่สมดุล ทำให้รู้สึกวิตกกังวลและเกิดความเครียดขึ้น

2. ระดับความเครียด

ความเครียดมีหลายระดับ แต่ละระดับจะส่งผลทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป นักวิชาการได้แบ่งระดับความเครียดไว้ ดังนี้

สี่บทรากล ต้นตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและสิ้นสุดลงในระยะเวลาสั้นๆ อยู่ในระดับที่บุคคลยอมรับได้ เช่น การไปต่างถิ่น การต้องปรากฏตัวในที่สาธารณะ เป็นต้น

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) เป็นความเครียดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่มากกว่า แต่บุคคลก็ยังคิดว่าพอจะทนได้ เช่น การได้รับมอบหมายงานเกินกำลังของตน เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงมาก สะสมอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดอาการความเครียดมากและต่อเนื่อง เช่น การล้มละลาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง การตายของบุคคลที่เป็นที่รัก เป็นต้น

Frain & Valiga (1981, อ้างถึงใน กนกวรรณ ช่วยบำรุง, 2562) ได้กล่าวว่าความเครียดของแต่ละบุคคลแม้จะอยู่ในสภาวะสถานการณ์เดียวหรือมีสาเหตุ เดียวกันความเครียดจะมีระดับรุนแรงไม่เท่ากัน เนื่องจากความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การยอมรับ และการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (Day to day stress) เป็นความเครียดที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต เป็นการปรับตัวอย่างอัตโนมัติด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เช่น การเดินทางไปทำงานในสภาพการจราจรที่ติดขัด การปรับตัวต่อสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนไปในระดับนี้บุคคลจะปรับตัวตอบสนองอย่างได้ผลดี

ระดับที่ 2 ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากสิ่งคุกคาม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคมบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง อาจแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกผิดหรือมีความอาย เป็นต้น

ระดับที่ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียด ที่เกิดจากการเข้าเป็นพนักงานใหม่ การเปลี่ยนงาน การได้รับการผ่าตัด จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม และในระยะนี้จะมีอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ต่อด้าน ก้าวร้าวเจ็บขริม พุดน้อย

ระดับที่ 4 ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (Severe stress) ความเครียดในระดับนี้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เนื่องจากความเครียดดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง บุคคลจะหมดแรงหรือเกิดความเบื่อหน่ายในที่สุด

Dawkins & Seltzer (1985 อ้างถึงใน พรเพ็ญ วิลัยกุล, 2559) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ในการทำงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลนานๆ ครั้ง หรือเพียงเล็กน้อย ความรู้สึกเครียดจะเกิดขึ้นและหมดไปในระยะเวลาอันสั้น ยังช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและกระตือรือร้นในการทำงาน

2. ระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรก เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ในการทำงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลบ่อยครั้งหรือนานขึ้น เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ายู่ในระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว ไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว มีผลทำให้มีการแสดงออกของความเครียด เช่น ปฏิเสธ ก้าวร้าว เจ็บขริม เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้

3. ระดับสูง (Severe stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงมาก เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ในการทำงานที่รุนแรงหรือมีหลายสาเหตุร่วมกันเข้ามาคุกคามอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกเครียดจะคงอยู่ นานเป็นสัปดาห์ เดือน หรือเป็นปี เป็นผลมาจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและปรับตัวไม่ได้ตามมา

Janis (1952 อ้างถึงใน กนกอร เปรมเดชา, 2559) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) ความเครียดในระดับนี้มีน้อย และสิ้นสุดในระยะเวลาอันสั้น อาจนานเพียงวินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น เกี่ยวข้องอยู่กับสาเหตุหรือสถานการณ์เพียงเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัด การพลาดเวลานัดหมาย เป็นต้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้อาจอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน มีความรุนแรงมากกว่าระดับแรก ผลกระทบต่อบุคคลมีมากกว่าระดับแรก เช่น ความเครียดจากภาระงานที่หนัก ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปี เป็นระดับที่รุนแรงมาก อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การหย่าร้าง การเจ็บป่วยในระดับรุนแรง เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้แบ่งระดับความเครียด ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก เป็นระดับที่บุคคลอาจรู้สึกถึงความพึงพอใจ กับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ โดยมีแรงกดดันหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าบุคคลอื่น ๆ

2. ความเครียดระดับเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และปรับตัวได้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับที่บุคคลมีความไม่สบายใจ อันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดแย้งที่อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลาย หรือแก้ไข ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน

4. ความเครียดระดับสูงกว่าปกติปานกลาง เป็นระดับที่บุคคลเริ่มมีความรู้สึกตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก จากปัญหาทางอารมณ์ที่ขัดแย้งและวิกฤติในชีวิต ซึ่งบุคคลจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบาก โดยสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การดำเนินชีวิต トラบไต่ที่ความขัดแย้งต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการต่าง ๆ จะเพิ่มมากขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิต

5. ความเครียดระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก เป็นระดับที่บุคคลกำลังตกอยู่ในความเครียด หรือเผชิญกับภาวะการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง หากปล่อยให้ความเครียดในระดับนี้ยังมีต่อไปโดยไม่แก้ไขให้เหมาะสม และถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไป

Savery (1989, pp. 17-20 อ้างถึงใน เพ็ญศรี ฉันทาภิรมย์, 2546, น. 17) แบ่งระดับความเครียดตามผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับที่ 1 (Level 1) เป็นความเครียดชั่วคราว เป็นผลให้เกิดการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระบบเผาผลาญในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไป

2. ความเครียดในระดับที่ 2 (Level 2) เป็นความเครียดที่เพิ่มความรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต คือ การมีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล ตกใจง่าย มีอาการของความเครียดระดับที่ 1 เป็นเวลานาน

3. ความเครียดระดับที่ 3 (Level 3) เป็นความเครียดที่รุนแรงขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เจ็บหน้าอก ต้องรับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ

4. ความเครียดระดับที่ 4 (Level 4) เป็นความเครียดระดับรุนแรงที่สุด ทำให้เกิดโรคกระเพาะได้ เป็นลมบ่อย ตีดยาคลายเครียด หรือยาระงับประสาท ติดสุรา มีอาการทางจิตประสาท ที่บ่งชี้ความรุนแรงของความเครียด

Yerkes & Dodson 1908 อ้างถึงใน เจษฎา คุงามมาก (2555) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) กล่าวคือ เป็นความเครียดที่เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามบุคคลนาน ๆ ครั้งและมีปริมาณเพียงเล็กน้อย ความรู้สึกเครียดจะเกิดขึ้นแล้วจะหายไปในระยะเวลาอันสั้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) กล่าวคือ เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรก เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามบุคคลบ่อยครั้งและนานขึ้น เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตที่ท ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว ทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) กล่าวคือ เป็นความเครียดที่รุนแรงมากเกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ที่รุนแรงและอาจมีหลายสาเหตุร่วมกัน เข้ามาคุกคามอย่างต่อเนื่อง ความเครียดดังกล่าวอาจคงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานานนับสัปดาห์ เดือน หรือปีเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เข้ามาคุกคามได้

นิคม มูลเมือง (2555) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดขั้นพื้นฐานมากที่สุด เป็นความเครียดที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความตื่นตัว และมีความพร้อมต่อสถานการณ์ใด ๆ

2. ความเครียดระดับที่ 2 เป็นความเครียดระดับปานกลาง ซึ่งความเครียดในระดับนี้เกิดเป็นประจำจะทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล และอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้ เช่น การติดสุราจากการดื่มบ่อย ๆ เพื่อบรรเทาความเครียด

3. ความเครียดระดับที่ 3 เป็นความเครียดระดับรุนแรง อาจทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปอย่างรุนแรง เช่น การทำพฤติกรรมแปลกๆ ไปจากปกติ การก้าวร้าว ซึมเศร้า เป็นต้น

4. ความเครียดระยะยาว เป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดผลเสียตามมา เนื่องจากการสะสมความเครียด ซึ่งผลอาจแสดงออกทางการเจ็บป่วยทางร่างกาย หรืออาจมีผลทางจิตใจ เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน หลุดจากโลกแห่งความเป็นจริง เป็นต้น

ยุพาวดี ชันทบัลลัง (2561) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดน้อย และหมดไปในระยะเวลาอันสั้น มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลาเป็นชั่วโมง หรือหลาย ๆ ชั่วโมง

3. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้อยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นปีได้ ซึ่งความเครียดของแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป

ชวิตา แก้วอนันต์, วนิศรา มาชะนา และศิริพันธ์ ปุยะโท (2562) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ เป็นระดับที่ส่งผลในทางบวกกับบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น เกิดการใช้สติปัญญาและความสามารถของตนเองมากขึ้น เกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา และสร้างความมั่นใจและความสุขใจให้กับบุคคลได้

2. ความเครียดในระดับปานกลาง เป็นระดับที่เริ่มส่งผลต่อการใช้ชีวิต เกิดจากการสะสมความเครียดในระดับต่ำเป็นเวลายาวนานต่อเนื่อง ไม่สามารถออกจากปัญหาได้ ความเครียดในระดับนี้ หากสะสมไว้นาน อาจนำไปสู่การกระทำแบบย่ำคิดย่ำทำเกินกว่าคนปกติทั่วไป เกิดอาการนอนไม่หลับ เพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

3. ความเครียดในระดับรุนแรง เป็นระดับที่สะสมความเครียดมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งความเครียดอาจเกิดจากปัญหาครอบครัว ปัญหารายได้น้อย ซึ่งความเครียดในระดับนี้หาก ไม่ได้รับการแก้ไข ปัญหา ปล่อยให้ความเครียดดำเนินต่อไป อาจทำให้เกิดเป็นโรคทางจิตได้

3. ประเภทของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ไม่ว่าจะเป็นความเครียดทางด้านร่างกาย และจิตใจซึ่งมีสาเหตุแตกต่างกันออกไป นักวิชาการได้แบ่งประเภทของความเครียดไว้ดังนี้

Hafen & Frandsen (1981, pp. 38, 6-31 อ้างถึงใน บุญมา พรหมชัย, 2551) แบ่งประเภทของความเครียด ตามความสามารถในการป้องกันการเกิดความเครียดไว้ 2 ประเภท คือ

1. ความเครียดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Stress) เช่น ไม่ชอบสถานที่แออัด ก็สามารถหลีกเลี่ยงออกไปอยู่ที่อื่นได้

2. ความเครียดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Unavoidable Stress) เช่น ไม่สามารถห้ามไม่ให้คนเจ็บป่วย หรือตายได้

Gallagher (1979 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2546, น. 22) แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเครียดทางร่างกาย (Physical Stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งที่มีมารบกวนหรือคุกคามต่อร่างกายของคน ซึ่งสิ่งรบกวนนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดจากภายในตัวบุคคลเอง เช่น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย และความเจ็บป่วย เป็นต้น และสิ่งรบกวนนั้นเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายคนก็ได้ เช่น ความร้อน ความเย็น การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นความเครียดจากสิ่งทีรบกวนหรือคุกคามต่อจิตใจและความรู้สึกนึกคิดของคน ซึ่งเกิดจากภายในตัวของบุคคลเอง เช่น ความรู้สึกผิดหวัง ถูกดูถูก ความล้มเหลว การถูกตอกย้ำ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สามารถแสดงออกได้ เป็นต้น หรืออาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความตึงเครียดของสถานการณ์รอบตัว สภาพสังคม สภาพครอบครัว วัฒนธรรม เศรษฐกิจ หน้าที่การงาน และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของสังคม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ประเภทของความเครียดโดยทั่วไป อาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือความเครียดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และความเครียดที่เกิดขึ้นทางจิตใจซึ่งความเครียดนั้นอาจเกิดจากสาเหตุที่ต่าง ๆ กันไป

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (2554, p. 56 อ้างถึงใน นาดยา สุวรรณจันทร์, 2560) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Acute Stress คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นทันที และร่างกายก็ตอบสนองต่อความเครียดทันที โดยมีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เมื่อความเครียดหายไปร่างกายก็จะกลับสู่ภาวะปกติเหมือนเดิม ฮอร์โมนก็จะกลับสู่ภาวะปกติ เช่น ความเครียดจากสภาพอากาศ ร้อน เย็น ความเครียดที่เกิดจากเสียง

2. Chronic Stress คือ ความเครียดเรื้อรัง เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน และร่างกายไม่สามารถตอบสนอง หรือแสดงออกต่อความเครียดนั้น ซึ่งเมื่อเกิดเป็นระยะเวลาานจะทำให้เกิดเป็นความเครียดสะสม เรื้อรัง เช่น ความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

Miller & Keane (1972 อ้างถึงใน สุกฤตา ศรีทองสุข, 2549) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเครียดทางด้านร่างกาย หมายถึง ประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แบ่งเป็น

1.1 ความเครียดระยะเฉียบพลัน (Emergency Stress) เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกคุกคาม อย่างทันทีทันใด

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เกิดขึ้นเมื่อร่างกายถูกคุกคามอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงตามวัย

2. ความเครียดทางด้านจิตใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่เป็นผลกระทบ ให้เกิดความคับข้องใจและขัดแย้งในจิตใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อคิดว่าจะเกิดอันตรายขึ้น

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 (2550, p. 11-12 อ้างถึงใน ชนิกามาศ ดุงโคกกรวด, 2552) ได้กล่าวว่าการเครียดอาจเป็นด้านร่างกายหรือด้านจิตใจก็ได้ โดยได้แบ่งประเภทของความเครียดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเครียดระยะสั้นเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเช่นเมื่อตกใจหรือช็อคจากสาเหตุบางอย่างสภาพความเครียดลักษณะนี้จะเกิดขึ้นช่วงสั้นๆเพราะร่างกายจะปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติได้โดยอัตโนมัติบางครั้งความเครียดอาจมีพื้นฐานทางจิตใจมากกว่าร่างกายเช่นความเครียดจากคำพูดที่ไม่พอใจของบุคคลใกล้ชิดหรือการได้รับข่าวร้ายบางอย่าง เป็นต้นความเครียดบางอย่างสามารถจัดออกไปได้อย่างง่ายดายเพียงแค่ออกเท่านั้นความเครียดก็จะหมดไปอาการของความเครียดช่วงสั้นจะมีอาการตื่นกลัวตื่นเต้นซีพจรเต้นเร็วรู้สึกปั่นป่วนในท้องจิตใจอ่อนไหวไม่มั่นคง

2. ความเครียดระยะยาวความเครียดบางอย่างเรื้อรังเกิดจากปัญหาความไม่ลงรอยไม่เข้าใจกันในครอบครัวปัญหาการเงินรายได้ไม่พอกับรายจ่ายหรือมีปัญหาคลุ้มใจในเรื่องการทำงานความเครียดเหล่านี้จัดออกได้ยากมักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอารมณ์และบุคลิกภาพอาการของความเครียดแบบนี้จะรุนแรงกว่าคือมีความวิตกกังวลที่หาสาเหตุไม่ได้นอนไม่หลับจิตไม่เป็นสมาธิระบบย่อยอาหารผิดปกติความดันโลหิตสูงที่สำคัญอาจทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและโรคหัวใจซึ่งแต่ละคนจะมีอาการแตกต่างกันไปหากมีอาการมากต้องไปพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อให้คำแนะนำและสามารถบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง

อมรฤทธิ์ คชกุล (2550 อ้างถึงใน พินิจ อินตา, 2554) ได้กล่าวว่า ความเครียดนั้นรวมทั้งความเครียดทางร่างกายและความเครียดด้านจิตใจ เป็นการตอบสนองของร่างกายอย่างฉับพลันเมื่อคิดว่ามีอันตรายเกิดขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน แม้จะมาจากสาเหตุเดียวกันก็ตามทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการ รับรู้และการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามซึ่งทำให้เกิดความเครียด ความเครียดแบ่ง ออกเป็นประเภทตามระดับความเครียดเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความเครียดประเภทดี (Eustress) เป็นระดับความเครียดปานกลางที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตน และใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดขึ้นจากการต้องการเผชิญกับการท้าทายของงาน ความเครียดชนิดนี้จะปรากฏผลเป็นความสำเร็จและช่วยให้สามารถเอาชนะ อุปสรรคได้

2. ความเครียดประเภทไม่ดี (Eistress) เป็นระดับความเครียดที่สูงเกินไปและจะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาในการทำงาน หรือปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกหวั่นไหวถึงความล้มเหลว ถ้าความเครียดในลักษณะนี้ไม่ถูกควบคุมหรือถูกทำให้หมดไป อาจส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้ เช่น ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง การเปลี่ยนแปลง และความกดดัน เป็นต้น

3. ความเครียดประเภทที่เป็นกลาง (Neustress) ความเครียดระดับนี้มีน้อย และหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงเสี้ยววินาที หรือชั่วโมงเท่านั้น เป็นความเครียดที่ไม่ส่งผลต่อการดำเนิน

ชีวิตของคนเราทั้งในแง่ดีและแง่ร้าย บางครั้งอาจส่งผลดี เช่น ช่วยให้ทำงานดีขึ้น ไม่เกียจคร้าน เป็นต้น

มีทนา วังถนอมศักดิ์ (2558) ได้จำแนกประเภทของความเครียด ได้หลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การแบ่งประเภทของความเครียดตามผลกระทบหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยแบ่งความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 eustress เป็นความเครียดในระดับพอดีที่ทำให้เกิดผลเชิงบวกต่อตัวบุคคล ความกระตือรือร้น ความขยัน และความตั้งใจ

2.2 distress หมายถึง ความเครียดในระดับมากหรือรุนแรงเกินไป ซึ่งส่งผลลบต่อตัวบุคคล เช่น ความหดหู่ ซึมเศร้า ความท้อแท้ ความเจ็บป่วย เป็นต้น

2. การแบ่งประเภทความเครียดตามตำแหน่งที่เกิด ซึ่งแบ่งความเครียดออกเป็น

2.1 ความเครียดทางร่างกาย เช่น การบาดเจ็บจากภัยคุกคามหรืออุบัติเหตุ การเจ็บป่วย ความพิการ เป็นต้น

2.2 ความเครียดทางจิตใจ เช่น ความว้าวุ่นใจ ความโกรธ อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล เป็นต้น

3. การแบ่งประเภทของความเครียด ตามเวลาที่เกิด ซึ่งแบ่งความเครียดออกเป็น

3.1 ความเครียดแบบเฉียบพลัน เช่น ความกลัว ความเหงา สถานการณ์เร่งด่วน อุบัติเหตุ การเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน เป็นต้น

3.2 ความเครียดสะสม ซึ่งเป็นความเครียดเรื้อรัง หรือความเครียดแฝงที่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเจ็บป่วย ความพิการ หรือผลการทำงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

นิภา แก้วศรีงาม (2548, น. 90 อ้างถึงใน วีรโชติ พึ่งเป็นสุข, 2559) ได้กล่าวไว้ว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในด้านร่างกายและจิตใจมีเหตุปัจจัยที่แตกต่างกัน สามารถแบ่งประเภทความเครียดได้ ดังนี้

1. แบ่งตามจุดเกิดอาการ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1.1 เกิดความเครียดทางร่างกาย (Physiological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และระดับเลือดซึ่งมีผลกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนไฮโปทาลามัสเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อแอมพลิจูดคลื่นสมองอัลฟาที่เพิ่มขึ้นและเบต้าที่ลดลง

1.2 เกิดความเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological stress) เป็นการที่บุคคลตอบสนองออกมาในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

เกิดอาการแปรปรวน ว้าวุ่น อารมณ์ไม่คงที่ จนถึงขาดสติ มีความกลัว วิดกกังวล ขาดความมั่นใจ เป็นต้น

2. แบ่งตามระยะเวลาของอาการ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ความเครียดฉับพลัน (Acute Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันที โดยร่างกายมีการตอบสนอง โดยการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น adrenaline เมื่อมีความเครียดหายไป ร่างกายจะกลับสู่ภาวะปกติเหมือนเดิม

2.2 ความเครียดเรื้อรัง (Chronic Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทุกวัน และร่างกายไม่สามารถตอบสนองหรือแสดงออกต่อความเครียดนั้น ซึ่งเมื่อนานวันเข้า ความเครียดนั้นจะสะสมกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง

Larsen & Buss (2005 อ้างถึงใน อรนิชา ชื่นจิตร, 2560) กล่าวว่า นักจิตวิทยา ได้แบ่งประเภทของความเครียดออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ความเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress) ความเครียดประเภทนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด โดยจะมีอาการปวดหัว จากความตึงเครียดที่อยู่ในอารมณ์ว้าวุ่นใจ รู้สึกอยู่ในภาวะกดดัน

2. ความเครียดเป็นระยะๆ (Episodic Acute Stress) ความเครียดประเภทนี้จะนำไปสู่อาการปวดหัวข้างเดียว เกิดโรคความดันโลหิตสูง เกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง เกิดความกังวลใจ มีภาวะกดดัน

3. ความเครียดที่เป็นบาดแผลในใจ (Traumatic Stress) ความเครียดเฉียบพลันในกรณีที่เป็นเรื่องสำคัญของชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดประเภทนี้จะแตกต่างจากความเครียดเฉียบพลัน ตรงปฏิกิริยาในการตอบสนองความเครียด โดยความเครียดประเภทนี้จะมีอาการที่เรียกว่า posttraumatic stress disorder (PTSD) โรคนี้อาจไม่ได้เกิดขึ้นในทันทีทันใด แต่อาจเกิดขึ้นภายหลังเพราะมันฝังอยู่ในใจ

4. ความเครียดเรื้อรัง (Chronic Stress) เป็นความเครียดที่ไม่มีวันหาย ความเครียดประเภทนี้เกิดจากความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เช่น โรคเบาหวาน ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรัง

4. สาเหตุของความเครียด

ความเครียดมาจากสาเหตุที่หลากหลาย มีนักวิชาการได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดดังต่อไปนี้

Farmer et al. (1984, pp. 20-24 อ้างถึงใน อารยา จันทู, 2560) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียด ไว้ดังนี้

1. สาเหตุจากตัวบุคคล (Personal source) เป็นสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของบุคคล ความเครียดนั้นจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวิตส่วนตัว ปัจจัยด้านงานที่ได้รับมอบหมาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบรรยากาศ

2. สาเหตุจากการเงิน (Financial source) เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ เช่น รายได้ สภาพคล่องทางการเงิน เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย รวมถึงความสามารถในการจัดการสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในชีวิตได้รับอิทธิพลมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวิตส่วนตัว เช่น ภาระของครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมต่อร่างกาย และจิตใจ จะทำให้เกิดเป็นความเครียด

3. สาเหตุจากสัมพันธภาพ (Relation source) เป็นสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้คน ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์กับคนในสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับคนรัก การพบปะสังสรรค์ได้รับอิทธิพลจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบทบาทของบุคคล ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

4. สาเหตุจากการประกอบอาชีพ (Occupational source) เป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ในการทำงาน รวมถึงการดำเนินชีวิต ความรู้สึกต่องาน ภาระงาน ได้รับอิทธิพลมาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านงานที่ได้รับมอบหมาย ปัจจัยด้านบทบาทบุคคลในหน่วยงาน ปัจจัยด้านการประเมินผลการปฏิบัติงาน

Brown & Moberg (1980, ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2546 อ้างถึงใน นกิสพร มิมงคล, 2553) ได้แบ่งสาเหตุความเครียด ดังนี้

1. การทำงานประกอบอาชีพ การทำงานที่เกินกำลังของตน หรืองานนั้นมีความยาก มีปัญหาและอุปสรรคมาก จะทำให้เกิดความเครียด

2. บทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในสังคม ความคาดหวังแล้วไม่เป็นไปตามคาดหวังไว้ ทำให้เกิดความเครียด และเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หากความสัมพันธ์ไม่ดี มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3. สภาพแวดล้อม สถานที่ที่อยู่แออัด คับแคบ จะทำให้รู้สึกเครียด หรือสิ่งแวดล้อมมีสิ่งรบกวนทางกายภาพ เช่น ความร้อน ฝุ่น มลภาวะทางเสียง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด

4. อุปนิสัยส่วนตัว การใช้ชีวิตต้องมีการปรับตัวตลอดเวลา แต่หากลักษณะนิสัยส่วนตัวเป็นคนปรับตัวยาก ก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งในชีวิตทุกคนล้วนต้องพบเจอกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาครอบครัว หากไม่มีการปรับตัวเข้าหากัน ก็จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

George (1987 อ้างถึงใน สุรีย์พร พิพัฒน์วัฒนพงษ์, 2541) ได้สรุปสาเหตุด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. การสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญต่อตนเอง ได้แก่ การสูญเสีย หรือเกรงว่าจะสูญเสียบทบาทในสังคม การไม่ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

2. การได้รับอันตรายหรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในสภาพการใหม่ การพลัดพรากจากบุคคลใกล้ชิด การพบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยไม่คาดคิด

3. ความคับข้องใจ เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก็จะทำให้เกิดความคับข้องใจ และความขัดแย้งขึ้น สาเหตุของความคับข้องใจมี 5 ประการ คือ

3.1 ความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่เน้นเรื่องการตรงต่อเวลา

3.2 การสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลที่รัก สูญเสียความเป็นเพื่อน ความสูญเสียทำให้เกิดความโศกเศร้าและคับข้องใจด้วย เพราะทำให้รู้สึกท้อแท้

3.3 ขาดคุณสมบัติ เช่น ความสามารถและความมีเสน่ห์ ที่มนุษย์มีความเชื่อว่าจำเป็นต่อสถานะและคุณค่าของตน

3.4 ความล้มเหลว มนุษย์จะคับข้องใจมาก ถ้ารู้สึกว่าตนมีส่วนต่อความล้มเหลวนั้น

3.5 ความไม่มีความหมายของชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์

กรมสุขภาพจิต (2555) ได้กล่าวว่าความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหามลพิษ ปัญหาภัยพิบัติต่างๆ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้มากขึ้น

2. ความคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล คนที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงจังกับชีวิต และใจร้อน นอกจากนี้คนที่คิดว่าตัวเองมีคนคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีคู่สมรส มีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่ และไว้วางใจกันได้ ก็จะมีมีความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

ความเครียดมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียว แต่มักจะเกิดทั้งสองสาเหตุประกอบกัน คือมีปัญหาเป็นตัวกระตุ้น และมีความคิด การประเมินสถานการณ์ เป็นตัวบ่งบอกว่าจะเครียดมากน้อยแค่ไหน

Beare & Myers (1994 อ้างถึงใน สุนทรี เวบุละ, 2539) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรม ลักษณะส่วนตัว สติปัญญา อารมณ์ ความเชื่อ เจตคติ ความคาดหวังของแต่ละบุคคล เช่น คนที่มีทัศนคติที่ไม่ดี จะมีการตอบสนองที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดี ลักษณะส่วนบุคคล เช่น คนชนิด A มีลักษณะของการแข่งขัน ต้องการความสำเร็จสูง หมกหมุ่นต่องาน รีบเร่งต่อเวลา กับคนชนิด B ซึ่งมีลักษณะตรงข้าม จากผลการวิจัยพบว่า คนชนิด A มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด คนกลุ่ม A ประมาณ 58% จะเสียชีวิตจาก heart attack มากกว่าคนกลุ่ม B

2. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ฐานะทางการเงิน ระบบการสนับสนุนและบทบาททางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อความเครียด ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากผลของเงื่อนไขของชีวิต ที่มีความเครียด ผู้ที่มีความบกพร่องเรื่องการเงิน และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม จะทำให้ระดับความเครียดสูงขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นแหล่งประโยชน์ในการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียด

3. ปัจจัยระหว่างบุคคล

คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะส่งเสริมศักยภาพในการปรับตัวต่อความเครียด เช่น ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิต หรือความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุน ในทางกลับกันความสัมพันธ์ในทางลบก็เป็นเสมือนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

4. ปัจจัยด้านจิตศรัทธา

จิตศรัทธาของแต่ละบุคคลมีอิทธิพลต่อความเครียด จิตศรัทธาเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ การตอบสนอง และความสามารถในการเผชิญความเครียด ความเชื่อจะช่วยควบคุมอารมณ์

5. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อความเครียดของบุคคล สิ่งแวดล้อมในที่นี้ คือ อากาศ ดิน น้ำ เสียง ฝูงชน ภูมิประเทศ ความงาม และคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และที่อยู่อาศัย ซึ่งมีผลให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น หรือมีความปลอดภัยจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

6. ปัจจัยด้านอาชีพ

เงื่อนไขบางอย่างทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้น จากงานซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม เช่น กลัวการสูญเสียงาน งานล้นมือ ไม่มีงานทำ ไม่สามารถควบคุมงานได้ ไม่ได้รับการสนับสนุน

จากหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงาน ความก้าวหน้าของงานมีจำกัด มีความขัดแย้งเพื่อนายไม่แน่นอนของงาน เป็นต้น

Robbins & Judge (2013, pp. 597-600 อ้างถึงใน ปวีตรา ลากละมุล, 2557) ได้แบ่งสาเหตุความเครียดไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความไม่แน่นอน แปรเปลี่ยนตามโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงจากการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเครียด

2. สาเหตุด้านองค์การ ความคาดหวังขององค์การ ความต้องการ หน้าที่ ความรับผิดชอบ ความกดดันในหน่วยงาน ที่บุคคลต้องประสบพบเจอ เจื่อนใจในการทำงาน ความต้องการด้านบทบาทหน้าที่ การได้รับบทบาทหน้าที่ที่สูงเกินไป สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้บุคคลเกิดความเครียดทั้งสิ้น รวมถึงความต้องการระหว่างบุคคล การขาดการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ล้วนส่งผลต่อความเครียดของบุคคลทั้งสิ้น

3. สาเหตุด้านส่วนบุคคล เช่น ประเด็นเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาครอบครัวส่งผลต่อสภาพจิตใจของบุคคล รวมถึงปัญหาด้านรายได้ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ล้วนส่งผลต่อความเครียด

4. ความแตกต่างระหว่างบุคคล ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล แต่ละบุคคลนั้น บางครั้งอาจมาจากปัญหาเดียวกัน แต่ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคลมักแตกต่างกันออกไป ความอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน เช่น การรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์การทำงานของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม บุคลิกลักษณะของบุคคล หากทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นไปในทิศทางที่เป็นลบต่อบุคคล จะทำให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541, น. 35-39 อ้างถึงใน ชนิตา คำแก้ว, 2561) ได้กล่าวถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดไว้ 3 ประการ ได้แก่ สาเหตุด้านร่างกาย สาเหตุด้านจิตใจ และสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม

1. สาเหตุด้านร่างกาย

สภาวะทางกายบางประการทำให้เกิดความเครียดได้ ในลักษณะที่เรียกว่า ร่างกายเครียด ซึ่งปัจจัยทางร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ คุณลักษณะทางพันธุกรรม ที่ทำให้บุคคลมีลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เพศ สีผิว ความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอของระบบการทำงานของร่างกาย ตลอดจนความพิการของร่างกายที่เป็นมาแต่กำเนิด ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย อันเกิดได้จากการทำงานอย่างหนักและติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีความเกี่ยวเนื่องมาจากร่างกายที่แตกต่างกัน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยทางร่างกาย ภาวะโภชนาการ ได้แก่ ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่จะมีผลต่อความแข็งแรงของร่างกาย เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วน ไม่เพียงพอ หรือบริโภคผลิตภัณฑ์บางประเภท เช่น บุหรี่ สุรา ซากาแฟ สิ่งเสพติด

ติดต่าง ๆ ล้วนทำให้เกิดความเครียดได้ ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อ ผิวหนัง และการทรงตัว เช่น การเดิน ยืน วิ่ง นอน นั่ง หากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้

2. สาเหตุด้านจิตใจ

2.1 บุคลิกบางประเภทที่ก่อให้เกิดความเครียด

บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต เป็นคนที่ต้องการความสมบูรณ์แบบให้กับทุกสิ่งทุกอย่าง ขยัน เจ้าระเบียบ ยึดมั่นกฎเกณฑ์ บุคลิกภาพแบบนี้ทำให้ต้องทำงานหนัก และทำทุกอย่างด้วยตัวเอง

บุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น เป็นคนที่มีลักษณะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ จะเป็นคนที่วิตกกังวลง่าย ทำอะไรต้องอาศัยผู้อื่น หวาดหวั่นกับอนาคตอยู่เสมอ

บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น เป็นคนใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งจะมีผลกระทบไปถึงภาวะสมดุลของร่างกาย

2.2 การเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

เป็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมปกติของบุคคล โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดผลทางบวกหรือทางลบก็ได้ ทำให้บุคคลต้องปรับตัว

2.3 ความขัดแย้งในใจ

เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกสองทางขึ้นไป แต่ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะเป็นทางเลือกที่ไม่ต้องการหรือไม่อยากได้

2.4 ความคับข้องใจ

เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ สาเหตุที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ 4 ประการ ได้แก่

2.4.1 ความรู้สึกบางประเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย อาจจะเป็นความรู้สึกสูญเสียคนที่รัก เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความภาคภูมิใจ ความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้หมดหวัง หมดพลัง ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้

2.4.2 อารมณ์ที่ไม่ดีทุกชนิด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความทุกข์ใจ เป็นต้น

2.4.3 การขาดคุณสมบัติบางประการของบุคคล เช่น การขาดความสามารถ การขาดทักษะในการทำงาน เป็นต้น

2.4.4 ความล่าช้าของเหตุการณ์หรือการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการอันเกิดจากธรรมชาติ หรือลักษณะของเหตุการณ์นั้น ๆ หรือเกิดจากปัจจัยแวดล้อมของเหตุการณ์ หรือเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลนั่นเอง

3. สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 ทางกายภาพ

อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ความหนาแน่นของประชากร ภัยธรรมชาติ ฯลฯ ลักษณะทางกายภาพเหล่านี้ มีผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคุณ และทำให้ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3.2 ทางชีวภาพ

เป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิต และทำอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น เชื้อโรค

3.3 ทางสังคมวัฒนธรรม

ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม และสิ่งที่คุณคลกระทำจะมีผลกระทบต่อกันตลอดเวลา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่

3.3.1 สถานภาพและบทบาทในสังคมของคุณ ซึ่งอาจจะมีหลายสถานภาพและหลายบทบาท หากบทบาทหลายอย่างนี้มีความขัดแย้ง หรือมีความแตกต่างกันมากก็อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวและเกิดความเครียดได้

3.3.2 บรรทัดฐานทางสังคม บางครั้งกฎเกณฑ์ที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม ไม่สอดคล้องกับความต้องการของคุณ หรือเป็นกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัดมากเกินไป ย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้

3.3.3 ระบบการเมืองการปกครอง ซึ่งมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคุณ หากเป็นระบบการเมืองการปกครองที่เคร่งครัด ทำให้ประชาชนรู้สึกถูกคุกคามหรือถูกควบคุม โดยเฉพาะ เรื่องสิทธิเสรีภาพต่าง ๆ หรือเป็นระบบการเมืองการปกครองที่ทำให้ประเทศขาดความมั่นคง ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้

Moris & Maisto (1998, pp. 505-509 อ้างถึงใน กาญจนา วงษ์จีน, 2554) ได้อธิบายสาเหตุความเครียดที่เกิดจากปัจจัยด้านจิตใจของคุณ ดังนี้

1. ความกดดัน (Pressure) บุคคลมักเกิดความกดดันทั้งจากภายในและภายนอก เช่น บางคนตั้งความหวัง หรือเป้าประสงค์ของตนไว้สูง และต้องเร่งรัดพยายามทำให้สำเร็จ การแข่งขันในทุกด้าน ทำให้เกิดความกดดัน จนรู้สึกเครียดได้

2. ความคับข้องใจ (Frustration) โดยปกติคนเรามักมีเป้าหมายในชีวิต หรือการทำงาน เมื่อถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใด ๆ ก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่ต้องการหรือคาดหวัง ทำให้เกิดความเครียด ทั้งนี้สาเหตุของความคับข้องใจมี 5 ประการ ได้แก่ ความล่าช้า การขาดทรัพยากร การสูญเสีย ความล้มเหลว และการถูกเหยียดหยามหรือถูกกีดกัน เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คนรักเสียชีวิต ระดับการศึกษาต่ำ ทำให้ขาดโอกาส เป็นต้น

3. ความขัดแย้ง (Conflict) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการตัดสินใจ ให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งในเวลาเดียวกัน ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในบุคคลมี 4 แบบ ได้แก่

3.1 ความขัดแย้งแบบเข้าหาตัวทั้งสองด้าน (Approach- approach conflict) เป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่พึงพอใจอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือพึงพอใจในเป้าประสงค์สองอย่างในเวลาเดียวกัน

3.2 ความขัดแย้งแบบหนีห่างทั้งสองด้าน (Avoidance-avoidance conflict) เป็นสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่ไม่พึงพอใจ ในเป้าประสงค์หนึ่งที่มีสองอย่าง ในเวลาเดียวกัน ทำนองเดียวกับการหนีเสือปะจระเข้

3.3 ความขัดแย้งแบบเข้าหาตัวและหนีห่าง (Approach- avoidance conflict) เป็นสถานการณ์ที่เผชิญกับสิ่งที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจในเวลาเดียวกัน

3.4 ความขัดแย้งแบบเข้าหาและหนีห่างซ้ำซ้อน (Double approach- avoidance conflict) เป็นสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับเป้าประสงค์สองอย่างที่มีทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีในเวลาเดียวกัน

4. เจตคติและความเชื่อ (Attitudes and beliefs) การมีเจตคติหรือความเชื่อบางอย่างที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งความคิดที่ขาดเหตุผลนี้หากมีมากอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และอารมณ์ได้ จากรายงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการซึมเศร้าจากความคิด หรือความเชื่อที่ขาดเหตุผล

5. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของบุคคล ล้วนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงมาก และบ่อยเท่าไร ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากขึ้นเท่านั้น สภาวะแวดล้อมที่เข้ามากระทบ หรือเกี่ยวข้องกับบุคคลจนทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานที่ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การเผชิญสภาพอากาศหรือสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และการบีบคั้นทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคคลรอบข้าง ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล การได้ยินได้ฟังในเรื่องเดียวกัน สร้างความเครียดและความวิตกกังวลให้บุคคลแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุของความเครียดเกิดจากสภาพทางร่างกาย จิตใจ และสภาวะแวดล้อมของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

Robbins (2000 อ้างถึงใน ชุตินา พระโพธิ์, 2558) ได้อธิบายสาเหตุของความเครียดไว้ดังต่อไปนี้

1. การยอมรับการยอมรับความเครียดทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดในทางบวก เช่น บุคคลกลัวการได้ออกจากงานเนื่องจากที่ทำงานมีนโยบายปลดพนักงาน

เพื่อลดค่าใช้จ่าย ความกลัวดังกล่าวจะทำให้เกิดความเครียด ถ้าบุคคลนั้นยอมรับว่านี่คือโอกาสที่ตนเองจะได้เริ่มทำธุรกิจส่วนตัว ก็จะสามารถลดความเครียดลงได้

2. ประสบการณ์ในการทำงาน ถ้ามีประสบการณ์ในการทำงานแล้วสามารถลดความเครียดจากการทำงานได้ เช่น บุคคลที่ถูกสับเปลี่ยนงานที่ทำงานบ่อย ๆ ก็เกิดความเครียดสูงเนื่องจากไม่มีความชำนาญในงานด้านใดด้านหนึ่ง แต่ถ้าเป็นบุคคลที่ชอบพัฒนาตนเอง การถูกสับเปลี่ยนงานบ่อย ๆ จะถือเป็นการฝึกฝนทักษะในการทำงานทำให้มีประสบการณ์ที่หลากหลายมากขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน บุคคลใกล้ชิด จะสามารถลดความเครียด หรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้

4. การควบคุมตนเอง เป็นลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งออกเป็นสองแบบ คือ 1) เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ 2) เชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ รอบตัวมีอิทธิพลต่อชีวิตตนเอง ซึ่งจะเชื่อว่าเป็นผู้ถูกกระทำ และยอมรับผลที่เกิดขึ้นและรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำอะไรได้เลย เมื่อเผชิญกับความเครียดบุคลิกภาพแบบที่สองจะมีความเครียดมากกว่าแบบที่หนึ่ง

5. ลักษณะที่ไม่เป็นมิตร บุคคลที่มีลักษณะที่ไม่เป็นมิตร มีลักษณะหงุดหงิดง่าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น คนที่มีลักษณะแบบนี้ถ้ามีความเครียดจะเสี่ยงกับการเป็นโรคหัวใจ

สโรชินี บุญชุ่ม (2558) ได้แบ่งสาเหตุความเครียดไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. สาเหตุด้านจิตใจ ความกลัว เช่น กลัวการไม่สมหวัง กังวลกับสิ่งที่กำลังทำ หรือภาระต่าง ๆ วิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นสิ่งใหม่ ในแต่ละช่วงชีวิต เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย การย้ายงาน การแต่งงานมีชีวิตคู่ ชีวิตในวัยสูงอายุ การเกษียณอายุ การสูญเสีย เป็นต้น

3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางกาย การเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ หรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นไปตามวัย

พิชญานิน เทพบุชา (2561) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดไว้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจากการที่ร่างกายและจิตใจไม่ได้ปรับตัวเพื่อที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยปกติความเครียดมักเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการรับรู้ และจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย การย้ายที่ทำงาน หากสภาวะจิตใจไม่มีความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงส่งผลให้คนเราเกิดความเครียดได้มากที่สุด รวมถึงเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศก็ส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดได้เช่นกัน

2. การทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วไม่เป็นไปตามที่ตั้งที่คาดหวังไว้ จะส่งผลทำให้เกิดความเครียดขึ้นในจิตใจทันที เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญของความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ถ้าบุคคลมีความสามารถในการจัดการอารมณ์ต่ำ จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

3. การตัดสินใจในเรื่องที่ยังไม่พร้อม สถานการณ์ที่ยังไม่พร้อมนี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจและหลังการตัดสินใจ จนกว่าจะทราบผลของการตัดสินใจ การต้องตัดสินใจในเรื่องที่ยังไม่พร้อม หรือเรื่องที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความเครียดได้

4. การเสพสื่อผ่านช่องทางต่าง ๆ มากจนเกินไป จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ เนื่องจากการเสพสื่อในปริมาณมากต่อวัน จะไม่ได้เป็นไปด้วยความบันเทิง แต่เป็นการสร้างความเครียดโดยไม่รู้ตัว มีรายงานวิจัยต่างประเทศ ยืนยันว่า ผู้ที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตในปริมาณมากจะเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

5. การรับประทานอาหารที่ไม่ครบตามความต้องการของร่างกาย ที่พบบ่อย คือ ภาวะขาดน้ำตาลในกระแสเลือดในคนที่ควบคุมอาหาร ทำให้น้ำตาลในเลือดไม่สมดุลส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้ และการขาดไขมันชนิดโอเมก้า 3 ก็ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายเช่นกัน การรับประทานปลาทะเล จะช่วยให้ระดับความเครียดลดลง เนื่องจากมีส่วนช่วยควบคุมการหลั่งของฮอร์โมนซีโรโทนิน

6. การรับประทานยาบางชนิด ยาบางชนิดจะส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เช่น ยาที่มีผลต่อฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย และยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจากเป็นยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทต่าง ๆ

7. การนอนหลับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ หรือการนอนไม่เป็นเวลา สามารถส่งผลโดยตรง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ส่งผลต่อสภาพจิตใจ รวมทั้งจะทำให้บุคคลมีอาการหงุดหงิดง่าย และเกิดความเครียดได้ง่าย มีรายงานวิจัยยืนยันว่า การพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดโรคเครียดได้ง่ายกว่าคนที่พักผ่อนเพียงพอ เนื่องจากสมองไม่ได้รับการซ่อมแซม เพราะการพักผ่อนไม่เพียงพอ การขาดการพักผ่อน ทำให้การทำงานของสมองบางส่วนผิดปกติไป ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น

8. การได้รับสารนิโคตินที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นสารประเภทหนึ่งที่มีฤทธิ์ส่งผลก่อกวนการทำงานของสารที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเครียด เนื่องจากสารในสมองถูกรบกวน ส่งผลให้เกิดอาการหงุดหงิด และอาจส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

ภูษณิศา แก้วสอาด (2561) ได้กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตาม ที่ผลักดันให้ร่างกายและจิตใจผิดปกติไปจากเดิม และได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 5 ประการ ดังนี้

1. เกิดจากความกดดัน ความกดดันจากสภาพแวดล้อม และบุคคลรอบข้าง การแข่งขันกับเวลา การแข่งขันกับผู้อื่น การที่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่สังคมต้องการ โดยไม่เต็มใจ จึงทำให้เกิดความเครียด

2. เกิดจากความวิตกกังวล คนที่ชอบคิดมาก กังวลกับอดีต วิตกกังวลกับอนาคต ย่อมไม่มีความสุขในชีวิต คนเหล่านี้จะนอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกผิด เครียด อ่อนเพลีย เป็นต้น

3. เกิดจากความคับข้องใจ โดยปกติคนเรามักจะมีเป้าหมายในชีวิตหรือการทำงาน แต่เมื่อถูกขัดขวางจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย เช่น การไม่มีเงินที่จะซื้อสิ่งของที่ต้องการได้นอกจากนี้ ความผิดหวัง ความสูญเสีย ก็ทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

4. เกิดจากการขัดแย้ง มีบ่อยครั้งที่มีความขัดแย้งในใจ เมื่อจำเป็นต้องตัดสินใจให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง เพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดความเครียดได้

5. เกิดจากความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น ความพิการ ความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ตลอดเวลา

ปัจจุบันความเครียดกลายเป็นปัจจัยสำคัญของชีวิตในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นประจำ ปัจจัยหลัก ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีดังต่อไปนี้

1. การเงิน โดยผลการศึกษาล่าสุดส่วนใหญ่มีแนวโน้มในทิศทางเดียวกันว่า สถานะทางการเงิน คือ สาเหตุหนึ่งของความเครียดสะสม ซึ่งความเครียดสะสมยังทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรับภาระมากขึ้น และเป็นสาเหตุของโรคอ้วนตามมา

2. การทำงาน นับเป็นปัจจัยหนึ่งของความเครียดที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการเงิน และพบว่าเป็นปัจจัยหลักของความเครียด ที่เกิดขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง ภาระหน้าที่ การปฏิสัมพันธ์ รวมถึง ค่าตอบแทน และสิทธิต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสะสมได้ทั้งสิ้น

3. ครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น คนในครอบครัวไม่มีความเข้าใจกัน เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันอยู่เป็นประจำ นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว และเกิดความเครียดขึ้นทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะเป็นมิตรภาพระหว่างเพื่อน ความรักระหว่างคู่รัก หรือมีภรรยา ทุกคนล้วนต้องการความรักและอยากให้ความสัมพันธ์นั้นราบรื่น แต่เมื่อไม่สามารถจัดการได้ หรือมีปัจจัยบางอย่างที่ทำให้ความสัมพันธ์ต้องยุติลง ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาในเรื่องของเวลา การเงิน และอารมณ์ ก็อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้

5. สุขภาพ และสวัสดิภาพความปลอดภัย ปัญหาด้านสุขภาพทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น ผู้ที่มีปัญหาโรคอ้วน ก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้เนื่องจากความต้องการในการลดน้ำหนัก หรือในรายที่สูบบุหรี่ แล้วต้องการเลิกบุหรี่ ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์แล้วต้องการเลิกแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิดได้ ดังนั้น เพื่อรักษาระดับสารเคมีในสมอง จึงควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ต้น

Wallance (1978, pp. 457-458 อ้างถึงใน คมกริช นันทะโรจพงษ์, ภูธิป มีถาวรกุล และประสพชัย พสุนนท์, 2561) ได้แบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อม ภายนอกตัวบุคคล (exogenous stress) ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพอากาศ ฝุ่นละออง อุณหภูมิ กลิ่น คว้นพิษ จากสังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง การอิจฉาริษยา ความไม่ปรองดองกัน หรือการขาดเพื่อน ความโดดเดี่ยว รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด และจากสภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ ที่อาจเลวร้าย หรือน่ายินดี เช่น การสำเร็จการศึกษา การตั้งครุฑ การเกษียณอายุ การเจ็บป่วย สภาพทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากภายในตัวบุคคล (endogenous stressor) ซึ่งเป็นความเครียดที่มาจาก ตัวบุคคลคนนั่นเอง ได้แก่ โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยาที่มีทั้งส่วนดีและส่วนด้อย ระดับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ รวมถึง การรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้บุคคลเกิด ความเครียดและมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน

ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุนันทา ศรีศิริ และสมฤดี สายหยุดทอง (2562) ได้กล่าวว่า โดยทั่วไปสาเหตุที่อาจทำให้เกิดความเครียดจะมีได้หลายอย่าง และอาจเกิดขึ้นได้พร้อมกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ เทคโนโลยี หรือวิทยาการ ภูมิศาสตร์และการเมือง กระแสโลกาภิวัตน์ ปัญหาสังคมในเรื่องต่าง ๆ

2. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ปัจจัยในเรื่องงาน บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สถานการณ์ปัญหาขององค์กร

3. ปัจจัยระดับบุคคล ปัญหาด้านบุคลิกภาพ และลักษณะบุคคล ปัญหาทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงชีวิต ความแตกต่างด้านเพศ ปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางการเงิน

5. ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคลในหลายๆ ด้าน ผลกระทบของความเครียดนั้น ทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง มีนักวิชาการได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียด ดังนี้

McDonald & Doyle (1981 อ้างถึงใน ปัทษญา คุณะเพิ่มศิริ, 2559) ได้กล่าวว่า ความเครียดจะมีผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยทางร่างกาย (Physical illness) ผลของความเครียดด้านร่างกายที่ได้รับนั้นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจได้รับผลเพียงเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. ความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต (Mental illness) ในความเครียด สภาพอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจในการปฏิบัติงานของบุคคลอาจจะเปลี่ยนไปในทางลบ หรือในทางบวกก็ได้ แต่การที่ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน หรือความเครียดนั้นมีความรุนแรง ก็จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติงานได้

3. การแยกตัวออกจากสังคมและครอบครัว ผลของความเครียดนั้น ก่อให้เกิดปัญหาได้ทั้งในชีวิตครอบครัวและสังคม ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม เพราะไม่มีเวลาพบปะ รวมถึงการสังสรรค์กับบุคคลอื่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมได้ และความเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานมีผลต่ออารมณ์ ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมได้ สำหรับด้านครอบครัว งานต่าง ๆ ยังสามารถที่จะขัดขวางความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อครอบครัวได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ได้

มารยาท รุจิวิทย์ (2548, น. 46-47 อ้างถึงใน เบญจมาศ อิ่มมาก, 2558) กล่าวว่า ความเครียดเป็นอาการที่ค่อยๆ เกิดขึ้น อย่างไม่รู้ตัว แต่กลับมีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินชีวิต และการทำงานอย่างมาก เนื่องจากทำให้เกิดการแทรกซ้อนของอาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ตามมาภายหลัง

1. อาการทางร่างกาย อาการทางร่างกายบางอย่างอาจทำอันตรายให้ถึงชีวิต เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ อาการนอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา ปวดศีรษะ ผื่นคัน อาหารไม่ย่อย ลำไส้ใหญ่บวม ไม่เจริญอาหาร รับประทานอาหารมากเกินไป อาหารไม่ย่อย เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทีใดทีหนึ่งของร่างกาย เมื่อเกิดอาการเครียด

2. อาการทางอารมณ์ อาการทางอารมณ์ประกอบด้วย อาการฉุนเฉียวง่าย กลัดกลุ้ม ซึมเศร้า ขาดความต้องการทางเพศ และไม่มีสมาธิในการทำงาน การเข้าถึงการตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่ปกติ และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นเหตุผลสำคัญถึงความเครียดในตนเองและผู้อื่น อาการเครียดที่พบเห็นทั่วไป ได้แก่ เป็นคนที่อารมณ์รุนแรงเกินกว่าเหตุ หรือมีอาการก้าวร้าวในสถานการณ์ที่ขัดแย้ง ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย และตัดสินใจไม่ได้ เศร้า รู้สึกผิด เฉื่อยชา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไร้ความสามารถ ซึ่งมักจะควบคู่กับการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง

3. อาการทางพฤติกรรม เพื่อผ่อนคลายจากความเครียดชั่วขณะ บางคนจะปล่อยอารมณ์ด้วยการรับประทานอาหาร ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือใช้ง่ายมากเกินไป ความเครียด

เปลี่ยนคนที่สับสนหรือแค่บางครั้งคราว เป็นสับสนทุกวัน และคนที่ดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะเวลาที่ต้องเข้าสังคม เป็นติดแอลกอฮอล์โดยที่ตนเองไม่รู้ตัว

Syley (1976, pp. 133-140, 145-157 อ้างถึงใน กาญจนา วงษ์จีน, 2554) ได้กล่าวว่าความเครียดเป็นอาการที่สรีระหรือร่างกายพยายามปรับตัวให้กลับสู่สภาวะปกติ ซึ่งอธิบายผลของความเครียดในแต่ละระยะ ไว้ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียม (Alarm reaction stage) เกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มาคุกคาม ทำให้ร่างกายมีพลังงานมากขึ้น ได้แก่ การตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความรู้สึกหวั่นไหวต่อความเจ็บปวดน้อยลง โลหิตมีการไหลเวียนไปเลี้ยงสมอง กล้ามเนื้อ และผิวหนังมากขึ้น และมีผลการตอบสนองต่อความเครียดอยู่ในปริมาณที่ปกติ ปฏิกริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นอยู่ในช่วงระยะสั้นไม่กี่วินาทีจนถึงระยะยาว 48 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.1 ระยะช็อค (Shock phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงความสมดุลในร่างกาย ทำให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนบางอย่าง ที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำลง หัวใจอาจหยุดเต้นได้ หากไม่มีกลไกป้องกันตนเอง ร่างกายจะถูกใช้พลังงานจนหมด

1.2 ระยะต้านช็อค (Countershock phase) เป็นระยะที่ร่างกายต่อต้านความรู้สึกตกใจ จึงดึงเอากลไกต่อสู้ของร่างกายมาใช้และเริ่มปรับตัวกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เริ่มทำงานประสานกันอย่างเป็นระเบียบ อาการที่พบ ได้แก่ หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว คลื่นไส้อาเจียน ม่านตาขยาย และเหงื่อออกมากผิดปกติ

2. ขั้นต่อต้าน (Resistance stage) เป็นระยะที่ร่างกายพยายามต่อต้านหรือปรับตัวกับสิ่งที่มาคุกคามเพื่อคงสภาพร่างกายให้ปกติ อาการต่าง ๆ ก็จะดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ แต่หากยังได้รับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดอีก ร่างกายก็จะตอบสนองและสูญเสียความสมดุล เข้าสู่ระยะที่ 3 ต่อไป

3. ขั้นหมดแรง (Exhaustion stage) เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวให้กลับคืนสู่ปกติได้ เนื่องจากมีความเครียดสูง รุนแรงและนานเกินไป จนพลังงานของร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนแอ อาการต่าง ๆ ในขั้นเด็อนก็จะกลับมาอีก หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือแก้ไขกลไกการปรับตัวของร่างกายจะทำงานล้มเหลว เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย และอาจเสียชีวิตในที่สุด

ความเครียดในระดับต่ำ และระดับปานกลาง หากเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานมากนัก จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น สร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้การแก้ปัญหา ทำให้เกิดทักษะและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สร้างความภาคภูมิใจให้เกิดขึ้นได้ ส่วนความเครียดในระดับที่รุนแรง และเกิดเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

กระทบต่อสังคมรอบข้าง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ นำพาไปสู่การมีความเครียดเรื้อรัง และมีอาการทางจิตประสาทได้

ผลกระทบของความเครียด หากปล่อยให้ตัวเองเครียดสะสมเป็นเวลานาน ไม่ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดนั้น จะส่งผลต่อสุขภาพ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ การท้องผูก ท้องเสียบ่อย นอนไม่หลับ หอบหืด และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น
2. ผลต่อสภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการใช้ชีวิต สัมพันธภาพต่อครอบครัว และบุคคลแวดล้อมลดลง จิตใจได้รับความตึงเครียดมากขึ้นซ้ำซ้อน นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อการใช้ชีวิต

สรุปได้ว่า ความเครียด มีผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ก้าวร้าว หรืออาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หากความเครียดไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่จะตามมา

องค์การ เรื่องรัตนอัมพร (2553 อ้างถึงใน จูตินันท์ เขียวนิล, 2561) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดความเครียดขึ้นผลกระทบและการจัดการกับความเครียดจะเกิดขึ้นในทันที การอบรมเลี้ยงดูสั่งสอน ความรู้สึกนึกคิดความรู้และประสบการณ์ที่ได้สะสมมาของแต่ละบุคคลจะเป็นสิ่งสำคัญในการรองรับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดจากความเครียดเป็นผลมาจากปฏิกิริยาของร่างกายในการหลั่งสารเคมีเพื่อสนองตอบต่อสิ่งทำให้เกิดความเครียดนั้น ได้แก่ สาร adrenaline, endorphin และ cortisol อาจแบ่งผลกระทบได้ ดังนี้

1. ผลต่อบุคคล (Personal stress) ในระยะสั้น สารเหล่านี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วและแรงขึ้น ขบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายผิดปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูงขึ้น อารมณ์และความประพฤติส่วนบุคคลผิดไปจากเดิม เช่น เกิดอารมณ์โกรธง่าย ฉุนเฉียว หงุดหงิด ท้อแท้ โศกเศร้า สิ้นหวัง กินจุ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การตัดสินใจผิดพลาด ติดสุรายาเสพติด เป็นต้น และอาจก่อให้เกิดโรคที่รุนแรงในระยะยาว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ

2. ผลต่อครอบครัว สังคมและการทำงาน (Organizational stress) ความเครียดนอกจากจะส่งผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง และมีผลต่อการทำงานอีกด้วย เมื่อพฤติกรรมส่วนตัวเปลี่ยนไป สัมพันธภาพกับคนรอบข้างก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ความไว้นื้อเชื่อใจกันและกันก็จะลดลง หย่อนประสิทธิภาพในการทำงาน เกิดอุบัติเหตุและ

อุบัติเหตุการล้มจากการทำงาน ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ค่าชดเชย และสวัสดิการต่าง ๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลก็จะสูงขึ้นด้วย

Dougan et al. (1986, pp. 191-198 อ้างถึงใน สุภาภัทร ทนเถื่อน, 2553) ได้แบ่งผลกระทบของความเครียดออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Mood) เช่น ความรู้สึกหงุดหงิดโมโหง่าย วิตกกังวล สับสน เบื่อหน่าย หลงลืมง่าย เป็นต้น
2. ด้านอวัยวะ (Organ) เช่น อวัยวะภายในทำงานผิดปกติ หัวใจเต้นแรง หายใจเร็ว ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย ท้องผูกท้องเสีย เป็นต้น
3. ด้านกล้ามเนื้อ (Muscles) เช่น กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด เกร็ง ชักกระตุก แข็งตึง เส้นกระดูกบอบ พูดจาลิ้นพันกัน มีอาการปวดตามร่างกาย เป็นต้น
4. ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior) เช่น พฤติกรรมที่แสดงออกทางกาย ลูกลี้ลู่กลน มีปัญหาในเรื่องของการนอนหลับ ความต้องการทางเพศลดลง มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ต้องพึ่งยา หรือพบแพทย์บ่อย เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2539, น. 26 อ้างถึงใน อรุณี มิ่งประเสริฐ, 2557) ได้กล่าวถึงผลของความเครียดว่าความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่เกินไปนักเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะในร่างกายมีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตัวเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานก็กลัวว่าจะก่อให้เกิดผลเสียมากมาย ดังนี้ 1) ผลเสียทางด้านสรีระ 2) ผลเสียด้านจิตใจและอารมณ์ 3) ผลเสียทางด้านความคิด 4) ผลเสียด้านพฤติกรรม 5) ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ธงชัย ทวีชาติ และคณะ (2539 อ้างถึงใน วรวรรณ ผู้มีโชคชัย, 2546) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียด ดังนี้

ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานจนเกินไปนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคล กระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้มีโอกาสที่จะรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตน มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่าง ๆ มากมาย ดังต่อไปนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานๆ จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เนื่องจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายเป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานในระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เนื่องจากร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล การทำงานของระบบต่างๆ จะบกพร่อง ทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โรคหอบหืด อาการแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผมหงอก และโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่เดิมเกิดกำเริบขึ้นมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังที่อวัยวะต่างๆ นอกจากนี้ความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตได้

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียด จะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล ความระมัดระวังในการทำงานเสียไป เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ใจชื้นมุมัว หงุดหงิด ซึมเศร้า โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตน เศร้าซึม กระสับกระส่าย กระวนกระวาย คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง หมดหวัง ท้อแท้ ในบางรายที่ตกอยู่ในความเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

บุคคลจะมีกระบวนการคิดที่นอกจากจะไม่ก่อประโยชน์แล้ว ยังเป็นโทษกับตนเอง เป็นผลให้ความเครียดยิ่งทวีคูณ ในหลายกรณีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสภาพการณ์แรกที่มาคุกคาม ยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อมาของบุคคล เช่น ความคิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียด จะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหาและความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมาอีก

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากการขาดงานผลของการทำงานลดน้อยลง และมีประสิทธิภาพลดลง เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

York University (2006 อ้างถึงใน โรจนรินทร์ โกมลหิรัญ, 2551) ได้กล่าวถึงผลของความเครียด แบ่งเป็นแต่ละประเภท ดังนี้

1. อาการทางร่างกาย ทำให้ปวดศีรษะนอนไม่หลับ แน่นหน้าอก และเมื่อความเครียดไม่ได้รับการแก้ไขและคงอยู่นาน ทำให้เกิดโรคทางกายได้ เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ

2. อาการทางอารมณ์และความคิด ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ หงุดหงิดง่าย ว้าวุ่นใจ ความคิดสับสน ขาดความสามารถในการคิด และการตัดสินใจอย่างรอบคอบ นานวันจะเกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย มีโอกาสที่จะเสพยาเสพติดได้ง่ายเช่นเดียวกัน

3. อาการทางพฤติกรรมเช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มากขึ้น ปลีกตัวอยู่คนเดียว ชอบดื่มแอลกอฮอล์ ทำงานหรือเรียนแย่ง ชี้นับมากขึ้น เป็นต้น

สิริชัช จันทร์รัศมี และจินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2560) ได้กล่าวถึง ผลของความเครียดว่า ความเครียดส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ดังนี้

1. ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะไมเกรน ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับ หรือ่วงเหงาหาวนอนตลอดเวลา ปวดกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย สมรรถภาพทางเพศลดลง มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออกตามมือตามเท้า ใจสั่น ถอนหายใจบ่อย ๆ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อย ๆ แพ้อากาศง่าย ฯลฯ

2. ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เหงา ว้าวุ่น สิ้นหวัง หมดความรู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น

3. ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้จ่ายนอนหลับ จู้จี้ขี้บ่น ขวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ ดื่มม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจ็บข้อม เก็บตัว เป็นต้น

Needle et a. (1980, pp. 96-97 อ้างถึงใน สิทธิชัย โตสกุล, 2552) ได้กล่าวว่า ความเครียด จะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความเครียดนั้น ผลของความเครียดแบ่งตามอาการหรือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย เนื่องจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายถูกควบคุมด้วยระบบประสาท ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจิตใจอย่างมาก ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดขึ้นภายในจิตใจ

ก็จะส่งผลให้เกิดการแสดงออกเป็นความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบอื่น ๆ ในร่างกาย ลักษณะอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดปรากฏออกมา ดังนี้

1.1 อาการทั่วไปเป็นอาการที่เกิดจากระบบหลากหลายระบบร่วมกัน เช่น ความรู้สึกไม่มีแรง ไม่อยากเคลื่อนไหว เหนื่อย มึนงง เป็นต้น หรืออาจจะเป็นอาการทางประสาท เช่น ฝันร้าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก เป็นต้น

1.2 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เกิดขึ้นเนื่องจากในภาวะที่มีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนอดรีนาลีนจากต่อมหมวกไต ทำให้เกิดอาการสำคัญของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง การหดตัวของเส้นเลือดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นต้น

1.3 อาการทางระบบหายใจ เกิดขึ้นเนื่องจากฮอร์โมนอดรีนาลีน ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดลมหยาบตัว เกิดอาการหายใจถี่ หากยังมีความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิต และแสดงออกมาในรูปของการหายใจที่ผิดปกติ

1.4 อาการทางระบบทางเดินอาหาร เกิดขึ้นเนื่องจากในความเครียดจะมีการหลั่งน้ำย่อย และกรดออกมาเพิ่มมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีอาการท้องผูก ท้องเสีย ได้อีกด้วย

2. ผลต่อจิตใจ ความเครียดได้ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจต่อบุคคล โดยเกิดปัญหาทางประสาท เช่น บางคนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง ถึงขั้นแสดงออกมาจากจิตใต้สำนึกโดยไม่รู้ตัว (Sub Conscious) เสมือนเป็นผลของร่างกาย จนกระทั่งเขาสามารถหนีพ้นจากความเครียดนั้น หรือปลอดภัยจากสิ่งรบกวน ทำให้เกิดความเครียด ปฏิกิริยาตอบสนองนี้เรียกว่า การตอบสนองแบบฮีสทีเรีย (Hysteria Reaction) ส่วนความเครียดทางจิตใจ ถ้ามีมากกว่าระดับหนึ่ง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อาจมีผลตอบสนองต่อความต้องการการทำงานของร่างกายได้ โดยการทำงานปกติของร่างกายอาจถูกรบกวนจนกระทั่งไม่สามารถทำหรือคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าความเครียดทางจิตใจนี้รุนแรง และคงอยู่นานจะมีผลต่อการปรับตัวทางสรีรวิทยา ซึ่งทำให้มีอันตรายต่อเนื้อเยื่อต่าง ๆ และอาจมีผลทำให้เกิดโรคทางกาย อันเนื่องมาจากจิตใจเป็นต้นเหตุ หรือเรียกว่า Psychosomatic Disease

Miller, Smith & Rothstein (1993 อ้างถึงใน นัยนา แสงทอง, 2555) ได้กล่าวว่า ผลของความเครียดก่อให้เกิดอาการหรือปฏิกิริยาของระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ

ระบบกล้ามเนื้อเกี่ยวข้องกับความเครียด เพราะเป็นพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้เมื่อเกิดการต่อสู้หรือหนี ถึงแม้ส่วนอื่น ๆ จะเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมพร้อมไปกับสถานการณ์ แต่หากกล้ามเนื้อไม่มีความพร้อม ร่างกายก็ไม่มีความปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อต้องมีปฏิกิริยาที่เร็วกว่า

ส่วนอื่น ๆ เมื่อเกิดความเครียดทำให้กล้ามเนื้อเกิดแรงกดดันมากขึ้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ มีความสำคัญต่อปฏิกิริยาต่อสู้หรือหนี ซึ่งเป็นการตอบสนองเมื่อเกิดแรงกดดัน ประสาทซิมพาเทติก หลั่งนอร์อดรีนาลีน (Noradrenaline) ทำให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อภาวะ คุกคามหรืออันตราย

2. อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic)

ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นของ ร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย และเพศ เมื่อเกิดความเครียด จะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่าย และการทำงานของกล้ามเนื้อ เรียบ อาการที่เกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ จุกเสียด ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น เมื่อความเครียดหายไป แต่อาการเหล่านี้จะยังอยู่ เมื่อได้รับกรกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอีกครั้งก็จะเกิดอาการได้

3. อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic)

ระบบประสาทซิมพาเทติก ทำงานประสานกับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ในปกติจะทำหน้าที่รักษาสมดุลของการไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะมีบทบาทที่ กระตุ้นทุกส่วนให้ตื่นตัวรับมือสถานการณ์ ในเวลาปกติระบบประสาทซิมพาเทติก ควบคุมการหลั่ง นอร์อดรีนาลีน ในปริมาณเล็กน้อย เพื่อกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานปกติ ในเวลาเครียดระบบ ประสาทนี้จะสั่งให้ต่อมอดรีนอล (Adrenal gland) หลั่งนอร์อดรีนาลีนเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด พร้อมกับบอดรีนาลีน สารสำคัญตัวนี้ทำให้ทุกส่วนในร่างกายตื่นตัว หากความเครียดระดับสูงกระตุ้น ร่างกายบ่อย ๆ จะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งเกิดจาก การหดรัดตัวของเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงสมอง

4. อาการเครียดด้านอารมณ์ (Emotion)

เมื่อความเครียดกระตุ้นร่างกาย มากจนถึงขีดอันตราย มักทำให้เกิดอารมณ์โกรธ กังวล เศร้า ตามมา โดยปกติเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายและอารมณ์จะถูกกระตุ้น ผ่านระบบลิม บิก อารมณ์ของความเครียดมีอาการดังกล่าว ซึ่งมักจะแยกลำบาก ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดขึ้น บุคคลจะรับรู้เพียงว่าไม่สบายใจ

5. ความเครียดด้านความคิด

ความคิดเป็นกระบวนการทำงานซึ่งซับซ้อน ของสมองหลายส่วนที่ ต้อง ทำงานประสานกัน ความเครียดทำลายขีดขวางการทำงานของส่วนต่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งที่เกิดขึ้น คือ สารอดรีนาลีนจากสมองส่วน แอสเซนดิ้งเรติคูล่า แอคทิเวชัน (Ascending Reticular Activation System: ARAS) จะกระตุ้นทุกส่วนของสมองให้ทำงานเร็วเป็นสองเท่าของปกติ สมองจะกระตุ้น ส่วน ของอารมณ์ด้วย ซึ่งทำให้เกิดความคิดเร็วขึ้น เมื่อรู้สึกกดดันมากร่างกายก็จะถูกกระตุ้นมากขึ้น ทำให้ สมองทำงานมากจนเกินไป ภาวะเช่นนี้ความคิดก็จะเร็วจนเกินไป ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย

การตัดสินใจจะไม่เหมาะสม จะทำอะไรที่ขาดการยับยั้งไตร่ตรอง หลังจากนั้นปัญหาก็จะตามมาอีก คือจะชินต่อสภาวะสมองที่ถูกกระตุ้น คิดว่านั่นคือภาวะที่ปกติของร่างกาย เป็นผลให้บางครั้งใช้สารเคมีหรือยาเสพติดเพื่อกระตุ้นร่างกายให้ตื่นตัวขึ้น เมื่อรู้สึกตัวว่าสงบลงแล้ว ถ้าถูกกระตุ้นครั้งต่อไป ARAS จะไวมากขึ้น อุดรึนาลีนเพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อระบบสมอง

6. อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบฮอร์โมนเป็นอีกระบบที่ถูกกระตุ้นมากในเวลาที่มีความเครียด ทั้งนี้เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับความเครียด สมองส่วนนี้เรียกว่า ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) หลังฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมต่าง ๆ ในส่วนอื่นของร่างกาย ฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญคือ ฮอร์โมนอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone: ACTH) และคอร์ติซอล (Cortisol) ที่ ACTH หลังจากชั้นนอกของต่อมอดรีนอล ACTH มีบทบาทสำคัญที่เป็นประโยชน์มากในเวลาที่ต้องเตรียมพร้อม เช่น เพิ่มน้ำตาลในตับ กระตุ้นอินซูลิน (Insulin) จากตับอ่อนเพื่อเพิ่มกำลัง คอร์ติซอลเพิ่มภูมิคุ้มกัน ทำให้สมองตื่นตัว และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ในระหว่างนี้จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการบวมหรือภูมิแพ้ ระหว่างที่ฮอร์โมนอย่างหนึ่งทำงานอย่างหนัก สารตัวอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องจะทำงานช้าลงด้วย เช่น ฮอร์โมนเพศทำงานช้าลง ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง เวลาที่มีความเครียดทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่วนในเพศหญิงจะมีประจำเดือนมาไม่ปกติ ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตก็เช่นกัน จะหลังน้อยลง ทำให้เติบโตช้า เป็นต้น

7. อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบภูมิคุ้มกันแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ฮิวโมรอล (Humoral) และเซลล์ลูล่า (Cellular) ส่วนฮิวโมรอลนั้นอยู่ในของเหลว ที่อยู่ในร่างกายทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคและไวรัสต่าง ๆ ที่เข้ามาในร่างกาย ถ้าทำงานผิดปกติจะทำให้เกิดเชื้อโรคได้ง่าย เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ส่วนเซลล์ลูล่านั้นอยู่ในเซลล์ทำหน้าที่ต่อสู้กับไวรัสที่เข้าไปทำอันตรายเซลล์ ถ้าทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง ความเครียดมีผลต่อความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน ปกติระบบนี้จะป้องกันร่างกายให้ปราศจากโรค มีสุขภาพดี โดยการทำงานอย่างเงียบๆ มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระ คอร์ติซอลและอดรีนาลีนที่กระตุ้นร่างกาย มีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานมากขึ้น หรือน้อยกว่าปกติ ถ้าทำงานมากจะทำลายเนื้อเยื่อส่วนที่ตีไปด้วย ทำให้เกิดโรคมะเร็ง หากเสียหรือน้อยลงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547 อ้างถึงใน วรณพร สอนแก้ว, 2561) ได้กล่าวถึงผลของความเครียด ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ความเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลใน

กระเพาะอาหาร เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวร้ายลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมลูกกระดุม ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดอาการทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการที่ระบบทำงานภายในร่างกายล้มเหลว เช่น คนที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวอยู่แล้ว หากเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ฮอร์โมนคอร์ติซอลจะไปกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้น หรือลดลงอย่างผิดปกติ และทำให้เกิดอาการซ็อกได้ หรือในบางรายที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ จะส่งผลทำให้เกิดอาการของโรคมุมแพ้ต่าง ๆ โรคหอบหืด โรคผิวหนัง อาจมีอาการผมร่วงและมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับคนปกติ

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของคนที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโห โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตตนเอง เศร้า ซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในความเครียดอย่างยาวนาน อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อความเครียดเป็นเวลานาน ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อ และลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ความจำและสติปัญญาลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาท ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะสารสื่อประสาท จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ

3. ด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ แต่ยังทำให้พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น บุคคลที่เครียดมาก ๆ บางรายจะมีอาการเบื่ออาหาร หรือบางรายจะรู้สึกว่าตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลา และทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยาก หรือนอนไม่หลับติดต่อกันหลายคืน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เริ่มปลีกตัวออกจากสังคม และเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยวบ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มลดลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีอาการอาละวาดขว้างปาของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมาก อาจเกิดอาการหลงผิดและความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีอารมณ์ชั่ววูบ นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2561) ได้จำแนกการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

ด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนี้

1. ผิวหนัง ระบบผิวหนังจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดการเหี่ยวย่น แห้ง และผิวบางลง ไขมันใต้ชั้นผิวหนังลดลง ผิวหนังแห้งทำให้เกิดอาการคันตามร่างกาย และผู้สูงอายุจะมีอาการหนาวง่าย เกิดรอยฟกช้ำตามผิวหนังได้ง่าย การรับสัมผัสที่ผิวหนังจะลดลง
2. ผม เส้นผมเริ่มเปลี่ยนสีเป็นสีขาว ผมเริ่มหงอก เนื่องจากรากผมไม่สร้างเม็ดสี ทำให้ผมบางลง ผมหลุดร่วงได้ง่าย
3. ริมฝีปาก ผู้สูงอายุจะมีริมฝีปากที่แห้งและแตกง่าย เนื่องจากริมฝีปากขาดความชุ่มชื้น
4. ฟัน ฟันไม่แข็งแรงเหมือนเดิม หักหรือหลุดร่วงง่าย การบดเคี้ยวไม่ละเอียด ส่งผลให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนักขึ้น
5. ลิ้น ต่อมรับรสที่ลิ้นทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผิดเพี้ยนไปจากเดิม อาจเกิดการรับประทานอาหารที่รสชาติเข้มข้นขึ้น ส่งผลเสียต่อร่างกาย
6. จมูก การได้กลิ่นต่าง ๆ ลดลง การดมกลิ่นต่าง ๆ ไม่เหมือนเดิม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้
7. สายตา ประสาทสัมผัสในการมองเห็นลดลง โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ความสามารถในการมองเห็นลดลง มองในระยะใกล้ไม่ชัดเจน สายตาเริ่มยาวขึ้น การแยกสีเริ่มผิดปกติ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
8. หู ประสาทในการได้ยินเสียงเสื่อมลง มีอาการหูตึง การได้รับเสียงต่ำชัดกว่าระดับเสียงสูง
9. กระดูกและกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง กำลังลดลง เคลื่อนไหวช้าลง กระดูกเปราะและหักง่าย หมอนรองกระดูกบางลง น้ำในข้อลดลง ข้อเข่าเสื่อม ทำให้การทํากิจวัตรประจำวันไม่คล่องตัวเหมือนเดิม
10. หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง มีการแข็งตัวของหลอดเลือด ประกอบกับผู้สูงอายุ มีภาวะเสี่ยงสูงในการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น ไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจทำงานหนัก ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หัวนมิดเป็นลมได้ง่าย

11. ทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นและความจุปอดจะลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย การขับเสมหะ ยาก เสี่ยงต่อการทำให้ปอดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

12. การย่อยอาหาร ภาวะอาหารผลิตน้ำย่อยลดลง ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด หรือท้องผูกได้ง่าย

13. ระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดความแปรปรวนต่อร่างกาย เช่น หงุดหงิดง่าย หนาวง่าย มีภาวะกระดูกพรุน

14. ระบบทางเดินปัสสาวะ/ ระบบสืบพันธุ์ผู้สูงอายุจะมีขนาดไตที่ลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ระบบสืบพันธุ์หย่อนสมรรถภาพ เป็นไปตามวัย

ด้านจิตใจ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุ เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึก กัดค้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุราชการ การสูญเสียบทบาท ในการเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ จะทำให้รู้สึก หงุดหงิด ซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจให้แย่ลง

ด้านสังคม

การเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการถอนบทบาทจากสังคมภายนอก ด้วยการเกษียณอายุจาก การทำงาน ขาดการพบปะกับผู้ร่วมงาน บทบาททางสังคมและการได้รับการยกย่องจากสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง รู้สึกเหงา ว้าเหว ถ้าไม่มีบทบาทใหม่มาทดแทน จะส่งผลให้เกิด ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รวมทั้งการขาดรายได้ ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายใน การดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง ทางจิตใจ อันเนื่องมาจาก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าผู้สูงอายุรายนั้น ๆ ปรับตัวปรับใจไม่ทัน จะนำไปสู่ปัญหาภาวะ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุไทยจะมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ เครียด วิตกกังวล โรควิต สมองเสื่อมซึมเศร้า และการติดสารเสพติดการส่งเสริมทักษะด้านจิตใจให้กับ ผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

วันทนา เนาว์วัน และอารมณ เอี่ยมประเสริฐ (2563) ได้กล่าวถึงผลของความเครียด ว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ความเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง เนื่องจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่ง ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดอาการทางกายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายขึ้นเมื่อเทียบกับคนปกติ

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัวใจลอยขาดสมาธิความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึมคับข้องใจวิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเองในบางรายที่ตกอยู่ในความเครียดอย่างยาวนานมากอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อความเครียดเป็นเวลานานฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นจะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อ และลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับความจำและสติปัญญาความเครียดทำให้ความจำและสติปัญญาลดลงและยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมโดยเฉพาะสารสื่อประสาทจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ

3. ด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายข้างต้นไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายเพี้ยนไปแต่ยังส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย เช่นบุคคลที่เครียดมาก ๆ บางคนเบื่ออาหารหรืออาจจะรู้สึกที่ตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลาทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติมีอาการนอนไม่หลับประสิทธิภาพในการทำงานลดลงปลีกตัวจากสังคมและเผชิญกับความเครียดบ่อยครั้งบุคคล จะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มลดลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจฆ่าตัวตายในที่สุด

สรุป ผลของความเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกด้าน ทั้ง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรมแสดงออก ด้านสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เชื่อมโยงกัน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน หากไม่ได้รับการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จะกลายเป็นภาวะด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

1. แนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ ในระดับกระทรวง

กรมสุขภาพจิต (2558) ได้กำหนดแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ ดังนี้ ความเครียดเป็นสภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ

อาการแสดงว่าผู้สูงอายุเกิดความเครียด

1. อารมณ์ตึงเครียด ยึดไม่ออก สนุกไม่ออก หัวใจเต้นแรง
2. ผิวหนังเย็นหรือแห้ง
3. มีนหัว หรือปวดท้ายทอย
4. หงุดหงิดง่าย ดูไม่มีความสุข หรือเบื่อหน่ายกับชีวิต
5. คิดเรื่องต่าง ๆ ไม่ค่อยออก
6. ไม่อยากพูดคุยกับใคร
7. ขาดความกระตือรือร้น ไม่ค่อยมีพลังหรือแรงกระตุ้นในการทำงาน
8. เวลาเหลือจนไม่รู้จะทำอะไร
9. นอนหลับยากขึ้นหรือไม่หลับเลย
10. มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร อาจทานมากหรือน้อยกว่าปกติ
11. ไม่ค่อยอยากออกไปเจอญาติ มิตร เพื่อน หรือใคร ๆ
12. ไม่ค่อยสนใจงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจทำหรือเข้าร่วม
13. รู้สึกหงุดหงิด โกรธ คนหรือสภาวารณ์รอบ ๆ ตัว

2. แนวทางการจัดการความเครียด

1. หลังจากสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุมาขอรับคำแนะนำเรื่องความเครียดวิตกกังวล นอกจากการกล่าวทักทายโดยทั่วไป แล้วอาจเพิ่มความไว้วางใจจากผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ วิธีง่าย ๆ และได้ผลดี คือ การถามสารทุกข์สุกดิบ จากนั้นให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสำรวจปัญหาความเครียด ที่เกิดขึ้นด้วยการถามคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สำรวจและบอกเล่าความคิด ความรู้สึกของตนเอง เช่น การใช้คำถาม อะไร หรือ อย่างไร เช่น “คุณป้าพอจะเล่ารายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้น ให้ดิฉันฟังได้ไหมคะ” “อาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรอีกคะ” เป็นต้น

2. ใช้ทักษะในการสื่อสาร เช่น การทวนซ้ำ หรือการสะท้อนอารมณ์ เพื่อยืนยันความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเองชัดเจน

3. สรุปลความ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจปัญหาโดยเฉพาะสาระสำคัญ

4. ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้สามารถเชื่อมโยงถึงที่มาของปัญหา เกิดความเข้าใจในปัญหา และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขอาจใช้ทักษะการตอบโต้ ดังนี้

4.1 การให้ข้อมูล เช่น “จากที่ฟังมาดูเหมือนว่าคุณป้าจะหงุดหงิด โกรธ ที่ลูกหลาน ไม่ให้ความสำคัญ ไม่ให้ความเคารพ ไม่มาเยี่ยมเยียน ไม่พอใจในการกระทำของลูกหลาน จนทำให้ คุณป้ามีอาการนอนไม่หลับ ตื่นขึ้นมากก็ปวดหัว ปวดท้ายทอย”

4.2 การหาผลจากการกระทำ เช่น “ลองนึกอีกซักครั้งซิคะว่าอะไร ที่เป็นต้นเหตุให้คุณป้าเกิดความเครียด เช่น ไม่พอใจอะไร ไม่พอใจใคร ไม่พอใจการกระทำแบบไหนของลูกหลาน”

4.3 การให้ข้อมูลย้อนกลับ ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข เช่น “จากที่คุณป้าเล่ามาทั้งหมด แสดงว่าอาการนอนไม่หลับ ตื่นขึ้นมามีหัว ปวดท้ายทอย เกิดขึ้นหลังจากรู้สึกไม่พอใจกับพฤติกรรมของคุณลุง”

4.4 การตีความสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น จากที่คุณป้าเล่ามาทั้งหมดนี้ ดูเหมือนการกระทำของลูกหลานเรื่อง ทำให้คุณป้าหงุดหงิด ไม่พอใจ เก็บเอามาคิดจนเกิดความเครียด และทำให้นอนไม่หลับ

5. การวางแผนในการแก้ปัญหา ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น ตระหนักถึงผลที่จะตามมา จากการเลือกในการแก้ปัญหาในแต่ละทาง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ อาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

5.1 การให้ความรู้ เช่น การแนะนำเรื่องที่เป็นสาเหตุของความเครียด วิธีการปฏิบัติตัว การนอนในบรรยากาศที่เหมาะสม วิธีการพูดคุยกับลูกหลาน ทัศนคติแบบสร้างสรรค์

5.2 การให้คำแนะนำ เช่น ให้ผู้สูงอายุลองนึกถึงสาเหตุ ที่เกิดขึ้นว่าปัญหา อยู่ตรงไหน จากนั้นให้ถามตัวเองว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมีส่วนในปัญหามากน้อยแค่ไหน และจะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร เช่น กรณีผู้สูงอายุไม่พอใจเรื่องลูกหลานไม่มาเยี่ยม ไม่เคารพ ไม่ดูแล

“คุณป้าคิดว่าทำไมลูกหลานถึงไม่มาหา เขาทำงานหรือเปล่า แล้วถ้าเขามา จะกระทบกับงานของเขาหรือไม่”

“เวลาเขามาเยี่ยม แล้วเคยแสดงความเป็นห่วงลูกหลานด้วยการถามถึง สารทุกข์สุกดิบของลูกหลานหรือไม่ (เพื่อแสดงถึงความเป็นผู้ให้ของผู้สูงอายุ) หรือต้องรอให้ลูกหลานถามถึงทุกข์สุขของตัวเอง (แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นแต่เพียงผู้รับ ซึ่งต้องปรับทัศนคติของผู้สูงอายุ ด้วย)”

“เวลาชวนคุย คุยถึงเรื่องลูกหลานบ้างหรือไม่ (ดูว่าผู้สูงอายุขี้บ่นหรือไม่)”

“เวลาลูกหลานมา มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส เมื่อพบหน้ากันหรือไม่”

“เคยช่วยเหลืออะไรลูกหลานบ้างไหม เช่น เลี้ยงหลาน ให้ความรู้ เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องงาน”

“เคยชมลูกหลานบ้างหรือไม่”

5.3 การแนะแนวทาง เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการปรับมุมมองให้กว้างขึ้น และให้ลูกหลาน คู่ชีวิต ได้รับรู้ปัญหาและเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การฝึกทักษะการตั้งคำถามเพื่อไม่ให้เป็นคนที่น่าเบื่อ วิธีการคลายเครียด เป็นต้น

5.4 การชักจูง เช่น “ดูเหมือนว่าการแก้ปัญหาเรื่องการกระทำของคนอื่นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก และทำให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นยิ่งตึงเครียด หรือกระตุ้นให้คุณป้ารู้สึกเครียดมากขึ้น ดูเหมือนไม่ทำอะไรดีขึ้นเลย ลองแก้ไขที่ความคิด ความรู้สึกของตนเอง จะง่ายกว่า หรือเปล่านั้น ลองปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ เอาใจใส่กับผู้อื่นให้น้อยลง แต่ให้เพิ่มความห่วงใยต่อสุขภาพ และจิตใจของตัวเองให้มากขึ้น”

5.5 การฝึกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกลมหายใจ การฝึกสติ เป็นต้น

Pender et al (2002, pp. 233-251 อ้างถึงใน มนทิรา ปรีชา, 2552) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมจัดการความเครียดของมนุษย์นั้นมี 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress situation) เป็นการจัดการกับเหตุการณ์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการกระทำอย่างจงใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความยุ่งยากใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดภายหลัง พฤติกรรมจัดการความเครียดในลักษณะนี้ ได้แก่

1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (Changing the environment) เป็นการขจัดปัจจัยภายนอก ซึ่งจะมีผลต่อความเครียดของบุคคล สภาพแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่มีความสำคัญ ถ้าหากมนุษย์อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย มีความยืดหยุ่น ความเครียดของมนุษย์ก็จะลดลง

1.2 การหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงในขณะที่ตนเองไม่พร้อม (avoiding excessive change) หมายถึง การจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้มีเหตุการณ์ที่ตนเองสามารถควบคุมได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระหว่างที่ตนเองไม่มีความพร้อม และคิดว่าไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหา หากเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การย้ายบ้านในขณะที่มีบุคคลกำลังเจ็บป่วยอยู่ การจัดการดังกล่าวจะช่วยป้องกัน และกำจัดความเครียดของบุคคลไม่ให้มากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด เนื่องจากทุก ๆ ครั้ง ที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคคลจะมีความเครียดเกิดขึ้น ยิ่งถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่ตนเองไม่มีความพร้อมก็จะเป็นการเพิ่มความเครียดให้เกิดขึ้นกับบุคคลได้

1.3 การควบคุมเวลา (time control) เป็นเทคนิคในการควบคุมการทำงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ การควบคุมเวลาช่วยป้องกันความเครียด ที่เกิดจากการทำ

อะไรในช่วงเวลาสั้น ๆ จะช่วยลดความรู้สึกเร่งรีบและการไม่มีเวลา ช่วยลดความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกไม่สมหวัง และความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต

1.4 การบริหารเวลา (time management) หมายถึง การจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองตั้งไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตให้เหมาะสมกับเวลาที่ตนเองมี เนื่องจากเหตุผลในเรื่องเวลามักจะถูกอ้างอยู่เสมอในการไม่ทำกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย การบริหารเวลาจะช่วยลดแรงกดดัน ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

2. การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด (increase resistance to stress) หมายถึง การเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความเครียดของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การเพิ่มภูมิต้านทานทางด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย (promoting exercise) และการเพิ่มภูมิต้านทานทางจิตใจ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (enhance self-esteem) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเอง (enhance self-efficacy) การแสดงออกอย่างเหมาะสม (increasing assertiveness) การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ (setting realistic goal) และการหาแหล่งสนับสนุนในการเผชิญปัญหา (building coping resource)

2.1 การออกกำลังกาย (promoting exercise) การออกกำลังกายเป็นผลดีในการจัดการความเครียด คือ การออกกำลังกายจะทำให้มีการหลั่งเอนโดฟิน (endorphins) และเอนเคฟาลิน (enkephalins) ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟิน ทำให้เกิดอาการสดชื่น (euphoria) และสารนอร์เอปิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งทำให้อารมณ์ดี ลดความตึงเครียด ช่วยทำให้ผ่อนคลาย รู้สึกสดชื่นแจ่มใส

2.2 การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (enhance self-esteem) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดูของบิดามารดา การประสบความสำเร็จในชีวิต ความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิต

2.3 การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (enhance self-efficacy) การที่บุคคลประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทำให้เพิ่มการรับรู้ที่ตนเองมีทักษะ และความสามารถซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจ อารมณ์ ความคิด และการกระทำของบุคคล ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ บุคคลก็จะใช้ทักษะในการเผชิญกับความเครียดตามสถานการณ์ต่าง ๆ และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยดี

2.4 การแสดงออกอย่างเหมาะสม (increasing assertiveness) หมายถึง การแสดงออกทั้งในด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึก และการกระทำ เช่น การแสดงความรู้สึก การแสดงความคิดเห็น และวิจารณ์สิ่งต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์

ตมิสา เพชรทอง และคณะ (2563) ได้กล่าวถึง แนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพึงปฏิบัติ และมีผลต่อความรู้สึกของตนเอง กิจกรรมที่ส่งเสริมหรือแนวทางในการจัดการความเครียด ตามมิติด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การนวด การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา การฝึกหายใจ เป็นต้น

2. มิติด้านจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลให้ความรู้สึกพึงพอใจ ต่อสิ่งที่ตนได้กระทำ โดยมีแนวทางการจัดการความเครียดโดยมิติด้านจิตใจ ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระ การร้องเพลง การฟังวิทยุ การฟังดนตรี เป็นต้น

3. มิติด้านสังคม เป็นมิติที่บุคคลจะมีปฏิกริยา ต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม หรือเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบมาจากปัจจัยด้านสังคม ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมหรือลดความเครียดในผู้สูงอายุ เป็นการทำกิจกรรมร่วมกันของบุคคลในสังคม เช่น การให้ความรู้ในการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารร่วมกัน การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนในครอบครัว การพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนเดียวกัน การทำกิจกรรมร่วมกันในสังคม การติดตามการเยี่ยมบ้าน การจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. มิติด้านจิตวิญญาณ เป็นภาวะของจิตใจที่มาจากผลของการกระทำ หรือการรับรู้จากสิ่งภายนอก จนเกิดเป็นความรู้สึก นึกคิดของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาที่สามารถลดความเครียดในมิติด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติตามหลักศาสนา หรือการมีความเชื่อในพระพุทธศาสนา และการยอมรับความจริง เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2555) ได้กล่าวถึงแนวทางจัดการความเครียด ดังนี้

1. หมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

2. เมื่อรู้ตัวว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ไขปัญหานั้นให้ได้โดยเร็ว

3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นแง่บวก

4. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย

5. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

ผการัตน์ สุภากรรณ์ (2548) ได้กล่าวถึงการจัดการความเครียดตามแนวพุทธด้วยหลักอริยสัจสี่ ดังต่อไปนี้

1. ทุกข์ คือ ตัวปัญหา เป็นสิ่งที่บุคคลไม่เอา ยังไม่ต้องปฏิบัติ บุคคลต้องรู้ให้ชัดว่าอะไรเป็นปัญหาที่จะต้องพ้นไป เปรียบเหมือนกับ “โรค” ในร่างกาย เมื่อมีโรคก็จะแก้ไขบำบัดหรือกำจัดโรค แต่พอเอาเข้าจริงก็จะกำจัดโรคไม่ได้ บุคคลนั้นต้องเรียนรู้จักโรค เหมือนหมอจะแก้ไขโรค ต้องกำหนดรู้ให้ได้ว่า เป็นที่ไหน ตรงไหน และรู้ร่างกายซึ่งเป็นที่ตั้งของโรค ด้วยตนเองเดียวกันกับความเครียด เมื่อจะจัดการความเครียดบุคคลนั้นต้องรู้จักความเครียดเป็นอย่างไร

2. สมุทัย คือ ตัวเหตุแห่งทุกข์ ต้องสืบสาวให้รู้ตามหลักความจริงที่เป็นไปตามเหตุปัจจัย ว่าทุกข์เกิดจากเหตุ และเหตุนั้นคืออะไร จะต้องกำจัดแต่ยังไม่ได้ทำอะไร พอรู้โรคว่าเป็นโรคอะไร จับได้แล้ว ต้องสืบหาสาเหตุของโรคให้ได้ เหมือนกับแพทย์ที่วินิจฉัยโรคให้ได้ สืบหาตัวสาเหตุของโรค อาจจะเป็นเชื้อโรคหรือความบกพร่องของอวัยวะ ทำนองเดียวกับความเครียด ต้องหาสาเหตุว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร เพื่อที่จะจัดการความเครียดได้ถูกต้อง

3. นิโรธ การดับทุกข์ คือ การดับความอยากอย่างสิ้นเชิง เป็นความไม่มีทุกข์ ต้องมีเป้าหมายว่าจะเอาอะไร และทำได้แค่ไหน จุดหมายอะไรที่ต้องการ กำหนดให้ได้และรู้ความเป็นไปได้ ในการแก้ไข คนที่ไม่มีความชัดเจนว่าต้องการอะไร มีความเป็นไปได้อย่างไร ก็จะทำอะไรไม่สำเร็จ ทำนองเดียวกับความเครียดต้องวางเป้าหมาย ในการจัดการความเครียดว่าเป็นไปได้อย่างไร เอาอะไรเป็นจุดหมาย การจัดการความเครียดแล้วทำให้ได้บรรลุเป้าหมายนั้น

4. มรรค ทางที่นำไปสู่ความดับทุกข์ คือ ปฏิบัติ ลงมือทำ ทำให้เกิด ทำให้มีขึ้น พอวางเป้าหมายเสร็จก็มาถึงขั้นลงมือปฏิบัติ เพื่อจัดการความเครียดนั้น

สรุป คือ พระพุทธศาสนาสอนเรื่องทุกข์ไว้สำหรับปัญญา รู้ แต่สอนเรื่องสุขสำหรับให้มีชีวิตเป็นจริงอย่างนั้น พระพุทธศาสนาสอนให้รู้เท่าทันความทุกข์ และให้อยู่อย่างมีความสุข กล่าวคือ สอนให้เห็นทุกข์ แต่ให้เป็นสุข ความทุกข์มีไว้สำหรับเห็น แต่ให้ชีวิตให้เป็นสุข

จุฬามาศ เหลืองธานี, สีน งามประโคน และพระมหาสมบัติ ธนปัญญา (2561) ได้กล่าวถึงแนวทางการลดความเครียดโดยใช้หลักพระพุทธศาสนา ดังนี้

ควรใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ได้แก่

1. การใช้หลักไตรสิกขาที่ถือเป็นหลักธรรมสำหรับการฝึกฝนเพื่อพัฒนาตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทางกาย เพื่อให้ความประพฤติถูกต้องดีงาม ทางจิตใจ เพื่อให้มีจิตใจที่สงบมั่นคง และทางปัญญา เพื่อให้มีปัญญาที่รู้แจ้ง

2. การใช้หลักไตรลักษณ์ คือ ความเป็นอนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา รู้ว่าอะไรเป็นอะไร รู้ว่าสิ่งทั้งปวงไม่เที่ยง

3. การใช้หลักโยนิโสมนสิการ คือ แนวทางการที่มุ่งสกัด ขัดเกลากิเลส หรือบรรเทา ตัณหา ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจตามความเป็นจริง

4. การเจริญสติภาวนา มีการฝึกทำสมาธิ และทำสิ่งใดจะต้องมีสติรู้อยู่เสมอ

5. การใช้หลักอริยสัจ 4 ซึ่งเป็นคำสอนที่ครอบคลุมหลักการทั้งหมดในพระพุทธศาสนา ได้แก่ ทุกข์ คือ สภาพปัญหา ความคับข้องติดขัด กตตัน สมุทัย คือ เหตุแห่งทุกข์ หรือสาเหตุของปัญหา นิโรธ คือ ความดับทุกข์ ความพ้นทุกข์ ภาวะไร้ทุกข์ ภาวะพ้นปัญหา หมดยุติหรือปราศจากปัญหา มรรค คือ ทางดับทุกข์ ข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์ หรือวิธีแก้ปัญหา

6. การทำบุญตักบาตร 1) เข้าวัดฟังธรรม เพื่อให้เกิดความสงบในจิตใจ 2) เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย ชัดแย้งกัน จะมีการพูดคุยปรึกษาหารือกันอย่างกัลยาณมิตร 3) เมื่อสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงเราต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสภาพแวดล้อม ไม่ยึดติดในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 4) มีการจัดสภาพแวดล้อมทั้งที่พักอาศัยและที่ทำงานให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างความผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด

ชลวิทย์ เจียรจิตต์ (2560) ได้สรุปกระบวนการนำหลักธรรมไปใช้จัดการความเครียดดังต่อไปนี้

1. ไตรลักษณ์ กับการเข้าใจสภาวะแห่งความเป็นมนุษย์ กล่าวคือ การที่หลักไตรลักษณ์เน้นให้เห็นถึงไม่เที่ยง มีความไม่คงทนและสามารถแตกสลายได้ รวมทั้งยังพยายามมุ่งเสนอว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่มีความหมายแห่งความเป็นตัวตน ไม่มีลักษณะอันใดทำให้ยึดถือเป็นตัวเรา จึงสามารถนำมาประยุกต์ให้เห็นได้ว่าชีวิตเมื่อเกิดมาแล้ว จำเป็นต้องเผชิญกับสถานการณ์แห่งทุกข์ทางกายหรือทุกข์ทางใจทั้งสิ้น เมื่อพิจารณาหลักไตรลักษณ์ประกอบก็ทำความเข้าใจปัญหาความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ธรรมดาแห่งชีวิต จะสามารถช่วยให้ได้สติและระลึกถึงการลดความเป็นตัวตนจนสามารถเข้าใจปัญหาและหนทางแห่งการปล่อยวางเพื่อไปสู่ความสุขได้

2. หลักโยนิโสมนสิการ กับการไตร่ตรองเพื่อให้เข้าใจและพ้นสภาวะความเครียด กล่าวคือ การที่หลักโยนิโสมนสิการ มุ่งเน้นให้พระสงฆ์หรือคนในสังคม สามารถตระหนักคิดไตร่ตรองถึงสถานการณ์ปัญหาความเครียด หรือวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างสุขุมรอบคอบ จะสามารถทำให้ตัดสินใจแก้ไขปัญหามีกระบวนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะสามารถลดปัญหาที่จะตามมาจากการดำเนินชีวิตที่ผิดพลาดได้ ถ้าหากสามารถใคร่ครวญหรือสร้างการเรียนรู้ได้อย่างรอบด้าน เมื่อจะประสบปัญหาหรือจำเป็นจะต้องลงมือดำเนินการแก้ไขปัญหาใดๆ ก็ตาม จะสามารถลดความเครียดจากการต้องดำเนินการ ดังนั้น หลักโยนิโสมนสิการ จึงถือเป็นกระบวนการคิดเพื่อไตร่ตรองอย่างรอบด้านและลดปัญหาความเครียดให้น้อยลงไปได้

3. อริยสัจ 4 กับรู้จักความเครียดเพื่อเข้าใจ รู้เห็นและแก้ไข กล่าวคือ การที่หลักอริยสัจ 4 เน้นให้เห็นถึงวิธีการแห่งปัญญาในการแก้ไขปัญหาคือต้องเผชิญในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาตามระบบแห่งเหตุผลเป็นระเบียบวิธีแบบอย่างในการแก้ปัญหาที่มีคุณค่าและสมเหตุผล และดำเนินในแนวเดียวกัน สำหรับการใช้อริยสัจในการแก้ปัญหาความเครียด จึงมุ่งเน้นไปที่เข้าใจสาเหตุหรือต้นตอของปัญหาความเครียด จนกระทั่งสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาลงได้ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ปัญหาความเครียดเกิดจากปัญหาด้านสุขภาพและการบริหารจัดการองค์กรที่มีภาระหน้าที่และการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง อีกทั้งในบางกรณีไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด จึงส่งผลให้เกิดปัญหาความเครียดตามมา ดังนั้นแนวทาง

การใช้หลักอริยสัจ 4 จะช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหาได้อย่างเป็นระบบและเข้าใจถึงต้นตอของปัญหา มากยิ่งขึ้น

4. การเจริญสติ หมายถึง การมีสติระลึกรู้ตัวพร้อม กำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลาย รู้เห็นตามความเป็นจริง การมีสติกำกับดูสิ่งต่าง ๆ และความเป็นไปทั้งหลาย โดยรู้เท่าทันสภาวะใจ ไม่ถูกครอบงำด้วยความยินดียินร้ายใด ๆ ซึ่งหากมองในมิติของการนำมาประยุกต์เพื่อจัดการความเครียดแล้ว จะเห็นได้ว่าการใช้หลักเจริญสติ ก็เพื่อให้เห็นถึงกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนาที่สำคัญ ในการที่จะใช้เพื่อเจริญสติและพัฒนาความมั่นคงทางสมาธิให้กับผู้ปฏิบัติ เราจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันเกิดกลุ่มการเรียนรู้วิปัสสนาสมาธิมากขึ้น ทั้งนี้เพราะการเจริญสติและเรียนรู้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาควบคู่กันไป มีส่วนช่วยยกระดับกระบวนการคิดให้กับผู้เรียนรู้ สามารถปล่อยวางปัญหาได้มาก

Bar-On (2006 อ้างถึงใน อนุชา ฤทธิชัย, 2563) ได้กล่าวถึง การจัดการความเครียดไว้ดังนี้

1. การอดทนกับความเครียด (stress tolerance) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหา และยืนหยัดที่จะต่อสู้เพื่อจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีสติผู้ที่มีความสามารถในการอดทนกับความเครียด จะสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ดีเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ร้าย ๆ หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด มีวิธีในการจัดการกับ ความยุ่งยากอย่างมีประสิทธิภาพ มีการตอบสนองและ การควบคุมความเครียดอย่างเหมาะสม มีการผ่อนคลาย ตั้งสติและเผชิญหน้ากับความยากลำบากได้อย่างสงบ ปราศจากความรุนแรง สามารถระงับอารมณ์และ การแสดงออกของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถอดทน ต่อสิ่งยั่วยุดต่าง ๆ ได้มีอารมณ์ที่ดีและไม่โกรธง่าย

2. การควบคุมแรงกระตุ้น (impulse control) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก หรือสิ่งยั่วยุดต่าง ๆ ตลอดทั้งความต้องการของตนเอง ผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมแรงกระตุ้น จะสามารถอดทน และชะลอแรงกระตุ้น แรงขับ หรือสิ่งล่อใจที่จะให้กระทำ ได้ สามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว คัดค้านการกระทำที่ไร้ความรับผิดชอบ รวมถึงมีความอดทนต่อความคับข้องใจ หรือความโกรธโดยไม่แสดงพฤติกรรมอย่างหุนหันพลันแล่น

การควบคุมแรงกระตุ้นหมายรวมไปถึงการจัดการ ระหว่างแรงจูงใจ 2 ประเภท ได้แก่ แรงกระตุ้นตามธรรมชาติ และความต้องการทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ แรงกระตุ้นโดย ธรรมชาติเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่กระทำเพื่อตนเอง ในลักษณะค่อนข้างเห็นแก่ตัว ในขณะที่ความต้องการทางวัฒนธรรมเป็นระบบที่เกิดจากกฎและบรรทัดฐานของกลุ่ม หรือสังคม การควบคุมแรงกระตุ้นจึงเป็นสิ่งที่คอยยับยั้ง การกระตุ้นโดยธรรมชาติและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม ที่สอดคล้องกับสังคม เพื่อให้ตนเป็นที่ยอมรับ

วันทนา เนาว์วัน และอารมณฺ์ เอี่ยมประเสริฐ (2563) ได้กล่าวถึงวิธีการลดความเครียด ดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ แขนสองข้าง หน้าผาก ตา แก้ม และจมูก ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น คอ ออก หลัง และไหล่ หน้าท้อง ก้น และขาสองข้าง วิธีการฝึกมี ดังนี้ นั่งในท่าสบาย เกร็งกล้ามเนื้อทีละกลุ่ม ค้างไว้ 10 วินาที แล้วผ่อนคลายออก จากนั้นเกร็งใหม่ สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆทำไปจนครบ 10 กลุ่ม เริ่มจากการกำมือและเกร็งแขนสองข้าง แล้วปล่อย บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกคิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขิดแล้วคลายตา แก้มและจมูก ใช้วิธีใช้วิธีหลับตาบีบ ย่นจมูกแล้วคลาย ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เม้มปากแน่น และใช้ลิ้นดัน เพดาน โดยหุบปากไว้แล้วคลาย คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ ออก หลังและไหล่ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย หน้าท้องและก้นใช้วิธีการเขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระจกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาสองข้าง แล้วปล่อย การฝึกเช่นนี้ จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อ และรู้สึกสบายผ่อนคลาย ร่างกาย เมื่อคลายกล้ามเนื้อออกไปสักระยะ

2. การฝึกการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้อง แทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก

เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง กลั้นไว้ชั่วคราวแล้วจึงหายใจออก ลองฝึกเป็นประจำทุกวัน จนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่นและกระตือรือร้น พร้อมสำหรับการทำภารกิจในแต่ละวัน

3. การทำสมาธิ เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงาน ที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้าย นั่งตัวตรง หรือนั่งพับเพียบ แล้วแต่ความถนัด กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับไปเรื่อย ๆ จนถึง 5 เริ่มนับใหม่จาก 1-6 แล้วหยุด กลับมานับใหม่จาก 1-7 แล้วหยุด กลับมานับใหม่จาก 1-8 แล้วหยุด กลับมานับใหม่จาก 1-9 แล้วหยุด กลับมานับใหม่จาก 1-10 แล้วหยุด ย้อนกลับมาเริ่ม 1-5 ใหม่ วนไปเรื่อย ๆ เพื่อให้จิตใจจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น มีสติและไม่ประมาท เป็นคนมีเหตุผล

4. การใช้เทคนิคความเงียบ การจะลดความวุ่นวายของจิตใจที่ได้ผล ต้องอาศัยเวลาและความเงียบช่วย โดยมีวิธีการดังนี้ เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว และควรบอกคนใกล้ตัวว่าอย่าเพิ่งรบกวน สัก 15 นาที เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน

ก่อนเข้านอน ฯลฯ นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกนั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ อย่าไขว่ห้างหรือกอดอก หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก หายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ ทำให้ใจให้เป็นสมาธิ โดยท่องคาถาบทสั้น ๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ หรือสวดมนต์ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3-5 จบ เป็นต้น ฝึกครั้งละ 10-15 นาที ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง

การปรับตัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ควรหาผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ อาจเป็นเพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิด ผู้ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหาสักระยะหนึ่ง พยายามไม่คาดหวังในสิ่งต่าง ๆ มากจนเกินไป หลีกเลี่ยงการเกิดอารมณ์รุนแรง ออกกำลังกายทุกวัน สนใจศึกษาคำสอนของศาสนา เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ปรับปรุงเรื่องมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียด

1. ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

ความเครียดตามแนวคิดและความหมาย หมายถึง ความเครียดที่เป็นอุปสรรคที่รบกวนจิตใจและร่างกายซึ่งเกิดขึ้นโดยมีสิ่งมากระตุ้นบีบบังคับกดดันจนบุคคลนั้นกระทำการฝืนระดับความสามารถปกติผลของความเครียดเป็นอันตรายต่อตนเองครอบครัวและสังคมเกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกเพศเมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ บุคคลจะต้องมีการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาและรักษาสมดุลเพื่อความอยู่รอด (มรรยาท รุจิวิษณุ, 2556)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน อารยา จันทูย, 2560) กล่าวถึงความเครียดในด้านความสัมพันธ์ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Transaction) ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนี้

ความเครียดเป็นการประเมินเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังดังนั้นบุคคลจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้นโดยผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกคิด (Cognitive-appraisal) ซึ่งแบ่งเป็น Primary และ Secondary appraisal เป็นการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่มีผลต่อ สวัสดิภาพของตนเอง (Irrelevant) หรือมีผลที่ดีกับตนเอง (Benign positive) ดังนั้นตนไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือประเมินว่าเป็นความเครียด (Stressful) ทำให้บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะคือ

1. เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm & Loss)
2. รับรู้ว่าคุณคาม (Threat) ต่อชีวิต และสวัสดิภาพของตนเอง ปัจจุบันและอนาคต

3. เป็นอันตรายแต่ท้าทาย (Challenge) มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจเป็นประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

ส่วนใน Secondary appraisal เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ รวมทั้งประเมินทั้ง Primary และ Secondary ไปพร้อม ๆ กันการที่บุคคลจะตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด หรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ปัจจัยเฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียถ้าเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้ว่ามีผลอย่างไรในอนาคต บุคคลก็จะประเมินว่า เป็นภาวะคุกคาม หรือเหตุการณ์นั้นไม่มีความแน่นอนบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดส่วนปัจจัยด้านบุคคลขึ้นอยู่กับข้อผูกพัน (Commitment) ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้นมีมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดส่วนปัจจัยด้านบุคคลขึ้นอยู่กับข้อผูกพัน (Commitment) ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้นมีมากน้อยเพียงใดถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะความเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ถ้าคิดว่าสามารถควบคุมได้ความเครียดนั้นอาจจะแสดงออกมาในลักษณะท้าทายเมื่อใดที่มีข้อมูลใหม่บุคคลอาจเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) ต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

สรุปได้ว่า ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส หมายถึง ภาวะของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อการว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเองหรือไม่

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, 2559) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ารู้สึกถูกคุกคามหรือรู้สึกไม่ปลอดภัยเกินกว่าที่ตนเองจะรับมือได้

การปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบสิ่งมีชีวิตที่มีต่อสิ่งเร้าทำให้ระบบชีวิตนั้น ๆ ต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาชีวิตไว้ ซึ่งภาวะดุลยภาพมีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ คือ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การปรับตัวจึงเป็นกลไกการรักษาดุลยภาพแต่ละองค์ประกอบเพื่อดำรงไว้ซึ่งดุลยภาพโดยรวมไว้

การปรับตัวทางกายภาพ เป็นการปรับเพื่อรักษาดุลยภาพของร่างกาย ขณะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงตามวัย การเปลี่ยนแปลงกับสิ่งแวดล้อมโดยการปรับตัวทางร่างกายจะต้องอาศัยกระบวนการทางชีวเคมีในการกิน ย่อย ดูดซึม และใช้สารในการขับถ่ายของเสีย รวมถึงการต่อสู้และป้องกันภายใน หากมีการบกพร่องในการปรับตัวนี้ จะส่งผลให้พยาธิสภาพร่างกายต้องปรับตัวเพิ่มมากขึ้นอัตโนมัติ

การปรับตัวทางด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานเคมีของระบบประสาทและ กลไกทางบุคลิกภาพ เพื่อหาความสมดุลระหว่างแรงผลักดันของความต้องการกับสถานการณ์ที่เป็นจริงของสิ่งแวดล้อมดำเนินไปทั้งรู้ตัวและไม่รู้ตัว และควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติต่อมไร้ท่อ และกระบวนการเรียนรู้

การปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นการปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาคุณภาพของความขัดแย้งกับความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นองค์ประกอบของตนเองกับความต้องการของสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สภาพการทำงานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์

ความล้มเหลวในการปรับตัวถ้าเกิดขึ้นด้านใดด้านหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน หรือต่อตัวบุคคล ทำให้สมดุลทางกาย หรือเกิดพยาธิสภาพทางกาย ก่อให้เกิดปัญหาจึงต้องมีการปรับตัวทางจิตและสังคมเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อคุณภาพทางจิตและสังคมได้จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบทางกาย

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน กฤติน ชลิตาภรณ์, 2557) กล่าวถึงผลลัพธ์ของการปรับตัวว่า ผลของการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการเผชิญความเครียด ที่เป็นผลระยะสั้นหรือระยะยาว ไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผลด้านสังคม (Social Functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อความเครียดที่บุคคลตอบสนองต่อบทบาทและหน้าที่ของตนในสังคมการที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่พึงพอใจเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ประจำวันต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลด้านจิตใจ (Morale) เป็นผลการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความหวาดกลัว เป็นต้น

3. ผลด้านสุขภาพร่างกาย (Somatic Illness) เป็นผลของความสามารถในการตอบสนองความต้องการของสุขภาพร่างกาย

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน สมสุข นิธิอุทัย, 2560) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลประเมินเหตุการณ์แล้วรู้สึกว่าจะตนเองถูกคุกคามเกินขีดความสามารถที่จะรับมือได้

มีกระบวนการเผชิญปัญหาแสดงไว้เป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การมีสิ่งเข้ามาคุกคาม หรือมีสิ่งมากระตุ้นเมื่อใดก็ตามที่มีสิ่งคุกคาม หรือกระตุ้นทำให้รู้สึกว่าไม่พึงพอใจและไม่เป็นไปตามเป้าหมายมนุษย์จะใช้ความพยายาม หรือความสามารถในการเอาชนะต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามนั้นเพื่อควบคุมจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลซึ่งสิ่งที่มาคุกคาม

หรือกระตุ้นนั้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่าในตนเอง การสูญเสียสิ่งที่รัก ภัยอันตรายที่เข้ามาประชิดตัว ความรู้สึกไม่แน่ใจ

2. การประเมินสิ่งกระตุ้นการประเมินสิ่งที่เข้ามาคุกคาม หรือกระตุ้นถือว่าเป็นกระบวนการของการใช้ความรู้และสติปัญญา (Cognitive process) โดยเหตุการณ์นั้นจะได้รับการประเมินว่า มีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดความสูญเสียเรียกการประเมินลักษณะนี้ว่าการประเมินระดับต้นหรือปฐมภูมิและมีการประเมินในระดับทุติยภูมิเพื่อตัดสินว่าจะใช้แหล่งหรือกลวิธีใดในการเผชิญปัญหาโดยจำแนกการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียดเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ บุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่าเหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกหรือทางลบ ต่อตนเอง (being positive) หรือไม่มีผลต่อตนเอง (irrelevant) ผลจากการประเมินดังกล่าวจะแสดงออกในเชิงบวก หรือเชิงลบต่อตนเองหรือการประเมินที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressful appraisal) ผลการประเมินดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดผลทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งลักษณะนี้สามารถประเมินได้ 3 ทาง คือ

2.1.1 การไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือ การที่บุคคลรู้สึกเฉย ๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่ก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียใด ๆ ต่อตนเอง

2.1.2 เกิดผลทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (being positive) คือ ผลของเหตุการณ์ส่งเสริมให้เกิดความสุขหรือบุคคลได้รับผลประโยชน์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นบวกต่อตนเอง

2.1.3 เกิดความเครียด (stress) ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดภาวะไม่สมดุลทางจิตใจเกิดเป็นความเครียดซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

1) การเกิดอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) คือการที่บุคคลสูญเสียความสามารถที่อาจเกิดมาจากความเจ็บป่วยหรือเกิดจากอุบัติเหตุรวมไปถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลอันเป็นที่รักเกิดการเจ็บป่วย

2) การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสียขึ้นหรือถ้าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น จะก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจ

3) การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจแสดงออกโดย การกระตือรือร้น การตื่นตัว การยินดี เป็นต้น

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินที่แตกต่างจากแบบแรก เพราะต้องอาศัยการวิเคราะห์พิจารณามากขึ้นมีความซับซ้อนมากกว่า เพื่อหาทางแก้ไขจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม กล่าวคือเป็นพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา

2.3 การประเมินซ้ำเป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินที่เคยกระทำมาก่อนตามข้อมูลที่ได้รับใหม่จากสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือขัดแย้งกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่การประเมินซ้ำเป็น

กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) อาจปรับเปลี่ยนได้หรือเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานของกลไกป้องกันตนเอง (defense mechanism)

3. ความรู้สึกคาดการณ์หรือทำนายเมื่อได้รับการประเมินแล้วว่าเป็นสิ่งคุกคามบุคคลจะคาดการณ์หรือทำนายถึงอันตรายที่จะได้รับทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายอารมณ์และพฤติกรรมและนำไปสู่การปรับตัวหรือออกมาในรูปของการต่อสู้หรือหนีออกจากสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้น

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้นจะออกมาในรูปของพฤติกรรมซึ่งพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคลและเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นหรือมีการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีสิ่งมากระทบจิตใจก็มีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดอารมณ์และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเรียกว่าพฤติกรรมการเผชิญภาวะปัญหาหรืออาจหมายถึงกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเป็นกลไกการแสดงออกเพื่อปกป้องตนเองจากการเผชิญกับภาวะปัญหานั้น

2. โครงสร้างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ลาเซรัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน สุกฤตา ศรีทองสุข, 2549) แบ่งโครงสร้างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้ 2 แบบ ดังนี้

1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหาเพื่อหาทางเลือกพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือกตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือแก้ไขปัญหามาโดยการมุ่งไปที่ปัญหานั้น มุ่งเป้าหมายไปที่สิ่งแวดล้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคามลงประเมินสิ่งกีดขวางและวิธีการดำเนินการและมีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา เช่น การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาทรัพยากร การพยายามหาวิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ เพื่อการพัฒนาวิธีการในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ในการแก้ปัญหา (Emotional-focused coping) เป็นการเผชิญปัญหาที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริงโดยการนำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตเกิดขึ้นในระดับที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่เช่นการค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่หรืออาจใช้กลไกทางจิตคือ การตีความหมายเปลี่ยนความหมายใหม่จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการให้ความหมายใหม่เชิงบวก

2.2 การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์เช่นการเลือกที่จะไม่ให้ความสนใจ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ย้ายจุดสนใจไปเป็นสิ่งอื่นที่ไม่ใช่สถานการณ์ที่เกิดตรงหน้า

2.3 กลยุทธ์ทางพฤติกรรมเช่นการพาตัวเองออกไปเจอสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ การมีกิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกายการฝึกสภาวะจิตการมองหาที่ปรึกษาการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินสถานการณ์ความเครียด ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน อนุพงศ์ จันทร์จุฬา และชัยพฤตินันท์ ชำนาญ, 2559) ได้แบ่งการประเมินสถานการณ์ความเครียดไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ภาวะสูญเสียหรืออันตราย คือ การที่บุคคลเกิดการสูญเสียความสามารถอันเกิดจากความเจ็บป่วย หรือหมายรวมถึงการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ
2. ภาวะคุกคาม เป็นการคาดการณ์ว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสียขึ้น หรือถ้าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากตามมา หรือถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต
3. ภาวะท้าทาย คือ เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตื่นตัว กระตือรือร้นในการเผชิญกับปัญหานั้น ๆ

ลาซารัสและโพล์คแมน ((Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน นิอาวีระห์ เลาะนะ, 2559) กล่าวว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจำเป็นต้องหาแนวทางในการจัดการความเครียด บุคคลจะเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น แตกต่างกัน จำแนกแหล่งช่วยเหลือในการจัดการความเครียด ซึ่งทำให้แต่ละบุคคลจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนี้

1. สุขภาพและพลังงาน (health and energy) บุคคลที่มีความเจ็บป่วยจะมีกำลังใจในการจัดการความเครียด ได้น้อยกว่าคนที่มีความแข็งแรง
2. ความเชื่อในทางบวก (positive beliefs) ความเชื่อเป็นพื้นฐานของความคาดหวังและความพยายามของบุคคลในการจัดการความเครียด ความเชื่ออำนาจภายในใจตนจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน แต่ไม่ใช่ว่าความเชื่อทุกอย่างจะช่วยให้การจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโชคชะตา ส่วนความหวังจะส่งเสริมความสามารถในการจัดการความเครียด
3. ทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) ประกอบไปด้วยความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุถึงปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไข ปัญหา การเลือกแนวทางและการวางแผนเพื่อจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ทักษะทางสังคม (social skills) ทักษะทางสังคมเป็นแหล่งในการจัดการความเครียดที่สำคัญของบุคคล ทักษะทางสังคมเป็นความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี

ต่อบุคคลในสังคม เพื่อขอความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การที่บุคคลได้รับกำลังใจ ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นการเพิ่มแหล่งช่วยเหลือในการจัดการ

6. แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (material resource) แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ ได้แก่ เงินและสิ่งของ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น

แหล่งช่วยเหลือในการจัดการความเครียด ถือเป็นระบบสนับสนุนที่ช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างดี แต่ละบุคคลย่อมได้รับการสนับสนุนจากแหล่งช่วยเหลือที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้น ๆ และขนาดของปัญหาความเครียดที่บุคคลกำลังเผชิญ

แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม

Cohen & Uphoff (1980) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ การกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงปฏิบัติ ตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนองค์ประกอบในการดำเนินงานตามโครงการนั้นจะได้มาจากคำถามที่ว่า ใครจะทำประโยชน์ให้กับโครงการได้บ้าง และจะทำโดยวิธีใด และจะทำประโยชน์โดยวิธีใด เช่น การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่ม ผลประโยชน์ของโครงการ รวมทั้งผลประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดในทางลบ ซึ่งเป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลในสังคม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) สิ่งสำคัญที่ต้องสังเกต คือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในกลุ่มได้

แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าประชาชนไม่มีบทบาทในการระบุปัญหา และความต้องการของเขาแล้ว โครงการต่างๆ ที่วางออกมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะโครงการที่วางออกมาไม่ได้ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน และประชาชนจะมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมจะไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการระบุปัญหา

วิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง โครงการที่วางไว้ก็จะบรรลุโดยง่าย เพราะประชาชนจะรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการ หรือแก้ปัญหาให้พวกเขาเอง

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เมื่อประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมเข้ามา มีบทบาทในการระบุปัญหาแล้ว ขั้นต่อไป คือ การร่วมกันวางแผนโครงการดำเนินกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของพวกเขาด้วยตัวของเขาเอง แต่อย่างไรก็ตามนักพัฒนา หรือ ผู้มีความรู้ในการวางแผนควรมีส่วนเข้าไปในการวางแผนด้วย เพื่อคอยให้คำแนะนำประชาชนในการวางแผนกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา แต่มีไว้ว่านักพัฒนาเหล่านี้จะไปเป็นผู้วางแผน กำหนด แนวทางแก้ปัญหาเสียเอง เพราะผลเสียที่จะติดตามมากก็คือประชาชนจะไม่สามารถดำเนินการช่วยเหลือตนเองได้ในโอกาสต่อ ๆ ไป การที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแรงร่วมใจ ในการตัดสินใจหา แนวทางแก้ไขปัญหาและแนวทางดำเนินกิจกรรมนี้ จะมีผลทำให้พวกเขาเหล่านี้ มีความรู้สึกเป็น เจ้าของ (Sense of Belonging) กิจกรรมนั้นและจะนำมาซึ่งความร่วมมือร่วมใจกัน ดำเนินกิจกรรมที่ วางไว้

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน ดังที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อประชาชนมีความรู้สึก เป็นเจ้าของกิจกรรมแล้ว ผลที่ตามมาก็คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่วางไว้ นอกจากนั้น แล้วนักพัฒนาควรกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนในรูปแบบของทรัพยากรธรรมชาติที่ ประชาชนในชุมชนที่อยู่ตามกำลังความสามารถของประชาชน แทนที่จะใช้ทรัพยากรหรือปัจจัย ภายนอกของชุมชนเสียทั้งหมด การดำเนินกิจกรรมร่วมกันนั้นจะเป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนรู้จัก การทำงานร่วมกันมากยิ่งขึ้น

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นนี้จะทำให้ ประชาชนได้มีการประเมินว่า ผลงานที่ตัวเองดำเนินไปนั้น ได้รับผลดีหรือได้รับผลประโยชน์ มากน้อย เพียงไร และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ได้รับจากการดำเนินงานนั้น การที่ประชาชนมีส่วนร่วมใน การ ประเมินผลนี้ จะทำให้ประชาชนรู้แจ้งเห็นจริงว่ากิจกรรมที่พวกเขาทำไปนั้นดีหรือไม่ดีอย่างไร ซึ่งพวกเขาจะนำไปใช้วางแผนแนวทางแก้ไขในโอกาสต่อ ๆ ไปได้

สำหรับแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนิน กิจกรรมนั้น มักจะประสบปัญหาในเรื่องระดับการมีส่วนร่วมในการวางแผนของประชาชนที่มี สาเหตุ มาจากตัวประชาชนเองที่ขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการวางแผน จึงมอบความรับผิดชอบในการ วางแผนให้นักพัฒนาเป็นผู้ดำเนินงานในขั้นตอนนี้ อย่างไรก็ตามในแนวคิดและทฤษฎีการมี ส่วนร่วม ของประชาชนนั้น ให้ความสำคัญกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม ของ ประชาชนมาก เนื่องจากจะมีผลให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมนั้นและจะนำมา ซึ่ง ความร่วมมือร่วมใจในที่สุด (สุจินตรา สะพุ่ม, 2559)

2. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

จากรากศัพท์คำว่า “Empowerment” หมายถึง ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้เพื่อ อธิบายพฤติกรรมมนุษย์ในความสามารถที่จะเข้าถึง ทรัพยากรและสามารถที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ (ธารทิพย์ พจน์สุภาพ, รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์, ปราณี คงชนสมุทร และ อาจารย์ ประจวบเหมาะ, 2563)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน และ กว้างขวางทั้งทางด้านจิตวิทยา สังคม การเมือง วัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในด้านการบริหารและพัฒนาองค์กรได้เป็นอย่างดี ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) นั้น ได้รับการส่งเสริมและให้ความสำคัญมาแล้วในการศึกษาวิจัยใน ต่างประเทศ และมีผู้ให้คำนิยาม ความหมายของคำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) กันไว้อย่างมากมาย ซึ่งตามพจนานุกรมภาษาอังกฤษ Longman Dictionary of Contemporary English (1987) ได้ให้ ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (Empowerment) ว่า “to give (someone) the power or legal right to do something” หมายถึง การมอบหมายหรือให้อำนาจหรือสิทธิให้แก่บุคคล ใดบุคคลหนึ่งในการทำบางสิ่ง (ภักธรวรรณ ปิ่นแก้ว, 2558)

คุณลักษณะที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. ระดับบุคคล

1.1 ความตระหนักในคุณค่าแห่งตน มีความเข้าใจและมั่นใจในตนเอง เห็นคุณค่าของ ตนเอง มีความมุ่งมั่น

1.2 ความยึดมั่นผูกพันองค์กร สามารถปฏิบัติงานตามกฎ กติกาของสังคมโดยไม่รู้สึกลำบากใจ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ร่วมงานทุกระดับ ได้โดยง่าย มีความรักและห่วงใยหน่วยงานที่ตนเอง ดูแลอยู่

1.3 สามารถแก้ปัญหา จัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่เอา ความคิดของตนเป็นหลัก และสามารถจัดลำดับของการทำงานได้

2. ระดับทีมงาน

ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายของงาน เปิดโอกาสให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ในแต่ละสายงานมีโอกาสร่วมกันกำหนด เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

3. ระดับองค์กร

มีการฝึกคนเพื่อปฏิบัติงานใหม่ ปฏิบัติอย่างอิสระ โดยเฉพาะบุคลากรใหม่จะได้เรียนรู้ และมีความสามารถทำงานได้อย่างมั่นใจ มีอิสระในการตัดสินใจ มีการติดต่อสื่อสารที่เปิดกว้าง ให้ความสำคัญกับระบบการสื่อสาร มีช่องทางการสื่อสารที่มากกว่า 1 ช่องทาง

การเสริมสร้างพลังอำนาจมี 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบ (Clearly define responsibilities) ของผู้ปฏิบัติงานและร่วมกันกำหนดเป้าหมายและภารกิจขององค์กร
2. มอบหมายอำนาจหน้าที่ (Delegate authority) ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามขอบเขตของงานที่ได้รับมอบหมาย
3. กำหนดมาตรฐานการทำงาน (Set standard of excellence) องค์กรต้องให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานไปถึงมาตรฐานที่ตั้งไว้
4. มีการฝึกอบรมและการพัฒนา (Training and development) ให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานได้ พัฒนาตนเองและการทำงานตามความสนใจและความสามารถ
5. ให้ความรู้และสารสนเทศ (Provide knowledge and information) เกี่ยวกับองค์กรที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการทำงานอย่างถูกต้องชัดเจน
6. ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Give feedback) เกี่ยวกับการทำงาน
7. ให้การยกย่องยอมรับ (Recognition) ในผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการทำงาน
8. ให้ความไว้วางใจ (Trust) ในการทำงาน โดยให้อิสระในการตัดสินใจ
9. ยอมรับข้อผิดพลาด (Permission to fail) ผู้บริหารพร้อมที่จะยอมรับความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น โดยร่วมรับผิดชอบกับผู้ปฏิบัติงาน
10. ให้เกียรติและเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน (Respect)

ขั้นตอน 10 ขั้นตอน ดังกล่าว สามารถอธิบาย ได้ดังนี้

1. การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (Power through responsibility) หมายถึง การให้คำจำกัดความของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ความแตกต่างระหว่างบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบแต่ละงาน และส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของบุคลากร ทำให้บุคลากรรู้สึกภาคภูมิใจ และเป็นเจ้าของในบทบาทความรับผิดชอบที่พวกเขาได้รับรวมทั้งเข้าใจความรับผิดชอบผู้อื่น
2. การมอบอำนาจหน้าที่ (Power through authority) หมายถึง มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่ให้ทัดเทียมกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยพิจารณาความสามารถของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงอำนาจหน้าที่และขอบเขตอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจน รวมทั้งช่วยให้บุคคลก้าวหน้าในอำนาจหน้าที่และสร้างความภาคภูมิใจว่าอำนาจหน้าที่เป็นรางวัลสำหรับผลงานในอดีต
3. การกำหนดมาตรฐานและความเป็นเลิศ (Power through standard of excellence) หมายถึง ต้องยึดถือและมุ่งมั่นในมาตรฐาน การกำหนดมาตรฐานของงานในเชิงปริมาณ คุณภาพ งบประมาณ และการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรรับรู้ถึงผลสำเร็จแห่งความเป็นเลิศ ยึดมั่นในความเป็นเลิศ

4. การฝึกอบรมและการพัฒนา (Power through and development) หมายถึง การฝึกอบรมและการพัฒนาตามความต้องการของบุคลากร เป็นการทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะและมีความเชื่อมั่นในมาตรฐานความเป็นเลิศ สร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยไม่มีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

5. การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Power through knowledge and information) หมายถึง การให้บุคลากรได้รับรู้เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแผนงาน ข้อมูลข่าวสาร และพยายามคาดการณ์ว่าข้อมูลใดเป็นความต้องการของบุคลากร สื่อสารเฉพาะข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และใช้วิธีการที่เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนให้บุคลากรได้มีโอกาสแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากภายนอก

6. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Power through feedback) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อเสริมสร้างผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น แสดงให้บุคลากรได้เห็นว่าเขาต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง จูงใจให้บุคลากรได้เห็นว่าเขาต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง จูงใจให้บุคลากรทำงานให้ดีขึ้น และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

7. การรับรู้ (Power through recognition) หมายถึง การให้บุคลากรรับรู้โดยการยกย่อง ประเมินการทำงาน ให้ข้อมูล ให้อำนาจหน้าที่สูงขึ้น และให้ค่าตอบแทนสวัสดิการต่าง ๆ เมื่อบุคลากรรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง บุคลากรรู้สึกพึงพอใจ และมีแรงจูงใจที่จะผลิตผลงาน หรือคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

8. การไว้วางใจ (Power through trust) หมายถึง การช่วยให้บุคลากรรู้สึกได้รับความไว้วางใจในงานของตน คือ การทำให้บุคลากรรู้สึกถึงความไว้วางใจ เชื่อมมั่นในความสามารถของตน และผู้อื่น

9. การยอมรับความล้มเหลว (Power through permission to fail) หมายถึง การช่วยให้บุคลากรรู้สึกว่าความล้มเหลวเป็นประสบการณ์เชิงบวก ทำให้บุคลากรสามารถวางแผนและคาดการณ์ต่อความล้มเหลว รวมทั้งประเมินความเสียหายของความล้มเหลวได้ และสิ่งสำคัญ คือ ไม่ตำหนิบุคลากรต่อหน้าบุคคลอื่น เมื่อเขาทำผิดพลาด ต้องช่วยประคับประคอง สนับสนุนให้บุคลากรปรับปรุงงานใหม่ นอกจากนี้ควรมีการให้รางวัลและสนับสนุนในการทำงานในสภาวะเสี่ยง

10. การให้ความเคารพ (Power through respect) หมายถึง การปฏิบัติต่อบุคคลอื่นด้วยความเคารพในเกียรติ และการให้การนับถือ สามารถทำได้โดยการสนับสนุนบุคลากรด้วยคำสิ่งที่จำเป็น ให้ทรัพยากรที่เพียงพอ ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเป็นปัจจุบัน ให้ความสำคัญในเรื่องของเวลา พยายามหาวิธีที่ทำให้บุคลากรทำงานได้ง่ายขึ้น รับฟังความคิดเห็น เคารพในสิทธิส่วนบุคคล ยอมรับในความยากลำบาก ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่ยิ่งใหญ่ เกิดความเคารพในตนเอง พลังอำนาจในตัวบุคคลจะเพิ่มขึ้น ทำให้บรรลุความสำเร็จ (พัชรภรณ์ ธรรมมา, 2561)

สรุป ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) จากการเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังเกิดกำลังใจในการร่วมกิจกรรม สร้างบรรยากาศทางบวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่สำคัญทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย โดยสร้างความรู้สึกการมีพลังและเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากร่วมทำกิจกรรมที่เป็นส่วนรวมมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ระยะยาวในการดำเนินกิจกรรมในผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

House (1981 อ้างถึงใน กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล, 2563) แบ่ง แรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การรับรอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือด้านการเงินและบริการที่จำเป็น

Jacobson (1986 อ้างถึงใน คมกริช นันทะโรจวงศ์, ภูธิป มีถาวรกุล และธีระวัฒน์ จันทิก, 2561) จำแนกการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นการสนับสนุน ด้านอารมณ์ เช่น ความรัก ความห่วงใย ความเชื่อมั่น การยอมรับ นับถือ การชมเชย การสนับสนุนด้านปัญญา เช่น การให้ ความรู้ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนด้านวัตถุ เช่น การให้สิ่งของ เงินทอง วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) กลุ่มปฐมภูมิ คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก แบบส่วนตัวมีความสนิทสนมคุ้นเคยกัน ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง 2) กลุ่มทุติยภูมิ คือกลุ่มที่สมาชิกมีสัมพันธภาพตามแบบแผนที่กำหนดไว้ เช่น เพื่อนสนิท บุคคลพิเศษ ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จึงจัดเป็นส่วนหนึ่งของบรรทัดฐานทางสังคมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งเป็นการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

Barrera (1986) ได้แบ่งลักษณะของการสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปได้ 3 แนวคิด ดังนี้

1. การติดต่องานทางสังคม (Social connectedness or social embeddedness) หมายถึง คุณภาพและปริมาณของความสัมพันธ์ทางสังคม หรือปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อกัน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทางสังคมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support) หมายถึง การรับรู้ได้ถึง การสนับสนุน ช่วยเหลือและลดความตึงเครียด การวัดการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมนี้ รูปแบบอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสิ่งที่สนใจ

3. การสนับสนุนทางสังคมตามจริง (Actual or enacted social support) แตกต่างจากการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมตามจริงจะมุ่งเน้นที่การรายงานผลจากตัวบุคคลในการสนับสนุนที่ได้รับจริง ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือทางสิ่งของด้วย

Weiss (1974 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1. ความใกล้ชิด (Attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนรักและเอาใจใส่
2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) การมีส่วนร่วมทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่รู้สึกแบ่งแยก
3. การส่งเสริมคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง
4. การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การได้ดูแลผู้อื่นทำให้สร้างความรู้สึกมีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้อื่น เป็นที่ต้องการ
5. ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) คือ ความรู้สึกมั่นคงในความสัมพันธ์ เชื่อมั่นวางใจในมิตรภาพระหว่างกัน
6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการสนับสนุนด้านคำปรึกษา การให้คำแนะนำ ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ภายใต้ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

สรุป ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นทฤษฎีที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ในทางปฏิบัติสามารถช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ความตึงเครียดลงได้จากการให้แรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงทำให้ลดความเครียดในระดับบุคคลลงได้ จากการสนับสนุนเรื่องต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ทั้งระดับบุคคล ภาควิชาหรือข่าย และชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ ในตำบลชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนครึ่งหนึ่ง มีความเครียดสูง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ เครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนโรคร่วม ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง การรู้คิดบกพร่อง และชนิดโครงสร้างครอบครัว ($P < 0.05$)

พรเพ็ญ อารีกิจ และจิรวรรณ กลิ่นหอม (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของคนไทย โดยการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของคนไทย โดยทำการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 50 เรื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2560 พบผลวิจัยที่มีผู้ศึกษามากที่สุด ดังนี้ 1) ปัจจัยความเครียดของคนไทย ตัวแปรกลุ่มปัจจัยชีวสังคมและส่วนบุคคลคืออายุ ตัวแปรกลุ่มปัจจัยจิตลักษณะ คือบุคลิกภาพ ตัวแปรกลุ่มปัจจัยสังคม คือสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และตัวแปรกลุ่มโปรแกรมจัดการกระทำ คือฝึกคลายเครียด 2) ปัจจัยการเผชิญความเครียดของคนไทย ตัวแปรกลุ่มปัจจัยชีวสังคมและส่วนบุคคลคือเพศ ตัวแปรกลุ่มปัจจัยจิตลักษณะ คือภาวะสุขภาพ ตัวแปรกลุ่มปัจจัยสังคมคือการสนับสนุนจากที่ทำงาน และตัวแปรกลุ่มโปรแกรมจัดการกระทำแตกต่างกันแต่ละเรื่อง 3) ค่าอิทธิพลสูงสุดของปัจจัยความเครียดของคนไทย ตัวแปรกลุ่มปัจจัยชีวสังคมและส่วนบุคคล คือความบกพร่องและความพิการทางกาย 1.06 ตัวแปรกลุ่มปัจจัยจิตลักษณะ คือความกังวลใจ 1.64 ตัวแปรกลุ่มปัจจัยสังคมคือการปฏิรูปทางการศึกษาค่าอิทธิพล 0.97 และตัวแปรกลุ่มโปรแกรมจัดการกระทำ คือการฝึกการควบคุมตนค่าอิทธิพล 1.48 และ (4) ค่าอิทธิพลสูงสุดของปัจจัยที่มีต่อการเผชิญความเครียดของคนไทย ตัวแปรกลุ่มปัจจัยชีวสังคมและส่วนบุคคล คือสถานที่ตั้งของที่พักอาศัยค่าอิทธิพล 0.36 ตัวแปรกลุ่มปัจจัยจิตลักษณะ คือความคาดหวังค่าอิทธิพล 1.82 ตัวแปรกลุ่มปัจจัยสังคม คือการสนับสนุนจากที่ทำงานค่าอิทธิพล 0.71 และตัวแปรกลุ่มโปรแกรมจัดการกระทำ คือการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนค่าอิทธิพล 2.50

กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และนิภา สุทธิพันธ์ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรในพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

ผู้สูงอายุจำนวน 334 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Kruskal-Wallis Test, Mann Whitney U-Test พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 21.57$, S.D. = 2.18) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.60 และรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

Ha & Kim (2019) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของแรงงานสูงอายุ: ความเครียดจากการทำงาน ความอ่อนแอ คุณภาพการนอนหลับ และแรงจูงใจในการเลือกอาหาร โดยการสำรวจภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุ จำนวน 175 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึง ธันวาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากการทำงาน ($r = -0.195$, $p < 0.001$), ความอ่อนแอ ($r = -0.468$, $p < 0.001$) และการนอนหลับคะแนนคุณภาพ ($r = .300.306$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้สถานะสุขภาพ ตรงกันข้ามกับแรงจูงใจในการเลือกอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

Fox, Erlandsson & Shiel (2019) ได้ทำการศึกษาเรื่องการทบทวนอย่างเป็นระบบ และการสังเคราะห์การบรรยายเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมบำบัดสำหรับบุคคลที่มีความวิตกกังวลและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกิจกรรมสำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียด พบว่า กิจกรรมบำบัดควรมุ่งเน้นไปที่ตัวบุคคล การเรียนรู้ด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการปรับปรุงอาการวิตกกังวลเมื่อวัดในระยะยาว และควรได้รับการพิจารณาโดยนักกิจกรรมบำบัด

มณูเชษฐ์ มะโนธรรม (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านดอยแก้ว ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.0) มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 64.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.0) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.0) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 54.0) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 86.0) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 82.4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.0) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ ส่งผลให้ระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

Bry, Mustanski, Garofalo & Burns (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่องความยืดหยุ่นต่อการเลือกปฏิบัติและการปฏิเสธในหมู่หนุ่มสาวข้ามเพศ การศึกษาซึ่งคุณภาพเกี่ยวกับการรับมือกับความเครียดของชนกลุ่มน้อย พบว่า ชนกลุ่มน้อยเพศและสถานะคนข้ามเพศมีความสัมพันธ์กับความไม่เสมอภาคทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงที่เชิงประจักษ์ และในทางทฤษฎีความเครียดที่

เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคม แม้จะเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมือนใครเหล่านี้ แต่พวกเขาจะไม่พบกับความผิดปกติทางสุขภาพจิตตลอดชีวิต ไม่ค่อยมีใครรู้เกี่ยวกับกระบวนการเฉพาะที่ชนกลุ่มน้อยข้ามเพศใช้เพื่อรักษาสภาพความเป็นอยู่ของการเลือกปฏิบัติและการปฏิเสธ งานวิจัยนี้ได้ทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพโดยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่หลากหลาย การแก้ปัญหาการแสวงหาการสนับสนุนและกลยุทธ์การรับมือที่เอื้อต่อเยาวชนที่จะใช้การเผชิญทางสังคม โดยคำนึงถึงผลลัพธ์และผลกระทบทางคลินิก

Abdul Manaf, Mustafa, Abdul Rahman, Yusof & Abd Aziz (2016) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความชุกของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวมลายูที่อาศัยอยู่ในชนบท เป็นการศึกษาภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ความวิตกกังวล ซึมเศร้าและความเครียดทางอารมณ์ และปัจจัยอื่น ๆ ในผู้สูงอายุชาวมลายูในชุมชนชนบทของรัฐประเทศมาเลเซีย โดยคัดเลือกผู้สูงอายุชาวมลายูอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยสุ่มจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 230 คน โดยการใช้ Stress Scale (DASS-21) มาประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียด โดยการวิเคราะห์แบบ Bivariate analyses ใช้การทดสอบ Chi-square tests และ multiple logistic regression ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพิการทางร่างกาย (69.6%) และเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 63.5 ภาวะสุขภาพจิตพบภาวะซึมเศร้า 27.8% รองลงมาคือความวิตกกังวล (22.6%) และความเครียด (8.7%)

Rabenu, Yaniv & Elizur (2017) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาการรับมือกับความเครียดความเป็นอยู่และประสิทธิภาพ เป็นงานวิจัยที่มุ่งเน้นไปที่การรับมือกับความเครียดจากมุมมองขององค์กร มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบต่าง ๆ ของการเผชิญปัญหาและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก รวมทั้งการรับมือกับความเครียดในทิศทางต่าง ๆ ผ่านการเปลี่ยนแปลงการยอมรับและการถอนตัว ในฐานะสื่อกลางระหว่างทุนทางจิตวิทยาการจ้างงานและความเป็นอยู่ที่ดีขององค์กร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลโดยตรงของทุนทางจิตวิทยาต่อความเป็นอยู่และประสิทธิภาพ พบว่า ตัวแปรสำคัญในแบบจำลองไม่ใช่อารมณ์แต่เป็นทุนทางจิตวิทยาพบความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างทุนทางจิตวิทยาและการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การรับมือผ่านการเปลี่ยนแปลงและการรับมือ โดยใช้ทุนทางจิตวิทยาเป็นสื่อกลาง ทุนทางจิตวิทยามีผลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตาม

เกสร มัยจิน (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาในผู้สูงอายุในเขตปทุมธานี จำนวน 400 คน พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านรายได้ส่งผลให้ระดับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรจัดให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้งในเรื่องการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไป การจัดหาแหล่งหารายได้เสริมของผู้สูงอายุที่ไม่มี รายได้เป็นของตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้สูงอายุนั้นมี เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้/ส่งเสริม การปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี

ดวงหทัย ยอดทอง, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, วรณา คงสุริยะนาวิณ และอติตยา พรชัย เกตุ โอว ยอง (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล กับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลาน กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยตาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลาน อายุระหว่าง 0-5 ปี ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 33 อายุมีความสัมพันธ์กับอาการ ซึมเศร้าของผู้ตายที่ดูแลหลานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.041, p=.685$) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการ ซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.237, p<.05$) ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านผลกระทบต่อ สุขภาพ ด้านผลกระทบต่อการเงิน ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตายที่ดูแลหลานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.459, p<.001; .427, p<.001; r=.299, p<.01$ และ $r=.352, p<.001$ ตามลำดับ)

Kobayashi, Suzuki, Noguchi, Kawachi & Takao (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่องทุน ทางสังคมในระดับชุมชน ความทุกข์ทางจิตใจในผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น โดยทำการศึกษา ภาคตัดขวาง ทำในผู้สูงอายุอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 3 แห่ง ในจังหวัดโอคายามา วัดองค์ประกอบทางสังคมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 9,761 คน ใน 35 ชุมชน พบว่าทุนทางสังคม ในระดับชุมชนต่ำมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.8

2. โปรแกรมจัดการความเครียด

สมสุข นิธิอุทัย (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดใน ภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเครียดใน ภาวะวิกฤตชีวิตที่ได้รับการฝึกรูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตมีความเครียดในภาวะ วิกฤตชีวิตลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมการฝึกรูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤต อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีความเครียดเมื่อได้รับการฝึกรูปแบบมีระดับ ความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการฝึกรูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

บุขรา เกษีสม (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคลองฉนวน อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการศึกษา กึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และการจัดการความเครียด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ จำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Independent t-test และ paired t-test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ดีกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฤทธิ เทพไทยอำนวย (2560) ผลการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงที่มีต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบมาตรฐานการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ทำการวัดระดับความเครียดกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ระดับความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระดับความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงอยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสภาพทั่วไปและการจัดดำเนินการ ด้านสภาพทั่วไปของผู้นำกิจกรรมนันทนาการ และด้านสิ่งที่พึงได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม

Han, Park & Ahn (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่องลดความเครียดและความสามารถในการทำงานทางกายภาพที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตตามโปรแกรมการบำบัดด้วยพืชสวน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยพืชสวนที่ใช้ในการปลูกพืชสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ออกแบบการทดลองโดยการทดสอบก่อนและหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 28 คน เข้าร่วมตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2017 ที่ฟาร์มแห่งหนึ่งในเมือง Suwon ประเทศ

เกาหลีใต้ โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ($n=14$) และกลุ่มควบคุม ($n=14$) เข้าร่วมโปรแกรมฟิซสวนบำบัดโดยเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 10 ครั้ง และทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการทดลองได้วัดระดับคอร์ติซอลจากตัวอย่างน้ำลายที่รวบรวมจากทั้ง 2 กลุ่ม การทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ใช้เพื่อประเมินความผิดปกติของการทำงานทางกายภาพในทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับคอร์ติซอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการทดสอบสมรรถภาพผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและไม่พบการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่า การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของโปรแกรมฟิซสวนบำบัดในการปรับปรุงระดับความเครียดและความสามารถในการทำงานทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในการศึกษาในอนาคตการตรวจสอบผลระยะยาวของโปรแกรมการบำบัดด้วยฟิซสวนนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจและเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบกับเพศอายุและอาการทางจิตต่าง ๆ

Beckerman & Wozniak (2018) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรุนแรงในครอบครัวและความเครียดจากบาดแผล: รายงานเชิงคุณภาพโดยย่อและกลยุทธ์สำหรับการสนับสนุน พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตจากมุมมองของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ กลุ่มเป้าหมายใช้คำถามเดียวกันทั้ง 3 กลุ่ม ผู้ร่วมตอบคำถามร่วมแชร์ประสบการณ์ รูปแบบการรวบรวมคำถามนี้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเชิงคุณภาพที่หลากหลาย โดยแต่ละคนได้รับการกระตุ้นจากรูปแบบกลุ่มขนาดเล็ก สมาชิก 3-4 คน โดยแบ่งทีมในการสอบถามดังนี้ 1) การระวังตัวมากเกินไป/กลัวอันตราย 2) ผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว 3) การแลกเปลี่ยนมุมมอง 4) วิธีการรับมือ ทั้งหมดนี้ทำให้มองเห็นภาพของมนุษย์ การต่อสู้และความเจ็บปวด ตัวแปรเชิงระบบสังคมวัฒนธรรมและส่วนบุคคลมีความซับซ้อน การฝึกอบรมและการกำกับดูแลอย่างเป็นทางการ จะทำให้สามารถรับมือได้ดีขึ้น

Azizah, Martiana & Soedirham (2017) ได้ทำการศึกษาเรื่องการปรับปรุงฟังก์ชันการทำงานร่วมกันและลดระดับความตึงเครียดในผู้สูงอายุด้วย Brain GYM โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อายุ 60 -75 ปี จำนวน 35 คน โดยทำการทดลองโปรแกรม โดยการให้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งทำ 15 นาที เป็นเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า การปรับปรุงของการทำงานของคุณรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุ และระดับความเครียดลดลงหลังออกกำลังกายสมอง ($p=0.001$ และ $p=0.009$ ที่ $\alpha=0.05$) Brain Gym มีผลอย่างมากในการปรับปรุงการทำงานของคุณรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุและลดระดับความเครียดในผู้สูงอายุ

อารมณ์ สิงห์ขาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และสมใจ นกดี (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง

มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด และเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุในตำบลดอนทราย อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 ราย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ราย เป็นผู้สูงอายุในตำบลหนองบัวอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัสและโพลด์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมธี วงศ์วีระพันธ์ (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนจำแนกตามแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการความเครียด และ 6) การพัฒนาจิตวิญญาณประกอบด้วยมุมมองโลกในแง่ดี แนวทางการพัฒนาต้นแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตควรประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ 3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพะด้านสังคม โดยมีข้อเสนอแนะ คือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ควรเป็นแกนนำในการดำเนินการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเน้นกิจกรรมเชิงรุก

Lindhahl, Tilton, Eickholt & Ferguson-Stegall (2016) ได้ทำการศึกษาเรื่องโยคะช่วยลดระดับความเครียดและความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบการให้กิจกรรมโยคะ 7 สัปดาห์ สามารถปรับปรุงการทำงานของร่างกายได้หรือไม่ รวมถึงความเครียดและสุขภาพจิต อารมณ์ในผู้สูงอายุ โดยมีผู้เข้าร่วม 8 คน (66.5 ± 0.3 ปี) เข้าร่วมโยคะ Hatha 60 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ทำการประเมินก่อนและหลังการทำโปรแกรม พบว่า โยคะสามารถปรับปรุงสุขภาพจิต / อารมณ์ระดับความอ่อนเพลียและระดับความเครียดในผู้สูงอายุแม้จะไม่มี การปรับปรุงสมรรถภาพทางกายแพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ทำงานกับผู้สูงอายุควรพิจารณาว่าโยคะเป็นวิธีการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่สำคัญของประชากร กลุ่มนี้

Fraile-Bermúdez et al. (2015) ได้ ทำการศึ กษาเรื่ อความสัมพันธ์ระหว่าง การออกกำลังกายและความเครียดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอิสระ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลของการออกกำลังกายและเครื่องหมายของความเครียดออกซิเดชันในชายและหญิงสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นหญิง 61 คน ชาย 34 คน ซึ่งทุกคนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานด้วยตนเองและใส่เครื่องวัดการออกกำลังกาย โดยผู้เข้าร่วมจะ

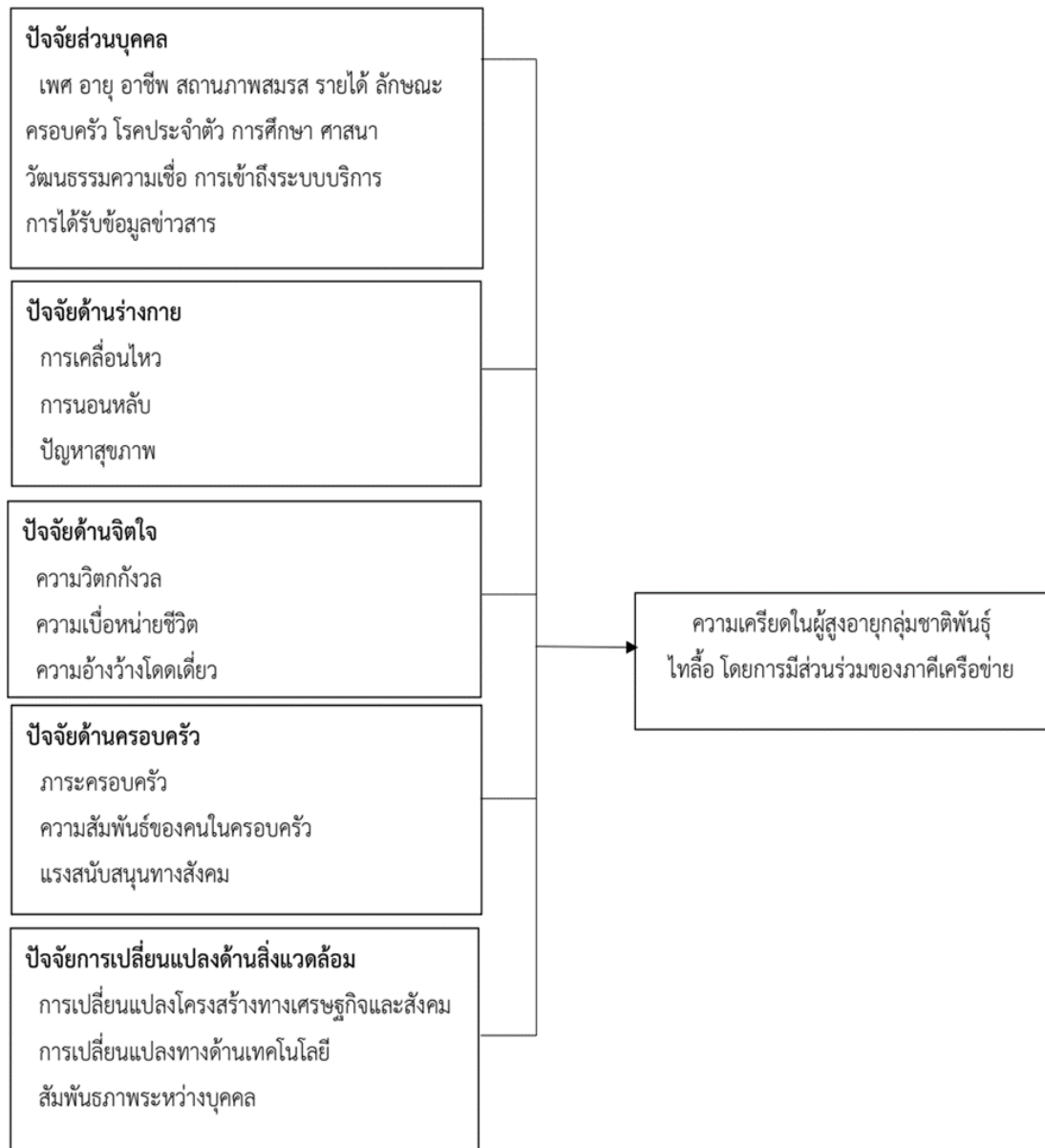
สวมใส่เป็นเวลา 5 วัน และถอดออกเวลานอนหลับและอาบน้ำเท่านั้น โดยการหาค่าออกซิเดชัน คือ การตรวจหาสถานะสารต้านอนุมูลอิสระทั้งหมดในพลาสมา ได้แก่ กลูตาไธโอนเปอร์ออกซิเดส (GPx) คาตาเลส (CAT) ซูเปอร์ออกไซด์ดิสมูเทส (SOD) และ เมมเบรนไลปิดเปอร์ออกซิเดชัน (TBARS) ในกลุ่มสตรีผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำการออกกำลังกาย (WR) มีระดับ TAS ต่ำกว่า นอกจากนี้ การออกกำลังกายในระดับปานกลางถึงรุนแรง (MVPA) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเพิ่มขึ้นของการทำงานของเอนไซม์ต้านอนุมูลอิสระ GPx และจำนวนต่อหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกิจกรรม CAT ในกลุ่มผู้ชาย cpm และ MVPA มีความสัมพันธ์ทางลบกับ lipid peroxidation ในขณะที่ กิจกรรมทางกายในวิถีชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกิจกรรม CAT การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า MVPA ในผู้สูงอายุแม้จะเกี่ยวข้องกับการลดลงของ TAS ในผู้หญิง แต่ก็ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการทำงานของเอนไซม์ต้านอนุมูลอิสระที่ปรับตัวได้และลดการเกิด lipid peroxidation ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าในช่วงเวลาของชีวิตไม่เพียงแต่ปริมาณการออกกำลังกายเท่านั้นที่สำคัญ แต่ยังรวมถึงความเข้มข้นของการออกกำลังกายอีกด้วย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า MVPA อาจมีส่วนป้องกันผลต่อความเครียด โดยการเพิ่มกิจกรรมของสารต้านอนุมูลอิสระ เอนไซม์และการลดลงของไขมันเมมเบรนเปอร์ออกซิเดชัน มากกว่าลดความเข้มข้นของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าโปรแกรมจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้น และรูปแบบการจัดการความเครียดที่เหมาะสมยังส่งผลดีต่อระบบการทำงานของอวัยวะภายในของผู้สูงอายุการหลังสารต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการลดความเครียดดีขึ้น

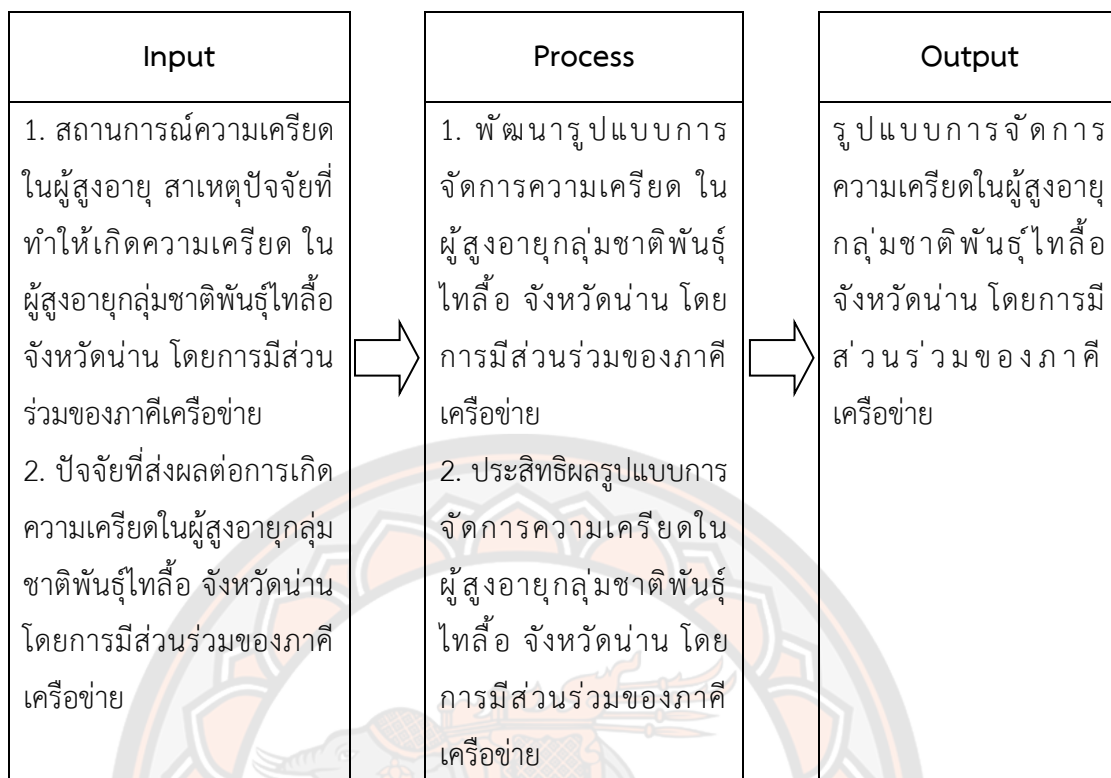
กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดงานวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดภาพรวมการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาถึงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ชนิด Sequential Mixed Methods ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยวิธี Multiple Case Study โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) โดยมีกระบวนทัศน์ (Paradigms) แบบ Pragmatism เนื่องจากเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้และความจริง มุ่งศึกษาข้อมูลจากการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุและได้ศึกษาประเด็นสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ ปัญหาและความจำเป็น และได้บูรณาการความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) นำมาสังเคราะห์เป็นกรอบในการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

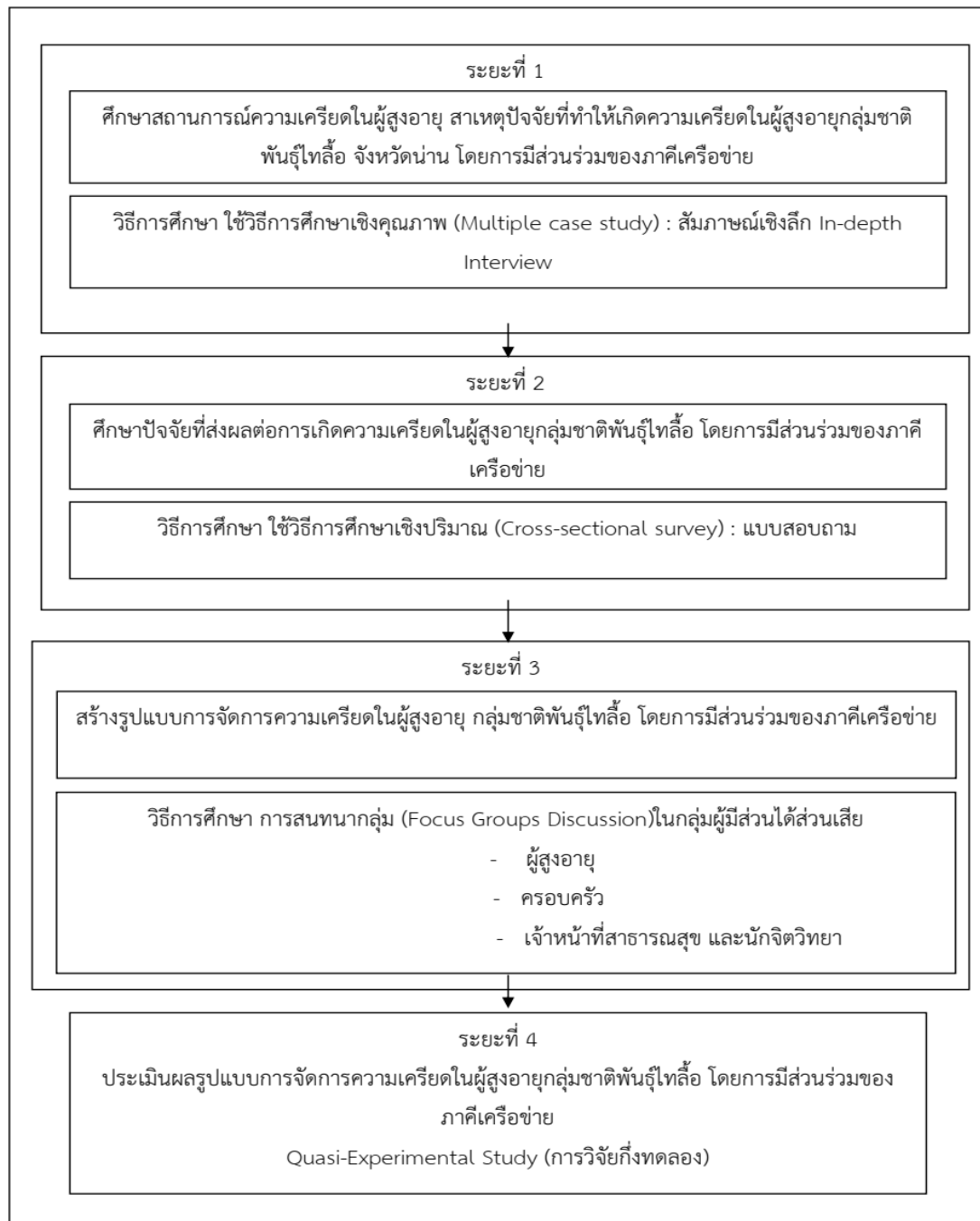
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 4 เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีรายละเอียด ดังภาพ

กรอบขั้นตอนการวิจัย (Research Design)



ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ชนิด Sequential Mixed Methods ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยวิธี Multiple Case Study โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ แล้วจึงทำการศึกษาเชิงปริมาณ โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ อธิบายรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey)

ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) เพื่อรวบรวมความคิดเห็น นำไปพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดลอง และนำผลที่ได้ไปสรุปเป็นรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบ Case study ชนิด Collective case study หรือ Multiple Case Study โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา เป็นการศึกษาในตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Criterion sampling จำนวน 12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นวิจัย หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อายุ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ เขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. มีสติสัมปชัญญะ
4. อยู่ในพื้นที่วิจัย
5. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้

คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์
3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
4. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน เครื่องบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์ ที่บันทึกข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ในขั้นตอนนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้แก่

1. ปัจจุบันท่านมีความเครียดหรือไม่
2. ถ้าท่านเครียด ความเครียดนั้นเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน อย่างไร ส่วนใหญ่ความเครียดเกิดจากอะไร ลองยกตัวอย่างให้ฟัง
3. ที่ผ่านมาปัญหาด้านการจัดการความเครียดของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด
4. ท่านใช้วิธีการอะไรบ้าง ในการช่วยลดความเครียด
5. ท่านจะแก้ปัญหอย่างไรหากท่านเจอสถานการณ์แบบเดิม
6. ที่ผ่านมาครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนช่วยท่านในการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

7. ที่ผ่านมาระบบทางสังคม ในชุมชนของท่าน มีส่วนช่วยท่านในการจัดการกับความเครียดอย่างไรบ้าง

8. ท่านมีความคาดหวังต่อการจัดการความเครียดของท่านอย่างไร

9. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการได้รับการส่งเสริมดูแลด้านการจัดการความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

10. ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ของท่าน

11. ท่านคิดว่าการดำเนินงานการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุในพื้นที่ของท่านมีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง

12. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาความเครียด ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563) เพื่อนำมาใช้ในการแยกข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึกถอดเทป การสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็นโดยทำการวิเคราะห์รหัสข้อมูลที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วทำการทบทวนประเด็นเดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน และแยกประเด็นที่ต่างกันรวมกันไว้ เพราะอาจมีบางประเด็นที่ทับซ้อนกัน

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้ (Denzin, 1970 อ้างถึงใน บุษกร เชี่ยวจินตกานต์, 2561)

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate) เป็นการพิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งที่มาต่าง ๆ โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะได้ข้อมูลเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigation Triangulate) เป็นการตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลมาต่างกันหรือไม่ และอย่างไร โดยใช้ผู้วิจัยหลายคนในการรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์หรือการสังเกต

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulate) เป็นการตรวจสอบว่าถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เป็นวิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ยากกว่าแบบอื่น ๆ

4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) เป็นการใช่วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน ในกรณีที่ไม่แน่ใจในคุณภาพข้อมูล ควรกำหนดให้มีผู้วิจัยหลายคนในการรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน แต่เก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ เป็นต้น

ผลที่คาดว่าจะได้ในระยะที่ 1 คือ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด เพื่อนำผลที่ได้ในระยะที่ 1 ไปสร้างเครื่องมือวิจัยในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

พื้นที่ศึกษา อำเภอบัว อำเภอนาน้อย อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในอำเภอบัว อำเภอนาน้อย อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ เขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
3. มีสติสัมปชัญญะ
4. อยู่ในพื้นที่วิจัย
5. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารให้

คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต
2. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ระหว่างดำเนินการมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
3. เป็นผู้ที่ดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
6. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้

7. มีประวัติโรคทางจิตเวช
8. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่ม try out (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
3. มีสติสัมปชัญญะ
4. อยู่ในพื้นที่วิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่ม try out (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต
2. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา ระหว่างดำเนินการมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน
3. เป็นผู้ที่ดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถาม
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
6. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
7. มีประวัติโรคทางจิตเวช
8. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ทราบขนาดตัวอย่างแบบ Estimating Finite Population Mean ของ Wayne โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 (Wayne, 1995)

สูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha}^2}$$

N = จำนวนประชากร

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.45

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

z = ค่า z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $z = 1.96$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{8,232 \times 0.45^2 \times 1.96^2}{0.05^2(8,232-1) + 0.45^2 \times 1.96^2} \\ &= 300 \end{aligned}$$

ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน จึงจะสามารถประเมินค่าร้อยละ โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เพื่อป้องกันการตกหล่นหรือสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงในการสรุปผล ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 โดยใช้สูตรปรับขนาดตัวอย่าง (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$\text{สูตร } n_{\text{adj}} = \frac{n}{1-R}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 5

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n_{\text{adj}} &= \frac{300}{1-0.10} \\ &= 33.33 \approx 34 \end{aligned}$$

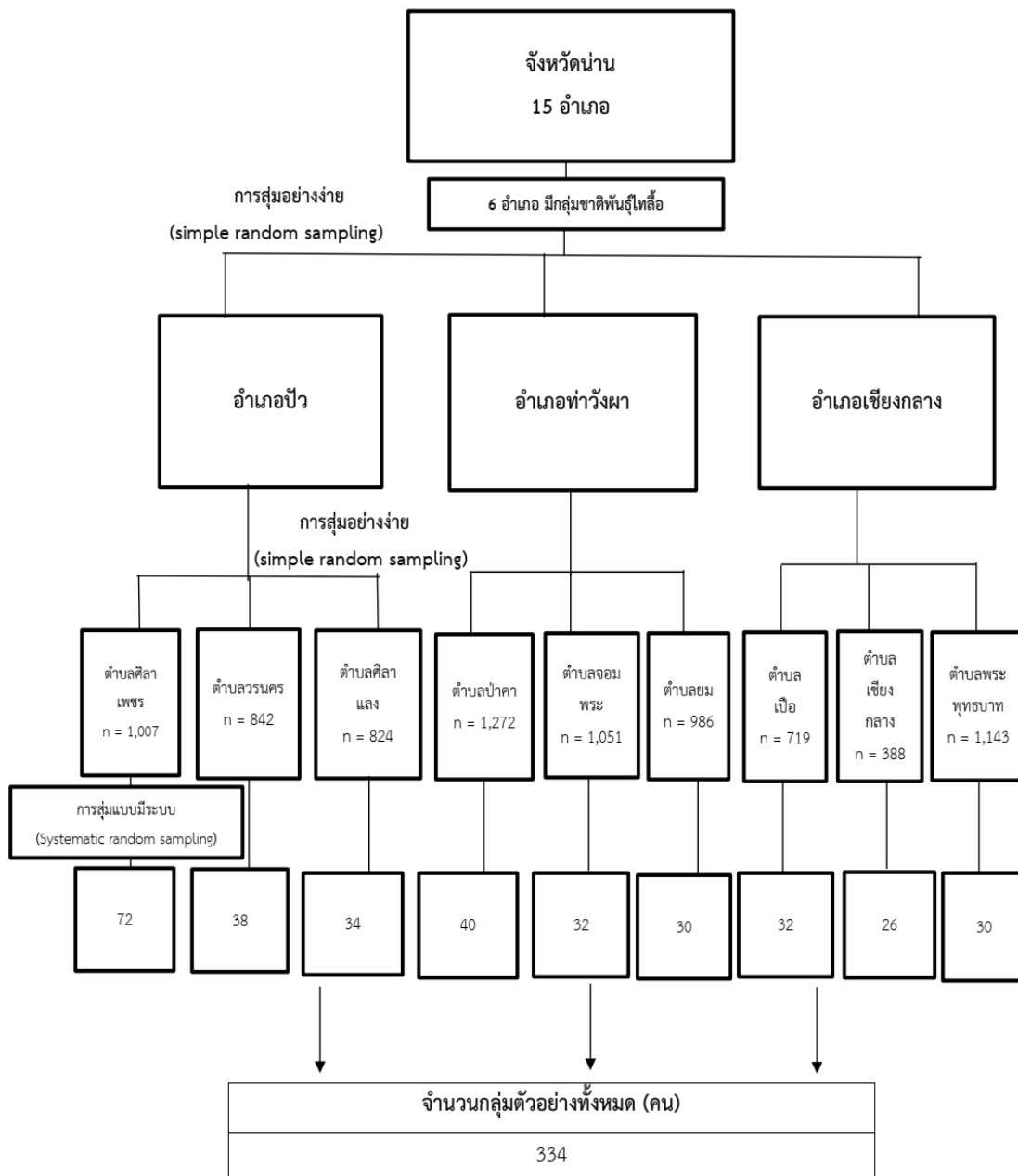
ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 ตัวอย่าง รวมเป็น 334 ตัวอย่าง งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 334 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มดังนี้

1. สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากรผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในจังหวัดน่าน ประกอบด้วย 6 อำเภอ สุ่มมา 3 อำเภอ หลังจากนั้นทำการสุ่มในระดับตำบล
2. สุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) โดยสุ่มเป็นช่วง ๆ โดยจำแนกตามสัดส่วนตามการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง



ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	ตำบล	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
ปัว	ศิลาเพชร	1,007	72
	วรรณคร	842	38
	ศิลาแลง	824	34
ท่าวังผา	ป่าคา	1,272	40
	จอมพระ	1,051	32
	ยม	986	30
เขียงกลาง	เปือ	719	32
	เขียงกลาง	388	26
	พระพุทธรบาท	1,143	30
รวม		8,232	334

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว จำนวน 17 ข้อ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปลายปิด (Close end Questions) แบบให้เลือกตอบและให้ตอบลงในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1. การเคลื่อนไหว 2. การนอนหลับ 3. ปัญหาสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถาม มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง

2	หมายถึง ระดับน้อย
1	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
การแปลผลคะแนน ดังนี้	
คะแนน	ความหมาย
4.51-5.00	ระดับมากที่สุด
3.51-4.50	ระดับมาก
2.51-3.50	ระดับปานกลาง
1.51-2.50	ระดับน้อย
1.00-1.50	ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตใจ ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1. ความวิตกกังวล 2. ความเบื่อหน่ายชีวิต 3. ความอ้างว้างโดดเดี่ยว จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถาม มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้

5	หมายถึง ระดับมากที่สุด
4	หมายถึง ระดับมาก
3	หมายถึง ระดับปานกลาง
2	หมายถึง ระดับน้อย
1	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
การแปลผลคะแนน ดังนี้	
คะแนน	ความหมาย
4.51-5.00	ระดับมากที่สุด
3.51-4.50	ระดับมาก
2.51-3.50	ระดับปานกลาง
1.51-2.50	ระดับน้อย
1.00-1.50	ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านครอบครัว ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1. ภาวะครอบครัว 2. ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว 3. แรงสนับสนุนจากสังคม (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2563) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเป็นข้อคำถาม มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้ (กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563)

- 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ระดับน้อย
- 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4.51-5.00	ระดับมากที่สุด
3.51-4.50	ระดับมาก
2.51-3.50	ระดับปานกลาง
1.51-2.50	ระดับน้อย
1.00-1.50	ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 38 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้ (กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล, 2562)

- 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ระดับน้อย
- 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
4.51-5.00	ระดับมากที่สุด
3.51-4.50	ระดับมาก
2.51-3.50	ระดับปานกลาง
1.51-2.50	ระดับน้อย
1.00-1.50	ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดความเครียด SPST-20 จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว โดยแบ่งระดับของคะแนน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

- 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- 2 หมายถึง เครียดเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เครียดปานกลาง
- 4 หมายถึง เครียดมาก
- 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด

การแปลผลคะแนน (Suanprung Stress Test 20 ; SPST-20) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
0 - 23	เครียดน้อย
24 - 41	เครียดปานกลาง
42 - 62	เครียดสูง
63 คะแนนขึ้นไป	เครียดรุนแรง

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ถือว่าไม่ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน

ท่านมีความเครียดในระดับปานกลางเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ

ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน

ท่านมีความเครียดในระดับสูง เป็นระดับที่ท่านได้รับความเดือนร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ รอบตัว ทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่แก้ไข จัดการปัญหานั้นไม่ได้ ปรับความรู้สึกด้วยความลำบากจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ฯลฯ สิ่งที่ท่านต้องรีบทำเมื่อมีความเครียดในระดับนี้คือ

คลายเครียดด้วยวิธีที่ทำได้ง่ายแต่ได้ผลดี คือ การฝึกหายใจ คลายเครียด พุดคุยระบายความเครียดกับ ผู้ไว้วางใจ หาสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้เครียดและหาวิธีแก้ไข หากท่านไม่สามารถจัดการคลายเครียด ด้วยตนเองได้ ควรปรึกษากับผู้ให้การปรึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป

ท่านมีความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่องหรือท่านกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต เช่น เจ็บป่วยรุนแรง เรือรั้งมีความพิการ สูญเสียคนรัก ทรัพย์สิน หรือ สิ่งที่รัก ความเครียดระดับนี้ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกายและสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ยับยั้งอารมณ์ไม่ได้ความเครียดระดับนี้ถ้าปล่อยไว้จะเกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและ คนใกล้ชิด ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษาอย่างรวดเร็ว เช่น ทางโทรศัพท์ หรือผู้ให้การปรึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2 ได้แก่

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม นั้น ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติไว้ ดังต่อไปนี้

1.1 เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบสาธารณสุข ในโรงพยาบาล ชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่าน

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

$$\text{จากสูตร } \frac{I-CVI}{N} = n$$

กำหนด CVI = ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นว่าคุณภาพนั้นสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (ให้ 3 หรือ 4 คะแนน)

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

เกณฑ์ในการแปลความหมาย ข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 3 และ 4 ถือว่าในข้อ นั้นผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับที่ยอมรับได้และแสดงถึงข้อนั้นมีความตรงเชิงเนื้อหา

โดยกำหนดค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.80 ถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ

จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยและวิชาการ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา $CVI = 0.8 - 1.00$

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่เหลือในอำเภออื่น จำนวน 40 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ แบบสอบถามด้านครอบครัว แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามวัดความเครียด ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85, 0.87, 0.94, 0.90 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อแนะนำตัวอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

5. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. นำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้วยสถิติวิเคราะห์

การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Stepwise ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งมีเค้าโครงตามแนวโครงสร้างของแบบสอบถามในด้าน ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกประเด็นที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน ของประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต่อไป

ผลที่คาดว่าจะได้ในระยะที่ 2 คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อใน ระยะที่ 3

ระยะที่ 3 เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการจัดการความเครียดจากผู้สูงอายุไทลื้อ จังหวัดน่าน

การศึกษาในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ฉบับยกร่าง)
2. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงประเด็น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการโดยผู้เชี่ยวชาญ

1. ขั้นตอนการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ฉบับยกร่าง)

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) และกระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อสร้างรูปแบบและได้ข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อและเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการให้ข้อมูลได้มากและมีความละเอียดที่สุด (Rich information) โดยมีการกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของภาคีเครือข่าย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 6 คน โดยมี
การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อายุ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ให้ข้อมูลได้มากที่สุด (Rich information)
3. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี
4. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลา
5. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี
6. มีสติสัมปชัญญะ
7. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสาร

การให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่ขอลอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์
3. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประธาน
หมู่บ้าน พระ/ผู้นำทางศาสนา จำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก สำหรับกลุ่มผู้นำชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ให้ข้อมูลได้มากที่สุด (Rich information)
2. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่
3. เป็นผู้นำอย่างเป็นทางการในพื้นที่
4. เป็นผู้นำแบบไม่เป็นทางการ
5. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้
6. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลา
7. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี

8. มีสติสัมปชัญญะ

9. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่ขอลอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์
3. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมาชิกจิตอาสา จำนวน 6 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ให้ข้อมูลได้มากที่สุด (Rich information)
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่
4. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลา
6. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี
7. มีสติสัมปชัญญะ

8. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่ขอลอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์
3. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช

7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มที่ 4 บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย จำนวน 6 คน ได้แก่

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
5. ครูอนามัยโรงเรียน

เกณฑ์การคัดเลือก คัดออก สำหรับกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่
2. เป็นผู้ให้ข้อมูลได้มากที่สุด (Rich information)
3. เป็นผู้เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ
4. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลา
6. เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 5 ปี
7. มีสติสัมปชัญญะ
8. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสาร

การให้คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่ยกเว้นตัวระหว่างการสัมภาษณ์
3. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

หลังจากเสร็จสิ้น กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused group discussion) แต่ละกลุ่มครบทั้ง 4 กลุ่มย่อยเสร็จสิ้น จะมีการรวมกลุ่มใหญ่ โดยคัดเลือกตัวแทนจาก 4 กลุ่ม ๆ ละ 3 คน รวมเป็น 12 คน เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลได้มาอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมและหาข้อสรุปให้ได้รูปแบบและกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้พื้นที่ อำเภอบัว จังหวัดน่าน เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เทคนิควิธีการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัยโดยมีวิธีการดังนี้ คือ

1. จัดการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้สูงอายุไทยลื้อ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลด้านสุขภาพและวิถีชีวิตในพื้นที่และเพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุนการจัดทำร่างแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุไทยลื้อ โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1-2 ชั่วโมง

2. ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาสรุปข้อมูลและสาระสำคัญ

3. จัดทำร่างแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสอดคล้องกับวัฒนธรรม

เครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียด ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการจัดการความเครียดใน อำเภอบัว จังหวัดน่าน เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้แก่

1. ที่ผ่านมามีปัญหาด้านความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อ ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด

2. ที่ผ่านมามีหน่วยงานใดเข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหาบ้าง ใครคือหน่วยงานหลัก

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อนโยบายการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อที่ท่านผ่านมา

4. ที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อ อย่างไรบ้าง ผู้สูงอายุไทยลื้อเข้าถึงหรือไม่อย่างไร

5) ท่านมีบทบาทหน้าที่ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตนี้ได้อย่างไรบ้าง

6. ท่านคิดว่าการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อมีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ที่ทำให้ไม่สำเร็จหรือไม่บรรลุ

7. ท่านมีแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้ออย่างไร จะดำเนินการให้ดีและมีประสิทธิภาพ ควรทำอย่างไร

8. ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลื้อที่ท่านรับผิดชอบ

9. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ในแนวทางการดำเนินงานในประเด็นการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ควรเป็นอย่างไร

10. หากท่านสามารถผลักดันนโยบายในการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อได้ ท่านจะผลักดันนโยบาย นโยบายอะไรและอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาจำแนกโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อนำมาใช้ในการแยกแยะข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูลด้วยการอ่านบันทึก จากการถอดเทป การสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างละเอียด คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วจึงทำการสร้างรหัสข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ต่อมาจึงทำการสร้างประเด็น โดยการเริ่มวิเคราะห์รหัสข้อมูลและพิจารณารหัสที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน โดยมีการจัดเป็นหมวดหมู่และมีการเชื่อมโยงหมวดหมู่หรือรหัสด้วยลูกศร หมวดหมู่ที่จัดไว้เป็นกลุ่มคือประเด็นขั้นตอนที่แสดงความสอดคล้องของแต่ละประเด็น โดยการทำ mind-maps (แผนภูมิรูปภาพ) ต่อมาจึงทำการทบทวนประเด็น กลั่นกรองประเด็น โดยการรวมประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกัน ประเด็นต่างก็แยกออกไปรวมกลุ่มกัน จากนั้นจึงกำหนดประเด็นที่ชัดเจนและตั้งชื่อประเด็นทำให้มองเห็นภาพรวมของข้อมูลได้อย่างสอดคล้องกัน และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการจัดทำรายงาน (สุภาพรณ์ สุดหนองบัว, 2562)

2. ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงประเด็น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการโดยผู้เชี่ยวชาญ

เป็นขั้นตอนที่มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงประเด็น ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยกระบวนการสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ในการสรุปความคิดเห็นของรูปแบบฯ ที่ได้มา โดยพิจารณาในประเด็น ดังนี้

1. ความตรงประเด็น (Validity) คือ ประเด็นที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวสามารถจัดการความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่านได้

2. ความเหมาะสม (Appropriateness) คือ กิจกรรมที่ได้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้

3. ความเป็นไปได้ของกระบวนการ (Practicality) คือ กระบวนการที่ได้สามารถนำมาใช้ได้จริงในพื้นที่ได้

โดยใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องของผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญ ดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ

- 1.1 เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน มีวุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป จำนวน 2 คน
- 1.2 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน
- 1.3 เป็นบุคลากรสายวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย

- 2.1 ร่างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีต่อการร่างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในประเด็นเกี่ยวกับ 1) ความตรงประเด็น (Validity) 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) และ 3) ความเป็นไปได้ (Practicality)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยพิจารณา 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความตรงประเด็น (Validity) 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) และ 3) ความเป็นไปได้ (Practicality) โดยการแปรผล ดังนี้ โดยใช้มาตราวัด 2 ระดับ คือ ตรงประเด็น ไม่ตรงประเด็น เหมาะสม ไม่เหมาะสม เป็นไปได้ เป็นไปไม่ได้ โดยการแปรผล (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2561) ดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ไม่ตรงประเด็น ไม่เหมาะสม เป็นไปไม่ได้

มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ตรงประเด็น เหมาะสม เป็นไปได้

หลังจากผู้เชี่ยวชาญประเมินเสร็จทำการปรับแก้รูปแบบตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ จนได้รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

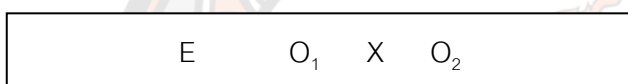
ผลที่คาดว่าจะได้ในระยะที่ 3 คือ รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อนำผลในระยะที่ 3 ไปทดลองใช้ใน ระยะที่ 4

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณ โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการศึกษา แบบแผนการทดลอง พื้นที่ในการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิธีการศึกษา นำรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะที่ 3 ไปทดลองใช้และประเมินผล โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design)

แบบแผนการทดลอง



โดยที่

- E หมายถึง กลุ่มทดลอง
- O₁ หมายถึง การวัดตัวแปรก่อนการทดลอง
- X หมายถึง การให้สิ่งทดลองแก่กลุ่มทดลอง
- O₂ หมายถึง การวัดตัวแปรหลังการทดลอง

พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้ตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประชากรที่ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้มีประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 45 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากร ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยมีสูตรที่ใช้ในการคำนวณ (Wayne, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{z_1^2 - \alpha \sigma^2}{d^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

z = ค่า z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $z = 1.96$

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลอง เท่ากับ 5.33

Alpha (α) = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นจากการปฏิเสธสมมติฐานที่เป็นจริง (type I error) กำหนดค่า $\alpha=0.05$ ดังนั้นค่า $z = 1.96$

d = Precision ที่ยอมรับได้ ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย = 1.74

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 5.33^2}{1.74^2}$$

$$= 36.04 \approx 37$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 37 คน แต่เพื่อความสะดวกในการประเมินผลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่เงื่อนไขกำหนด คือ ไม่น้อยกว่า 37 คน

และเพื่อป้องกันการสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ 10 จึงได้ปรับขนาดตัวอย่าง (ปัญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

สูตร

$$n_{adj} = \frac{n}{1-R}$$

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณ

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 10

แทนค่าในสูตร

$$n_{adj} = \frac{40}{1-10}$$

$$= 4.44 \approx 5$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ตัวอย่าง รวมเป็น 45 ตัวอย่าง งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling)

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน
2. เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี
3. เป็นผู้ที่สามารถประสานงานได้สะดวก สามารถสละเวลา
4. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ไม่น้อยกว่า 5 ปี
5. มีสติสัมปชัญญะ
6. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและได้ลงลายมือชื่อในเอกสารการให้

คำยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทำกิจกรรม
2. เป็นผู้ที่ขอลอนตัวระหว่างการทำกิจกรรม
3. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
4. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
5. มีภาวะที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้เวลานานได้
6. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
7. มีประวัติภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การยุติ (Withdrawal Criteria)

1. เกิดอุบัติเหตุระหว่างดำเนินการวิจัย
2. เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดความเครียด SPST-20

ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับตามช่วงคะแนน ได้แก่ ความเครียดระดับน้อย 0-23 คะแนน, ความเครียดระดับปานกลาง 24-41 คะแนน, ความเครียดระดับสูง 42-62 คะแนน และความเครียดระดับรุนแรงตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการจัดการความเครียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย เช่นเดียวกับระยะที่ 2 ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติไว้ ดังต่อไปนี้

เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในระบบสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่าน

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficients)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานด้วยตนเองกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เพื่อแนะนำตัวอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเตรียมทีมในพื้นที่และสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

5. รวบรวมแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. นำแบบสอบถามทั้งหมดที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ใช้สถิติ ดังนี้

เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดลองของประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่ได้รับการรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน จากกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการประสานงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ซึ่งแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวมาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอโครงสร้างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงาน ให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบโดยเน้นความสมัครใจในการร่วมโครงการ โดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอหยุดการให้ข้อมูล และสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย

การเพิ่มความน่าเชื่อถืองานวิจัย (Establishing Research Trustworthiness)

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์สามเส้า (Triangulation) และได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลาย ๆ แหล่ง เพื่อมีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมดอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและติดตามความก้าวหน้าอยู่เสมอ

นอกจากนี้ หลังการวิจัยระยะที่ 2 สิ้นสุดลง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในเวทีวิชาการระดับนานาชาติ ในการประชุม International conference on Health, Environmental, Food and Agricultural 2022 (ICHEFA 2022) 18-19 JUNE 2022 ที่เมือง Cameron Highland ประเทศมาเลเซีย โดยรูปแบบการนำเสนอเป็นแบบ Oral Presentation ในรูปแบบออนไลน์ (รายละเอียดใน

ภาคผนวก ค หน้าที่ 279) และได้ตีพิมพ์ผลการวิจัยในวารสารฐาน SCOPUS, Quartile 2 ชื่อวารสาร Journal of Positive School Psychology, Vol.6, No.6, 8729-8737. ของประเทศตุรเคีย (รายละเอียดในภาคผนวก ง หน้าที่ 280-289)

สรุปได้ว่า การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) มีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน (Cross-sectional Survey) แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มา สร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการประเมินผลรูปแบบ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ซึ่งได้นำเสนอผลการวิจัยในบทต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการวิเคราะห์ ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน ขอนำเสนอผลการศึกษา ประเด็นสำคัญที่พบ ดังนี้

ตาราง 2 แสดงข้อค้นพบสถานการณ์ความเครียด และสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ใน
ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....เครียดจากลูกหลาน พุดไม่เพราะใส่น้อยใจลูกหลาน เลี้ยงดูมาแต่เล็กแต่น้อย คิดมาก เป็นห่วงหลาน กลัวติดเพื่อน ติดยาเสพติด กลัวสังคมข้างนอก.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	เป็นห่วงลูกหลาน	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
<p>.....เลี้ยงหลาน มีภาระกับหลาน เลี้ยงหลานหลายคน ไม่ค่อยได้พักผ่อน เลี้ยงหลาน ห่วงหลาน เลี้ยงเองทุกคน ไปทำงานบางทีก็เอาไปด้วย.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	ภาระเลี้ยงหลาน	ภาระครอบครัว
<p>.....เครียดจากคนรอบข้าง สามีไม่ช่วยงานน้อยใจสามี งานเยอะ ทำงานบ้านเองทุกอย่าง สามีไม่ช่วยงาน เหนื่อย น้อยใจสามี คิดมาก เหนื่อยมาเหมือนกัน กลับเข้าบ้านมา ต้องทำงานเองทุกอย่าง.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	สามีไม่ช่วยงาน	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
<p>.....คู่สมรสเป็นพิการ เดินไม่สะดวก และเป็นไปตั้งแต่กำเนิด มีภาระต้องดูแลสามี เดินต้องใช้ไม้เท้าตลอด และสามีเป็นคนขี้หึง.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	ภาระดูแลคู่สมรส	ภาระครอบครัว
<p>.....สุขภาพไม่ค่อยดี ขาไม่ค่อยมีแรง เดินไกลไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าตลอด ไม่มีไม้เท้าเดินไม่ได้ ขาแขนขา.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	สุขภาพไม่ดี	ปัญหาสุขภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....คิดมาก กลัวลูกหลานไม่รัก ลูกอยู่ไกล คิดถึงลูก คิดมากก็จะมีอาการปวดหัว..... (ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	กลัวลูกหลานไม่รัก	ความวิตกกังวล
.....เครียดเรื่องเงิน เงินไม่พอใช้ ของก็ขึ้น ราคา เงินเท่าเดิม ของแพง ค่าใช้จ่ายไม่ เพียงพอ รายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุอย่างเดียว ไม่มีรายได้的其他..... (ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	เงินไม่พอใช้	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทาง เศรษฐกิจและสังคม
.....ลูกชอบกินเหล้า กินเหล้ามาแล้วชอบ พูดจาไม่เข้าหู พูดไม่ถูกหู ลูกสะใภ้ ก็ชอบ พูดจาไม่เข้าหู เครียดจากญาติพี่น้อง จากคน รอบข้าง เวลาเครียดก็จะแอบร้องไห้ ระบาย โดยการร้องไห้..... (ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	คนรอบข้างไม่เข้าใจ	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....เครียดให้หลาน หลานไม่ฟัง คือ ทุกวันนี้ เลี้ยงหลาน หลานวัยกำลังซน พูดไม่ฟัง เป็น ห่วงหลาน หลานพูดไม่ตีไต่ก็จะน้อยใจหลาน ความดันขึ้น..... (ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ภาระเลี้ยงหลาน	ภาระครอบครัว
.....เครียดจากหลาน ดูแลหลานที่เป็นออทิ สติก มีภาระต้องดูแลหลาน เกี่ยวกับการ สื่อสารกับหลาน สุขภาพก็ไม่ค่อยดี..... (ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ภาระเลี้ยงหลาน	ภาระครอบครัว

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....เจ็บปวดตามร่างกาย แข็งขาไม่ดี ปวดเข่า เจ็บหัวเข่า เป็นเส้นเลือดขอด และชอบเป็น ตะคริว ลูกหลานจะห้ามไม่ให้ลงน้ำกลัวเป็น ตะคริว.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>ปวดเข่า ปวดตาม ร่างกาย</p>	<p>ปัญหาสุขภาพ</p>
<p>.....เงินทองไม่พอใช้ ไหนค่าจะค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าใช้จ่ายประจำวัน เงินที่มีก็จะเก็บเอาไว้ให้ หลาน ข้าวของก็แพง ทุกวันนี้อยู่บ้านไม่มี รายรับอย่างอื่น ได้แค่เบี้ยผู้สูงอายุอย่าง เดียว.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>เงินไม่พอใช้จ่าย</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทาง เศรษฐกิจและสังคม</p>
<p>.....เครียดบ่อย อยากดูแลหลาน อยาก ทำอาหารให้หลานทาน แต่หลานอยากทำเอง ยายอยากทำให้ น้อยใจหลาน....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>ช่องว่างระหว่างวัย</p>	<p>ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว</p>
<p>.....เครียดไม่บ่อย อยู่กับความชิน เลี้ยงหลาน อยู่กับหลาน อุ้มหลาน เจ็บป่วยจากการเลี้ยง หลาน อายุมากแล้ว.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>เจ็บป่วยจากการเลี้ยง หลาน</p>	<p>ปัญหาสุขภาพ</p>
<p>.....เป็นบางครั้ง ที่ทำงานเหนื่อย คนรอบข้าง ไม่เข้าใจ สามิไม่เข้าใจ บางทีอยากออกไป พบปะเพื่อนฝูงคลายเครียด สามิห่วง ไม่ค่อย อยากให้ออกนอกบ้าน บางทีก็แอบหนีสามิ เทียวบ้าง ถ้าสามิพูดไม่ถูกใจ จะเครียดทันที ยายเป็นคนอารมณ์เครียด สามิพูดเสียงดัง ยายจะเครียด.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>คนในครอบครัวไม่เข้าใจ</p>	<p>ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....เครียดบ่อย สามีพูดไม่รู้เรื่อง เงินก็ไม่พอใช้ ไม่มีเงินก็กินเท่าที่มี กินน้ำพริก สามีไม่เคยเอาเงินให้ อยู่แบบประหยัดเอา ก่อนหน้านี้จะเครียดบ่อยจากปัญหาครอบครัว ลูกเอาารถไปชนคน ต้องจำใจขายที่นาที่มีอยู่เอาเงินให้ลูกนอนร้องให้ทุกวัน นอนไม่หลับ ซึมไป ไม่อยากทำอะไร ไม่ทำอาหาร ไม่ทำอะไร นอนเหมือนนอนหมอนมูเรียน จิตตกไปครั้งหนึ่ง.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>เหตุการณ์บางเหตุการณ์ สร้างบาดแผลทางจิตใจ</p>	<p>ความเป็อน่ายชีวิต</p>
<p>.....เครียดเป็นบางครั้ง เงินไม่พอใช้ ของแพง ค่าใช้จ่ายเยอะ ติดหนี้ร้านค้า เอาของมาใช้ก่อนแล้วไปจ่ายที่หลังตอนมีเงิน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>เงินไม่พอใช้</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม</p>
<p>.....เครียดเป็นบางครั้ง สุขภาพก็ไม่ดี ปวดหัว เข้า เดินต้องใช้ไม้เท้า ปวดหลัง สมัยก่อนทำงานหนัก ตอนนี้อยู่บ้าน ทำงานหนักไม่ได้แล้ว กำลังไม่มี อยากทำงานอดิเรก.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากทำงานอดิเรก</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....เครียดบ่อย เครียดโรคประจำตัว คิดมาก เครียดกับตัวเอง เป็นโรคเยอะ กินยาเยอะ ตอนป่วย นอนรักษาตัวอยู่บ้าน รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนโลกทั้งโลกนี้อยู่ตามลำพัง ข้าวปลาไม่กิน สั่งเสียคนในครอบครัวไว้ ถ้าตายให้เอาไปไว้วัด.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>โรครุมเร้า ทำให้คิดมาก</p>	<p>ความอ้างว้างโดดเดี่ยว</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....เป็นบางครั้ง เวลาเครียดชอบปวดหัว มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ผ่าตัดหัวเข่า กินยาเป็นปี ลูกนั่งลำบาก เดินลำบาก แก่ตัวแล้ว.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	เดินลำบาก	การเคลื่อนไหว
<p>.....เครียดไม่บ่อย เป็นบางครั้ง ส่วนมากก็เครียดมาจากหลาน เลี้ยงหลานเป็นส่วนใหญ่.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	เลี้ยงหลาน	ภาระครอบครัว
<p>.....เครียดบ่อย มีปัญหาสุขภาพทั้งครอบครัว ตอนนี้อยู่บ้านกับหลาน 2 คน ไปผ่าตัด รู้สึกอยู่ตามลำพัง เหงา บางทีก็คิดมาก.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	รู้สึกอยู่ตามลำพัง	ความอ้างว้างโดดเดี่ยว
<p>.....เมวหัว เป็นบ่อย ปกติเป็นคนอารมณ์ร้อน มีคนพูดไม่เข้าหูนิดๆ หน่อยๆ ก็เครียดไม่ได้ตั้งใจ ทุกวันนี้ก็จะดูทีวี ฟังวิทยุส่วนใหญ่ โทรศัพทก็ไม่ใช้ ใช้ไม่เป็น มีแต่ใช้ไม่เป็น.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น	การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี
<p>.....เครียดไม่ค่อยบ่อย แต่มีเรื่อย ๆ หลานพูดเสียงดังใส่ พูดไม่เพราะใส่ คิดมาก นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าตื่นกลางคืนจะหลับอีกทีตอนใกล้สว่าง.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	นอนไม่หลับ	การนอนหลับ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....เวลาเครียดจะใช้น้ำคววนเบาๆที่ขมับ ให้หายเครียด ออกมาเจอเพื่อนฝูง มาพูดคุย พบเจอเพื่อนก็จะรู้สึกดีขึ้น คลายเครียด..... (ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ความสัมพันธ์ที่ระหว่าง ผู้คน ทำให้คลายเครียด	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
.....แอ้วหาเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เวลาไม่สบายใจก็ออกมาพบเจอกัน พูดคุยกัน ซุ่มกัน มีอะไรก็แบ่งปันกันกิน..... (ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ความสัมพันธ์ที่ดีต่อ เพื่อนบ้าน	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
.....เปิดเพลงฟัง ออกไปคลายเครียดกับกีฬา เล่นเปตองกับเพื่อน มันก็จะคลายเครียด ได้..... (ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	เล่นกีฬาคลายเครียด	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
.....เปิดเพลง ฟังเพลง ร้องเพลง เปิดฟังเพลง ที่ชอบ เพลงมะเก่าสมัยก่อน จะทำให้อารมณ์ ดีขึ้น..... (ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	เปิดวิทยุฟังเพลง	การเปลี่ยนแปลงทางด้าน เทคโนโลยี
.....ไปแอ้ว เจอเพื่อนฝูง ฟังเพลงมะเก่าทำให้ หายเครียด..... (ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	พบปะเพื่อน ๆ	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
.....มาซุ่มกัน พูดคุยกับเพื่อนฝูง เจอกันบ่อย พูดคุยกันไป ไทรหาลูก ไทรศัพท์เป็นรุ่นเก่า แบบกด หลานสอนให้กด ไทรศัพท์รุ่นใหม่ไม่มี ใช้ไม่เป็น ไทรหาลูกคุยกับลูกก็จะดีขึ้น..... (ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ใช้โทรศัพท์รุ่นเก่า รุ่นใหม่ใช้ไม่เป็น	การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....ทำใจ ปฏิบัติธรรม ช่วยให้จิตใจสงบ แอ้วหาเพื่อนบ้าน พุดคุย ไปเที่ยวหาญาติพี่น้องที่ตำบลอื่นบ้าง..... (ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ปฏิบัติธรรม	ศาสนา
.....ชอบงานกิจกรรม อยากพบปะสังสรรค์เพื่อนฝูง อยากให้มีการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ เยอะๆ เวลาไปงานข้างนอกจะรู้สึกสนุกดี..... (ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....นั่งอยู่คนเดียว ให้อภัยตัวเอง ไม่คิดอะไร นั่งเจิบๆ ปล่อยให้หายเอง..... (ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ปล่อยให้หายเอง	การจัดการอารมณ์
.....ออกกำลังกาย ออกมาเจอเพื่อนฝูง ก็สบายใจขึ้น ได้พุดคุยเดี๋ยวก็นั่งก็หายไปเอง..... (ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ออกกำลังกาย พุดคุยกับเพื่อนๆ ทำให้รู้สึกสบายใจ	สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
.....ชอบฟังวิทยุ ชอบฟังซอ เพลงมะเก๋า เพลงลูกทุ่งเก่าๆ นอนเปล จะรู้สึกผ่อนคลาย เปิดจากโทรศัพท์ที่ไม่เป็น ถ้าเปิดเป็นก็คงดี..... (ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ฟังวิทยุ	การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี
.....ออกไปชุมนุมฯ สังสรรค์พบปะเพื่อนฝูง ออกไปเจอคนนั้นคนนี้ทำให้ไม่เหงา ไม่คิดมาก ผ่อนคลายอารมณ์ได้ดี เวลาเครียดปวดหัวก็จะใช้สมุนไพรต้มกิน ฟังเอาว่าตัวไหนดีก็เอามากิน ไม่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร คิดเอาเองว่าต้องกินแบบไหน..... (ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	ความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....ถ้าเจอเหตุการณ์แบบเดิมก็จะทำใจเอา เอาเงินให้ไปซื้อกินที่โรงเรียน อยากกินอะไรก็ กิน..... (ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	แก้ปัญหาด้วยการให้เงิน หลาน	ภาวะครอบครัว
.....อยู่นิ่งๆ ไม่ได้ตอบ ถ้าพูดมากจะยาว เลือก ที่จะอยู่นิ่งๆ ปล่อยให้ผ่านไป..... (ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อยู่นิ่งๆ	การจัดการอารมณ์
.....เจียบไม่อยากพูดมาก อยากให้จบ บอก กับตัวเอง ปลงซะ ถ้าพูดแล้วมันจะยาว..... (ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ปลง	การจัดการอารมณ์
.....ถ้าเจอสถานการณ์แบบเดิม ก็จะบอก กล่าว ว่าแบบนี้ไม่ตื่นะ อธิบายเหตุผล ค่อยปรับ ความเข้าใจกัน คนอยู่ด้วยกันทุกวัน..... (ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ค่อยปรับความเข้าใจกัน	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....ยืมเงินญาติ รอเงินผู้สูงอายุถึงจะเอาไป แทนได้ มีปัญหาเรื่องอาหารการกินในแต่ละ มื้อ ค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ พริก เกลือ อาหาร ทุกอย่างอยู่ใน 600 บาท..... (ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	แก้ปัญหาโดยการยืมเงิน	การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เศรษฐกิจและสังคม
.....คิดถึงลูกหลาน ก็โทรหาลูก ให้หาคิดถึง แต่โทรศัพท์เป็นแบบกดรุ่นเก่า โทรศัพท์รุ่น ใหม่ใช้ไม่เป็น อยากใช้เป็นจะได้โทรแบบเห็น หน้าลูก ลูกอยู่ไกล..... (ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ใช้โทรศัพท์รุ่นใหม่ไม่เป็น	การเปลี่ยนแปลงทางด้าน เทคโนโลยี

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....ทำใจ คิดได้ ตอนแรกก็มีจิตตก ตอนหลัง คิดได้ว่าคิดไปก็เท่านั้น..... (ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ทำใจ	การจัดการอารมณ์
.....ส่วนใหญ่จะเจ็บ ไม่อยากมีเรื่อง แต่ บ่อยครั้งก็แอบร้องไห้คนเดียว รู้สึกโดดเดี่ยว อยากให้มีคนมาดูแลเอาใจใส่..... (ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อยากมีคนดูแลเอาใจใส่	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ถ้าเจอเหตุการณ์เดิม ๆ ก็จะสั่งสอน ว่าทำแบบนี้ไม่ดี สอนหลาน แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ ค่อยฟังหรอก ถ้าพูดเคาก็จะเดินหนี..... (ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อบรมสั่งสอน	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....อดทนเอา จำเป็น ยังไงก็ต้องดูแลต้องอยู่ ด้วยกัน อดทนเอา..... (ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อดทน	การจัดการอารมณ์
.....ปวดแสบปวดตา เป็นธรรมดาของคนแก่ บอกลูกหลานอย่าอินไหนดีให้หามาให้กินหน่อย ฟังวิทยุ ดูทีวี เขาว่าดี กินแล้วหายจากโรค แสบแสบไหนก็ซื้อ อยากหายปวด..... (ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	เชื่อโฆษณาชวนเชื่อ	ความรู้ด้านสุขภาพ
.....สั่งสอนเอา ตอนแรกๆ ก็ฟังคำดี หลังๆ มาก็เป็นเหมือนเดิม ทำใจ รักหลาน ปวดหัว บ่อยก็จะเอายามาต้มกิน ฟังวิทยุเขาว่าดี ก็ไป หามาต้มกิน กินก็ดีแต่ ปวดหัวลดลง ใช้ตาม ความเชื่อของคนสมัยก่อนว่าให้ใช้สมุนไพรที่ ใบๆ ก็เอามากินตามนั้น ไม่รู้ว่ายังงั้นเหมือนกัน กินตามเขา.....	เชื่อโฆษณาตามสื่อต่างๆ	ความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
(ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)		
.....ครอบครัวดูแลดี อยู่กัน 5 คน ก็ดูแลกันดี เอาใจใส่ดีอยู่.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	การเอาใจใส่ดูแล	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....ไม่มีคนดูแล ตอนนี้อยู่สองคนกับหลาน ยายต้องดูแลหลาน ลูกหลานก็อยู่ไกล ไม่มีใครมาดูแล.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่มีคนดูแล	ความอ้างว้างโดดเดี่ยว
.....ไม่มีคนดูแล ต่างคนต่างอยู่ แต่บางทีก็ต้ออยู่ พุดดีด้วยเวลาอยากได้อะไร.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ต่างคนต่างอยู่	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....มีคนดูแลอยู่ ตอนนี้อยู่คนเดียว ก่อนนี้อยู่กันสองคนกับตา ส่วนใหญ่ยายจะเป็นคนดูแลตา ตาไม่ได้ดูแลอะไร.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	มีคนดูแล	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....ไม่ได้ช่วยอะไร ส่วนใหญ่ก็อยู่ตามธรรมดา ต่างคนต่างทำงาน ไม่ได้ดูแลอะไร ใช้ชีวิตเป็นปกติ.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	วิถีชีวิตเป็นปกติธรรมดา	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
.....ครอบครัวดูแลดี ลูกหลานดูแลดี โทรศัพท์ก็หลานสอนใช้ มีโทรศัพท์ส่วนตัวแต่เป็นรุ่นเก่า เอาไว้ใช้โทรหาลูก กดโทรหาลูก.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	การดูแลของคนในครอบครัว	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....คนในครอบครัวดูแลดี ไม่มีอะไร อยู่กันสี่คน มีอะไรก็กินกันไป ดูแลกันไป.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	คนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ดี	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
<p>.....ไม่มี ดูแลเป็นบางครั้ง อยู่คนเดียว ลูกหลานอยู่อีกหลังหนึ่ง ทำอาหารกินเองส่วนใหญ่ บางทีก็มีลูกหลานเอามาให้นอนคนเดียว กลางคืนก็จะนอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกเหงา.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	รู้สึกอยู่ตามลำพัง	ความอ้างว้างโดดเดี่ยว
<p>.....ดูแลดี ลูกดูแลดี ช่วยเหลือดีเวลาทำอะไร ลูกก็พาไป ดูแลดี.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
<p>.....ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง อยู่บ้านตามลำพังกับหลาน บางทีก็เหงา คิดมากอยู่เหมือนกัน แต่ก็มีความสุขที่ได้กลับบ้าน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	อยู่บ้านตามลำพัง	ความอ้างว้างโดดเดี่ยว
<p>.....ครอบครัวดูแลดี อยู่กันห้าคน รู้สึกไม่เหงา อยู่กันเยอะ ลูกๆ ก็ดูแลดี เวลาเจ็บเป็นป่วยใช้ก็มีลูกหลานพาไปหาหมอ.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	มีคนพาไปหาหมอ	ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....ไม่มีคนดูแล เลี้ยงหลาน 4 คน ดูแลตัวใครตัวมัน มีน้องพิการสมอง น้องก็ชอบตีแม่ เหล้า กลับเข้าบ้านมาก็จะชอบโวยวาย ทำให้เครียด นอนไม่ค่อยหลับ ทุกวันนี้มีแต่เงินผู้สูงอายุ ต้องเลี้ยงดูหลายคนในครอบครัว..... (ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ดูแลหลานหลายคน	ภาวะครอบครัว
.....ชุมชนที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เขาจัดก็มันดี ชอบ ชอบสนุก เต็มทั้งวัน สนุกดี ได้หัวเราะ ได้ออกกำลัง..... (ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	มีการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ไม่มีคนมาเยี่ยม เคยได้ผ้าห่ม 1 ครั้ง อบอุ่นสบาย อบอุ่นไม่เห็นเคยได้อะไร..... (ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่มีคนมาเยี่ยม	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ไม่มี ชุมชนไม่มีมาช่วย ไม่เคยได้อะไรเลย และไม่มีเจ้าหน้าที่จากไหนมาเยี่ยม เราก็ออยู่ของเราไป จะมีก็แต่กีฬาผู้สูงอายุ อันนี้ดี ชอบได้เจอเพื่อนฝูงที่ไม่ได้เจอกันนาน ชอบๆ..... (ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	มีกีฬาผู้สูงอายุ	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ไม่ได้รับการช่วยเหลือใดจากชุมชน ไม่มีหน่วยงานไหนมาช่วยเหลือ อยู่ใครอยู่มัน รู้สึกห่างจากการช่วยเหลือ ไม่เคยได้อะไร..... (ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน	แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
.....ไม่เห็นมีของมามอบให้ผู้สูงอายุ ไม่ได้ กำลังใจจากใคร ไม่มีหน่วยงานไหนเข้ามาดูแล ผู้สูงอายุ มีแต่การจัดกีฬาผู้สูงอายุอย่างเดียว อบต. จัด และเข้ามาช่วยผู้สูงอายุ (ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่มีหน่วยงานไหนเข้ามา ดูแลความรู้สึก	แรงสนับสนุนทางสังคม
...ไม่มีหน่วยงานมาดูแล ดูแลไม่ถึง ไม่ได้รับ ของอะไร เขาให้แต่คนพิการ ก็อยู่ไปอย่างนี้..... (ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ดูแลไม่ถึงถึง	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ไม่มีใครเข้ามาถาม อะไร ก่อนหน้านี้ที่เคยมีน้ำท่วมใหญ่ ทำให้ การเกษตรเสียหาย ไร่ที่เลี้ยงไว้ลอยน้ำหายไป หมด เป็นเหตุสุดวิสัย อันนี้ไม่เครียด มัน เป็นไปแล้ว ก็ไม่เห็นมีใครมาช่วย..... (ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	ไม่ได้รับการช่วยเหลือ	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ชุมชนไม่ได้ช่วยอะไร จะมีแต่กิจกรรมกีฬา ของผู้สูงอายุ ได้ออกไปร่วมงานก็จะ เพลิดเพลินดี เล่นไม่ได้ก็ไปนั่งดูเค้าแข่ง..... (ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	กีฬาทำให้เพลิดเพลินดี	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....ไม่เคยได้กำลังใจ หรือสิ่งของจาก หน่วยงานไหน ไม่เห็นมีใครเข้ามาช่วยเหลือ มี แต่มาช่วยขึ้นทะเบียนข้าว ได้อย่างเดียวนี้ ละ..... (ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	มีคนมาช่วยขึ้นทะเบียน ข้าว	แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....มีกิจกรรมผู้สูงอายุ เห็นบางคนก็ไป บางคนก็ไม่ไป ได้พบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน ม่วนดี คลายเครียดได้ดี.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>มีการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนอยู่บ้าง เคยได้ผ้าห่ม ไปรับเอาที่บ้านป่าตอง เป็นของข้างส่วนเจ้าหน้าที่ไม่มีใครเข้ามาถามไถ่อะไรเลย.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>มีการแจกผ้าห่ม</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....ได้รับการช่วยเหลืออยู่ มีหน่วยงานเข้ามาให้การช่วยเหลือ มีแจกเสื้อผ้า ผลไม้ มีชุดเย็บม เวียนให้ มีคนเข้ามาดูอยู่ เพื่อนบ้านก็ดี มีอะไรก็แบ่งปันกัน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการ</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....อยากให้ชุมชนมีกิจกรรมเยอะๆ อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาดูแล มาแนะนำ อยากพบปะผู้คน ทักทายกัน ยิ้มแย้มแจ่มใส อยากให้มีคนแนะนำผู้สูงอายุ.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A01 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากให้ชุมชนมีกิจกรรม</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....ช่วยเหลือตัวเองทุกด้าน อยากให้มีหน่วยงานเข้ามาจูนใจผู้สูงอายุ การอยู่การกิน รู้สึกไม่มีหลักประกันในชีวิต กลัวไม่มีรายได้ รายจ่ายเท่าเดิม อายุมากแล้ว ถ้าไปไม่ได้ ไม่รู้จะเอาค่าใช้จ่ายจากไหน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A02 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>ไม่มีหลักประกันในชีวิต</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....อยากให้มีคนมาดูแล การประชุม ได้เข้าร่วมเป็นบางครั้ง ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ ให้แบ่งกันแพ้ชนะก็จะดี แข่งเพื่อออกกำลังกาย ไม่ได้แข่งเพื่อเอาชนะ ให้มีน้ำใจนักกีฬาให้กัน รู้แพ้ รู้ชนะ รู้อภัย ไม่มีใครมาแนะนำผู้สูงอายุบางคนแข่งจริงจัง แทนที่จะผ่อนคลาย มาสนุก กลับเครียด แทน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A03 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาแนะนำการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....อยากให้เจ้าหน้าที่มาดูแล บางทีก็รู้สึกกลัว ในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง อายุมากแล้ว อยากให้หน่วยงานมาสนใจ มาทำนี่นั่นกับผู้สูงอายุ มาทำกิจกรรมอะไรก็ได้ เพื่อให้ได้พบปะสังสรรค์ เพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A04 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ มาทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....อยากให้มาช่วยเหลือ อยากให้เข้ามาทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมากิจกรรมผู้สูงอายุน้อย อยากให้มีเยอะๆ ที่ผ่านมาของแจกไม่ทั่วถึง ของไม่ถึงคนจน คนจนจริงๆ ไม่ได้รับของ อยากได้ของออกกำลังกายของหมู่บ้าน ได้ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เพลิดเพลินดี.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A05 สัมภาษณ์เมื่อ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากได้ของออกกำลังกาย</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
<p>.....อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ บ้าง อยากให้จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ บ่อยๆ ความสุขของคนแก่ก็มีเท่านี้แหละ ได้พบปะสังสรรค์เพื่อนๆ ทำกิจกรรมร่วมกัน มันผ่อนคลายหลายอย่าง.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A06 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>การพบปะสังสรรค์ทำให้ผ่อนคลาย</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....อยากได้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน อยากมีเงินเยอะๆ อยากให้มีหน่วยงานมาช่วย อยากได้อุปกรณ์กีฬาชุดใหม่ให้ผู้สูงอายุ ชุดเล่นเปตอง 1 ชุดจะมี 6 แก่น อยากได้ไฟกิ่งไว้หน้าบ้าน มันมีดี อยากใช้มือถือแบบใหม่ ใช้ไม่เป็น อยากใช้เป็น จะได้ดูข่าว รับข้อมูลข่าวสาร จะได้ฟังเพลงที่ชอบด้วย คงคลายเครียดได้ดี.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A07 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากก้าวหน้าเทคโนโลยี</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี</p>
<p>.....อยากให้เจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำ อยากให้เศรษฐกิจดี ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ของแพง อยากให้มีหน่วยงานเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ เล็กๆน้อยๆ.....</p> <p>(ผู้ให้ข้อมูล A08 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)</p>	<p>อยากให้เจ้าหน้าที่มาให้คำแนะนำ</p>	<p>แรงสนับสนุนทางสังคม</p>
<p>.....ก็หาผู้สูงอายุ อยากให้เพิ่มเงินรางวัลให้ผู้สูงอายุ จะได้มีแรงจูงใจให้ร่วมงาน อยากให้มีรางวัลหลายอย่าง อยากให้เจ้าหน้าที่มาดูแลใกล้ชิด เดียวนี้คนเล่นกีฬาน้อยลง ผู้สูงอายุเล่นน้อยลง ไม่มีอะไรจูงใจให้ร่วมงาน งานผู้สูงอายุ อยากให้จัดให้สนุกสนานเพิ่มขึ้น มีเงินรางวัล มีการละเล่น สิ้นน้ำใจเล็กๆน้อยๆ ให้ผู้สูงอายุ เพิ่มความสนุกสนาน อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาดูแลจิตใจผู้สูงอายุ.....</p>		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลดิบ	ข้อค้นพบ	ประเด็น
(ผู้ให้ข้อมูล A09 สัมภาษณ์เมื่อ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อยากให้สร้างแรงจูงใจ ผู้สูงอายุในการร่วมกีฬา	ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม
.....มีงานที่ถึงได้เจอกัน ไม่ได้เจอกันบ่อย สมองก็ไม่ค่อยดีแล้ว เจอเพื่อนฝูงแล้วรู้สึกดี ได้พูดคุยกันตามประสา อยากให้เจ้าหน้าที่มา ดูแลผู้สูงอายุ มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรม.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A10 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	การรวมกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกดี	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....อยากได้ความสุขใจ สบายใจ อยากให้ ความเป็นอยู่ดีกว่านี้ เพื่อนบ้านก็อยู่กับแบบที่ น้อง พี่พาค่าด้วยกัน อยากให้จัดกิจกรรมกีฬา ผู้สูงอายุ อยากออกกำลังกาย อยากได้ชุดเบตอง ใหม่ เอาไว้ออกกำลังกายกับเพื่อนๆ อยากให้ เข้ามาทำกิจกรรมคล้ายเครียดให้ผู้สูงอายุ เยอะๆ.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A11 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อยากทำกิจกรรมคล้าย เครียด	แรงสนับสนุนทางสังคม
.....อยากให้หมอมานั่งคร่ำงกายเป็นระยะ อยากให้มาเยี่ยม ปกติจะมี อสม. มาวัดความ ดัน เดือนละครั้ง บางทีก็ไม่สะดวกเดินทางไป ไหนมาไหน อยากให้หมอมาดูแล อยากได้ กำลังใจ อยากให้มีกิจกรรมผู้สูงอายุ อยากให้ เจ้าหน้าที่มาดูแลด้านจิตใจ.....		
(ผู้ให้ข้อมูล A12 สัมภาษณ์เมื่อ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)	อยากให้หมอมานั่ง ร่างกายเป็นระยะ	การเข้าถึงระบบบริการ

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ได้จากระยะที่ 1 มาเทียบเคียงกับตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนนำไปสร้างแบบสอบถามเก็บข้อมูลพบความเหมือนและความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของปัจจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม

ข้อมูลเชิงคุณภาพ	ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบ	
	การทบทวนวรรณกรรม	เหมือน	แตกต่าง
1. ปัจจัยส่วนบุคคล	1. ปัจจัยส่วนบุคคล	√	-
2. ปัจจัยด้านร่างกาย	2. ปัจจัยด้านร่างกาย	√	-
3. ปัจจัยด้านจิตใจ	3. ปัจจัยด้านจิตใจ	√	-
4. ปัจจัยด้านครอบครัว	4. ปัจจัยด้านครอบครัว	√	-
5. ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม	5. ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม	√	-
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	6. -	-	√

จากตาราง 3 พบว่า มีตัวแปรจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนทั้งหมด 5 ตัวแปร ตัวแปรที่เหมือนจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ค้นพบใหม่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษา ในระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร
(n = 334)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	148	44.3
หญิง	186	55.7
ระดับอายุ		
60 - 69	183	54.8
70 - 79	109	32.6
80 -89	40	12
90 ปี ขึ้นไป	2	0.6
\bar{x} =70.26, Max = 91, Min = 60, S.D= 6.85		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	3.9
สมรส	220	65.9
หม้าย	86	25.7
หย่าร้าง	12	3.6
แยกกันอยู่	3	0.9
ศาสนา		
พุทธ	325	97.3
คริสต์	8	2.4
อิสลาม	1	0.3
วัฒนธรรมความเชื่อ		
นับถือผี/สิ่งเหนือธรรมชาติ	171	51.2
ไม่นับถือสิ่งใด	66	19.8
นับถือความเชื่อตามชาติพันธุ์อื่นๆ	97	29.0

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	25	7.4
อยู่กับคู่สมรส	184	55.1
อยู่กับลูกหลาน	121	36.3
อื่นๆ	4	1.2
การศึกษา		
ไม่เคยเรียน	28	8.4
ประถมศึกษา	262	78.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	6.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	4.5
ปวส./อนุปริญญา	2	0.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	2.1
อาชีพหลัก		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ(เกษียณ)	7	2.1
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	3	0.9
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	3.0
เกษตรกร	135	40.4
รับจ้างทั่วไป	35	10.5
ว่าง/ไม่มีงานทำ	144	43.1
รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)		
รายได้ไม่เกิน 1000 บาท	86	25.7
รายได้ 1001 – 2000 บาท	62	18.6
รายได้ 2001- 3000 บาท	27	8.1
รายได้ 3001- 4000 บาท	17	5.1
รายได้ 4001- 5000 บาท	3	0.9
รายได้มากกว่า 5001 บาท	17	5.1

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เบี่ยงผู้สูงอายุ	122	36.5
$\bar{x} = 1409.28$, S.D.= 1402.84, Max = 8,000, Min= 600		
ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้สูงอายุ		
ไม่เกิน 50 บาท	103	30.8
100 บาทขึ้นไป	185	55.4
200 บาทขึ้นไป	27	8.1
300 บาทขึ้นไป	19	5.7
สิทธิการรักษา		
สิทธิบัตรทอง	291	87.1
สิทธิประกันสังคม	3	0.9
สิทธิข้าราชการท้องถิ่น	3	0.9
สิทธิข้าราชการ	37	11.1
การเข้าถึงระบบบริการ		
รพ.สต.	282	84.4
โรงพยาบาลชุมชน	44	13.2
โรงพยาบาลศูนย์	8	2.4
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	230	68.9
อสม.	79	23.7
ใบแจ้งจากส่วนราชการ	25	7.4
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	64	19.2
ความดันโลหิตสูง	111	33.2
หัวใจและหลอดเลือด	2	0.6
ไขมันในเลือดสูง	7	2.1
ภูมิแพ้	5	1.5
ความเครียด	5	1.5

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็ง	4	1.2
โรคอื่นๆ	9	2.7
ไม่มีโรค	127	38.0
พฤติกรรมสุขภาพ		
กิจกรรมทางกาย		
ไม่มีกิจกรรมทางกาย	121	36.2
มีอย่างน้อยวันละ 30 นาที	160	47.9
มีมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์	53	15.9
การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มไม่ถึง 8 แก้ว	23	6.9
ดื่มได้ 8 แก้ว 3-4 วัน/สัปดาห์	158	47.3
ดื่มได้ 8 แก้วทุกวัน	153	45.8
การกินผัก/ผลไม้สด		
ไม่กิน	13	3.9
กินเป็นบางวัน	214	64.1
กินทุกวัน	107	32
พฤติกรรมเสี่ยง		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	285	85.3
เคยสูบ	37	11.1
ยังสูบนจนถึงปัจจุบัน	12	3.6
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	224	67.1
ดื่มเป็นบางครั้ง	105	31.4
ดื่มเป็นประจำ	5	1.5

จากตาราง 4 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 54.8 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 65.9 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ศาสนา นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.3 รองลงมา นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ วัฒนธรรมความเชื่อ ส่วนใหญ่นับถือผี/สิ่งเหนือธรรมชาติ ร้อยละ 51.2 รองลงมา ไม่นับถือสิ่งใด ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัว อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 55.1 รองลงมา อยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 36.3 ตามลำดับ การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 รองลงมา ไม่เคยเรียน ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ อาชีพหลัก ว่าง/ไม่มีงานทำ ร้อยละ 43.1 รองลงมา เป็นเกษตรกร ร้อยละ 40.4 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.5 รองลงมา รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท ร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้สูงอายุ 100 บาทขึ้นไป ร้อยละ 55.4 รองลงมา ไม่เกิน 50 บาท ร้อยละ 30.8 สิทธิการรักษา เป็นบัตรทอง ร้อยละ 87.1 รองลงมา เป็นสิทธิ์ข้าราชการ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ การเข้าถึงระบบบริการ เข้าถึงระบบบริการ รพ.สต. ร้อยละ 84.4 รองลงมา เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 13.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 68.9 รองลงมา ได้รับข่าวสารจาก อ.ส.ม. ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ โรคประจำตัว ไม่มีโรค ร้อยละ 38.0 รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.2 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 19.2 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 47.9 รองลงมา ไม่มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 36.2 ตามลำดับ การดื่มน้ำ ดื่มได้ 8 แก้ว 3-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 47.3 รองลงมา ดื่มได้ 8 แก้วทุกวัน ร้อยละ 45.8 ตามลำดับ การกินผัก/ผลไม้สด กินเป็นบางวัน ร้อยละ 64.1 รองลงมา กินทุกวัน ร้อยละ 32 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ร้อยละ 85.3 รองลงมา เคยสูบ ร้อยละ 11.1 การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ร้อยละ 67.1 รองลงมา ดื่มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.4 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม แบบวัดความเครียด SPST-20

ตาราง 5 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านร่างกาย จำแนกรายข้อ (n = 334)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านร่างกาย (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายมากน้อยเพียงใด	6.6	15.6	44.0	19.5	14.4

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านร่างกาย (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2. ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มากน้อยเพียงใด	23.7	36.8	31.4	6.6	1.5
3. ท่านพักผ่อนเพียงพอหรือไม่	27.2	47.3	23.1	1.2	1.2
4. ท่านมีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากน้อยเพียงใด	6.3	12.3	44.0	24.9	12.6
5. ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพมากหรือไม่	4.2	15.0	50.6	19.8	10.5
6. ปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของท่านหรือไม่	6.0	14.1	42.2	25.1	12.6
7. ท่านมีความเครียดหรือกังวลใจจากปัญหาด้านสุขภาพของท่านหรือไม่	3.9	9.3	34.7	32.3	19.8

จากตาราง 5 พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.0 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 19.5 ตามลำดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.8 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.4 ตามลำดับ การพักผ่อนเพียงพอ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.3 รองลงมา มากที่สุด ร้อยละ 27.2 ตามลำดับ ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ปานกลาง ร้อยละ 44.0 รองลงมา ในระดับน้อย ร้อยละ 24.9 ตามลำดับ ปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.6 รองลงมา น้อย ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิต ปานกลาง ร้อยละ 42.2 รองลงมา น้อย ร้อยละ 25.1 ตามลำดับ ความเครียดหรือกังวลใจจากปัญหาสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.7 รองลงมา น้อย ร้อยละ 32.3 ตามลำดับ

ตาราง 7 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจ จำแนกรายข้อ (n = 334)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านจิตใจ (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีความวิตกกังวล ในการใช้ชีวิต มากน้อยเพียงใด	1.5	11.4	38.6	31.7	16.8
2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อ สภาพจิตใจของท่านมากน้อยเพียงใด	2.4	12.6	31.1	34.7	19.2
3. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต มากน้อย เพียงใด	0.6	4.2	23.7	38.0	33.5
4. ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มากน้อย เพียงใด	0.0	5.4	20.4	34.7	39.5
5. ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้ง บ่อยมากน้อย เพียงใด	0.3	3.6	12.6	31.7	51.8

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในการใช้ชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 รองลงมา น้อย ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจ อยู่ในระดับ น้อย ร้อยละ 34.7 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.1 ตามลำดับ รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต น้อย ร้อยละ 38.0 รองลงมา ปานกลาง ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว อยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมา น้อย ร้อยละ 34.7 ตามลำดับ รู้สึกถูกทอดทิ้ง อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ร้อยละ 51.8 รองลงมา ในระดับน้อย ร้อยละ 31.7 ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว จำแนกรายข้อ (n = 334)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะครอบครัว					
1. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้	17.7	27.2	39.5	9.3	6.3
2. ครอบครัวของท่านต้องดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	2.4	4.5	5.4	7.5	80.2
3. ครอบครัวของท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน	4.2	16.2	39.8	21.3	18.6
4. ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ	7.8	22.5	41.9	18.0	9.9
5. ครอบครัวของท่านมีเด็กเล็กที่ต้องดูแล	6.3	6.9	11.7	12.9	62.3
6. ครอบครัวของท่านเป็นหนี้	5.7	15.0	32.0	13.8	33.5
7. ครอบครัวของท่านมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง	60.8	20.7	12.6	2.4	3.6
8. ครอบครัวของท่านไม่มีแหล่งทำกิน	6.6	5.1	26.3	18.0	44.0
9. ท่านต้องหาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัว	11.7	15.6	21.9	15.9	35.0
ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว					
10. สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน เช่น สัมผัสให้กำลังใจ โทรศัพท์พูดคุย เป็นต้น	33.8	36.5	26.6	2.1	0.9

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน ซึ่งกันและกัน เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น	27.8	37.7	28.4	3.3	2.7
12. สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เป็นต้น	24.3	38.6	30.8	3.6	2.7
การยอมรับและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน					
13. สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยหรือมีการพูดคุยซึ่งกันและกัน	34.7	41.0	20.7	2.4	1.2
14. สมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเพศ อายุ การศึกษา หรืออาชีพใดสามารถยอมรับความคิดเห็น ของแต่ละคนซึ่งอาจแตกต่างกันได้	21.9	34.4	37.7	3.9	2.1
15. สมาชิกในครอบครัวเคารพความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน	24.9	43.1	29.0	2.1	0.9
ครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ					
16. สมาชิกในครอบครัวมีการพูดจาต่อกันได้ดี หรือใช้เหตุผล	23.7	44.0	30.2	1.5	0.6
17. สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสทั้งฟัง แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อกัน	12.9	43.1	35.3	7.8	0.9

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
18. สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความชื่นชมเวลาทำงานทำอะไรสำเร็จ และเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน	22.2	45.2	27.8	3.3	1.5
19. สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน	32.0	45.2	20.4	1.8	0.6
20. เมื่อประสบปัญหาสมาชิกในครอบครัวสามารถหาทางออกได้ (โดยไม่ทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว หรือ ททรัพย์สิน)	25.4	39.8	18.0	7.8	9.0
21. สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจเมื่อมีความขัดแย้งต่อกัน เช่น ละเลย เพิกเฉย ทอดทิ้ง เป็นต้น	2.1	4.2	16.5	20.7	56.6
22. สมาชิกในครอบครัว เชื่อใจหรือไว้วางใจ ที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่มีปัญหาหรือไม่สบายใจ ให้คนในครอบครัวฟัง	16.8	36.8	34.7	7.5	4.2
23. สมาชิกในครอบครัว ใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ชู่ ออกคำสั่ง เป็นต้น	1.5	3.0	6.6	22.2	66.8
ครอบครัวมีส่วนร่วมแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล ไม่ใช่ความรุนแรง					
24. สมาชิกในครอบครัวร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ร่วมกัน	22.5	42.5	30.8	2.4	1.8
25. สมาชิกในครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหา ข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล	19.2	46.1	25.4	7.2	2.1

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ปัจจัยด้านครอบครัว (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ครอบครัวทำบทบาทหน้าที่ของ					
ครอบครัวต่อสมาชิก (การปฏิบัติตนต่อสมาชิก)					
26. สมาชิกในครอบครัว มีการทำร้ายร่างกายกัน หรือกระทำการที่รุนแรงในลักษณะอื่นๆ เช่น การทำลายข้าวของ	1.5	2.7	3.3	12.9	79.6
27. สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม	22.8	47.3	28.4	1.2	0.3
28. ในครอบครัวมีการดูแลใส่ใจ ความปลอดภัยของสมาชิกทุกคน	33.8	49.1	15.9	0.6	0.6
29. ในครอบครัวมีการใช้คุณธรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต คือ ความซื่อสัตย์ ความขยันหมั่นเพียร ความพอเพียง ความมีวินัย และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	36.2	47.6	14.7	1.2	0.3
30. ในครอบครัวมีการปฏิบัติตน เป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น การเป็นคนดีของสังคม	41.0	40.7	16.2	2.1	0.0

จากตาราง 7 ปัจจัยด้านครอบครัว แยกย่อยข้อ พบว่า ด้านภาระครอบครัว มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 7 ครอบครัวของท่านมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 60.8 รองลงมา คือข้อ 1 ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้ ร้อยละ 17.7 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 1 ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้ ร้อยละ 27.2 รองลงมา คือ ข้อ 4 ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ ปานกลาง ได้แก่ ข้อ 4

ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ข้อ 3 ครอบครัวของท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน ร้อยละ 39.8 ตามลำดับ น้อย ได้แก่ ข้อ 3 ครอบครัวของท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน ร้อยละ 21.3 รองลงมาคือ ข้อ 4 ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ ร้อยละ 18.0 และข้อ 8 ครอบครัวของท่านไม่มีแหล่งทำกิน ร้อยละ 18.0 ในลำดับที่เท่ากัน น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 ครอบครัวของท่านต้องดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 80.2 รองลงมา คือ ข้อ 5 ครอบครัวของท่านมีเด็กเล็กที่ต้องดูแล ร้อยละ 62.3 ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว พบว่าสมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรักความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ในระดับมาก ร้อยละ 36.5 รองลงมา มากที่สุด ร้อยละ 33.8 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระงานบ้านซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่ มาก ร้อยละ 37.7 รองลงมา ปานกลาง ร้อยละ 28.4 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน ส่วนใหญ่ ในระดับมาก ร้อยละ 38.6 รองลงมา ปานกลาง ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ ด้านการยอมรับและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่ มาก ร้อยละ 41.0 รองลงมา มากที่สุด ร้อยละ 34.7 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัว ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.7 รองลงมา มาก ร้อยละ 34.4 ตามลำดับ สมาชิกครอบครัวเคารพความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน มาก ร้อยละ 43.1 รองลงมา ปานกลาง ร้อยละ 29.0 ตามลำดับ ด้านครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 19 สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร้อยละ 32.0 รองลงมาคือ ข้อ 20 เมื่อประสบปัญหาสมาชิกในครอบครัวสามารถหาทางออกได้ โดยไม่ทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว หรือทรัพย์สิน ร้อยละ 25.4 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 18 สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความชื่นชมเวลาท่านทำอะไรสำเร็จและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และ ข้อ 19 สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร้อยละ 45.2 และ 45.2 ตามลำดับ ปานกลาง ส่วนใหญ่ ได้แก่ข้อ 17 สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสท้วงติงแสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อกัน ร้อยละ 35.3 รองลงมา ข้อ 22 สมาชิกในครอบครัวเชื่อใจหรือไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่มีปัญหาหรือไม่สบายใจให้คนในครอบครัวฟัง ร้อยละ 34.7 ตามลำดับ ในระดับน้อย ส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้อ 23 สมาชิกในครอบครัวใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ชู้ออกคำสั่ง เป็นต้น ร้อยละ 22.2 รองลงมา ได้แก่ ข้อ 21 สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจเมื่อมีความขัดแย้งต่อกัน เช่น ละเลย เพิกเฉย ทอดทิ้ง เป็นต้น ร้อยละ 20.7 ตามลำดับ และในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ข้อ 23 สมาชิกในครอบครัวใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ชู้ออกคำสั่ง เป็นต้น ร้อยละ 66.8 รองลงมา ได้แก่ ข้อ 21 สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจเมื่อมีความขัดแย้งต่อกัน เช่น ละเลย เพิกเฉย ทอดทิ้ง เป็นต้น ร้อยละ 56.6 ตามลำดับ

ตาราง 9 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายข้อ
(n = 334)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ หรือมีเรื่อง ทุกข์ใจ ท่านสามารถพูดคุยกับสมาชิก ในครอบครัว หรือเพื่อน ของท่านได้	9.9	17.7	28.7	30.5	13.2
2. เมื่อท่านมีปัญหา มีผู้รับฟังท่าน เสมอ โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย	7.5	14.4	30.5	37.4	10.2
3. เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ /การปลอบใจ จาก สมาชิกในครอบครัว	6.9	7.2	18.6	44.9	22.5
4. เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อน คอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ	3.0	12.3	31.4	40.4	12.9
5. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. คอย ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ	3.9	10.2	22.8	39.5	23.7
การสนับสนุนด้านการเงิน					
6. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ ท่านเจ็บป่วย เป็นค่ารักษาพยาบาล	2.1	6.6	28.1	36.8	26.3
7. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในเรื่อง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว	1.8	13.5	32.3	33.2	19.2
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน จากรัฐบาล	2.1	35.6	39.8	15.3	7.2

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
9. ญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านลำบาก หรือขัดสน	8.7	29.6	36.5	16.8	8.4
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน	1.2	11.1	28.4	39.8	19.5
การสนับสนุนด้านสิ่งของ					
11. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่นอาหาร, เสื้อผ้า, ของใช้จำเป็น จากคนในครอบครัว	2.1	7.8	28.1	39.8	22.2
12. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน	13.2	26.0	37.7	18.9	4.2
13. ท่านได้รับการสนับสนุน / ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต.	14.7	38.6	31.7	10.5	4.5
14. เมื่อถึงเทศกาลสำคัญ บุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน	2.4	10.8	30.5	34.1	22.2
15. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย จากคนในครอบครัว บุตรหลาน หรือญาติ	2.7	6.6	33.2	32.0	25.4

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
การสนับสนุนด้านร่างกาย					
16. ท่านได้รับการดูแลเมื่อยามท่านเจ็บป่วย	0.6	3.9	14.7	47.3	33.5
17. ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร, การทำงานบ้าน	1.8	6.6	23.1	46.4	22.2
18.ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยกของ, พาไปโรงพยาบาล	2.7	11.1	31.7	38.3	16.2
19.หน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต. ให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล	7.2	12.0	31.1	34.4	15.3
20.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อสม. ให้การช่วยเหลือและดูแลท่านยามเจ็บป่วย	0.6	6.9	27.2	41.6	23.7

จากตาราง 8 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่เลย ได้แก่ข้อ 13 ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต. ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือข้อ 12 ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ เล็กน้อย ได้แก่ข้อ 13 ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต. ร้อยละ 38.6 รองลงมา คือข้อ 8 ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล ร้อยละ 35.6 ตามลำดับ ปานกลาง ได้แก่ข้อ 8 ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล ร้อยละ

39.8 รองลงมา 12 ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่าน ประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน ร้อยละ 37.7 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 16 ท่านได้รับการดูแล เมื่อยามท่านเจ็บป่วย ร้อยละ 47.3 รองลงมา ได้แก่ข้อ 17 ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/ หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร,การทำงานบ้าน ร้อยละ 46.4 ตามลำดับ มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 16 ท่าน ได้รับการดูแลเมื่อยามท่านเจ็บป่วย ร้อยละ 33.5 รองลงมา คือข้อ 6 สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านเจ็บป่วย เป็นค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม จำแนก รายข้อ (n = 334)

ข้อคำถาม	ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ และสังคม					
1. ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่	11.1	14.1	23.7	16.2	35.0
2. ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่	1.2	6.6	28.4	22.5	41.3
3. ปัจจุบันท่านยังมีความต้องการได้รับการ อบรมอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้	4.8	12.9	24.0	25.4	32.9
4. ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอ ต่อการดำรงชีพ	1.5	7.5	40.4	25.4	25.1
5. รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัย ลูกหลานอยู่	15.6	34.1	30.2	12.0	8.1
6. ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ	2.4	7.5	41.0	32.6	16.5
7. ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการ ดำรงชีพอยู่	2.7	9.6	50.3	20.4	17.1
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่า รักษาพยาบาลด้วยตนเอง	4.2	11.7	22.5	28.4	33.2
9. เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงาน การกุศลต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจาก ลูกหลาน	7.5	14.1	44.9	20.4	13.2
10. ปัจจุบันท่านยังมีภาระหนี้สินจะต้องจ่าย เป็นเป็นประจำ	6.3	15.9	26.3	18.3	33.2

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมา ท่านยังต้องพึ่ง ค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน	13.8	30.2	35.6	11.1	9.3
12. ท่านไม่มีเงินเก็บไว้ใช้ยามฉุกเฉิน	4.5	9.9	38.9	21.3	25.4
การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี					
13. ท่านใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สมาร์ทโฟน เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์	6.0	9.3	21.0	16.5	47.3
14. ท่านใช้เฟสบุค (Face book) ในการ เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์	1.8	5.1	14.1	9.9	69.2
15. ท่านใช้ไลน์ (Line) ในการเชื่อมต่อสื่อ สังคมออนไลน์	3.0	7.2	17.1	10.8	62.0
16. ท่านไม่มีทักษะในการใช้โทรศัพท์สมาร์ต โฟน	44.0	12.0	21.6	15.9	6.6
17. ท่านไม่มีความรู้เรื่องการเชื่อมต่อ อินเทอร์เน็ต	47.0	14.1	20.1	11.1	7.8
18. ท่านไม่มีโทรศัพท์สมาร์ตโฟน	39.2	8.7	15.9	13.5	22.8
19. ท่านไม่ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ จากสื่อสังคมออนไลน์	32.9	16.5	32.0	12.9	5.7
20. ท่านได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จาก สื่อสังคมออนไลน์	5.7	14.1	40.4	14.4	25.4
21. หน่วยงานภาครัฐไม่มีการอบรมการใช้ สื่อสังคมออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ	37.4	26.6	21.6	7.5	6.9
22. หน่วยงานภาครัฐไม่มีการประชาสัมพันธ์ ด้านประโยชน์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ให้แก่ผู้สูงอายุ	23.7	28.7	30.2	11.7	5.7

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23. สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการใช้สื่อสังคมออนไลน์	4.8	8.4	29.3	41.0	16.5
24. สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการใช้สื่อสังคมออนไลน์	3.3	8.1	28.4	38.3	21.9
25. ท่านก้าวทันเทคโนโลยี	2.7	9.3	29.3	22.2	36.5
26. ท่านคิดว่าเทคโนโลยีอยู่ห่างไกลตัวท่าน	20.7	23.1	38.3	12.9	5.1
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
27. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน	21.9	47.9	27.5	2.1	0.6
28. สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน	24.3	48.8	25.4	0.9	0.6
29. เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่าน	23.7	48.2	25.4	2.4	0.3
30. ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน	19.8	50.9	27.5	1.2	0.6
31. ท่านกับเพื่อนบ้านของท่านมีการติดต่อกันเสมอๆ	21.3	50.0	24.9	3.0	0.9
32. ท่านมีกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนของท่าน เช่น ท่านเข้าร่วมกัน สังสรรค์ร่วมกัน	10.2	24.6	49.4	10.2	5.7
33. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านสามารถปรับทุกข์กับเพื่อนท่านได้	6.6	27.2	49.7	12.3	4.2
34. เมื่อท่านไม่สบายเพื่อนของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน	9.0	40.7	40.7	7.2	2.4
35. เพื่อนเป็นสิ่งมีความหมายสำหรับท่าน	8.4	37.4	43.4	8.7	2.1
36. ท่านมีการวางแผนไปเที่ยวกับเพื่อนๆของท่าน	3.3	12.3	34.7	28.7	21.0
37. ท่านมีโอกาสไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร	8.4	25.7	40.1	15.6	10.2
38. ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมท่าน	7.5	30.2	39.2	13.2	9.9

จากตาราง 9 พบว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านเศรษฐกิจและสังคม มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5 รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานอยู่ ร้อยละ 15.6 รองลงมา คือ ข้อ 11 เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมา ท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 5 รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานอยู่ ร้อยละ 34.1 รองลงมา คือ ข้อ 11 เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมา ท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน ร้อยละ 30.2 ตามลำดับ ปานกลาง ได้แก่ ข้อ 7 ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่ ร้อยละ 50.3 รองลงมา คือ ข้อ 9 เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน ร้อยละ 44.9 ตามลำดับ น้อย ได้แก่ ข้อ 6 ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ ร้อยละ 32.6 รองลงมา ข้อ 8 เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ร้อยละ 28.4 ตามลำดับ น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่ ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ข้อ 1 ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่ ร้อยละ 35.0 ตามลำดับ ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี พบว่า มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 17 ท่านไม่มีความรู้เรื่องการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 47.0 รองลงมา ได้แก่ ข้อ 16 ท่านไม่มีทักษะในการใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟน ร้อยละ 44.0 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 22 หน่วยงานภาครัฐไม่มีการประชาสัมพันธ์ด้านประโยชน์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.7 รองลงมา คือ ข้อ 21 หน่วยงานภาครัฐไม่มีการอบรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.6 ตามลำดับ ปานกลาง ได้แก่ ข้อ 20 ท่านได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 40.4 รองลงมา คือ ข้อ 26 ท่านคิดว่าเทคโนโลยีอยู่ห่างไกลตัวท่าน ร้อยละ 38.3 ตามลำดับ น้อย ได้แก่ ข้อ 23 สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 41.0 รองลงมา คือ ข้อ 24 สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 38.3 ตามลำดับ น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 14 ท่านใช้เฟสบุ๊ค (Face book) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 69.2 รองลงมา คือ ข้อ 15 ท่านใช้ไลน์ (Line) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 62.0 ตามลำดับ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 28 สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 24.3 รองลงมา คือ ข้อ 29 เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่าน ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ มาก ได้แก่ ข้อ 30 ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน ร้อยละ 50.9 รองลงมา ข้อ 28 สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 48.8 ตามลำดับ ปานกลาง ได้แก่ ข้อ 33 เมื่อท่านไม่สบายใจท่านสามารถปรึกษากับเพื่อนท่านได้ ร้อยละ 49.7 รองลงมา คือ ข้อ 32 ท่านมีกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนของท่าน เช่น ทานข้าวร่วมกัน สังสรรค์ร่วมกัน ร้อยละ 49.4 ตามลำดับ น้อย ได้แก่ ข้อ 36 ท่านมีการวางแผนไปเที่ยวกับเพื่อนๆของท่าน ร้อยละ 28.7 รองลงมา คือ ข้อ 37 ท่านมีโอกาสนไปเยี่ยมเยือนญาติมิตร ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ น้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 36 ท่านมีการวางแผนไปเที่ยวกับเพื่อนๆของท่าน ร้อยละ 21.0 รองลงมา คือ ข้อ 37 ท่านมีโอกาสนไปเยี่ยมเยือนญาติมิตร ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ

ตาราง 11 แสดงร้อยละระดับความเครียด จำแนกรายข้อ (n = 334)

ข้อคำถาม	ระดับของความเครียด (ร้อยละ)				
	ไม่ เครียด	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด
1. กลัวทำงานผิดพลาด	22.8	47.3	22.5	6.3	1.2
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	21.6	41.9	31.7	3.9	0.9
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่อง เงินหรือเรื่องงานในบ้าน	30.2	43.7	19.5	4.2	2.4
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือ มลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	19.5	32.6	26.9	15.3	5.7
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	36.2	39.2	19.5	4.2	0.9
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	19.5	27.8	31.4	14.1	7.2
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	14.4	39.8	32.9	10.8	2.1
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	27.8	41.6	22.2	7.2	1.2
9. ปวดหลัง	14.7	38.0	34.1	10.8	2.4
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	25.7	37.4	30.2	5.4	1.2
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	51.5	32.6	9.6	4.8	1.5
12. รู้สึกวิตกกังวล	41.6	32.3	18.0	5.7	2.4
13. รู้สึกคับข้องใจ	43.1	33.2	15.3	6.6	1.8
14. รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด	35.6	37.4	17.1	5.7	4.2
15. รู้สึกเศร้า	56.9	32.3	9.0	1.5	0.3
16. ความจำไม่ดี	17.4	41.9	28.7	10.8	1.2
17. รู้สึกสับสน	21.3	44.6	27.8	5.4	0.9
18. ตั้งสมาธิลำบาก	23.4	38.0	28.7	7.2	2.7
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	20.1	41.0	26.6	10.5	1.8
20. เป็นหวัดบ่อยๆ	33.2	44.6	14.7	4.5	3.0

จากตาราง 10 ระดับความเครียด พบว่า ไม่เครียด ส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้อ 15 รู้สึกเศร้า ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือข้อ 11 ปวดศีรษะข้างเดียว ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ เครียดเล็กน้อย ได้แก่ ข้อ 1 กลัวทำงานผิดพลาด ร้อยละ 47.3 รองลง คือ ข้อ 17 รู้สึกสับสน ร้อยละ 44.6 และข้อ 20 เป็นหวัดบ่อยๆ ร้อยละ 44.6 ในลำดับที่เท่ากัน เครียดปานกลาง ได้แก่ ข้อ 9 ปวดหลัง ร้อยละ 34.1 รองลงมา คือข้อ 7 กล้ามเนื้อตึงหรือปวด ร้อยละ 32.9 ตามลำดับ เครียดมาก ได้แก่ ข้อ 4 เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ร้อยละ 15.3 รองลงมา คือ ข้อ 6 เงินไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ เครียดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 6 เงินไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 7.2 รองลงมา คือ ข้อ 4 เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ร้อยละ 5.7 ตามลำดับ

ตาราง 12 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเครียดของ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน (n = 334)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0-23)	7	2.1
ระดับปานกลาง (24-41)	148	44.3
ระดับสูง (42-62)	157	47
ระดับรุนแรง (มากกว่า 63)	22	6.6
\bar{x} =43.14, Max = 97, Min = 20, S.D= 12.49		

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน ส่วนใหญ่ มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 47 รองลงมา เครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.3 รองลงมา เครียดในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.6 และเครียดระดับน้อย ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ โดยรวมแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน มีความเครียดในระดับสูง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการใช้ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin - watson เท่ากับ 1.530 (เกณฑ์ คือ 1.50 - 2.50)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.994 (เกณฑ์ คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo - scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และมีการกระจายแบบแผนคงที่ (Homoscedasticity)

5. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multi - collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันแล้ว พบว่า ไม่มีค่าสหสัมพันธ์ คู่ใดที่สูงกว่า 0.9 จึงถือว่าไม่มีปัญหา Multi-collinearity ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัย ความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.000 ถึง 1.030 (เกณฑ์ คือ ต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.971 ถึง 1.0 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 ไม่เกิน 1)

ตาราง 13 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ (n = 334)

ปัจจัย	β	Beta	t	P - value
ปัจจัยด้านจิตใจ	5.005	0.298	5.750	< 0.000*
ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	-2.899	-0.140	-2.701	< 0.007*
ปัจจัยด้านรายได้	3.049	0.121	2.363	0.019*
ปัจจัยด้านเพศ	-2.561	-0.102	-1.977	0.049*

* P - value < 0.05, Constant = 42.264, Adjusted R Square = 0.138

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อจังหวัดน่าน จาก 7 ตัวแปร พบ 4 ตัวแปรร่วมทำนาย เรียงตามลำดับความสามารถในการทำนายจากมากไปน้อย ได้ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกในการวิเคราะห์ ดังนี้

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ ปัจจัยด้านจิตใจ มีผลบวกต่อการเกิดความเครียด มีอำนาจการทำนายสูงสุด (beta= 0.298) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 5.005 ($\beta = 5.005$) โดยเมื่อปัจจัยด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย ความเครียดจะเพิ่มขึ้น 5.005 หน่วย

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางลบกับการเกิดความเครียด มีอำนาจทำนาย (beta= -0.140) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความ

ถดถอย เท่ากับ -2.899 ($\beta = -2.899$) โดยเมื่อปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ความเครียดจะลดลง 2.899 หน่วย

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ ปัจจัยด้านรายได้ มีผลบวกต่อการเกิดความเครียด มีอำนาจทำนาย ($\beta = 0.121$) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ 3.049 ($\beta = 3.049$) โดยเมื่อรายได้เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย ความเครียดจะเพิ่มขึ้น 3.049 หน่วย

ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ ปัจจัยด้านเพศ มีผลทางลบต่อการเกิดความเครียด มีอำนาจทำนาย ($\beta = -0.102$) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย เท่ากับ -2.561 ($\beta = -2.561$) โดยเมื่อเพศเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย ความเครียดจะลดลง 2.561 หน่วย

ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้ร้อยละ 13.8 (Adjusted R Square = 0.138) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยตัวแปรปัจจัยด้านจิตใจ มีอำนาจพยากรณ์สูงสุด ($\beta = 0.298$) รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจการพยากรณ์ ($\beta = -0.140$) ปัจจัยด้านรายได้ มีอำนาจพยากรณ์ ($\beta = 0.121$) และมีอำนาจการพยากรณ์น้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านเพศ ($\beta = -0.102$)

สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_n \dots X_n \dots$$

เมื่อ

$Y =$ ความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

$A =$ ค่าคงที่

$b_1 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของปัจจัยด้านจิตใจ

$x_1 =$ ปัจจัยด้านจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

$b_2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

$x_2 =$ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

$b_3 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของปัจจัยด้านรายได้

$x_3 =$ ปัจจัยด้านรายได้ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

$b_4 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของปัจจัยด้านเพศ

$x_4 =$ ปัจจัยด้านเพศของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

ดังสมการทำนาย ดังนี้

ความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ = 42.264 + 5.005 (ปัจจัยด้านจิตใจ) + - 2.899 (ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม) + (3.049) (ปัจจัยด้านรายได้) + (-2.561) (ปัจจัยด้านเพศ)

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาของการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนการยกร่างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวิจัยในระยะนี้ เป็นการนำเสนอประเด็นปัญหาจากการผลการศึกษาขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และกระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อสร้างรูปแบบและได้ข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน

ขั้นตอนยกร่างรูปแบบฯ โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ให้สมาชิกกลุ่มรู้จักและทำความคุ้นเคย เช่น การแนะนำตัว เล่นเกมส์ สร้างความคุ้นเคยกัน กำหนดเป้าหมายของการร่วมกระบวนการกลุ่ม และเกิดความรู้สึกช่วยเหลือให้กำลังใจยอมรับซึ่งกันและกัน สร้างบรรยากาศการสนทนาที่มีความเป็นกันเอง ไม่ตึงเครียด สมาชิกทุกคนกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง กล้าโต้แย้ง เพื่อให้ได้แนวทางแก้ไขปัญหาที่มาจากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนา

2. วิเคราะห์สภาพปัญหา ซึ่งได้จากการคืนข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2 ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดความเห็นพ้องต้องกันในสภาพปัญหาและยินดีที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา

3. กำหนดรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการระดมความคิดเห็นเพื่อช่วยกันวางแผน กำหนดกิจกรรม แผนปฏิบัติการดำเนินการ ติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย ชื่อกิจกรรม ผลที่จะได้รับหน่วยงานที่ต้องประสาน สถานที่ ระยะเวลาดำเนินการ วิธีการและผู้รับผิดชอบ

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ย่อย ๆ แล้ว จะมีการรวมกลุ่มใหญ่ ของผู้ให้ข้อมูลได้มาอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม และหาข้อสรุปให้ได้รูปแบบและกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

กระบวนการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ให้สมาชิกกลุ่มรู้จักและทำความคุ้นเคย เช่น การแนะนำตัว เล่นเกมส์ สร้างความคุ้นเคยกัน กำหนดเป้าหมายของการร่วมกระบวนการกลุ่ม และเกิดความรู้สึกช่วยเหลือให้กำลังใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ทุกคนกล้าแสดงความคิดเห็น เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

2. นำเข้ารูปแบบกลุ่มย่อยทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการหาข้อสรุปรูปแบบฯ (ฉบับยกร่างฯ)

3. ดำเนินการอภิปรายความคิดเห็น หาข้อสรุปอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในชุมชน

จากกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ชนิดกลุ่มย่อย แบบ Homogeneous group ผู้วิจัยสามารถหาข้อสรุปการสร้างรูปแบบฉบับยกร่างฯ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากชุมชน (Stakeholder) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จำนวน 6 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน

กลุ่มที่ 4 กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 6 คน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จำนวน 6 คน ดังคำกล่าว ต่อไปนี้

...ไม่มีกิจกรรมทำ เครียดเรื่องเงิน การพักผ่อนออกกำลังกายจะทำให้คลายเครียด บางทีลูกหลานเอาหลานมาให้เลี้ยง แต่ไม่ได้ส่งเงินมาให้ค่าใช้จ่ายเพิ่ม ที่ผ่านมามีกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬาสัญจร เล่นเปตอง อยากให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ชอบการออกกำลังกาย พบปะเพื่อนฝูง

(ผู้ให้ข้อมูล AG01 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ผู้สูงวัยอยู่บ้าน เครียดลูกหลานไปทำงานที่กรุงเทพฯ ไม่มีเงิน ไม่ส่งเงินมาให้ การใช้จ่ายทางบ้านขาดแคลนของอุปโภคบริโภค ดูแลไม่ทั่วถึง คนละครึ่งก็ไม่ทั่วถึง กระทบกระเทือนเรื่องของการใช้จ่าย อยากให้มีการส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ เช่น ไม้กวาดจักรสาน หรืออื่นๆ เพื่อการวางจำหน่าย มีการจัดหาแหล่งขายให้ผู้สูงอายุ อยากให้มีตลาดรองรับการขายของ มีจุดขายภายในตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุขายของ เพื่อสร้างรายได้

(ผู้ให้ข้อมูล AG02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ขาดคนดูแล ไม่ได้พบปะสังสรรค์กัน รู้สึกว่าเหงา ลูกหลานไปทำงาน ผู้สูงอายุอยู่บ้าน ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบัน ไปมาหาสู่กันลำบากขึ้น ที่ผ่านมามีหน่วยงานหลักคือ รพ.สต. ที่มาดูแล อบต. เสริมงบประมาณในการออกกำลังกาย อสม. จะมีชุดเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง มีเขตรับผิดชอบของตนเอง อยากให้มีกิจกรรมคลายเครียดในผู้สูงอายุ อยากให้มีสวนสาธารณะให้ผู้สูงอายุพักผ่อนหย่อนใจ อยากให้ลูกหลานมีส่วนร่วมในกิจกรรมในผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนรางวัลในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ อยากให้มีกิจกรรมคลายเครียดเยอะๆ เช่น กิจกรรมนั่งสมาธิ เต้นประกอบเพลง

(ผู้ให้ข้อมูล AG03 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...มีภาระต้องรับผิดชอบต่อสังคม และยังเป็นตัวหลักของครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ อยากให้มีนโยบายที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีเป็นแบบอ้อมๆ อยากให้มีกิจกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียด ที่ผ่านมามี อสม. จะมีนัดรวมกลุ่มกัน เยี่ยมให้กำลังใจ อสม. ร่วมกับ รพ.สต. ในการลงไปให้กำลังใจ อยากให้มีกิจกรรมนันทนาการ การรวมกลุ่มพบปะสังสรรค์ในผู้สูงอายุ

(ผู้ให้ข้อมูล AG04 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...การบริโภคสื่อ ข่าวปลอม ไม่มีการกลั่นกรองความเชื่อ เกิดความเครียด เครียดจากข่าว หลงเชื่อข่าวโฆษณาชวนเชื่อ เสียเงินจากการซื้อของโดยไม่จำเป็น และรายได้มาทางเดียวคือเบี้ยยังชีพ อยากมีคนให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุ

(ผู้ให้ข้อมูล AG05 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ปัญหาครอบครัว ที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยสำคัญ ไม่มีความรู้เรื่องยา ต้องการคนดูแลเรื่องยา เรื่องที่พักอาศัย สำหรับคนไม่มีบ้าน เรื่องอาหารการกิน บางคนไม่มีบ้านอยู่ เรื่องอาหารไม่มีคนดูแล ทำให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหาร ร่างกายอ่อนแอ และขาดการออกกำลังกาย อยากให้มีที่พักอาศัย สำหรับคนไม่มีบ้าน มีกลุ่มออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

(ผู้ให้ข้อมูล AG06 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบ (ฉบับยกร่างฯ) ของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้ดังต่อไปนี้
กิจกรรม/วิธีการ

1. ให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีกิจกรรมออกกำลังกาย

3. จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคณะผู้นำในชุมชน
4. สนับสนุนการสร้างรายได้เสริมในผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำไม้กวาด เครื่องจักรสาน การปลูกผักสวนครัว และนำมาขายยังจุดขายของสำหรับผู้สูงอายุในตำบล หรืองานกิจกรรมสำคัญในชุมชน

5. ส่งเสริมการสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ ภายในบ้าน
ระยะเวลาดำเนินการ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2564

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

และชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

ชุมชนและคนในชุมชน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน ดังคำกล่าว ต่อไปนี้

...ส่วนใหญ่กิจกรรมไม่ทั่วถึง การเข้าถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุ เข้าถึงเป็นส่วนน้อย ส่วนมากจะไม่ทั่วถึง นโยบายไม่ทั่วถึง อยากให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมออกกำลังกาย เข้าวัดเข้าวา นั่งสมาธิ ฟังธรรม เพื่อการผ่อนคลายความเครียด

(ผู้ให้ข้อมูล CLD01 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ในฐานะผู้นำชุมชน ก็จะมีส่วนในการส่งเสริม สนับสนุน หน่วยงานต่างๆ ที่เข้ามา ดำเนินงานในพื้นที่ อยากให้มึงงบประมาณมาสนับสนุนการทำกลุ่มในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรายได้ หาที่ขายให้ผู้สูงอายุ หาแหล่งรับซื้อ ผู้สูงอายุจะได้มีกำลังใจในการทำ

(ผู้ให้ข้อมูล CLD02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ให้ความร่วมมือในฐานะผู้นำหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นการอบรม ประชุม ในฐานะผู้นำ จะมีส่วนร่วมตรงนี้ตลอด อุปสรรคในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่จะมีปัญหา คือ แหล่งเงินทุน อยากให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมของกลุ่มที่ทำร่วมกัน เช่น การทำลูกประคบ การทำยาหม่อง การรวมกลุ่มออกกำลังกาย

(ผู้ให้ข้อมูล CLD03 สันทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรม ขาดงบประมาณในการดำเนินการ ถ้ามีงบประมาณสนับสนุน อยากให้ผู้สูงอายุมีการปลูก ผลิต ขาย ครอบวงจร ดูแลเองตั้งแต่กระบวนการปลูก อย่างการทำลูกประคบ ยาหม่อง ถ้าทำได้มีกลุ่มที่เข้มแข็ง แหล่งขายก็คือ ขอความร่วมมือในชุมชน เวลาว่างงานต่างๆ ในชุมชน เช่น งานสีดำ ก็เอาไป เป็นของชำร่วย

(ผู้ให้ข้อมูล CLD04 สันทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...กลุ่มขาดงบประมาณสนับสนุน อยากให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำร่วมกัน ประเด็น คือ ขาดงบประมาณตรงส่วนนี้ ถ้าให้ผู้สูงอายุออกเงินกันเอง ก็ไม่มีคนเข้าร่วม อยากให้มี กิจกรรมการรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างรายได้

(ผู้ให้ข้อมูล CLD05 สันทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...อยากให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิต สุขภาพกายใจที่เข้มแข็ง อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข สามัคคีกัน ถ้าผลักดันนโยบายได้ก็อยากจะหางบประมาณมาสนับสนุนการ รวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ถ้ามีงบประมาณมาสนับสนุนผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม จะทำให้ลด ความเครียดลงได้ ผู้สูงอายุอยากเข้าร่วมกลุ่ม แต่ถ้าออกเงินเอง ก็ไม่มีคนมา ไม่มีคนเข้าร่วม

(ผู้ให้ข้อมูล CLD06 สันทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบ (ฉบับย่อร่างฯ) ของกลุ่มผู้นำชุมชน ได้ดังต่อไปนี้

กิจกรรม/วิธีการ

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ
3. สนับสนุนการสร้างรายได้ในผู้สูงอายุ เช่น การทำลูกประคบ การทำยาหม่อง
4. ส่งเสริมการปลูกสมุนไพร ผลิต และจำหน่าย ในกลุ่มผู้สูงอายุ
5. จัดหาแหล่งขาย จุดขายของในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2564

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

และชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

ชุมชนและคนในชุมชน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 คน ตั้งค่ากล่าว ต่อไปนี้

...ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เครียดมาจากลูกหลาน เงินไม่พอใช้ ที่ผ่านมาก็จะมี รพ.สต. อบต. ที่ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ มีกิจกรรมกีฬาสัญจรในผู้สูงอายุ แต่ช่วงนี้ โควิดก็หยุดไป อยู่บ้านก็เปิดวิทยุฟังเพลง ฟังขอ ก็จะทำให้ผ่อนคลายความเครียดลงได้

(ผู้ให้ข้อมูล VO01 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...อยู่บ้านไม่ได้ไปไหน ก็จะเหงา ถ้ามีการรวมกลุ่มกัน ออกกำลังกายที่สมกับวัย เช่น รำไม้พองเต้นบาสโลบ ก็จะเป็นกิจกรรมคลายเครียดในผู้สูงอายุ

(ผู้ให้ข้อมูล VO02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ผู้สูงอายุอยู่บ้าน ไม่มีอะไรทำ ไม่มีรายได้ เครียดเงินไม่พอใช้ หากิจกรรมทำ เช่น ทำสิ่งประดิษฐ์ที่สามารถขายได้ เช่น เครื่องจักรสานต่างๆ ดอกไม้จันทน์ เพื่อการสร้างรายได้ มีเงินมากขึ้น หรือ ให้มีการปลูกผักสวนครัวไว้กิน เหลือกินก็แบ่งขาย ผู้สูงอายุจะได้มีรายได้เพิ่ม

(ผู้ให้ข้อมูล VO03 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ที่ผ่านมา อสม. ร่วมกับทาง รพ.สต. ก็ได้ร่วมกันออกเยี่ยมบ้านอยู่เป็นประจำ จะมีเขตรับผิดชอบ แบ่งกันออกเยี่ยมตามเขตรับผิดชอบของตนเอง อยากให้ผู้สูงอายุมีคนดูแล เอาใจใส่ มีลูกหลานดูแลใกล้ชิด สุขภาพจิตก็จะดีได้ตาม

(ผู้ให้ข้อมูล VO04 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...อสม. ก็จะมีบทบาทในการออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ มีการเยี่ยมกันตลอด

(ผู้ให้ข้อมูล VO05 สทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ก็เครียดเรื่องลูกหลาน เงินไม่พอใช้ ไม่มีรายได้ การทำงานของอสม. ทำงานตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย เวลาที่มีกิจกรรมอะไรในชุมชน อสม. จะมีส่วนร่วมในการทำงานตลอด ทำงานร่วมกับทางเจ้าหน้าที่ อยากให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น เข้าวัด ฟังธรรม นั่งสมาธิ ก็จะช่วยให้สบายใจ คลายเครียดได้

(ผู้ให้ข้อมูล VO06 สทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบ (ฉบับยกร่างฯ) ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ดังต่อไปนี้
กิจกรรม/วิธีการ

1. สร้างทีมจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
3. ส่งเสริมการสร้างรายได้ในผู้สูงอายุ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ เครื่องจักรสานต่างๆ
4. ส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว
5. ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ เพื่อการบริโภคและขาย
6. ส่งเสริมการนั่งสมาธิ การสวดมนต์ ฟังธรรม ในผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2564

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

และชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

ชุมชนและคนในชุมชน

กลุ่มที่ 4 กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 6 คน ตั้งคำถาม ต่อไปนี้

...ขาดความอบอุ่นจากลูกหลาน ลูกหลานทำงานต่างจังหวัด ขาดการดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน ที่ผ่านมาผู้นำชุมชน ประธาน อสม. อบต. ก็มีร่วมกันเข้าไปดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือแจกถุงยังชีพ กิจกรรมคลายเครียดในผู้สูงอายุ รวมกลุ่มกัน ฟังเทศน์ ฟังธรรม อยากให้มีการฟังธรรมะทุกวันพระ

(ผู้ให้ข้อมูล NP01 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ขาดกิจกรรมที่สานสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ผ่านมาก็จะมีการจดทะเบียนของผู้สูงอายุ ยังไม่ทั่วถึง เป็นปัญหาอยู่พอสมควร จัดโครงการของแต่ละหมู่บ้าน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน อยากให้ผู้สูงอายุเปิดใจรับในการเข้าร่วมกิจกรรม ในอนาคต การเบิกจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สะดวกมารับหรือลูกหลานไม่สะดวก ให้ทาง อบต. เบิกจ่ายให้แทนลูกหลาน เพื่ออำนวยความสะดวก ในเชิงนโยบายถ้าผลักดันได้ อยากให้มีมาตรการรองรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

(ผู้ให้ข้อมูล NP02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...ให้ความสนใจด้านสื่อมากเกินไป เกิดความเชื่อที่ผิดตามผู้อื่น ให้ความสัมพันธ์ ความเข้าใจกันในครอบครัวลดลง เข้าใจผิดกัน ในช่วงนี้เกิดโรคระบาด กิจกรรมการรวมกลุ่มต่างๆ ก็ลดลง ทำให้จัดกิจกรรมคลายเครียดยากขึ้น ที่ผ่านมา รพ.สต. มีการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ดิฉันคนเดียว โดยทีมจิตอาสา เยี่ยมผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มกันผู้สูงอายุยังไม่หลากหลาย จะมีกลุ่มเปราะบาง ยังไม่หลากหลาย มีกิจกรรมเชื่อมวัฒนธรรมน้อยลง อยากให้จัดกิจกรรมที่ชวนผู้สูงอายุรวมกลุ่ม ทำได้จริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ เชิญชวน ชักจูง ในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อยากให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ในการเข้าร่วมกิจกรรม อยากให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในเรื่องการปลูกผัก สมุนไพร ที่ผ่านมาไม่ได้ส่งเสริมในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เช่น ผัก สมุนไพร สามารถนำมาแปรรูป ขายได้ มีการตั้งรางวัลในการให้กำลังใจผู้สูงอายุ ช่วยกันเสนอเชิงนโยบายร่วมกันประเมิน ปรับปรุง เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุสูงสุด อยากให้มีการออกกำลังภายในผู้สูงอายุ สร้างความเข้าใจเชิงบุคคล เชิงกลุ่ม ที่ผ่านมาขาด แคนนำในการออกกำลังกาย ผลักดันนโยบายในการส่งเสริมให้ออกกำลังภายในกลุ่มสูงอายุ ผลักดัน การสร้างอาชีพ สมุนไพรที่หาได้ หาดตลาด เพื่อสร้างรายได้ มีกิจกรรมทางใจ

ทางศาสนา ฟังธรรมะทุกวันพระ เพื่อยกระดับจิตใจ สามารถนิมนต์พระเทศน์ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงและความสะดวกสบาย

(ผู้ให้ข้อมูล NP03 สนนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...สังคมเปลี่ยนแปลง มีการโยกย้ายถิ่นฐานของลูกหลาน เหงา ลูกหลานไปทำงาน ลูกหลานไม่เชื่อฟัง มีภาวะพึ่งพิงสูง น้อยใจลูกหลาน และการสื่อสาร พูดคุยกันในครอบครัว ลดลง รพ.สต. อบต. ให้ร่วมกิจกรรมสติบำบัด ได้ทำโครงการ 4 มิติ ด้านสติ เพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาก็ช่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ขาดข้อมูลเชิงลึก ส่งเสริมผู้สูงอายุด้านจิตใจ อยากให้มีกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ใช้งานได้จริง สุขภาพดีทั้งกาย ใจ ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเอง อยากให้มีสมุนไพรรูปแบบในชุมชน ที่ผ่านมาขาดช่องทางการส่งออกในการแปรรูปสมุนไพรรูปแบบในชุมชน อยากให้ผู้สูงอายุนำเอาหลักธรรมมาใช้ มีกลุ่มที่เข้มแข็งของตนเอง มีการทำสมาธิ นั่งสมาธิอย่างต่อเนื่อง มีแกนนำในการทำสมาธิ

(ผู้ให้ข้อมูล NP04 สนนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...เกิดความเหงา จากลูกหลานไม่ดูแลเอาใจใส่ ลูกหลานไปทำงานต่างถิ่น เกิดความรู้สึกอยู่ตามลำพัง ที่ผ่านมามีทีมจิตอาสา อสม. คอยเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ มีแผนงานโครงการต่างๆ รองรับการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายใจที่แข็งแรง พร้อมรับมือกับทุกการเปลี่ยนแปลง มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาจิตใจในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(ผู้ให้ข้อมูล NP05 สนนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

...เครียดจากปัญหาครอบครัว การพูดคุยของคนในครอบครัวลดลง เกิดช่องว่างระหว่างการสื่อสาร ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากช่องว่างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ในเชิงนโยบายเราได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว และมีการดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการต่างๆ เพื่อตอบสนองนโยบายด้านผู้สูงอายุ อยากให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรม และนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพใหม่ ที่ดีต่อใจผู้สูงอายุ

(ผู้ให้ข้อมูล NP06 สนนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบ (ฉบับย่อร่างฯ) ของกลุ่มภาคีเครือข่าย ได้ดังต่อไปนี้

กิจกรรม/วิธีการ

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ สร้างแกนนำในการออกกำลังกาย
3. ส่งเสริมการพัฒนาจิตในผู้สูงอายุ มีการพึงธรรมมะทุกวันพระ นั่งสมาธิ สร้างแกนนำด้าน

สมาธิบำบัด

4. ส่งเสริมการสร้างรายได้ในผู้สูงอายุ เช่น การปลูก การแปรรูปสมุนไพร จัดหาแหล่งขาย
5. เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2564

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

และชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

ชุมชนและคนในชุมชน

ผลการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ใหญ่รวม แบบ Heterogeneous group

ดังนี้

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แต่ละกลุ่มครบทั้ง 4 กลุ่มย่อยเสร็จสิ้นจะมีการรวมกลุ่มใหญ่ โดยคัดเลือกตัวแทนจาก 4 กลุ่ม ๆ ละ 2 คน รวมเป็น 8 คน เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลได้มาอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมและหาข้อสรุปให้ได้รูปแบบฉบับ (ย่อร่าง) และกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงของกลุ่มตัวแทนคนในชุมชนได้ดังต่อไปนี้ ดังคำกล่าว ดังต่อไปนี้

.....กิจกรรมทุกกิจกรรมที่เสนอมาสำคัญหมด เริ่มต้นที่การให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดให้กับผู้สูงอายุก่อน น่าจะดี จะได้มีความรู้ก่อนจะทำกิจกรรมอย่างอื่น

(ผู้ให้ข้อมูล AG01 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การส่งเสริมสนับสนุนการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ สำคัญนะครับ การเสริมอาชีพ จะช่วยสร้างรายได้เสริม การหาแหล่งขายก็สำคัญ การพัฒนาด้านจิตใจและเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้สูงอายุก็จำเป็นมากครับ

(ผู้ให้ข้อมูล NP03 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการปลูกผักสวนครัว ปลูกสมุนไพร มีการดูแลตั้งแต่การปลูกไปจนถึงการผลิต การขายได้ จะทำให้เกิดความยั่งยืน

(ผู้ให้ข้อมูล CLD02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การพัฒนาด้านจิตใจผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เข้าวัดเข้าวา ฟังเทศน์ฟังธรรมในวันพระ มีการนั่งสมาธิ เพื่อความสงบของจิตใจ น่าจะเป็นกิจกรรมที่คลายความเครียดได้ดี

(ผู้ให้ข้อมูล NP06 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การสร้างกลุ่มออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ได้พบปะ ออกกำลังกายร่วมกัน ทำให้สุขภาพจิตดี

(ผู้ให้ข้อมูล VO02 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุก็ดีใจแล้ว ได้พูดคุยกัน ได้รวมกลุ่มกัน การสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุสำคัญ มีแหล่งขายให้ มีกิจกรรมเพื่อสร้างอารมณ์ขันร่วมกัน ได้พัฒนาจิตใจ

(ผู้ให้ข้อมูล AG04 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การมีนโยบายที่ชัดเจน มีแผนงานโครงการรองรับ ขับเคลื่อนงานโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ก็จะทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

(ผู้ให้ข้อมูล CLD05 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

.....การออกเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจผู้สูงอายุก็สำคัญ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุก็สำคัญ จะเป็นการคลายเครียดให้ผู้สูงอายุได้ดี

(ผู้ให้ข้อมูล VO03 สนทนากลุ่ม เมื่อ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ผู้วิจัยสรุปรูปแบบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (ฉบับย่อ) ได้ดังต่อไปนี้

กิจกรรม

1. สร้างทีมงานสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน
2. ให้ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในการจัดการความเครียด
3. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความรู้การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
4. การพัฒนาจิต ธรรมะบำบัด การทำสมาธิ อานาปานสติ สวดมนต์ ฝึกหายใจ ดนตรีบำบัด
5. การพัฒนากาย ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น Brain Gym, ชี่กง, ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เต้นประกอบเพลง
6. เยี่ยมบ้านโดยทีมจิตอาสาในชุมชน บริจาคสิ่งของ สวัสดิการที่ควรได้รับ
7. สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ
8. สนับสนุนการนำของมาขายในชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมงานต่างๆ ในหมู่บ้าน จัดให้มีจุดขายของสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

9. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

10. ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ การปลูกสมุนไพร การแปรรูปสมุนไพร

11. ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ

12. ส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในระดับโรงเรียน

ระยะเวลาดำเนินการ

2 ครั้งต่อ 1 เดือน ภายในเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2564

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบ

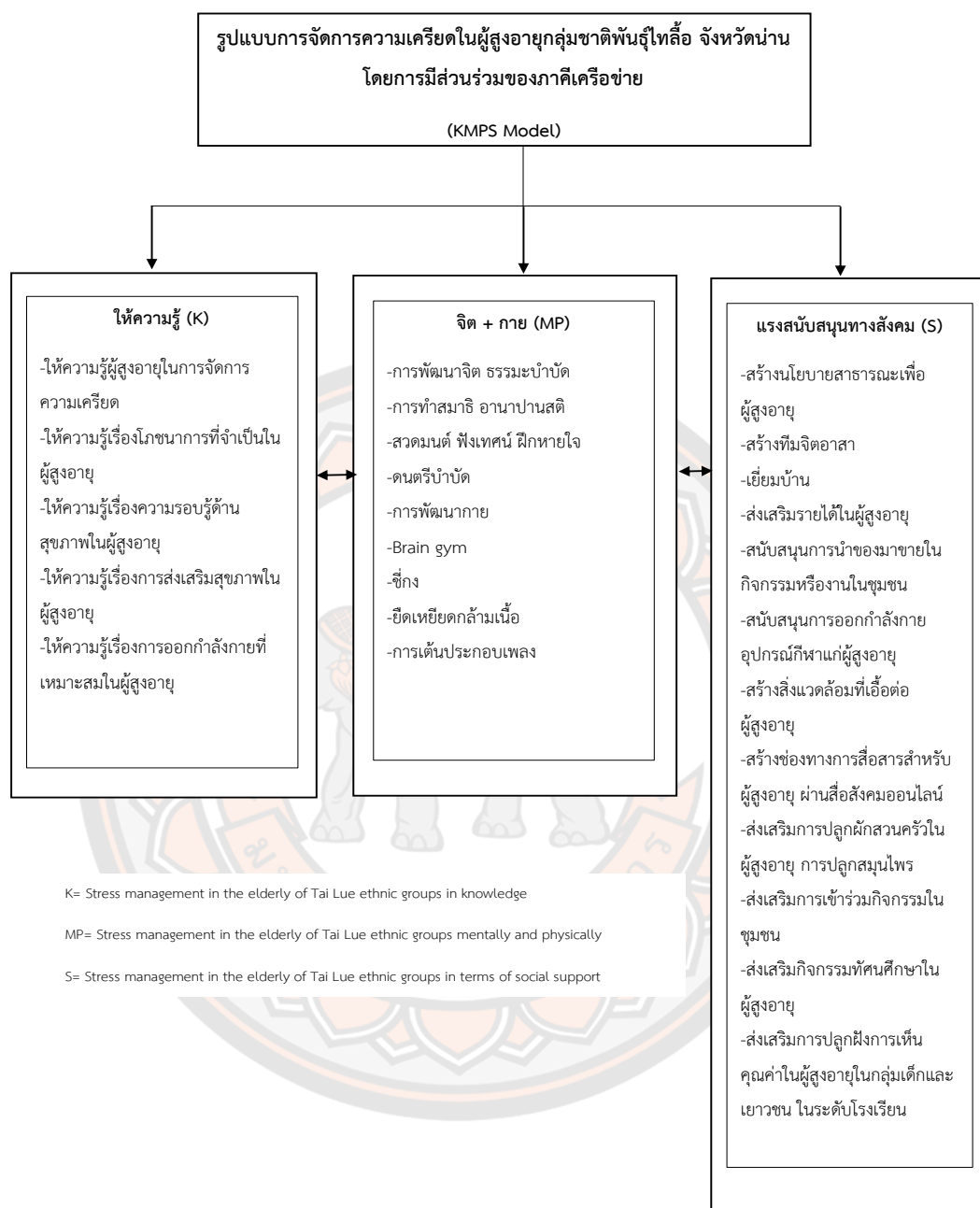
บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

ผู้นำชุมชนและคนในชุมชน

สรุป รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ฉบับย่อ)

หลังจากเสร็จสิ้นการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม และหาข้อสรุปให้ได้รูปแบบฉบับยกร่างและกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงของชุมชน ดังนี้ รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย ประกอบไปด้วย จำนวน 12 กิจกรรม ดังนี้

1. สร้างทีมงานสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน
2. ให้ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในการจัดการความเครียด
3. ให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
4. การพัฒนาจิต ธรรมะบำบัด การทำสมาธิ อานาปานสติ สวดมนต์ ผีกลายใจ ดนตรีบำบัด
5. การพัฒนากาย ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น Brain Gym, ชี้กง, ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เต้นประกอบเพลง
6. เยี่ยมบ้านโดยทีมจิตอาสาในชุมชน บริจาคสิ่งของ สวัสดิการที่ควรได้รับ
7. สนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ
8. สนับสนุนการนำของมาขายในชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมงานต่างๆ ในหมู่บ้าน จัดให้มีจุดขายของสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
9. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
10. ส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ การปลูกสมุนไพร การแปรรูปสมุนไพร
11. ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ
12. ส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในระดับโรงเรียน รายละเอียด แสดงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ฉบับยกร่าง) ดังภาพ



ภาพ 5 แสดงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฉบับยกร่าง โดยพิจารณาในความจริง
ประเด้น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ**

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่มีการตรวจสอบความจริงเนื้อหา ในประเด็นความจริงประเด้น ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ (ยกร่าง) โดยการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ โดย กระบวนการสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ในการสรุปความคิดเห็นของรูปแบบฯ ที่ได้มา โดยพิจารณาความจริงประเด้นความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการ ดังนี้

**ตาราง 14 แสดงการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฉบับยกร่าง โดยพิจารณาในความจริงประเด้น
ความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยผู้เชี่ยวชาญ**

รายการประเมิน	ร้อยละ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
1. ความจริงประเด้น			
1.1 ขั้นตอนการสร้างรูปแบบ มีความชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปใช้อย่างได้ผล	90	ตรงประเด้น	อธิบายรายละเอียดแต่ละขั้นตอน
1.2 ทบทวนเอกสารวรรณกรรม ก่อนการสร้างรูปแบบได้อย่างชัดเจน	100	ตรงประเด้น	ทบทวนและนำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม
1.3 กิจกรรมมีความเหมาะสมตรงกับ การแก้ปัญหาได้	100	ตรงประเด้น	กิจกรรมแก้ปัญหาได้ตรงจุด
1.4 การวัดและประเมินผลชัดเจนนำไปปฏิบัติได้	100	ตรงประเด้น	ชัดเจน
1.5 การสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเตรียมสำหรับการวัดและประเมินผลชัดเจนง่ายต่อการเตรียม	100	ตรงประเด้น	ชัดเจน
รวมเฉลี่ยความจริงประเด้น	98	ตรงประเด้น	

ตาราง 13 (ต่อ)

รายการประเมิน	ร้อยละ	ระดับ	ข้อเสนอแนะ
2. ความเหมาะสม			
2.1 ความชัดเจนของที่มาปัญหา	100	เหมาะสม	มีความชัดเจน
2.2 ความชัดเจนของที่มาสาเหตุ ปัญหา	100	เหมาะสม	มีความชัดเจน
2.3 กิจกรรมมีความเป็นไปได้ใน การปฏิบัติจริง	100	เหมาะสม	กิจกรรมสามารถปฏิบัติได้จริง
2.4 ความเหมาะสมกับเวลา	90	เหมาะสม	พิจารณาให้เหมาะสม
2.5 ความเหมาะสมกับสถานที่	90	เหมาะสม	พิจารณาให้เหมาะสม
2.6 ความชัดเจนของการ ประเมินผล	100	เหมาะสม	ชัดเจน
รวมเฉลี่ยความเหมาะสม	96.66	เหมาะสม	
3. ความเป็นไปได้			
3.1 ความเป็นไปได้ของ กระบวนการสร้างรูปแบบฯ	100	เป็นไปได้	กระบวนการสร้างรูปแบบมา จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ถือว่าเป็นไปได้ในการ ดำเนินงาน
3.2 ความเป็นไปได้ในการแก้ไข ปัญหา	90	เป็นไปได้	กิจกรรมสามารถแก้ไขปัญหา ได้อย่างตรงจุด แต่ให้พิจารณา รายละเอียดอย่างอื่นร่วมด้วย
3.3 ความเป็นไปได้ในการดำเนิน กิจกรรม	90	เป็นไปได้	ให้ประสานงานกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง จะ ทำให้การดำเนินงานมีความ ต่อเนื่องและประสบ ความสำเร็จ
3.4 ความเป็นไปได้ในการวัด และประเมินผล	100	เป็นไปได้	ชัดเจน
รวมเฉลี่ยความเป็นไปได้	95.00	เป็นไปได้	

หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องของผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพ ในประเด็นเกี่ยวกับ 1) ความตรงประเด็น (Validity) 2) ความเหมาะสม (Appropriateness) และ 3) ความเป็นไปได้ (Practicality) โดยผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุงและสรุปรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการให้ความรู้ (Knowledge) = (K)

1. การให้ความรู้พร้อมแนะนำการปฏิบัติตนในการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ
กลุ่ม ชาติพันธุ์ไทลื้อ

1.1 ให้ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ 1) การให้ความรู้ผู้สูงอายุในการจัดการความเครียด 2) ให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ 3) ให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ 4) ให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันเสาร์ สัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน

ผู้รับผิดชอบหลัก

ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านจิตใจและร่างกาย (Mind, Physical) = (MP)

1. การพัฒนาจิตวิญญาณ ธรรมะบำบัด

1.1 ส่งเสริมการฟังธรรมะภายในบ้าน สวดมนต์ก่อนนอน

1.2 มีธรรมะบำบัดโดยพระสงฆ์ตามบ้าน ตักบาตรหน้าบ้าน ฟังเทศน์ฟังธรรมทุกวัน

พระ

1.3 ฝึกการทำสมาธิ อานาปานสติ

1.4 การใช้ดนตรีบำบัด โดยการฟังเสียงธรรมชาติหรือเสียงเพลงที่ชอบ

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ/วัดในชุมชน

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/
ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบ

ทีมจิตอาสาและชุมชน

2. การพัฒนากาย ออกกำลังกายที่เหมาะสม

2.1 การออกกำลังกาย Brain gym

2.2 ชี่กง

2.3 การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2.4 การเต้นประกอบเพลง

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ/วัดในชุมชน

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/
ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบ

ทีมจิตอาสาและชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) = S

1. การสร้างทีม ประกอบด้วย อาสาสมัครในชุมชน (ทีมจิตอาสา) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

1.1 สร้างทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถทำงานร่วมกันในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทันตภิบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ภาคส่วนท้องถิ่นเทศบาลฯ และ องค์การบริหารส่วนตำบล

1.2 สร้างทีมอาสาสมัครในชุมชน (จิตอาสา) ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครูโรงเรียนและคนในชุมชนสมัครใจทำงานเพื่อชุมชน

1.3 รวบรวมกำลังคนทีมงานด้วยความสมัครใจ

1.4 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมงานในชุมชน โดยผู้นำชุมชน

1.5 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน ในการจะออกชุมชนในแต่ละครั้งล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนการลงพื้นที่

ระยะเวลาดำเนินการ

ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบหลัก

ทีมจิตอาสาในชุมชน

2. เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน

จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน

2.1 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน

2.2 การบูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้าน บริจาคสิ่งของ แจกข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งสวัสดิการที่พึงได้รับในผู้สูงอายุ

2.3 การจัดส่งแวตล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

2.4 สร้างช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/
ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบหลัก

ทีมจิตอาสาและชุมชน

3. การส่งเสริมรายได้

สนับสนุนกิจกรรมรายได้เสริมที่บ้าน ได้แก่ การทำจักรสาน ไม้กวาด ขนมในครัวเรือน และนำมาขายในชมรมผู้สูงอายุ หรือแหล่งขายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.1 สำรวจผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่ประสงค์สร้างอาชีพในระดับครัวเรือน

3.2 จัดอบรมการสร้างอาชีพ ได้แก่ จักรสาน ไม้กวาด ขนมไทย การแปรรูปสมุนไพร
ในระดับครัวเรือน โดยใช้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่มีความสามารถมาสาธิตและสอนผู้สูงอายุกลุ่ม
ชาติพันธุ์ไทลื้อด้วยกัน

3.3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ แหล่งขายในชุมชน ทุกวันที่ 20 ของเดือน

3.4 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมการอบรมและ
นำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ หรือจุดขายแหล่งขายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ
ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์แรกของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน
2564)

สถานที่

สำนักงานเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลและชมรมผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และ
ชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

4. การส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ

สนับสนุนกิจกรรมปลูกผักสวนครัวในบ้านผู้สูงอายุ

4.1 สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก เช่น เมล็ดพันธุ์ผักบุ้ง ต้นหอม ผักชี ผักขึ้นฉ่าย ผักกาด

4.2 สนับสนุนการปลูกสมุนไพรในผู้สูงอายุ

- 4.3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ แหล่งขายในชุมชน ทุกวันที่ 20 ของเดือน
- 4.4 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์แรกของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน

2564)

สถานที่

สำนักงานเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลและชมรมผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และ

ชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

5. ส่งเสริมกิจกรรมทัศนศึกษาในผู้สูงอายุ

5.1 ประชุมวางแผนงานทีมจิตอาสาในชุมชน

5.2 พาผู้สูงอายุทัศนศึกษาแหล่งธรรมชาติหรือโบราณสถาน

5.3 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันศุกร์ สัปดาห์แรกของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน

2564)

สถานที่

สำนักงานเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลและชมรมผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ต้องประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และ

ชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

6. ส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในระดับ

โรงเรียน

6.1 สร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในกลุ่มเด็กและ

เยาวชน

6.2 บูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้านและสร้างความตระหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

6.3 สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลานกับผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ถ่ายทอดประสบการณ์เรื่องราวให้ลูกหลานฟัง ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่ตนเองสั่งสมมาให้ลูกหลาน ในสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออยากเล่า อยากพูดคุยกับลูกหลาน

6.4 ในโรงเรียนมีการสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุและการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตระหนักในการเคารพและเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2 และที่ 4 ของเดือน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กันยายน-พฤศจิกายน 2564)

สถานที่

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ

หน่วยงานที่ต่อประสาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบหลัก

ทีมจิตอาสาและชุมชน

สรุป รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบและ 32 กิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด 2) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ 3) การให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 4) การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาจิตและกาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาจิตโดยการใช้ธรรมะบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) การฝึกทำสมาธิ อานาปานสติ 2) การสวดมนต์ 3) ฟังเทศน์ 4) การฝึกหายใจ 5) การใช้ดนตรีบำบัด กิจกรรมที่ 2 การพัฒนากาย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) Brain gym 2) ชี่กง 3) ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

4) การเต้นประกอบเพลง ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 3 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างทีม (Team building) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างทีมงาน ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถทำงานร่วมกันในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทันตภิบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ภาคส่วนท้องถิ่น เทศบาลฯ องค์การบริหารส่วนตำบลและ 2) ทีมอาสาสมัครในชุมชน (จิตอาสา) ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครูโรงเรียนและคนในชุมชนสมัครใจทำงานเพื่อชุมชน กิจกรรมที่ 2 รวบรวมกำลังคนทีมงาน กิจกรรมที่ 3 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมงานในชุมชน โดยผู้นำชุมชน และกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน ในการจะออกชุมชน ในแต่ละครั้ง ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนการลงพื้นที่ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสาและทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน

กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน (Home visit) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 การบูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้าน บริจาคสิ่งของ แจงข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งสวัสดิการที่พึงได้รับในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ และ กิจกรรมที่ 4 สร้างช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ ผ่าน Line ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา และทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลักทีมจิตอาสาและชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมรายได้ (Income promotion) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สสำรวจผู้สูงอายุที่ประสงค์สร้างอาชีพในระดับครัวเรือน กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมการสร้างอาชีพ ได้แก่ จักรสาน ไม้กวาด ขนมหไทย ในระดับครัวเรือนโดยใช้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่มีความสามารถมาสาธิตและสอนผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อด้วยกัน กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ แหล่งขายในชุมชน ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 4 การเดินทางมีรถรับ-ส่งจากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมการอบรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

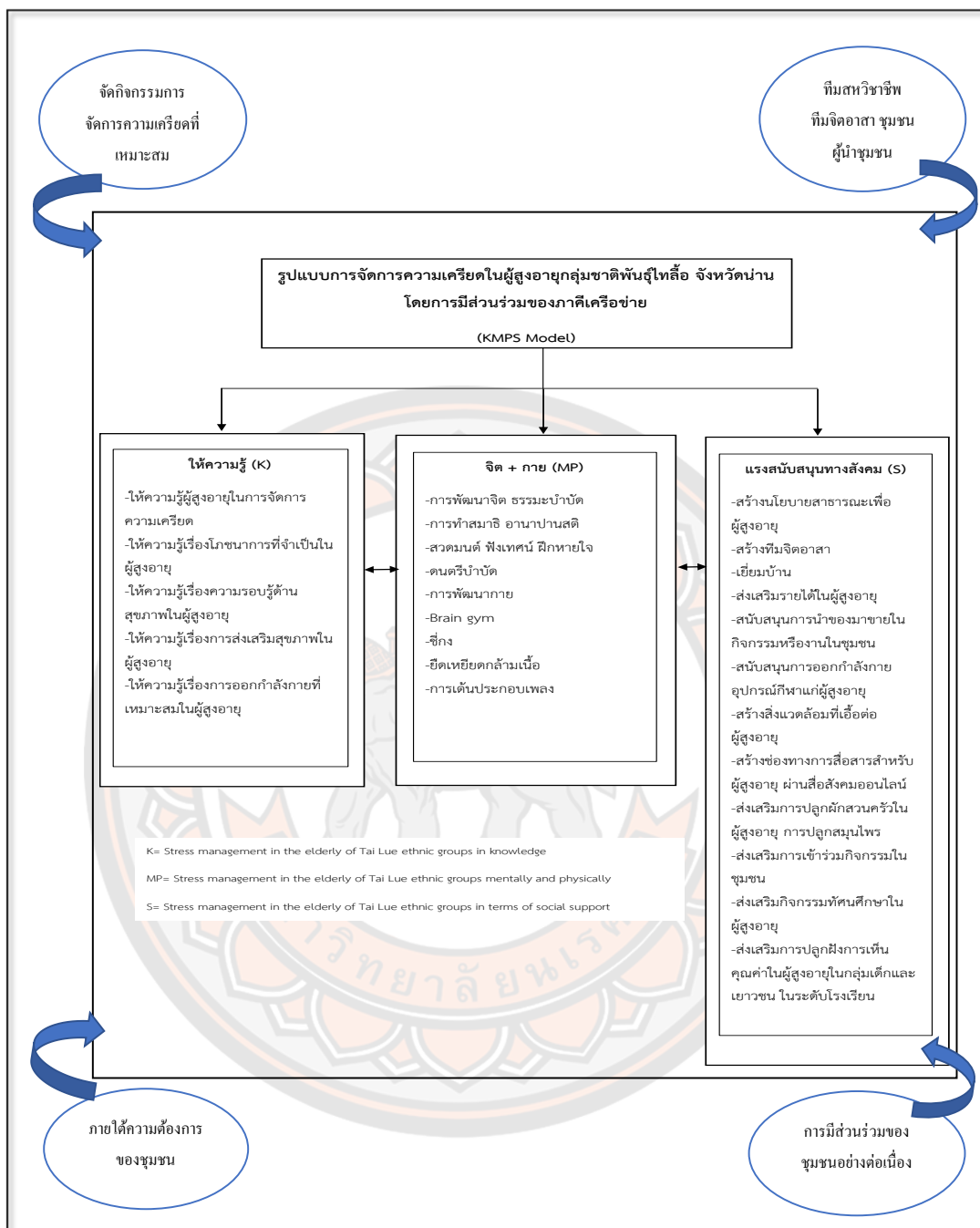
กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการปลูกผักสวนครัว ปลูกสมุนไพรในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก เช่น เมล็ดพันธุ์ผักบุ้ง ต้นหอม ผักชี ผักขึ้นฉ่าย ผักกาด
 กิจกรรมที่ 2 สนับสนุนการปลูกสมุนไพรในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ
 แหล่งขายในชุมชน ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 4 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อ
 นำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ หรือจุดขายในชุมชน ภายใต้
 การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา
 และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมกิจกรรมทัศนศึกษาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ
 กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนงานทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 พาผู้สูงอายุทัศนศึกษาแหล่ง
 ธรรมชาติหรือโบราณสถาน กิจกรรมที่ 3 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมา
 เข้าร่วมกิจกรรม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/
 เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชน
 ในระดับโรงเรียน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าใน
 ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในกลุ่มเด็กและเยาวชน กิจกรรมที่ 2 บูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้านและ
 สร้างความตระหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กิจกรรมที่ 3
 สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลานกับผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ถ่ายทอดประสบการณ์
 เรื่องราวให้ลูกหลานฟัง ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่ตนเองสั่งสมมาให้ลูกหลาน ในสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุกลุ่มชาติ
 พันธุ์ไทลื้ออยากเล่า อยากพูดคุยกับลูกหลาน กิจกรรมที่ 4 ในโรงเรียนมีการสอดแทรกการให้ความรู้
 เรื่องผู้สูงอายุและการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตระหนักในการเคารพและเห็นคุณค่าใน
 ผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล
 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน

รูปแบบฯ นี้มีองค์ประกอบและกิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
 ไทลื้อ ภายใต้ความต้องการของชุมชน จึงเกิดการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง มีทีมชุมชนขับเคลื่อนให้
 ประสบความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย ทีมจิตอาสา ผู้นำชุมชนและทีมสหวิชาชีพ ดังภาพ



ภาพ 6 แสดงรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาการประเมินผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

หลังจากดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เสร็จสิ้นแล้วจะมีการประเมินผลรูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการนำรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอปัว จังหวัดน่าน

โดยใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ตำบลศิลาเพชร จังหวัดน่าน มีการดำเนินการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่เนื่องจากเป็นพื้นที่ ๆ มีความพร้อม ที่ยินยอมให้ความร่วมมือมากที่สุด จำนวน 45 คน โดยการทดลองใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน (12 สัปดาห์) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบฯ มีการใช้แบบสอบถามวัดประเมินผลกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยตามกิจกรรมของรูปแบบที่ได้ในพื้นที่ กำหนดระยะเวลาไว้ 3 เดือนพร้อมทั้งมีทีมพี่เลี้ยง (ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) คอยดูแลกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีการติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้น 3 เดือน มีการวัดประเมินผลหลังการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบและกิจกรรมที่กำหนด (One-group pretest-posttest design) ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร

(n = 45)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	46.7
หญิง	24	53.3
ระดับอายุ		
60 – 69	28	62.2
70 - 79	17	37.8
\bar{x} = 67.97, Max = 78, Min = 61, S.D= 3.98		

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	27	60.0
หม้าย	16	35.6
หย่าร้าง	1	2.2
แยกกันอยู่	1	2.2
ศาสนา		
พุทธ	44	97.8
คริสต์	1	2.2
วัฒนธรรมความเชื่อ		
นับถือผี/สิ่งเหนือธรรมชาติ	22	48.9
ไม่นับถือสิ่งใด	2	4.4
นับถือความเชื่อตามชาติพันธุ์อื่นๆ	21	46.7
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	3	6.7
อยู่กับคู่สมรส	20	44.4
อยู่กับลูกหลาน	22	48.9
การศึกษา		
ประถมศึกษา	24	53.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	28.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	15.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	2.2
อาชีพหลัก		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ(เกษียณ)	1	2.2
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	2	4.4
เกษตรกร	32	71.1
รับจ้างทั่วไป	4	8.9
ว่าง/ไม่มีงานทำ	6	13.3

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)		
รายได้ไม่เกิน 1000 บาท	18	40.0
รายได้ 1001 – 2000 บาท	10	22.2
รายได้ 2001- 3000 บาท	3	6.7
รายได้ 3001- 4000 บาท	2	4.4
รายได้ 4001- 5000 บาท	1	2.2
รายได้มากกว่า 5001 บาท	2	4.4
เบี้ยผู้สูงอายุ	9	20.0
\bar{x} =2515.20, S.D.= 8322.98, Max = 56484.00, Min= 600		
ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้สูงอายุ		
ไม่เกิน 50 บาท	15	33.3
100 บาทขึ้นไป	26	57.8
200 บาทขึ้นไป	4	8.9
สิทธิการรักษา		
สิทธิ์บัตรทอง	30	66.7
สิทธิ์ประกันสังคม	3	6.7
สิทธิ์ข้าราชการท้องถิ่น	1	2.2
สิทธิ์ข้าราชการ	11	24.4
การเข้าถึงระบบบริการ		
รพ.สต.	31	68.9
โรงพยาบาลชุมชน	11	24.4
โรงพยาบาลศูนย์	3	6.7
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	34	75.6
อสม.	9	20.0
ใบแจ้งจากส่วนราชการ	2	4.4

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	10	22.2
ความดันโลหิตสูง	21	46.7
ไขมันในเลือดสูง	1	2.2
ภูมิแพ้	3	6.7
โรคกระเพาะ	1	2.2
ไม่มีโรค	9	20.0
พฤติกรรมสุขภาพ		
กิจกรรมทางกาย		
ไม่มีกิจกรรมทางกาย	12	26.7
มีอย่างน้อยวันละ 30 นาที	22	48.9
มีมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์	11	24.4
การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ดื่มได้ 8 แก้ว 3-4 วัน/สัปดาห์	25	55.6
ดื่มได้ 8 แก้วทุกวัน	20	44.4
การกินผัก/ผลไม้สด		
ไม่กิน	2	4.4
กินเป็นบางวัน	27	60.0
กินทุกวัน	16	35.6
พฤติกรรมเสี่ยง		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	43	95.6
เคยสูบ	2	4.4
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	27	60.0
ดื่มเป็นบางครั้ง	17	37.8
ดื่มเป็นประจำ	1	2.2

จากตาราง 14 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 62.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.8 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 60 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 การประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 71.1 รายได้ รายได้ไม่เกิน 1000 บาท ร้อยละ 40 ค่าใช้จ่ายต่อวัน 100 บาทขึ้นไป ร้อยละ 57.8 สิทธิการรักษา บัตรทอง ร้อยละ 66.7 การเข้าถึงระบบบริการ เข้าถึง รพ.สต. ร้อยละ 68.9 การรักษา รักษาจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 100 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โรคประจำตัว มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 พฤติกรรมเสี่ยง ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.6 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60 ดื่มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 37.8 ตามลำดับ

ตาราง 16 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ผู้สูงอายุไทลื้อโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ	35.06	13.08	30.00	6.51	2.56	0.014*

* P - value < 0.05

จากตาราง 15 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 35.06 และหลังการทดลองเท่ากับ 30.00 ความเครียดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่ได้รับการฝึกอบรมการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลง

ตาราง 17 แสดงผลเปรียบเทียบการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุไทลื้อโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังการทดลอง (n=45)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P - value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ	2.72	0.51	2.52	0.31	2.02	0.049*

* P - value < 0.05

จากตาราง 16 แสดงผลการเปรียบเทียบการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียด เท่ากับ 2.72 และหลังการทดลอง เท่ากับ 2.52 การจัดการความเครียดก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป รูปแบบการจัดการความเครียดที่จัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นรูปแบบที่จัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้ดี



บทที่ 5

บทสรุป

จากการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ชนิด Sequential Mixed Methods ผู้วิจัยขอเสนอ สรุป อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยสรุปผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล โดยส่วนมากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จะมีโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอื่นๆ ซึ่งการมีโรคประจำตัวในผู้สูงอายุบางคนเป็นหลายโรค มีภาวะโรคไต โรคไทรอยด์ร่วมด้วย ทำให้คิดมากในการเจ็บป่วยของตน เกิดความเครียดจากโรคประจำตัว และโรคอื่นๆ เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกล้ามเนื้อ กระดูก และโครงร่าง ตามวัย มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ต้องเป็นไปวัย แต่ในเรื่องของสภาพจิตใจ ยังไม่มีการรับมืออย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นปัจจัยด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาการเคลื่อนไหวที่ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม การเคลื่อนไหวช้าลง และการเดินไปไหนไกลต้องมีอุปกรณ์ช่วยในการพยุงตัว เช่นไม้เท้า และผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าตื่นกลางคืนต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงกว่าจะหลับอีกครั้ง ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่งผลถึงสุขภาพและทำให้เกิดความเครียดจากการนอนน้อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลถึงอารมณ์ระหว่างวัน และนอกจากนี้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่พบได้มาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้เกิด

ความเครียดจากปัญหาสุขภาพ เช่น จากการรับประทานยามาก หลายชนิด การเสียเวลาเดินทางไปรับการรักษา การเสียเงินทองในการรักษาสุขภาพ รวมไปถึงการพึ่งพาลูกหลาน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง การสื่อสารด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีขึ้น ประเด็นปัจจัยด้านจิตใจ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่จิตใจค่อนข้างเปราะบาง มีความอ่อนไหวด้านจิตใจสูง มีอารมณ์น้อยใจลูกหลาน วิดกกังวลในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง คิดมาก กลัวลูกหลานไม่รัก บางครั้งผ่านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในชีวิตทำให้เกิดความเบื่อหน่ายชีวิต บางครอบครัวมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง นอนตามลำพัง ลูกหลานอยู่คนละหลัง ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว นอนไม่ค่อยหลับ ประเด็นด้านครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ มีภาวะครอบครัวค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน บางครอบครัวต้องเลี้ยงดูหลานหลายคน นอกจากนี้ยังมีภาวะครอบครัวด้านอื่นๆ เช่น ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงหลาน เป็นต้น ในเรื่องของความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว พบว่า คนในครอบครัวมีความไม่เข้าใจผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน จะมีช่องว่างระหว่างวัยระหว่างปู่ย่าตายายและหลาน เกิดช่องว่างของการสื่อสาร ทำให้สื่อสารไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดจากคนรอบข้างไม่เข้าใจ ส่วนใหญ่มาจากหลาน และคู่สมรส สื่อสารไม่เข้าใจกัน ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม มีการให้ความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ไม่ทั่วถึง บางครอบครัวยากจนจริงแต่ความช่วยเหลือไม่ถึงครอบครัว อยากให้มีเจ้าหน้าที่เข้ามาทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุเยอะๆ ชอบทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ทำกิจกรรมร่วมกัน อยากให้มีการส่งเสริมการเล่นกีฬาผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ชอบการออกกำลังกาย อยากได้อุปกรณ์กีฬาชุดใหม่ อยากทำงานอดิเรก ต้องการการสนับสนุนจากสังคม ประเด็นการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ในด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ข้าวของแพงขึ้น รายรับเท่าเดิม ไม่มีรายรับอย่างอื่น มีรายรับจากทางเดียวคือ เบี้ยผู้สูงอายุ ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด เงินไม่พอใช้จ่าย บางทีไปร้านค้าต้องยืมของร้านค้ามาใช้ก่อนแล้วค่อยจ่ายทีหลัง ทำให้เกิดความเครียดทางการเงิน ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือแบบใหม่ไม่เป็น ใช้เป็นแต่แบบปุ่มกด ผู้สูงอายุบางรายใช้ไม่เป็นเลย อยากที่จะได้โทรศัพท์แบบใหม่เอาไว้คลายเครียด เปิดดูข้อมูลข่าวสาร และความบันเทิงในโทรศัพท์ อยากใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเป็น อยากก้าวทันเทคโนโลยี ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน มีการแบ่งปันพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นเพื่อนบ้านที่ดีต่อกัน เวลามีเรื่องไม่สบายใจก็จะมี การพบปะพูดคุยกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปในทิศทางที่ดี

จากการศึกษาระยะที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้ประเด็นใหม่ที่น่าสนใจจากการทบทวนวรรณกรรม คือ ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ หลงเชื่อโฆษณาชวนเชื่อในรูปแบบต่างๆ ได้ง่าย ขาดวิจารณญาณในการรับสื่อ ทำให้หลงเชื่อคำโฆษณาผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพ ตกเป็นเหยื่อการตลาดด้านสุขภาพได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพและเสียเงินเพิ่มจากการ

ข้อผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาสรรพคุณเกินจริง ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงในประเด็นอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ด้านปัญหาสุขภาพ ด้านการเงิน รวมไปถึงเป็นการเพิ่มภาระครอบครัวโดยไม่จำเป็น

ส่วนที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 54.8 สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 65.9 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ศาสนา นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.3 รองลงมา นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ วัฒนธรรมความเชื่อ นับถือผี/สิ่งเหนือธรรมชาติ ร้อยละ 51.2 รองลงมา ไม่นับถือสิ่งใด ร้อยละ 19.8 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัว อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 55.1 รองลงมา อยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 36.3 ตามลำดับ การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 รองลงมา ไม่เคยเรียน ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ อาชีพหลัก ว่าง/ไม่มีงานทำ ร้อยละ 43.1 รองลงมา เป็นเกษตรกร ร้อยละ 40.4 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.5 รองลงมา รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท ร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้สูงอายุ 100 บาทขึ้นไป ร้อยละ 55.4 รองลงมา ไม่เกิน 50 บาท ร้อยละ 30.8 สิทธิการรักษา เป็นบัตรทอง ร้อยละ 87.1 รองลงมา เป็นสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ การเข้าถึงระบบบริการ เข้าถึงระบบบริการ รพ.สต. ร้อยละ 84.4 รองลงมา เป็น โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 13.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 68.9 รองลงมา ได้รับข่าวสารจาก อ.ส.ม. ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ โรคประจำตัว ไม่มีโรค ร้อยละ 38.0 รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.2 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 19.2 ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมทางกาย มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ร้อยละ 47.9 รองลงมา ไม่มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 36.2 ตามลำดับ การดื่มน้ำ ดื่มได้ 8 แก้ว 3-4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 47.3 รองลงมา ดื่มได้ 8 แก้วทุกวัน ร้อยละ 45.8 ตามลำดับ การกินผัก/ผลไม้สด กินเป็นบางวัน ร้อยละ 64.1 รองลงมา กินทุกวัน ร้อยละ 32 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ร้อยละ 85.3 รองลงมา เคยสูบ ร้อยละ 11.1 การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ร้อยละ 67.1 รองลงมา ดื่มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 31.4 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน

ผู้วิจัย พบว่า จากตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร พบจำนวน 4 ตัวแปรร่วมทำนายความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านรายได้ และปัจจัยด้านเพศ ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต้องมีการดำเนินการภายใต้ KMPS Model ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด 2) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ 3) การให้ความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 4) การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาจิตและกาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาจิตโดยการใช้ธรรมะบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) การฝึกทำสมาธิ อานาปานสติ 2) การสวดมนต์ 3) การฟังเทศน์ 4) การฝึกหายใจ 5) การใช้ดนตรีบำบัด กิจกรรมที่ 2 การพัฒนากาย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) Brain gym 2) ชี่กง 3) ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4) การเต้นประกอบเพลง ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 3 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างทีม (Team building) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างทีมงาน ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถทำงานร่วมกันในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทันตภิบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ภาคส่วนท้องถิ่น เทศบาลฯ องค์การบริหารส่วนตำบลและ 2) ทีมอาสาสมัครในชุมชน (จิตอาสา) ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครูโรงเรียนและคนในชุมชนสมัครใจทำงาน เพื่อชุมชน กิจกรรมที่ 2 รวบรวมกำลังคนทีมงาน กิจกรรมที่ 3 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมงานในชุมชน โดยผู้นำชุมชน และกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน ในการจะออกชุมชน ในแต่ละครั้ง ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนการลงพื้นที่ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสาและทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน

กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน (Home visit) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 การบูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้าน บริจาคสิ่งของ แจกข้าวสารต่าง ๆ รวมทั้งสวัสดิการที่พึง

ได้รับในผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กิจกรรมที่ 4 สร้างช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุผ่าน Line ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา และทีมวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลักทีมจิตอาสาและชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมรายได้ (Income promotion) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สำรวจผู้สูงอายุติดบ้านที่ประสงค์สร้างอาชีพในระดับครัวเรือน กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมการสร้างอาชีพ ได้แก่ จักรสาน ไม้กวาด ขนมไทย ในระดับครัวเรือนโดยใช้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่มีความสามารถมาสาธิตและสอนผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อด้วยกัน กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 4 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมการอบรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก เช่น เมล็ดพันธุ์ผักบุ้ง ต้นหอม ผักชี ผักขึ้นฉ่าย ผักกาด กิจกรรมที่ 2 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 3 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมกิจกรรมทัศนศึกษาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนงานทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 พาผู้สูงอายุทัศนศึกษาแหล่งธรรมชาติหรือโบราณสถาน กิจกรรมที่ 3 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับโรงเรียน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในกลุ่มเด็กและเยาวชน กิจกรรมที่ 2 บูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้านและสร้างความตระหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กิจกรรมที่ 3 สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลานกับผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ถ่ายทอดประสบการณ์เรื่องราวให้ลูกหลานฟัง ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่ตนเองสั่งสมมาให้ลูกหลาน ในสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออยากเล่า อยากพูดคุยกับลูกหลาน กิจกรรมที่ 4 ในโรงเรียนมีการสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุและการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตระหนักในการเคารพและเห็นคุณค่าใน

ผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน

ส่วนที่ 4 ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียด จากการให้รูปแบบการจัดการ
ความเครียด พบว่า การให้สิ่งทดลอง มีผลต่อการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ
0.05 จากการศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัด
น่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า การให้รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้
การพัฒนาจิตและกาย การให้แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้ความเครียดในผู้สูงอายุลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ประเด็นสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับ
น้อย สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล
โดยส่วนมากผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จะมีโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง
เบาหวาน และโรคอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง และฉันทนา
นาถฉัตรีย์ (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบบ่อย
ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งการมีโรคประจำตัวในผู้สูงอายุบางคนเป็นหลาย
โรค มีภาวะโรคไต โรคไทรอยด์ร่วมด้วย ทำให้คิดมากในการเจ็บป่วยของตน เกิดความเครียดจากโรค
ประจำตัว และโรคอื่นๆ เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกล้ามเนื้อ กระดูก และโครงร่าง ตามวัย สอดคล้อง
กับงานวิจัยของ เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และนิพนธ์ รัตนคช (2562)
ที่พบว่า ผู้สูงอายุจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพ อย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิต
สูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติทางร่างกายของผู้สูงอายุ เกิดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น และขาดความรู้ใน
การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ต้องเป็นไปวัย
ประเด็นด้านสภาพจิตใจ ยังไม่มีการรับมืออย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศกนก
จงรัตน์ และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ มากที่สุดในเรื่องของ ความวิตกกังวล
กลัวถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ประเด็นปัจจัยด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาการ
เคลื่อนไหวที่ไม่คล่องแคล่วเหมือนเดิม การเคลื่อนไหวช้าลง และการเดินไปไหนไกลต้องมีอุปกรณ์ช่วย
ในการพยุงตัว เช่น ไม้เท้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิสาชา แซ่อู๋ และรวีวรรณ วรรณวิไชย (2560)

ที่กล่าวว่า เมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ สมรรถนะทางร่างกายของผู้สูงอายุจะถดถอยลง จนอาจนำไปสู่สภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพฤติกรรม ปัญหาด้านสุขภาพที่พบสูงเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 และผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าตื่นกลางคืนต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงกว่าจะหลับอีกครั้ง ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่งผลถึงสุขภาพและทำให้เกิดความเครียดจากการนอนน้อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลถึงอารมณ์ระหว่างวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ (2563) ที่กล่าวว่า ปัญหาการนอนหลับ มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบในระยะสั้น ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงานและการตื่นตัวลดลง ความจำและการรู้คิดบกพร่อง และมีปัญหาเรื่องสัมพันธ์ภาพ ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ ปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การทำงานของสมองบกพร่อง การเคลื่อนไหวลดลง และมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น และนอกจากนี้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่พบได้มาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ที่ต้องได้รับการดูแลรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏฐ์จิตตา เทวาลีศสกุล, วณิศา ศิริวรสกุล และชัชสรัญ รอดยิ้ม (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต และยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หงุดหงิดกับปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้สภาพจิตใจหดหู่ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้เกิดความเครียดจากปัญหาสุขภาพ เช่น จากการรับประทานยา มาก หลายชนิด การเสียเวลาเดินทางไปรับการรักษา การเสียเงินทองในการรักษาสุขภาพ รวมไปถึงการพึ่งพาลูกหลาน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง การสื่อสารด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ (2563) ที่พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ประเด็นปัจจัยด้านจิตใจ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่จิตใจค่อนข้างเปราะบาง มีความอ่อนไหวด้านจิตใจสูง มีอารมณ์น้อยใจลูกหลาน วิตกกังวลในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง คิดมาก กลัวลูกหลานไม่รัก บางครั้งผ่านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในชีวิตทำให้เกิดความเบื่อหน่ายชีวิต บางครอบครัวมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง นอนตามลำพัง ลูกหลานอยู่คนละหลัง ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว นอนไม่ค่อยหลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา และนริศรา พึ่งโพธิ์สม (2562) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า โดยข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุ กว่าร้อยละ 21 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูงกว่าวัยอื่น ประเด็นด้านครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ มีภาวะครอบครัวค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน บางครอบครัวต้องเลี้ยงดูหลานหลายคน นอกจากนี้ยังมีภาวะครอบครัวด้านอื่นๆ เช่น ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงหลาน เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ดวงหทัย ยอดทอง และคณะ (2557) การมีปัญหาด้านการเงินหรือการมีฐานะยากจนเมื่อต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลหลานอาจส่งผลให้ปู่ย่า ตายายประเมินสถานการณ์ เหล่านี้ว่าเป็นภาระ และ ส่งผลกระทบต่อตนเองและนำไปสู่ปัญหา ด้านสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้าได้ ในเรื่องของความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว พบว่า คนในครอบครัวมีความไม่เข้าใจ ผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลาน จะมีช่องว่างระหว่างวัยระหว่างปู่ย่าตายายและหลาน เกิดช่องว่างของการสื่อสาร ทำให้สื่อสารไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดจากครอบครัวข้างไม่เข้าใจ ส่วนใหญ่มาจากหลาน และคู่สมรส สื่อสารไม่เข้าใจกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัฏญา วชิรเพชรปราณี (2553) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยพบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางราย อยากหนีออกจากบ้าน บางรายอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว การไม่พูดจาดี ซึ่งภาวะเหล่านี้ พบมากถึงร้อยละ 67.50 ส่วนแรงงานสนับสนุนทางสังคม มีการให้ความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ไม่ทั่วถึง บางครอบครัวยากจนจริงแต่ความช่วยเหลือไม่ถึงครอบครัว อยากให้มีเจ้าหน้าที่เข้ามาทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุเยอะๆ ชอบทำกิจกรรมพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ทำกิจกรรมร่วมกัน อยากให้มีการส่งเสริมการเล่นกีฬา ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ชอบการออกกำลังกาย อยากได้อุปกรณ์กีฬาชุดใหม่ อยากทำงานอดิเรก ต้องการการสนับสนุนจากสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ พยาม การดี, พรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) ที่กล่าวว่า กลไกการเผชิญกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม หากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพและการปรับตัวต่อ ความเจ็บป่วย ประเด็นการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม ในด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ข้าวของแพงขึ้น รายรับเท่าเดิม ไม่มีรายรับอย่างอื่น มีรายรับจากทางเดียว คือ เบี้ยผู้สูงอายุ ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด เงินไม่พอใช้จ่าย บางทีไปร้านค้าต้องยืมของร้านค้ามาใช้ก่อนแล้วค่อยจ่ายทีหลัง ทำให้เกิดความเครียดจากการเงิน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา ปัญญาธร (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย และมีหนี้สิน ร้อยละ 38.50 ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือแบบใหม่ไม่เป็น ใช้เป็นแต่แบบปุ่มกด ผู้สูงอายุบางรายใช้ไม่เป็นเลย อยากที่จะได้โทรศัพท์แบบใหม่เอาไว้คลายเครียด เปิดดูข้อมูลข่าวสาร และความบันเทิงในโทรศัพท์ อยากใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเป็น อยากก้าวทันเทคโนโลยี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์ และสรานันท์ อนุชน (2561) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีมีความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเทคโนโลยีนั้นเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ ส่วนสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนบ้าน มีการแบ่งปันพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นเพื่อนบ้านที่ดีต่อกัน เวลาไม่สบายใจก็จะมีการพบปะพูดคุยกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปในทิศทางที่ดี

สอดคล้องกับงานวิจัยของ รสพร เพียรรุ่งเรือง และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) ที่กล่าวว่า ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีก็จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและทำให้สุขภาพจิตดีได้

ส่วนที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรจำนวน 4 ตัว ร่วมทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุไทลื้อ ได้แก่

ปัจจัยด้านจิตใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยด้านจิตใจ เป็นมิติที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางจิตใจสูง อ่อนไหวต่อเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ง่าย การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ การได้รับการพัฒนาทางจิตใจ ด้วยหลักของธรรมะ จะช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุ และเป็นการยกระดับจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการรับมือกับภาวะอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น ทำให้จิตใจสงบ มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศกนก จงรัตน์ และคณะ (2562) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดกลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล มากถึงร้อยละ 50 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัญญุชญา ธรรมาเวทย์ (2563) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีภูมิคุ้มกันและความมั่นคงทางจิตใจ การสร้างความมั่นคงทางจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ และมีความรู้เท่าทัน สามารถปรับตัวได้อย่างมีสติมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไกรสร โชติปัญญา (2557) ที่กล่าวว่า หลักธรรมะในพระพุทธศาสนาสามารถพัฒนาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีขึ้นตามลำดับ

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม ในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ชุมชน หรือจากทางหน่วยงานราชการต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้ดี การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากครอบครัว ชุมชน หรือแม้แต่จากทางภาครัฐ รู้สึกได้รับความสำคัญ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการสนับสนุนการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น มีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากขึ้น การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่ชอบทำกิจกรรมร่วมกัน ชอบการพบปะเพื่อนวัยเดียวกัน ซึ่งเป็นการคลายเครียดได้ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ในแต่ละมิติ หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่าสำคัญสำหรับวัยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา และสุกฤตา สนวนแก้ว (2563) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee & Dik (2017) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุได้ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยระงับความสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างความเครียดและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้สามารถดูแลด้านความเครียดในผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sheffler & Sachs-Ericsson (2016) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยป้องกันจากผลกระทบเชิงลบด้านความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นจะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพดีขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

ปัจจัยด้านรายได้ จากผลการวิจัย ปัจจัยด้านรายได้มีผลทางบวกกับการเกิดความเครียด ทั้งนี้เรื่องของรายได้เป็นประเด็นอ่อนไหวต่อผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่มีรายได้มากแต่ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังจำนวนมาก ประกอบกับมีโรคประจำตัวรุนแรง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการรายได้ในการดำรงชีพ รายได้ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นในการใช้ชีวิตในยุคปัจจุบัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีพ ในปัจจุบันทุกอย่างต้องใช้เงิน การดำเนินชีวิต การทำธุรกรรมต่างๆ ล้วนแล้วแต่ใช้เงินทั้งสิ้น การที่รายได้น้อย รายรับน้อยกว่ารายจ่าย ย่อมส่งผลให้เกิดความเครียด และบางครอบครัวผู้สูงอายุยังคงเป็นตัวหลักในครอบครัว ยังคงเป็นหัวหน้าครอบครัวในการหาเงินเลี้ยง หรือจุนเจือคนในครอบครัว ประกอบด้วยบางครอบครัวมีภาระในการเลี้ยงหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น แต่รายรับยังเท่าเดิม และไม่มีอาชีพเสริม ขาดช่องทางการหาเงิน เกิดความเครียดสะสม ประกอบกับปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมาด้วยความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวไม่เหมือนเดิม ทำให้มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ตามมา รายได้ที่ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ไม่เพียงพอในการดำรงชีวิต สร้างความเครียดให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติวงศ์ สาสวด (2560) ที่กล่าวว่า การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย จะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในภาคแรงงานมากขึ้น แต่รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลัก ร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราพร ทองดี และคณะ (2556) ที่กล่าวว่า รายได้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มีเศรษฐกิจดี จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพิสุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) ที่กล่าวว่ารายได้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ นั่นคือการมีรายได้ดีก็จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับการมีรายได้น้อย ยังมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ยิ่งทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพลดน้อยลง

ปัจจัยด้านเพศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศมีความสัมพันธ์กับความเครียด ความรู้สึกนึกคิด ความสามารถในการจัดการปัญหาแตกต่างกันในบางเรื่อง ทำให้เพศที่แตกต่างกัน มีความเครียดที่ต่างกัน โดยส่วนมากเพศหญิงจะเป็นเพศที่มีความเครียดมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศ

ที่มีความละเอียดอ่อนทางความรู้สึกมากกว่าเพศชาย อ่อนไหวต่อสถานการณ์ต่างๆ มากกว่าเพศชาย และความแข็งแรงในการจัดการปัญหาต่างๆ ในชีวิต อาจน้อยกว่าเพศชาย จึงเป็นเหตุผลว่าความแตกต่างทางเพศทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hsieh & Tsai (2019)) ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเครียด

ส่วนที่ 3 การสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อจังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต้องมีการดำเนินการภายใต้ KMPS model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ 32 กิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียด 2) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ 3) การให้ความรู้เรื่องความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ 4) การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ 5) การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เริ่มจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป ทั้งนี้ความรู้ที่ถูกต้องยังสามารถนำไปสู่การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ เกิดการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพเชิงบวกร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพิน มโนรส, ทศพร คำผลศิริ และณัฐธยาน์ สุวรรณคุณหาสน์ (2564) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาจิตและกาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาจิตโดยการใช้ธรรมะบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) การฝึกทำสมาธิ อานาปานาสติ 2) การสวดมนต์ 3) การฟังเทศน์ 4) การฝึกหายใจ 5) การใช้ดนตรีบำบัด กิจกรรมที่ 2 การพัฒนากาย ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้ 1) Brain gym 2) ชี่กง 3) ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 4) การเต้นประกอบเพลง ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพ จิตอาสาและชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญ และควรได้รับการพัฒนาควบคู่กันไป เพราะจิตและกายมีความสัมพันธ์กัน สุขภาพจิตที่ดีจะอยู่ในร่างกายที่ดี ร่างกายที่ดีอยู่ในสุขภาพจิตที่ดี ทั้งสองสิ่งนี้หากได้รับการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน จะทำให้ผู้สูงอายุ มีทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่แข็งแรง มีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเข้าใจและมีความสุขในขั้น

ปลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร สุทร, วชิรินทร์ สุทธิชัย และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนด์ส (2561) ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านจิตเจ้านั้นเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากการพัฒนาจิตตามหลักธรรมในพระพุทธศาสนา สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีความเข้มแข็ง และอดทนต่อความยากลำบากต่างๆ เป็นเครื่องป้องกันความทุกข์ทางจิตใจได้ รวมถึงส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางจิตเจ้านั้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจ เมื่อมีปัญหาสามารถใช้สติปัญญาในการแก้ไข ไม่คิดสั้น หรือพึ่งอบายมุข และยังสอดคล้องกับงานของ ชลลดา บุตรวิธา (2561) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง จะมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพจิตร พุทธรอด (2564) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมความแข็งแรงทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากผู้สูงอายุมีจิตใจที่แข็งแรงจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ

องค์ประกอบที่ 3 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างทีม (Team building) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างทีมงาน ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพ ที่สามารถทำงานร่วมกันในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทันตภิบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ภาคส่วนท้องถิ่นเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลและ 2) ทีมอาสาสมัครในชุมชน (จิตอาสา) ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครูโรงเรียนและคนในชุมชนสมัครใจทำงาน เพื่อชุมชน กิจกรรมที่ 2 รวบรวมกำลังคนทีมงาน กิจกรรมที่ 3 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมงานในชุมชน โดยผู้นำชุมชน และกิจกรรมที่ 4 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพ/จิตอาสา/ผู้นำชุมชน ในการจะออกชุมชน ในแต่ละครั้ง ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนการลงพื้นที่ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสาและทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของชุมชน จะทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ช่วยกันพัฒนาเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแล จะเป็นตัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้สึกได้รับความสำคัญ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการใช้ชีวิต รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและชุมชน ช่วยกันขับเคลื่อนพัฒนาการไปสู่การมีสุขภาพดีร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา (2560) ที่กล่าวว่าพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ต้องมีการบริหารจัดการเชิงระบบในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพของแกนนำ การหนุนเสริมให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด

กิจกรรมที่ 2 เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน (Home visit) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนทีมสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 การบูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้าน บริจาคสิ่งของ แจ้างข้าวสารต่าง ๆ รวมทั้งสวัสดิการที่พึงได้รับในผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กิจกรรมที่ 4 สร้างช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุผ่าน Line ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา และทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลักทีมจิตอาสาและชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การเยี่ยมบ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญ และเป็นภารกิจที่หน่วยบริการด้านสุขภาพถือปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่สร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การบูรณาการการเยี่ยมบ้านร่วมกันทุกภาคส่วน จะทำให้ช่องว่างระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่แคบลง เกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้น สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญารัตน์ กัญญาภาณัจน์, จุติมา โกศลวิตร & นฤมล บุญญนิवारวัฒน์ (2562) ที่กล่าวว่า การบูรณาการการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยดูแลครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม ซึ่งการบูรณาการเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิศปัติย์ชัยช่วย (2560) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น เป็นอีกหนึ่งช่องทางการสื่อสารที่ทำให้เกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมรายได้ (Income promotion) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สำรวจผู้สูงอายุติดบ้านที่ประสงค์สร้างอาชีพในระดับครัวเรือน กิจกรรมที่ 2 จัดอบรมการสร้างอาชีพ ได้แก่ จักรสาน ไม้กวาด ขนมหไทย ในระดับครัวเรือนโดยใช้ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่มีความสามารถมาสาธิตและสอนผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อด้วยกัน กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 4 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมการอบรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ขาดอาชีพเสริมในการหารายได้ ขาดช่องทางการสร้างรายได้ในชุมชน ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพสูงขึ้น ในขณะที่รายรับมีเท่าเดิม การสร้างเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีช่องทางการหารายได้มากขึ้น มีเงินมากขึ้น สร้างความคล่องตัวทางการเงินมากยิ่งขึ้น มีกิจกรรมทำ มีโอกาสพบเจอผู้คน ได้แลกเปลี่ยนพูดคุยมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนัญญา ปัญญาพล (2558) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จะมีความวิตกกังวลน้อยส่งผลดีต่อสุขภาพจิต หากมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายจะทำให้การ

เตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ในชีวิตลดลงด้วย สรุปโดยรวมการมีรายได้ที่ดี สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนเมล็ดพันธุ์ผัก เช่น เมล็ดพันธุ์ผักบุ้ง ต้นหอม ผักชี ผักขึ้นฉ่าย ผักกาด
กิจกรรมที่ 2 สนับสนุนแหล่งขายในชมรมผู้สูงอายุ ทุกวันที่ 20 ของเดือน กิจกรรมที่ 3 การเดินทางมี
รถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมและนำของไปขายในชมรมผู้สูงอายุ
ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทีมจิต
อาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การปลูก
ผักสวนครัว สามารถทำได้ง่ายในครัวเรือน สามารถเป็นได้ทั้งอาหารสำหรับครอบครัว เหลือจากการ
บริโภคในครัวเรือน สามารถนำไปขายได้ สร้างรายได้ในชุมชนให้กับผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับงานวิจัย
ของ อารี พุ่มประไพวิทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์, อัญชลี เหมชะญาติ และณัฐ
พัทธ์ จันทรธำ (2562) ที่กล่าวว่า กิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุ
เลือกปฏิบัติ จะเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การปลูกผักสวนครัว เป็น
กิจกรรมที่ผู้สูงอายุ คิด วางแผน ค้นหา แหล่งความรู้ด้วยตนเอง สร้างผลผลิตออกมา เกิดรายได้ทำให้
เกิดความรู้สึกให้ความสำคัญกับตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมกิจกรรมทัศนศึกษาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนงานทีมจิตอาสาในชุมชน กิจกรรมที่ 2 พาผู้สูงอายุทัศนศึกษาแหล่ง
ธรรมชาติหรือโบราณสถาน กิจกรรมที่ 3 การเดินทางมีรถรับ-ส่ง จากเทศบาล/อบต. เพื่อนำผู้สูงอายุ
มาเข้าร่วมกิจกรรม ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วน
ตำบล/เทศบาล ทีมจิตอาสา และชุมชน ผู้รับผิดชอบหลัก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ทั้งนี้
อาจเป็นเพราะ กิจกรรมทัศนศึกษาเป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดได้ดีในผู้สูงอายุ การได้
เดินทางไปทัศนศึกษาในสถานที่ต่างๆ เป็นการเปิดประสบการณ์ใหม่ๆ ได้มีโอกาสได้เห็นสิ่งแวดล้อม
ใหม่ เหมือนการได้เดินทางไปท่องเที่ยวกับเพื่อน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับ
งานวิจัยของ Ewert & Chang (2018) ที่กล่าวว่า การเยี่ยมชมธรรมชาติ การได้สัมผัสกับ
สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สามารถลดความเครียดทางจิตใจได้ การทัศนศึกษาแหล่งธรรมชาติ
กิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ จะช่วยลดระดับคอร์ติซอลในร่างกายลงได้
สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติสามารถส่งผลดีต่อสุขภาพของมนุษย์ได้ สวนสาธารณะ พื้นที่สีเขียว สวน
และธรรมชาติริมน้ำ สิ่งเหล่านี้อาจเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ สภาพแวดล้อมตามธรรมชาติสามารถลด
ระดับความเครียดทางสรีรวิทยาและจิตใจของมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ที่ได้เยี่ยมชมแหล่ง
ธรรมชาติจะทำให้ระดับคอร์ติซอล ลดลง ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชนในระดับโรงเรียน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อในกลุ่มเด็กและเยาวชน กิจกรรมที่ 2 บูรณาการร่วมกันเยี่ยมบ้านและสร้างความตระหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ กิจกรรมที่ 3 สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลานกับผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ถ่ายทอดประสบการณ์เรื่องราวให้ลูกหลานฟัง ถ่ายทอดภูมิปัญญาที่ตนเองสั่งสมมาให้ลูกหลาน ในสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออยากเล่า อยากพูดคุยกับลูกหลาน กิจกรรมที่ 4 ในโรงเรียนมีการสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุและการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความตระหนักในการเคารพและเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ ภายใต้การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพระสงฆ์ ครู ทีมจิตอาสา ทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลัก ทีมจิตอาสาและชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปลูกฝังการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กและเยาวชน มีความสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลี้ยงหลาน และมีความผูกพันกับหลาน การที่เด็กมีความเข้าใจและให้เกียรติผู้สูงอายุ จะทำให้ช่องว่างระหว่างวัยแคบลง ผู้สูงอายุกับลูกหลานพูดคุยกันด้วยความรักความเข้าใจ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม ความเครียดจากลูกหลานไม่เข้าใจผู้สูงอายุก็จะลดลง ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นรินทิพย์ ฤทธิฐิติ (2564) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ เช่น การได้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นต่างๆ ร่วมกัน ทำให้เกิดความตระหนักในคุณค่าตนเองมากขึ้น

ส่วนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การนำรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย นำไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอปัว จังหวัดน่าน และดำเนินการประเมินการใช้รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อมีคะแนนความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถนำไปเป็นแบบอย่าง หรือแนวทางแก่งานที่เกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลการประเมินสามารถทำให้ระดับความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ลดลงได้

สอดคล้องกับงาน Finkelstein-Fox, Park & Riley (2019) ที่กล่าวว่า การมีสติและความเป็นอยู่ที่ดี ความยืดหยุ่นในการเผชิญปัญหา มีผลทางบวกต่อการจัดการความเครียด การมีกิจกรรมเกี่ยวกับสติบำบัด อาจมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยการส่งเสริมการเผชิญปัญหาอย่างมีสติ สอดคล้องกับงานของ Singh, Gupta, Sharma & Mishra (2019) ที่กล่าวว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การทำสมาธิ โยคะ การผ่อนคลาย การพบปะสังสรรค์ มีงานอดิเรกทำ คิดบวก จะทำให้สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานของ Chou, Yen & Liu (2018) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และเพื่อนบ้าน จะเป็นสิ่งที่ต่อต้านกับความเครียดได้ดี และสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับงานของ ที่กล่าวว่า การใช้กลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ดี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านนโยบาย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต./เทศบาล ควรส่งเสริมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพและทีมจิตอาสาในชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ จัดสวนสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ สนับสนุนอุปกรณ์กีฬา จัดกิจกรรมโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อสร้างโอกาสในการได้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สนับสนุนการสร้างรายได้ในผู้สูงอายุให้มากขึ้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเสริมพลังกันในการดูแลผู้สูงอายุ มีการบูรณาการร่วมกันในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน สร้างทีมที่เข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นทีมเดียวกัน ในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุกมิติ

ด้านการปฏิบัติ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ และมิติทางสังคม โดยอาจเป็นในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะจากการปฏิบัติ หรือจัดให้มีการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและในกลุ่มโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในทุกสัปดาห์
2. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมกิจกรรมการสร้างรายได้เสริมให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้มากขึ้น

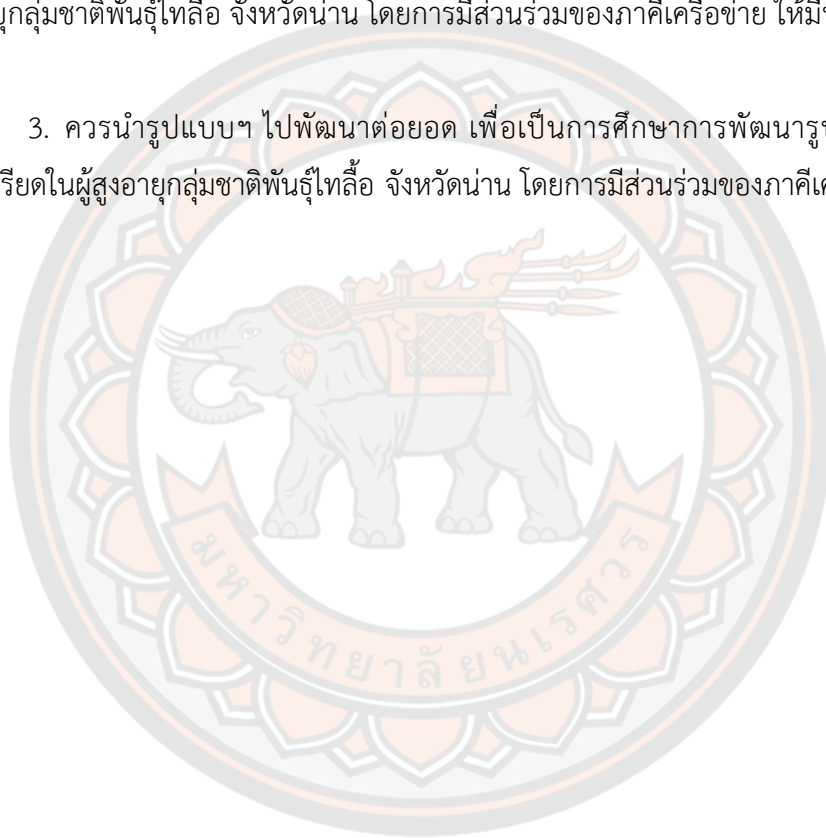
3. นักวิจัยและนักวิชาการทั่วไป สามารถนำผลการศึกษาในแต่ละระยะไปเป็นแหล่งอ้างอิงเชิงวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์และผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อื่น เนื่องจากบริบทของพื้นที่มีความแตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรนำรูปแบบฯ ไปพัฒนาต่อยอด เพื่อเป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต่อไป



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ช่วยบำรุง. (2562). *ความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้: กรณีศึกษาสถานีตำรวจภูธรเมืองนราธิวาส* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กนกอร เปรมเดชา. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพการทำงาน การจัดการความเครียดและระดับความเครียดของพนักงานมหาวิทยาลัย* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- กนกอร สีสรีชานนท์, กุลธิดา ขุนภิรมย์, ฐิติวรรณ อินตรา, ขนิษฐา สุขสวัสดิ์, อิชยา แซ่อึ้ง, ศิริรัตน์า เวทย์วิรุณ, และรัฐวดี นิमितเกษมสุภัค. (2542). ระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาหอพัก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ภาษาไทย)*, 7(2), 16-23.
- กรชนก ฉลอง. (2561). *การรับรู้บรรยากาศและความเครียดภายในองค์กรที่มีผลต่อความผูกพันในการทำงานของบุคลากรสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธ.ค. 2562*. สืบค้น 27 กรกฎาคม 2563, จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดสำหรับกลุ่มวัยทำงาน*. นนทบุรี: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- กรมสุขภาพจิต. (2540). *คู่มือคลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บี พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *ความเครียดของคนไทย*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *พลังฮัต ฮีต สู้ของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาธรรณครินทร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง)*. จาก <https://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=345>
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2560ก). *การป้องกันโรคจิตเวช มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

- กรมสุขภาพจิต. (2560ข). *ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: ละม่อม.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *แบบวัดความเครียดสวนปรุง*. สืบค้น 16 มีนาคม 2564, จาก
<https://www.dmh.go.th>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมอนามัยและการจัดการสิ่งแวดล้อมของชาวไทยภูเขาเผ่าลัวะ*. สืบค้น 19 สิงหาคม 2563, จาก
<http://hhdc.anamai.moph.go.th/database/admin/research/file/200814102014.pdf>
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *แผนแม่บทการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2558-2560)*. สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2563, จาก
<https://www.harvardasia.co.th/wp-content/uploads/2016/09/503.pdf>
- กฤตินี ชลิตาภรณ์. (2557). *การศึกษาปัจจัยคุณสมบัติส่วนบุคคล ความเครียดและแรงจูงใจในการทำงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน technology association จำกัด* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *แบบประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว ระดับครอบครัว*. สืบค้น 5 ธันวาคม 2563, จาก
<http://stat.thaifamily.in.th/startpage.aspx>
- กัญญารัตน์ กัญญาภรณ์, จิตติมา โกศลวิตร, และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์ (มสส.)*, 17(1), 1-20.
- กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, และนิภา สุทธิพันธ์. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี 2562 "สังคมผู้สูงวัย: โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา"* (น. 889-897). นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2562). *อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2563). *อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

- กาญจนา ปัญญาธร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 24-36.
- กาญจนา วงษ์จิ้น. (2554). การบำบัดด้วยหนังสือเพื่อลดความเครียดของเยาวชนที่เป็นโรคมองตียา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กิตติวงศ์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-38.
- กุลธิดา สุภาคณ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 1-14.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และวรากร เกียรติไกรศักดิ์. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 22(1), 81-97.
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิชัยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, และนิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1013-1020.
- เกสร มัยจิ้น. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 23(2), 306-318.
- ไกรสร โชติปัญญา. (2557). พระพุทธศาสนากับการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชน. ลำพูน: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาลัยสงฆ์ ลำพูน.
- คณิน จินตนาปรโมทย์, และพรชัย สิทธิศรีบุญกุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 26(2), 112-123.
- คมกริช นันทะโรจวงศ์, ภูธิป มีถาวรกุล, และธีระวัฒน์ จันทิก. (2561). การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของวัยรุ่นตอนกลาง. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 24(1), 3-38.
- คมกริช นันทะโรจวงศ์, ภูธิป มีถาวรกุล, และประสพชัย พสุนนท์. (2561). พฤติกรรมการเป็นผู้ประกอบการของวัยรุ่นไทย: อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อความตั้งใจในการเป็นผู้ประกอบการในบริบทวัฒนธรรมแบบรวมกลุ่ม. *วารสารบริหารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ*, 9(2), 44-59.
- จิรนนท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤตา สวนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 267-276.

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข, และสพรั่ง เจตมโนรมย์. (2561). *คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: ยีนยุงการพิมพ์.
- จิราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2556). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.
- จุฑามาศ เหลืองธานี, ลิน งามประโคน, และพระมหาสมบัติ ธนปัญญา. (2561). แนวทางการลดความเครียดของครูและบุคลากรทางการศึกษากลุ่มเครือข่ายส่งเสริมประสิทธิภาพการจัดการศึกษาที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาปทุมธานี เขต 1. *วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์*, 5(2), 30-37.
- จุฑารัตน์ ทางธรรม. (2558). *ปัจจัยด้านการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: เทคโนโลยีราชชมงคลธัญบุรี.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). *ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. สืบค้น 25 สิงหาคม 2563, จาก [http:// www.pharm.chula.ac.th/physiopharm/content/activity](http://www.pharm.chula.ac.th/physiopharm/content/activity)
- เจษฎา คุณามมาก. (2555). *ความเครียดในการทำงานของอาจารย์มหาวิทยาลัยรัฐ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชญัญญา ปัญจพล. (2558). *การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง)* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนิกามาศ ดุงโคกกรวด. (2552). *การบริหารความเครียดบุคลากรสาธารณสุขกรณีศึกษา: โรงพยาบาลด่านขุนทดจังหวัดนครราชสีมา* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- ชนิดา คำแก้ว. (2561). *ศูนย์บำบัดความเครียด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ชลลดา บุตรวิธา. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2560). สถานการณ์และการจัดการความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาคณะสงฆ์จังหวัดนครนายกและสระแก้ว. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 6(4), 154-167.

- ชวิศา แก้วอนันต์, วณิชรา มาชะนา, และศิรินันท์ ปุยะโท. (2562). ความเครียดและการจัดการ
ความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอิสเทิร์น
เอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(2), 159-174.
- ชญัญชญา ธรรมาเวทย์. (2563). ภูมิคุ้มกันด้านความมั่นคงทางจิตใจของผู้สูงอายุ. *วารสารมนุษยศาสตร์
และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 3(1), 6-14.
- ชุตินา พระโพธิ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความเครียดและคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของข้าราชการครูในจังหวัดสระบุรี (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ฐิตินันท์ เขียวนิล. (2561). การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อป้องกันความเครียดจากการ
ปฏิบัติงานของพนักงานสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่.
- ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. (2560). ความเครียดจากการทำงานการสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิต
ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณรงค์ อาจสมิติ. (2555). รัชชาติ ชาติพันธ์ และอัตลักษณ์ไทดำ. *วารสารสังคมวิทยามานุษยวิทยา*,
31(2), 53-78.
- ณัฐฐิตตา เทวาลีศสกุล, วณิภา ศิริวรรณสกุล, และชัชสรณ์ รอดยิ้ม. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุ
จากภาระให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal
Silpakorn University ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 9(1), 529-
545.
- ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการ
ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดมิสา เพชรทอง, ดาราวดี รักวงศ์, นูไรดา แสสาเหตุ, อาริสสา พันธุ์สะ, สมเกียรติยศ วรเดช, และ
บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2563). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนว
ทางการจัดการความเครียด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 1-11.
- ดวงหทัย ยอดทอง, อัจฉราพร สี่หรีดวงศ์, วรรณภา คงสุริยะนาวัน, และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง.
(2557). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกบอการซึมเศร้าในผู้ป่วยตา
ยายที่ดูแลหลาน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 108-121.
- ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์. (2559). โครงการผลการใช้เทคนิค classical relaxation ต่อระดับความเครียด
ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, สุนันทา ศรีศิริ, และสมฤดี สายหยุดทอง. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ในวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, 9(3), 612-628.
- ธารทิพย์ พจน์สุภาพ, รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์, ปราณี คงชนสมุทร, และอาจารย์ ประจวบเหมาะ. (2563). การสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเชิงนวัตกรรม. *วารสารการจัดการสมัยใหม่*, 18(1), 1-14.
- นภิสพร มีมงคล. (2553). *การวิเคราะห์องค์ประกอบของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร คณะวิศวกรรมศาสตร์*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นรินทร์ ฤทธิ์ธูดี. (2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(3), 1-20.
- นัยนา แสงทอง. (2555). *ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นัตยา สุวรรณจันทร์. (2560). *การศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- นิคม มูลเมือง. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- นิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2558). *ความหลากหลายทางชาติพันธุ์กับประชาคมอาเซียน: ปัญหาและข้อพิจารณา*. *วารสารนักบริหาร*, 35(2), 33-45.
- นโอรชชะห์ เลาะนะ. (2559). *ความเครียดและการจัดการความเครียดของสตรีที่สูญเสียสามีขณะตั้งครรภ์จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญมา พรหมชัย. (2551). *ระดับความรุนแรงของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ประเภทวิชาพาณิชยกรรม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษกร เขียวจินดาگانต์. (2561). *เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา*. *วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์*, 13(25), 103-118.

- บุษรา เกษีสม. (2560). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคลองฉนวน อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 177-193.
- เบญจมาศ อิ่มมาก. (2558). *คุณภาพชีวิตและความเครียดในการปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานในอุตสาหกรรมเครื่องปรับอากาศและทำความเย็น* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ปภัชญา คุณะเพิ่มศิริ. (2559). *การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล สาเหตุของความเครียด การจัดการความเครียด และผลกระทบของความเครียดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลของพนักงานปฏิบัติการในเขตกรุงเทพมหานคร* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ประธาน เขียวขำ. (2546). *การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมในพิธีกรรมชุมชน และประเพณีเกี่ยวกับชีวิต: กรณีชุมชนลาวโซ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มีหาญพงษ์, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 9-15.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). *สังคมสูงวัยไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, และ Matthews, A. k. (2562). แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย: กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาวะ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 1-17.
- ปวีตรา ลาภละมูล. (2557). *ความเครียดภายในองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท ไอ.เทค.คอมมูนิเคชั่น จำกัด* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญญาพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- บุญชญา ศิวานีพัทน์, และราชนันท์ นิลวรรณภา. (2562). โครงสร้าง ที่มาและความหมายของคำเรียกชาติพันธุ์ในอีสาน. *วารสารดำรงวิชาการ*, 18(2), 61-94.
- เปรมวิทย์ วิวัฒน์เศรษฐ์. (2561). อัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ในพิธีกรรมแห่งชีวิตชาวไทลื้อจังหวัดพะเยา. *วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ*, 28(2), 173-189.
- ผการัตน์ สุภากรณ์. (2548). *ประสบการณ์การจัดการความเครียดจากการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40-51.
- พรเพ็ญ วิลัยกุล. (2559). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสรรพากรพื้นที่ชลบุรี 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรเพ็ญ อารีกิจ, และจีรวรรณ กลิ่นหอม. (2562). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของคนไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 25(2), 15-26.
- พัชราภรณ์ ธรรมมา. (2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจครูของโรงเรียนราชวินิตบางแก้ว จังหวัดสมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิชเนศ อิศรมงคลรักษ์. (2556). อัตลักษณ์เชิงเลนศิลป์ 8 กลุ่มชาติพันธุ์ในแถบลุ่มแม่น้ำโขงกรณีศึกษาจังหวัดมุกดาหาร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พิชญานิน เทพบูชา. (2561). อิทธิพลการสื่อสารภายในองค์กรมีผลกับความเครียดของกลุ่มคนทำงานบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- พินิจ อินตา. (2554). ผลของการจัดการเรียนรู้พลศึกษาโดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผลานที่มีต่อความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ปฏิมา นเรศศิริกุล. (2559). ธารชาติพันธ์และการปรับตัวของกลุ่มชาติพันธุ์ฮกเกี้ยนบ้านวังกำแพงจังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- เพ็ญศรี ฉันทาภิรมย์. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัย*, 15(1), 70-82.
- ภัครวรรณ ปิ่นแก้ว. (2558). การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและความผูกพันต่อองค์กรระหว่างองค์กรญี่ปุ่นและองค์กรไทย (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทริกา วงศ์อนันต์นนท์, และสรานันท์ อนุชน. (2561). เทคโนโลยีสารสนเทศต่อสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 27-32.

- ภูษณิศา แก้วสอาด. (2561). *ทัศนคติและกระบวนการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของผู้บริหารระดับกลางกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- มณูเชษฐ์ มะโนธรรม. (2561). การเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านดอยแก้ว ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 5(2), 50-59.
- มนทิรา ปรีชา. (2552). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของตำรวจตระเวนชายแดน กองร้อย 446 จังหวัดนราธิวาส* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มัทนา วังนอมศักดิ์. (2558). ความเครียดกับผู้บริหาร. *วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 6(1), 293-305.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: พรินเทอริ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: อมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- เมธี วงศ์วีระพันธ์. (2559). การส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนต้นแบบในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 47(1), 38-47.
- ยศยง จันทรวงศา. (2558). *การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาวดี ชันทบัลลัง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 15-30.
- รสพร เพียรรุ่งเรือง, และพิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2558). ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 23-34.
- โรจนรินทร์ โกมลหิรัญ. (2551). *การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของความเครียดในการทำงานของครู สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ฤทธิ เทพไทยอำานวย. (2560). ผลการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงที่มีต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง อำานเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 142-155.
- ลดาวลัย พันธุ์พานิชย์. (2563). ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 139-150.
- วกุล มิตรพระพันธ์. (2559). *วรรณกรรมและพิธีกรรมบอกตัวตนคนพลัดถิ่นของชาวไทลื้อเมืองยอง หมู่บ้านร่มโพธิ์ทอง ตำบลท่าก้อ อำานเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณพร สอนแก้ว. (2561). *น้ำกับสถาปัตยกรรมเพื่อการบำบัดความเครียด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- วรรณรณ ผู้มีโชคชัย. (2546). *ความเครียดในงานและการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พ.ศ. 2546* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันทนา เนาว์วัน, และอารมณ เอี่ยมประเสริฐ. (2563). การจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพชีวิตในการทำงาน. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 22(1), 223-232.
- วิวรรณ คล้ายคลัง, วรรณ เตียววิศเรศ, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทแม่ของยา/ยายที่เลี้ยงดูหลานวัยขวบปีแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(1), 11-19.
- วิศปต์ย์ ชัยช่วย. (2560). การใช้ line ของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารวิชาการ Veridian E-journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(1), 905-918.
- วิสาขา แซ่อ้อย, และรวิวรรณ วรรณวิไชย. (2560). การเคลื่อนไหวบำบัด กิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 3(2), 1-12.
- วีโรชติ พึ่งเป็นสุข. (2559). *ผลฉับพลันของการฟังเพลงไทยที่มีต่อระดับความเครียดและคลื่นสมองของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศราวุธ หล่อดี. (2558). โลกทัศน์ของชาวไทลื้อที่สะท้อนจากคำประสมที่มีคำว่า “หัว” ในภาษาไทยลื้อ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 9(2-4), 46-62.
- สมสุข นิธิอุทัย. (2560). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สมสุข นิธิอุทัย. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสังคมศาสตร์วิจัย*, 9(2), 303-325.
- สโรชนี บุญชุ่ม. (2558). การตอบสนองของพนักงานและผลกระทบต่อจากการรับรู้การเมืองในองค์กรของพนักงานเจนเนอเรชั่น y ในองค์กรธุรกิจข้ามชาติสัญชาติญี่ปุ่น (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- สาวิตรี พลทวี. (2555). ลักษณะและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดสิงห์บุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *แผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2556-2566*. สืบค้น 3 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.bps.msociety.go.th/uploads/content/download/5350b0d0381f4.pdf>
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ. (2558). *วาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2563). *รายงานสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก*. สืบค้น 6 มกราคม 2564, จาก <https://nan.hdc.moph.go.th/hdc>
- สำนักวิจัยและพัฒนาาระบบระบบงานบุคคล สำนักงาน ก.พ. (2561). ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. *วารสารข้าราชการ*, 60(4), 1-23.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิจิตรรินทร์ พี.พี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัด; ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประจำปี 2563*. สืบค้น 5 ธันวาคม 2563, จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/
- สิทธิชัย โตสกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการประกอบอาชีพวิศวกรรมควบคุมระบบสื่อสารในประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สิทธิพร สุนทร, วิจิตรรินทร์ สุทธิชัย, และพงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส. (2561). *รูปแบบความสุขของผู้สูงวัยในจังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- สิริชัช จันทร์รัตมี, และจินตนา สราวุธพิทักษ์. (2560). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการลดความเครียดของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์*, 45(4), 207-223.

- สีปตระกูล ตันตลานุกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของ
นักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 9(1), 81-92.
- สุกฤตา ศรีทองสุข. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงานกลุ่มบริษัทสามารถโซลูชั่น
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. (2553). บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีสุขในชุมชนกิ่งเมือง จังหวัด
นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 16(1), 50-59.
- สุจินตรา สะพุ่ม. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในนโยบายการจัดการการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน
ของ ททท. กรณีศึกษา: เขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี (สารนิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุชนิโยทยา, และนริศรา พิงโพธิ์สก. (2562). การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริม
สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 229-243.
- สุดารัตน์ เรียบเลิศศิริ. (2557). ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแล
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี เวปุลละ. (2539). การศึกษาต้นเหตุของความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดและการเผชิญ
ความเครียด ตามประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิสา คำชื่น, ทฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรานทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะ
สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3),
150-163.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2562). *การวิเคราะห์เชิงประเด็น*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2563). *การวิเคราะห์เชิงประเด็น*. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2564). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภัทร ทนเถื่อน. (2553). *การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลาย* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุรัชย์ ทูหมัด, และวิโรจน์ เจษภูาลักษณ์. (2562). ความเครียดและผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงานในหน่วยงานด้านศิลปวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *วารสารสถาบันวัฒนธรรมและศิลปะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 19(2), 151-165.
- สุรีย์พร พิพัฒน์พัฒนพงษ์. (2541). พฤติกรรมการสื่อสารภายใต้สภาวะความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวภา ศักยพันธ์. (2556). อาหารเพื่อในมิติทางประวัติศาสตร์และคุณค่าทางโภชนาการ. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 14(2), 109-120.
- เสาวภาคย์ ทัดสิงห์. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- หงส์ศิริ ภัยโยติลภชัย, อรุณวรรณ กัมภูสิริพงษ์, มยุรี สวัสดิ์ สวัสดิ์เมือง, และทัศนีย์จันทร์ภาส. (2558). ความเครียดและการแก้ปัญหาความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศทางธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ บพิตรพิมุขจักรวรรดิ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
- อนุชา ถายอม. (2563). ผลกระทบของความสามารถในการจัดการความเครียดและทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลต่อประสิทธิภาพการทำงานของนักบัญชี. *วารสารนักบริหาร*, 40(1), 31-43.
- อนุพงศ์ จันทร์จุฬา, และชัยพฤติน ชำนาญ. (2559). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลอภัยภูธรราชภัฏสงขลา. สงขลา: โรงพยาบาลอภัยภูธรราชภัฏสงขลา.
- อรนิชา ชื่นจิต. (2560). บุพปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมในเขตนิคมอุตสาหกรรมนวนคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- อรพิน มโนรส, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว. *วารสารพยาบาลสาร*, 48(1), 28-40.
- อรุณี มิ่งประเสริฐ. (2557). การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(2), 211-227.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 14(1), 135-150.

- อัศวิน โจนส์สง่า. (2559). การอยู่อาศัยกับวิถีชีวิตของชุมชนไทลื้อ บ้านหลวงเหนือ. ใน โครงการประชุมวิชาการระดับชาติ: ศิลปกรรมวิชาการ ครั้งที่ 2: ศิลปะ 4.0: ศิลปะเพื่อการสร้างสรรค์และศิลปะเพื่อการศึกษา (น. 311-327). กรุงเทพฯ: คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อภรณ์ สิงห์ขาดา, กุลวดี โจนส์ไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 19(38), 49-60.
- อารยา จันต้อย. (2560). สาเหตุความเครียดของครูผู้ช่วยในกลุ่มศรีเมือง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากระบี่ เขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารี พุ่มประไพทย์, บรรจง เจริญจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์, อัญชลี เหมชะญาติ, และณัฐพัชร์ จันท์ฉาย. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 33-41.
- อารีย์ สงวนชื่อ, ปิณณฑิต ต้นธนปัญญากร, และรัฐพล ศิลปรัศมี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ ในตำบลชัยบาดาล อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 12(1), 1-9.
- อิสริยาภรณ์ แสงปัญญา. (2549). *สภานิตไทลื้อ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุทุมพร เมืองนาма. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดของพนักงานธนาคาร สินเอเชีย จำกัด (มหาชน)* (สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- Abdul Manaf, M. R., Mustafa, M., Abdul Rahman, M. R., Yusof, K. H., & Abd Aziz, N. A. (2016). Factors influencing the prevalence of mental health problems among malay elderly residing in a rural community: A cross-sectional study. *PloS one*, 11(6), e0156937. doi: 10.1371/journal.pone.0156937
- Alizadeh-Khoei, M., Mathews, R. M., & Hossain, S. Z. (2011). The role of acculturation in health status and utilization of health services among the iranian elderly in metropolitan sydney. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(4), 397-405.
- Azizah, L. M. r., Martiana, T., & Soedirham, O. (2017). The improvement of cognitive function and decrease the level of stress in the elderly with brain gym the improvement of cognitive function and decrease the level of stress in the

- elderly with brain gym. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1), 26-31. doi: 10.29082/IJNMS/2017/Vol1/Iss1/33
- Babazadeh, T., Sarkhoshi, R., Bahadori, F., Moradi, F., Shariat, F., & Sherizadeh, Y. (2016). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in khoy, iran (2014-2015). *J Anal Res Clin Med*, 4(2), 122-128. doi: 10.15171/jarcm.2016.020
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Beckerman, N., & Wozniak, D. F. (2018). Domestic violence counselors and secondary traumatic stress (sts): A brief qualitative report and strategies for support. *Social work in mental health*, 16(4), 470-490. doi: 10.1080/15332985.2018.1425795
- Bry, L. J., Mustanski, B., Garofalo, R., & Burns, M. N. (2018). Resilience to discrimination and rejection among young sexual minority males and transgender females: A qualitative study on coping with minority stress. *Journal of Homosexuality*, 65(11), 1435-1456. doi: 10.1080/00918369.2017.1375367
- Chou, W.-P., Yen, C.-F., & Liu, T.-L. (2018). Predicting effects of psychological inflexibility/experiential avoidance and stress coping strategies for internet addiction, significant depression, and suicidality in college students: A prospective study. *International Journal of Environmental research and public health*, 15(4), 788. doi: 10.3390/ijerph15040788
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World development*, 8(3), 213-235.
- Ewert, A., & Chang, Y. (2018). Levels of nature and stress response. *Behavioral Sciences*, 8(5), 49. doi: 10.3390/bs8050049
- Fink, G. (2016). Chapter 1 - stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 3-11). San Diego: Academic Press.
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Riley, K. E. (2019). Mindfulness' effects on stress, coping, and mood: A daily diary goodness-of-fit study. *Emotion*, 19(6), 1002-1013.

- Fox, J., Erlandsson, L.-K., & Shiel, A. (2019). A systematic review and narrative synthesis of occupational therapy-led interventions for individuals with anxiety and stress-related disorders. *Occupational Therapy in Mental Health, 35*(2), 179-204.
- Fraile-Bermúdez, A., Kortajarena, M., Zarrasquin, I., Maquibar, A., Yanguas, J., Sánchez-Fernández, C., . . . Ruiz-Litago, F. (2015). Relationship between physical activity and markers of oxidative stress in independent community-living elderly individuals. *Experimental gerontology, 70*, 26-31. doi: 10.1016/j.exger.2015.07.005
- Ha, J., & Kim, J. (2019). Factors influencing perceived health status among elderly workers: Occupational stress, frailty, sleep quality, and motives for food choices. *Clinical interventions in aging, 14*, 1493-1501. doi: 10.2147/CIA.S210205
- Han, A.-R., Park, S.-A., & Ahn, B.-E. (2018). Reduced stress and improved physical functional ability in elderly with mental health problems following a horticultural therapy program. *Complementary Therapies in Medicine, 38*, 19-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.03.011>
- Hsieh, C.-M., & Tsai, B.-K. (2019). Effects of social support on the stress-health relationship: Gender comparison among military personnel. *International Journal of Environmental research and public health, 16*(8), 1317. doi: 10.1037/0882-7974.2.4.349
- Kim, J. I., & Kim, G. (2017). Socio-ecological perspective of older age life expectancy: Income, gender inequality, and financial crisis in europe. *Globalization and health, 13*(1), 1-8.
- Kobayashi, T., Suzuki, E., Noguchi, M., Kawachi, I., & Takao, S. (2015). Community-level social capital and psychological distress among the elderly in japan: A population-based study. *PloS one, 10*(11), e0142629. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142629>
- Krause, N. (1987). Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging, 2*(4), 349-356.

- Lan, C., Chen, S.-Y., Wong, M.-K., & Lai, J. S. (2013). Tai chi chuan exercise for patients with cardiovascular disease. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. doi: 10.1155/2013/983208
- Lee, C. Y. S., & Dik, B. J. (2017). Associations among stress, gender, sources of social support, and health in emerging adults. *Stress and Health*, 33(4), 378-388. doi: 10.1002/smi.2722
- Lindah, E., Tilton, K., Eickholt, N., & Ferguson-Stegall, L. (2016). Yoga reduces perceived stress and exhaustion levels in healthy elderly individuals. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 50-56. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.05.007
- Liu, Y., Li, T., Guo, L., Zhang, R., Feng, X., & Liu, K. (2017). The mediating role of sleep quality on the relationship between perceived stress and depression among the elderly in urban communities: A cross-sectional study. *Public Health*, 149, 21-27.
- Rabenu, E., Yaniv, E., & Elizur, D. (2017). The relationship between psychological capital, coping with stress, well-being, and performance. *Current Psychology*, 36(4), 875-887. doi: 10.1007/s12144-016-9477-4
- Sheffler, J., & Sachs-Ericsson, N. (2016). Racial differences in the effect of stress on health and the moderating role of perceived social support. *Journal of Aging and Health*, 28(8), 1362-1381. doi: 10.1177/0898264315618923
- Singh, S., Gupta, B., Sharma, D., & Mishra, P. C. (2019). A study of stress, coping, social support, and mental health in police personnel of uttar pradesh. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 23(2), 73. doi: 10.4103/ijocem.IJOEM_184_18
- United Nation. (2015). *World populations ageing 2015*. New York: United Nation.
- Wayne, W. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: ohn Wiley&Sons.
- Webster's New Twentieth. (1968). *Country dictionary*. New York: World Publishing Company.



ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

รหัสโครงการ

P3-0017/2564

**แบบสัมภาษณ์ สถานการณ์ความเครียด สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่ม
ชาติพันธุ์ ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ
กลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และนำผลวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็น
แนวทาง ในการนำไปใช้วางแผนการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ดังนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ และตรงกับ
ความเป็นจริงมากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อความคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด คำตอบของท่านจะเป็น
ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ
ท่านและผู้อื่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรปวีณ์ คำหลวง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....
3. วันที่สัมภาษณ์..... เวลาที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

- 1) ปัจจุบันท่านมีความเครียดหรือไม่
- 2) ถ้าท่านเครียด ความเครียดนั้นเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน อย่างไร ส่วนใหญ่ความเครียดเกิดจากอะไร ลองยกตัวอย่างให้ฟัง
- 3) ที่ผ่านมาปัญหาด้านการจัดการความเครียดของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด
- 4) ท่านใช้วิธีการอะไรบ้าง ในการช่วยลดความเครียด
- 5) ท่านจะแก้ปัญหาอย่างไรหากท่านเจอสถานการณ์แบบเดิม
- 6) ที่ผ่านมาครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนช่วยท่านในการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง
- 7) ที่ผ่านมาระบบทางสังคม ในชุมชนของท่าน มีส่วนช่วยท่านในการจัดการกับความเครียดอย่างไรบ้าง
- 8) ท่านมีความคาดหวังต่อการจัดการความเครียดของท่านอย่างไร
- 9) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการได้รับการส่งเสริมดูแลด้านการจัดการความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- 10) ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ของท่าน
- 11) ท่านคิดว่าการดำเนินงานการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุในพื้นที่ของท่านมีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง
- 12) ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาความเครียด ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลักษณะสุขภาพจิตและสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และนำผลวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทาง ในการนำไปใช้วางแผนการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดความเครียด SPST-20

ดังนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบบใด ๆ ต่อท่านและผู้อื่น ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรปวีณ์ คำหลวง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เพื่อให้ข้อมูลที่ตรงกับตัวท่านให้มากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 60 ปีขึ้นไป 2. 70 ปีขึ้นไป
 3. 80 ปีขึ้นไป 4. 90 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส
 3. หม้าย 4. หย่าร้าง 5. แยกกันอยู่
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. ไม่มีศาสนา 5. อื่น ๆ ระบุ.....
5. วัฒนธรรม ความเชื่อ 1. นับถือผี/สิ่งเหนือธรรมชาติ 2. ไม่นับถือสิ่งใด
 3. นับถือความเชื่อตามชาติพันธุ์อื่นๆ
6. ลักษณะครอบครัว
 1. อยู่คนเดียว 2. อยู่กับคู่สมรส
 3. อยู่กับลูก/หลาน 4. อื่นๆ ระบุ.....
7. การศึกษา (ระบุการศึกษาขั้นสูงสุด)
 1. ไม่เคยเรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 5. ปวส./ปวท/อนุปริญญา
 6. ปริญญาตรีขึ้นไป 7. อื่นๆ.....
8. อาชีพหลักหรืองานที่ใช้เวลาทำเป็นส่วนใหญ่
 1. ข้าราชการ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (เกษียณ)
 2. พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน 3. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว 4. เกษตรกร
 5. รับจ้างทั่วไป 6. ว่าง/ไม่มีงานทำ 7. อื่นๆ ระบุ.....

9. รายได้ของท่าน (เฉลี่ยต่อเดือน)

1. ไม่มีรายได้ 2. รายได้ไม่เกิน 1,000 บาท 3. รายได้ 1,000 บาทขึ้นไป
4. รายได้ 2,000 บาทขึ้นไป 5. รายได้ 3,000 บาทขึ้นไป
6. รายได้ 4,000 บาทขึ้นไป 7. รายได้มากกว่า 5,000 บาท ระบุ
8. รายได้ของท่านมาจากเบี้ยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว

10. ค่าใช้จ่ายต่อวันของผู้สูงอายุ

1. ไม่เกิน 50 บาท 2. 100 บาทขึ้นไป
3. 200 บาทขึ้นไป 4. 300 บาทขึ้นไป
5. 400 บาทขึ้นไป 6. มากกว่า 500 บาท ระบุ.....

11. ท่านได้รับสิทธิการรักษาประเภทใด

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) 2. สิทธิประกันสังคม
3. สิทธิข้าราชการท้องถิ่น 4. สิทธิข้าราชการ 5. ไม่มีสิทธิการรักษา
6. อื่นๆ ระบุ.....

12. ท่านเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขประเภทใด

1. รพ.สต. 2. โรงพยาบาลชุมชน 3. โรงพยาบาลศูนย์
4. ไม่เคยใช้บริการ

13. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือไม่สบายท่านรักษาด้วยวิธีใด

1. รักษาตามความเชื่อของชาติพันธุ์ 2. รักษาจากหมอพื้นบ้าน
3. รักษาจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน 4. ไม่รักษาปล่อยให้หายเอง
5. คลินิกเอกชน/ซื้อยากินเอง

14. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 2. อสม. 3. ใบแจ้งจากส่วนราชการ
4. รถกระจายเสียง 5. อื่นๆ ระบุ.....

15. ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุหรือไม่ (ลงข้อมูลทุกข้อ)

15.1 เบาหวาน

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.2 ความดันโลหิตสูง

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.3 หัวใจและหลอดเลือด

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.4 ไขมันในเลือดสูง

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.5 ภูมิแพ้

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.6 ความเครียด

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

15.7 โรคทางจิต

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

ตรวจ

15.8 มะเร็ง ตำแหน่ง.....

1. ไม่มี 2. มี/กินยาประจำ 3. มี/ไม่กิน 4. ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

ตรวจ

15.9 โรคอื่นๆ ระบุ.....

16. พฤติกรรมสุขภาพ

16.1 ท่านมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกาย จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือไม่ อย่างไร

1. ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที
2. มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที แต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์
3. มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์

16.2 ท่านดื่มน้ำสะอาดได้อย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือไม่

1. ไม่ได้ (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)
2. ดื่มได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)

16.3 ท่านกินผัก/ผลไม้สดหรือไม่ (400 กรัม หรือ 5 ทัพพีต่อวัน)

1. ไม่กิน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)
2. กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)
3. กินทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)

17. พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

17.1 ท่านสูบบุหรี่ หรือยาเส้นหรือไม่

1. ไม่เคยสูบ
2. เคยสูบ
3. ยังสูบจนถึงปัจจุบัน

17.2 ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ไม่ดื่ม 2. ดื่มเป็นบางครั้ง 3. ดื่มเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อความ

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายมากน้อยเพียงใด					
2.	ท่านสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง มากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านพักผ่อนเพียงพอหรือไม่					
4.	ท่านมีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพมากหรือไม่					
6.	ปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของท่านหรือไม่					
7.	ท่านมีความเครียดหรือกังวลใจจากปัญหาด้านสุขภาพของท่านหรือไม่					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่าน มากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีความวิตกกังวล ในการใช้ชีวิต มากน้อยเพียงใด					
2.	ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจของท่านมากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต มากน้อยเพียงใด					
4.	ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้ง บ่อยมากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

4.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับการะครอบครัว

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้					
2.	ครอบครัวของท่านต้องดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง					
3.	ครอบครัวของท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน					
4.	ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ					
5.	ครอบครัวของท่านมีเด็กเล็กที่ต้องดูแล					
6.	ครอบครัวของท่านเป็นหนี้					
7.	ครอบครัวของท่านมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง					
8.	ครอบครัวของท่านไม่มีแหล่งทำกิน					

9.	ท่านต้องหาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัว					
----	----------------------------------	--	--	--	--	--

4.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว

4.2.1 สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรักและเอาใจใส่ระหว่างกัน

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10.	สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน เช่น สัมผัส ให้กำลังใจ โทรศัพท์พูดคุย เป็นต้น					
11.	สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน ซึ่งกันและกัน เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น					
12.	สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เป็นต้น					

4.2.2 สมาชิกในครอบครัวยอมรับและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13.	สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย หรือมีการพูดคุยซึ่งกันและกัน					
14.	สมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเพศ อายุ การศึกษา หรืออาชีพใดสามารถยอมรับความคิดเห็น ของแต่ละคนซึ่งอาจแตกต่างกันได้					
15.	สมาชิกในครอบครัวเคารพความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน					

4.2.3 สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16.	สมาชิกในครอบครัวมีการพูดจาต่อกันได้ดี หรือใช้เหตุผล					
17.	สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสท้วงติงแสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อกัน					
18.	สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความชื่นชมเวลาท่านทำอะไรสำเร็จ และเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน					
19.	สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
20.	เมื่อประสบปัญหาสมาชิกในครอบครัวสามารถหาทางออกได้ (โดยไม่ทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว หรือทรัพย์สิน)					
21.	สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจ เมื่อมีความขัดแย้งต่อกัน เช่น ละเลย เพิกเฉย ทอดทิ้ง เป็นต้น					
22.	สมาชิกในครอบครัว เชื่อใจหรือไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่มีปัญหาหรือไม่สบายใจ ให้คนในครอบครัวฟัง					
23.	สมาชิกในครอบครัว ใช้อำนาจเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ขู่ ออกคำสั่ง เป็นต้น					

4.2.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล ไม่ใช้ความรุนแรง

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
24.	สมาชิกในครอบครัวร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ร่วมกัน					
25.	สมาชิกในครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล					
26.	สมาชิกในครอบครัว มีการทำร้ายร่างกายกัน หรือกระทำการที่รุนแรงในลักษณะอื่นๆ เช่น การทำลายข้าวของ					

4.2.5 ครอบครัวทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิก (การปฏิบัติตนต่อสมาชิก)

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
27.	สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม					
28.	ในครอบครัวมีการดูแลใส่ใจ ความปลอดภัยของสมาชิกทุกคน					
29.	ในครอบครัวมีการใช้คุณธรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต คือ ความซื่อสัตย์ ความขยันหมั่นเพียร ความพอเพียง ความมีวินัย และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่					
30.	ในครอบครัวมีการปฏิบัติตน เป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น การเป็นคนดีของสังคม					

4.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแยะ
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแยะระดับกลาง ๆ
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การสนับสนุนด้านอารมณ์

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
31.	เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ หรือมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ของท่านได้						Soc 1
32.	เมื่อท่านมีปัญหา มีผู้รับฟังท่านเสมอ โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย						Soc 2
33.	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ /การปลอบใจ จากสมาชิกในครอบครัว						Soc 3
34.	เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อน คอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ						Soc 4
35.	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ						Soc 5

การสนับสนุนด้านการเงิน

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
36.	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านเจ็บป่วย เป็นค่ารักษาพยาบาล						Soc 6
37.	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว						Soc 7
38.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล						Soc 8
39.	ญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านลำบาก หรือขัดสน						Soc 9
40.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน						Soc 10

การสนับสนุนด้านสิ่งของ

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
41.	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่นอาหาร, เสื้อผ้า, ของใช้จำเป็น จากคนในครอบครัว						Soc 11
42.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน						Soc 12
43.	ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จากหน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต.						Soc 13
44.	เมื่อถึงเทศกาลสำคัญ บุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน						Soc 14

45.	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย จากคนในครอบครัว บุตรหลาน หรือญาติ						Soc 15
-----	---	--	--	--	--	--	--------

การสนับสนุนด้านร่างกาย

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
46.	ท่านได้รับการดูแลเมื่อยามท่านเจ็บป่วย						Soc 16
47.	ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร,การทำงานบ้าน						Soc 17
48.	ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยกของ, พาไปโรงพยาบาล						Soc 18
49.	หน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต. ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล						Soc 19
50.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อสม. ให้ความช่วยเหลือและดูแลท่าน ยามเจ็บป่วย						Soc 20

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

5.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่					
2.	ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่					
3.	ปัจจุบันท่านยังมีความต้องการได้รับการอบรมอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้					
4.	ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอต่อการดำรงชีพ					
5.	รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานอยู่					
6.	ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ					
7.	ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่					
8.	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง					

9.	เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน					
10.	ปัจจุบันท่านยังมีภาระหนี้สินจะต้องจ่ายเป็นเป็นประจำ					
11.	เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมา ท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน					
12.	ท่านไม่มีเงินเก็บไว้ใช้จ่ายฉุกเฉิน					

5.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13.	ท่านใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สมาร์ทโฟน เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
14.	ท่านใช้เฟสบุ๊ค (Face book) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
15.	ท่านใช้ไลน์ (Line) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
16.	ท่านไม่มีทักษะในการใช้โทรศัพท์ สมาร์ทโฟน					
17.	ท่านไม่มีความรู้เรื่องการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต					
18.	ท่านไม่มีโทรศัพท์สมาร์ตโฟน					
19.	ท่านไม่ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์					
20.	ท่านได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์					
21.	หน่วยงานภาครัฐไม่มีการอบรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ					

22.	หน่วยงานภาครัฐไม่มีการประชาสัมพันธ์ด้านประโยชน์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้แก่ผู้สูงอายุ					
23.	สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
24.	สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
25.	ท่านก้าวทันเทคโนโลยี					
26.	ท่านคิดว่าเทคโนโลยีอยู่ห่างไกลตัวท่าน					

5.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
27.	สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน					
28.	สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน					
29.	เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่าน					
30.	ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน					
31.	ท่านกับเพื่อนบ้านของท่านมีการติดต่อกันเสมอๆ					
32.	ท่านมีกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนของท่าน เช่น ทานข้าวร่วมกัน สังสรรค์ร่วมกัน					
33.	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านสามารถปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนท่านได้					
34.	เมื่อท่านไม่สบายเพื่อนของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน					
35.	เพื่อนเป็นสิ่งมีความหมายสำหรับท่าน					

36.	ท่านมีการวางแผนไปเที่ยวกับเพื่อนๆ ของท่าน					
37.	ท่านมีโอกาสไปเยี่ยมเยือนญาติมิตร					
38.	ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมท่าน					



 APPROVAL

 29 April 2021

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดความเครียด SPST-20

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8.	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.	ปวดหลัง					
10.	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12.	รู้สึกวิตกกังวล					
13.	รู้สึกคับข้องใจ					
14.	รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					

15.	รู้สึกเศร้า					
16.	ความจำไม่ดี					
ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
17.	รู้สึกสับสน					
18.	ตั้งสมาธิลำบาก					
19.	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20.	เป็นหวัดบ่อยๆ					
	คะแนนรวม					

ANU-IRB
 APPROVAL
 29 April 2021

รหัสโครงการ
P3-0017/2564

**แบบสัมภาษณ์ การพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ
จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย**

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาแนวทางการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และนำผลวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทาง ในการนำไปใช้วางแผนการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ดังนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและผู้อื่น ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรปวีณ์ คำหลวง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....
3. วันที่สัมภาษณ์..... เวลาที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- 1) ที่ผ่านมามีปัญหาด้านความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ในเขตรับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไร ท่านคิดว่ามาจากสาเหตุใด
- 2) ที่ผ่านมามีหน่วยงานใดเข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหาบ้าง ใครคือหน่วยงานหลัก
- 3) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อนโยบายการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่ผ่านมา
- 4) ที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ อย่างไรบ้าง ผู้สูงอายุไทลื้อเข้าถึงหรือไม่อย่างไร
- 5) ท่านมีบทบาทหน้าที่ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตนั้นอย่างไรบ้าง
- 6) ท่านคิดว่าการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ที่ทำให้ไม่สำเร็จหรือไม่บรรลุ
- 7) ท่านมีแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้ออย่างไร จะดำเนินการให้ดีและมีประสิทธิภาพ ควรทำอย่างไร
- 8) ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ที่ท่านรับผิดชอบ
- 9) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร ในแนวทางการดำเนินงานในประเด็นการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ ควรเป็นอย่างไร
- 10) หากท่านสามารถผลักดันนโยบายในการดำเนินงานด้านการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อได้ ท่านจะผลักดันนโยบาย นโยบายอะไรและอย่างไร

รหัสโครงการ

P3-0017/2564

**แบบสอบถาม การประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการความเครียด ในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการประเมินผลการใช้รูปแบบการ
จัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
และนำผลวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทาง ในการนำไปใช้วางแผนการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุให้มี
ประสิทธิภาพ

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดความเครียด SPST-20

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการจัดการความเครียด

ดังนั้น ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ และตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้ออย่างละเอียด คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นภาพรวม และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและผู้อื่น ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรปวีณ์ คำหลวง

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านร่างกาย

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อความ

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายมากน้อยเพียงใด					
2.	ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง					
3.	ท่านนอนหลับได้ดีหรือไม่					
4.	ท่านมีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่					
6.	ปัญหาสุขภาพเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตของท่านหรือไม่					
7.	ท่านมีความเครียดหรือกังวลใจจากปัญหาด้านสุขภาพของท่านหรือไม่					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีความวิตกกังวล ในการใช้ชีวิตมากน้อยเพียงใด					
2.	ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจของท่านมากน้อยเพียงใด					
3.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต มากน้อยเพียงใด					
4.	ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มากน้อยเพียงใด					
5.	ท่านรู้สึกถูกทอดทิ้ง บ่อยมากน้อยเพียงใด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่าน มากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

3.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะครอบครัว

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัวได้					
2.	ครอบครัวของท่านต้องดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง					
3.	ครอบครัวของท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน					
4.	ครอบครัวของท่านมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับ					
5.	ครอบครัวของท่านมีเด็กเล็กที่ต้องดูแล					
6.	ครอบครัวของท่านเป็นหนี้					
7.	ครอบครัวของท่านมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง					
8.	ครอบครัวของท่านไม่มีแหล่งทำกิน					

9.	ท่านต้องการเงินมาเลี้ยงดูครอบครัว					
----	-----------------------------------	--	--	--	--	--

3.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว

3.2.1 สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรักและเอาใจใส่ระหว่างกัน

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10.	สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน เช่น สัมผัส ให้กำลังใจ โทรศัพท์พูดคุย เป็นต้น					
11.	สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน ซึ่งกันและกัน เช่น การทำอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น					
12.	สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เป็นต้น					

3.2.2 สมาชิกในครอบครัวยอมรับและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13.	สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย หรือมีการพูดคุยซึ่งกันและกัน					
14.	สมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเพศ อายุ การศึกษา หรืออาชีพใดสามารถยอมรับความคิดเห็น ของแต่ละคนซึ่งอาจแตกต่างกันได้					
15.	สมาชิกในครอบครัวเคารพความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน					

3.2.3 สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16.	สมาชิกในครอบครัวมีการพูดจาต่อกันได้ดี หรือใช้เหตุผล					
17.	สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสท้วงติง แสดงความคิดเห็นและให้คำแนะนำต่อกัน					
18.	สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความชื่นชมเวลาท่านทำอะไรสำเร็จ และเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน					
19.	สมาชิกในครอบครัวต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
20.	เมื่อประสบปัญหาสมาชิกในครอบครัวสามารถหาทางออกได้ (โดยไม่ทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัว หรือทรัพย์สิน)					
21.	สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจ เมื่อมีความขัดแย้งต่อกัน เช่น ละเลย เพิกเฉย ทอดทิ้ง เป็นต้น					
22.	สมาชิกในครอบครัว เชื่อใจหรือไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่มีปัญหาหรือไม่สบายใจ ให้คนในครอบครัวฟัง					
23.	สมาชิกในครอบครัว ใช้อ่านางเหนือกันและกัน เช่น บังคับ ขู่ ออกคำสั่ง เป็นต้น					

3.2.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล ไม่ใช้ความรุนแรง

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
24.	สมาชิกในครอบครัวร่วมตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ร่วมกัน					
25.	สมาชิกในครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล					
26.	สมาชิกในครอบครัว มีการทำร้ายร่างกายกัน หรือกระทำการที่รุนแรงในลักษณะอื่นๆ เช่น การทำลายข้าวของ					

3.2.5 ครอบครัวทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิก (การปฏิบัติตนต่อสมาชิก)

ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
27.	สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม					
28.	ในครอบครัวมีการดูแลใส่ใจ ความปลอดภัยของสมาชิกทุกคน					
29.	ในครอบครัวมีการใช้คุณธรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต คือ ความซื่อสัตย์ ความขยันหมั่นเพียร ความพอเพียง ความมีวินัย และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่					
30.	ในครอบครัวมีการปฏิบัติตน เป็นแบบอย่างที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว เช่น การเป็นคนดีของสังคม					

3.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การสนับสนุนด้านอารมณ์

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
31.	เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ หรือมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ของท่านได้						Soc 1
32.	เมื่อท่านมีปัญหา มีผู้รับฟังท่านเสมอ โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย						Soc 2
33.	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ /การปลอบใจ จากสมาชิกในครอบครัว						Soc 3
34.	เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อน คอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ						Soc 4

35.	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อสม. คอยให้ คำปรึกษาและคำแนะนำ						Soc 5
-----	--	--	--	--	--	--	-------

การสนับสนุนด้านการเงิน

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
36.	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความ ช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่าน เจ็บป่วย เป็นค่ารักษาพยาบาล						Soc 6
37.	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความ ช่วยเหลือด้านการเงิน ในเรื่องค่าใช้จ่าย ส่วนตัว						Soc 7
38.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจาก รัฐบาล						Soc 8
39.	ญาติพี่น้อง ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านลำบาก หรือขัดสน						Soc 9
40.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจาก คนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน						Soc 10

การสนับสนุนด้านสิ่งของ

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
41.	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่นอาหาร, เสื้อผ้า, ของใช้จำเป็น จากคน ในครอบครัว						Soc 11
42.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่าน ประสบปัญหา หรือความเดือดร้อน						Soc 12

43.	ท่านได้รับการสนับสนุน /ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่ จาก หน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./ รพ.สต.						Soc 13
44.	เมื่อถึงเทศกาลสำคัญ บุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน						Soc 14
45.	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่อง เครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย จากคนใน ครอบครัว บุตรหลาน หรือญาติ						Soc 15

การสนับสนุนด้านร่างกาย

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
46.	ท่านได้รับการดูแลเมื่อยามท่านเจ็บป่วย						Soc 16
47.	ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/ หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร,การทำงาน บ้าน						Soc 17
48.	ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยก ของ, พาไปโรงพยาบาล						Soc 18
49.	หน่วยงานของรัฐ เช่น อบต./รพ.สต. ให้การ ช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล						Soc 19
50.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อสม. ให้การ ช่วยเหลือและดูแลท่าน ยามเจ็บป่วย						Soc 20

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 5 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำเกือบทุกครั้ง หรือเห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความนั้น

มาก หมายถึง ส่วนใหญ่ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น หรือเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามข้อความนั้นพอๆ กัน หรือเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น

น้อย หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความนั้น

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

4.1 ข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่					
2.	ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่					
3.	ปัจจุบันท่านยังมีความต้องการได้รับการอบรมอาชีพเสริมเพื่อสร้างรายได้					
4.	ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอต่อการดำรงชีพ					
5.	รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานอยู่					
6.	ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ					
7.	ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่					
8.	เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง					

9.	เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน					
10.	ปัจจุบันท่านยังมีภาระหนี้สินจะต้องจ่ายเป็นเป็นประจำ					
11.	เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมา ท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน					
12.	ท่านไม่มีเงินเก็บไว้ใช้ยามฉุกเฉิน					

4.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13.	ท่านใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สมาร์ทโฟนเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
14.	ท่านใช้เฟสบุค (Face book) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
15.	ท่านใช้ไลน์ (Line) ในการเชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
16.	ท่านไม่มีทักษะในการใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน					
17.	ท่านไม่มีความรู้เรื่องการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต					
18.	ท่านไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน					
19.	ท่านไม่ได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์					
20.	ท่านได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์					

21.	หน่วยงานภาครัฐไม่มีการอบรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้กับผู้สูงอายุ					
22.	หน่วยงานภาครัฐไม่มีการประชาสัมพันธ์ด้านประโยชน์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้แก่ผู้สูงอายุ					
23.	สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
24.	สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
25.	ท่านก้าวทันเทคโนโลยี					
26.	ท่านคิดว่าเทคโนโลยีอยู่ห่างไกลตัวท่าน					

4.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ข้อที่	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
27.	สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน					
28.	สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้าน					
29.	เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่าน					
30.	ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน					
31.	ท่านกับเพื่อนบ้านของท่านมีการติดต่อกันเสมอๆ					
32.	ท่านมีกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนของท่าน เช่น ทานข้าวร่วมกัน สังสรรค์ร่วมกัน					
33.	เมื่อท่านไม่สบายใจท่านสามารถปรับทุกข์กับเพื่อนท่านได้					

34.	เมื่อท่านไม่สบายเพื่อนของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน					
35.	เพื่อนเป็นสิ่งมีความหมายสำหรับท่าน					
36.	ท่านมีการวางแผนไปเที่ยวกับเพื่อนๆ ของท่าน					
37.	ท่านมีโอกาสไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร					
38.	ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมท่าน					

APPROVAL
29 April 2021

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียด SPST-20

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

ระดับความเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

ระดับความเครียด 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

ระดับความเครียด 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

ระดับความเครียด 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.	กลัมน้ำดื่มหรือปวด					
8.	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.	ปวดหลัง					
10.	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12.	รู้สึกวิตกกังวล					
13.	รู้สึกคับข้องใจ					
14.	รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					

15.	รู้สึกเศร้า					
16.	ความจำไม่ดี					
17.	รู้สึกสับสน					
18.	ตั้งสมาธิลำบาก					
19.	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20.	เป็นหวัดบ่อยๆ					
	คะแนนรวม					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการจัดการความเครียด

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านแล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น การกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แบบสอบถามนี้จะมีช่องว่างให้ท่านเลือกตอบ 4 ช่อง ในแต่ละช่องให้ท่านขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกเพียงหนึ่งช่องในแต่ละข้อคำถาม

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เป็นครั้งคราว หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น เป็นครั้งคราว

เป็นบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง

เป็นประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ

6.1 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

ข้อที่	ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	พูดระบายความไม่สบายใจ หรือปัญหาในการดำรงชีวิต ให้กับคนในครอบครัวหรือคนที่ไว้วางใจ				
2.	พูดคุยในเรื่องขบขัน หรือเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหา แสดงอาการรื่นเริงเพื่อกลบเกลื่อนความไม่สบายใจ				
3.	หากิจกรรมต่างๆทำมากขึ้น เช่น ปลูกผักสวนครัว ฟังเพลง ออกกำลังกาย				

4.	เข้าสังคม หรือทำกิจกรรมร่วมกับสังคม เช่น การไปพักผ่อนกับครอบครัว				
5.	นอนหลับมากขึ้น				
6.	รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมากขึ้น				
7.	ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเพื่อให้ลืมปัญหาชั่วคราว				
8.	หากำลังใจ ปลอดภัยความเข้าใจจากบุคคลรอบข้าง				
9.	จินตนาการว่าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว				
10.	ทำจิตใจให้แจ่มใสเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น				
11.	พยายามรวบรวมสติ ไม่ตื่นตระหนกพร้อมเผชิญปัญหา				
12.	อุทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมส่วนรวม				

6.2 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยครั้ง	เป็นประจำ
13.	พิจารณาปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้ดียิ่งขึ้น				
14.	ยอมรับปัญหาในการดำรงชีวิตที่เกิดขึ้น ตามความเป็นจริง				
15.	ยอมรับว่าเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้น และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้				
16.	แก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตามประสบการณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีได้				
17.	เรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา				

18.	ปรึกษากับผู้ที่รู้สึกไว้วางใจหรือผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์				
19.	ปรึกษาคคนในครอบครัว หรือผู้มีความรู้และประสบการณ์มากกว่า เช่น ผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ				
20.	เมื่อพบปัญหาจะแก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้นโดยตรง				
21.	พาดตัวเองให้ห่างไกลจากต้นเหตุแห่งความเครียด				
22.	พยายามลืมปัญหาทั้งปวง หรือปล่อยวาง				
23.	ทำนองว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้				
24.	ทำนองว่าปัญหานั้นใหญ่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้				

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 145/2021
IRB No. P3-0017/2564



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ จังหวัดน่าน
โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวพรปวีณ์ คำหลวง

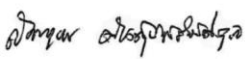
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบคณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มกราคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
4. สรุปรูปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
6. AF 04-10 (ระยะที่ 1 สำหรับอาสาสมัครกลุ่มแบบสัมภาษณ์) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 เมษายน 2564
7. AF 04-10 (ระยะที่ 2 สำหรับอาสาสมัครกลุ่มแบบสอบถาม) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 เมษายน 2564
8. AF 04-10 (ระยะที่ 3 สำหรับอาสาสมัครกลุ่มแบบสัมภาษณ์) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 เมษายน 2564
9. AF 04-10 (ระยะที่ 4 สำหรับอาสาสมัครกลุ่มแบบสอบถาม) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 เมษายน 2564
10. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่ม try-out) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 เมษายน 2564
11. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
12. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
13. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
14. แบบสัมภาษณ์ ระยะที่ 1 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
15. แบบสอบถาม ระยะที่ 2 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
16. แบบสัมภาษณ์ ระยะที่ 3 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
17. แบบสอบถาม ระยะที่ 4 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 22 มีนาคม 2564
18. งบประมาณโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 22 มกราคม 2564

ลงนาม 
(นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 29 เมษายน 2564

วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนา เอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



ภาคผนวก ค เกียรติบัตรการนำเสนอผลงานวิจัยในระดับนานาชาติ



ICHEFA 2022
INTERNATIONAL
CONFERENCE ON HEALTH,
ENVIRONMENTAL, FOOD
AND AGRICULTURAL

**CERTIFICATE
OF PARTICIPATION**

Proudly Certify to :

PORNPAVEE KHAMLUANG

as
PRESENTER

paper entitled
**FACTORS AFFECTING STRESS UNDER COVID-19 PANDEMIC AMONG OLDER ADULTS IN TAI LUE
ETHNIC GROUP IN THAILAND**

at
INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH, ENVIRONMENTAL, FOOD AND AGRICULTURAL (ICHEFA 2022)
18 - 19 JUNE 2022
CAMERON HIGHLAND, MALAYSIA

Organizer:

GLOBAL ACADEMIC EXCELLENCE


DR. NORLILA MAHIDIN
CHAIRMAN
(ICHEFA 2022)



CERTIFICATE NO: ICHEFA2022/013

ภาคผนวก ง แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย

Journal of Positive School Psychology

21-07-2022

Dear Pornpavee Khamluang, Supaporn Sudnongbua,

The title **FACTORS AFFECTING STRESS UNDER COVID-19 PANDEMIC AMONG OLDER ADULTS IN ETHNIC GROUP**

It's our great pleasure to inform you that above-mentioned title has been reviewed and *accepted* for publication in **Journal of Positive School Psychology** with ISSN 2717-7564. This letter of acceptance is considered as an official acceptance of your manuscript with no further amendments required.

Your article will be published in forthcoming Regular Issue.

With warm regards



Editorial Board

Journal of Positive School Psychology

Resat Bey Mahallesi, Ataturk Caddesi

Mimar Semih Rustem Is Merkezi

No:18 Kat:8-9, Seyhan, Adana /Turkiye

<https://journalppw.com/index.php/jpsp>



TURKIYE



submissionjpsp@gmail.com

Factors Affecting Stress Under Covid-19 Pandemic Among Older Adults In Ethnic Group

Pornpavee Khamluang¹, Assoc. Prof. Dr. Supaporn Sudnongbua²

¹Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok 65000, Thailand

Email.amperepavee@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-2621-5830

²Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok 65000, Thailand

Email.lilysupaporn@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-0313-5042

Abstract

Stress among the elderly remains a major public health problem, especially among ethnic elderly people in Thailand due to rapid social changes as well as the recent Covid-19 pandemic. Rural areas in Thailand experience stress, which has a significant impact on the mental health and livelihoods of residents. This cross-sectional study aimed to examine the factors affecting stress under Covid-19 outbreak among Tai Lue elderly people with a total of 334 samples. Data were analyzed by quantitative statistics and multiple regression analysis. With respect to multiple linear regression, it was found that psychological factor ($\beta = 5.005, p < 0.000$), social support factor ($\beta = -2.899, p < 0.007$), income factor ($\beta = 3.049, p = 0.019$), gender factor ($\beta = -2.561, p = 0.049$) significantly predicted factors influencing stress among the Tai Lue elders. The overall multiple regression was statistically significant ($R^2 = 0.148$, Adjusted $R^2 = 0.138$, $F(1, 325) = 3.910, p = 0.49$). Regarding recommendation, health care workers need to provide care for the ethnic elderly people, not only physical care but also mental care due to Covid-19 situation. Also, psychological factors as well as social support has become major factors during global economic crisis and the global pandemic. Therefore, the stress of the ethnic elders should be concerned and assessed to plan a stress management model for treating them and preventing those who are at risk from getting stress.

Keywords: Stress, Covid-19 pandemic, Tai Lue, Older adults, Ethnic Group .

Introduction

Among the elderly, stress is a major public health problem, with as many as 33.7% of the world's population affected by anxiety disorders during their lifetime (Konstantopoulou et al., 2020). Constant anxiety or stress can cause anxiety disorders. Physical activity may include tremors, angina, and insomnia, which can develop and lead to physical and mental ailments such as anxiety disorders, depression, endocrine disorders, and high blood pressure (Dong & Zheng, 2020). The Covid-19 pandemic is a

widespread outbreak that can lead to increased stress and mental health problems, especially among the elderly (Debowska et al., 2020). During the recent coronavirus outbreak, stress, anxiety, and depression have increased. Lockdown measures and, social distancing have caused a lot of stress among people (Rehman et al., 2021). Covid-19 has led to a significant increase in the prevalence of anxiety and depression among older adults. A lack of interpersonal communication can cause mental stress, which can lead to long-term physical and mental illness (Zhan et al., 2021). With respect to

having a physical impact, Covid-19 has also had a serious impact on people's mental health, both at the individual level and, in the community, affecting everyone at large, causing feelings of fear, anxiety, depression, mood swings, and insecurity (Salari et al., 2020). Stress and anxiety have a significant impact on individuals, communities, and society at large. Prolonged cumulative stress is associated with many chronic conditions and diseases. Psychological stress is also associated with anxiety disorders such as guilt. In the normal course of eating, irritable bowel syndrome, and substance abuse (Williams et al., 2020), stress activates a physical and mental response in which a person's thoughts, feelings, behaviors, and biological mechanisms continually change depending on the environment (Bustamante et al., 2017). Stress causes changes in the physiology of hormones and neurons, resulting in behavioral anxiety, stress, depression, gastrointestinal disorders, and other physiological responses. Stress acts as a link. With the development of many diseases (Kumar & Chanana, 2017), stress and anxiety have many negative effects on the elderly such as disrupting sleep and having a high risk of bodily ailments (Lähdepuro et al., 2019). Physical, mental, and emotional stress are often affected by stress and its consequences for the body (Cool & Zappetti, 2019). Chronic stress can lead to atrophy of brain mass and weight loss. Changes in these structures cause differences in stress responses, perception, and memory. Stress can also cause cognitive changes. Structures in the brain change with long-term effects on the nervous system (Yaribeygi et al., 2017). Ethnic elders are considered a vulnerable group which is Tai Lue Ethnic people who have lived in Northern Thailand. In the past decade, communities and society of Tai Lue Ethnic people have been affected by widespread economic, social, political, and environmental changes. Further, the effects have been more severe. For example, economic and financial crises, floods, and droughts are disasters that tend to be of greater frequency and severity (Office of the Permanent Secretary, 2020). Whether personal, physiological, psychological, social, and environmental aspects can be used to forecast

stress in older persons is the focus of the study. The aim of this research was to assess the stress-related factors in the Tai Lue ethnic group's older population.

LITERATURE REVIEW

As a result of the COVID-19 outbreak, which has migrated to countries all over the world and raised public alarm, mental health in Thailand has been impacted. Dealing with this issue will lessen worry regarding COVID-19 since overestimating risks, exaggerating one's sense of duty, and intolerance for ambiguity are three of the top causes for concern. Further, there should be ongoing research into the issue (Urairak, 2022). The elderly are among the most vulnerable to stress due to the Covid-19 issue due to their deteriorated physical condition, precarious financial circumstances, and general frailty. As a result, it is crucial to learn how to manage stress in a range of settings. In certain ways, these economic volatility attitudes are associated with increased stress among the elderly (Whitehead & Torossian, 2021). The elderly should become more adaptable and will be better able to handle the coronavirus pandemic as a result (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). Psychosocial effects among the elderly are enhanced by social support in an effort to reduce stress under epidemic situations (Minahan et al., 2021). Additionally, it was discovered that elderly people face a higher risk of COVID-19-related morbidity and mortality than younger people. Along with physical disease, the pandemic has afflicted older persons with difficulties that will change their quality of life. Physical and mental health among the elderly can be negatively affected for a long time by a variety of factors, including stopping plans, dissatisfaction and tedium,

being apart from friends and family, availability of supplies, and financial hardship, making it harder to be mentally strong and capable of handling stress (Finlay et al., 2021). In addition, Covid-19 pandemic has been threatened those elders' life. Mental health is an important part of health. Older adults are at higher risk of facing mental health problems than other ages. There are other factors besides physical health. A review of the relevant

literature found that mental health factors including finances, daily living, and health factors have a positive effect on stress among the elderly (Klayklung et al., 2019). Mental health problems are therefore important public health problems that need to be addressed. The stress of the Tai Lue elders should be assessed in order to be useful in planning a stress management model for Tai Lue elders in the future.

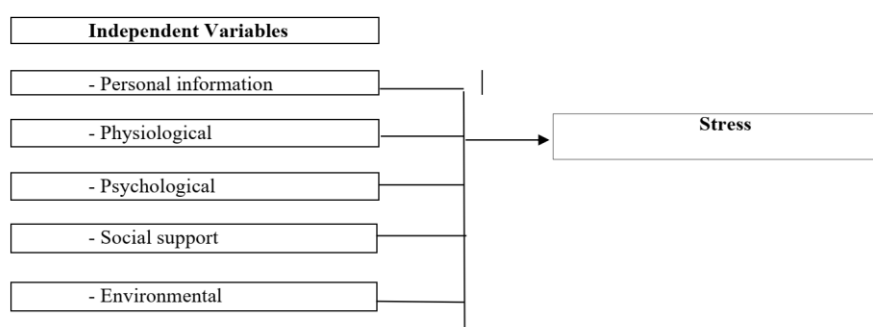


Figure 1: Conceptual Framework of the study shows the relationship between Personal information, Physiology, Psychological, Family, Environment and Stress

RESEARCH METHODOLOGY

Material and Methods

This study employed a cross-sectional study design. The objective of this cross-sectional study was to determine the factors affecting stress under Covid-19 pandemic among the elderly in Tai Lue ethnic people in Thailand. A research plan on the area in the population study was organized, and samples were studied. Sampling tools used for data collection, tool quality inspection, and data analysis are as follows:

Inclusion Criteria:

1. Being male and female elderly aged 60 years and older
2. Having ability to read and write Thai, as well as ability to communicate well in Thai
3. Having consciousness
4. Residing in the research area
5. Being willing to participate in the research project

The exclusion criteria for the samples included 1) those who had been diagnosed by a doctor as having a mental illness, 2) those who wanted to cancel participation in the study during the process, or had a sudden illness, 3) those who felt uncomfortable answering the questions, 4) those who moved out of the research area, 5) those who had psychiatric disorders, and 6) those who had dementia.

Sample size determination

The population is known, the sample size can therefore be calculated from Wayne W., D.'s Estimating Finite Population Mean Formula for Knowing the Sample Size Estimating Finite Population Mean at 95 percent and 5% error level.

A sample size at least 300 individuals is used to assess the percentage with an error which was not more than 5% at a 95% confidence level to prevent omissions or loss of the sample as well as to avoid any impact on the sample. In conclusion, the researchers adjusted the sample size for loss or withdrawal (Drop out) at 10% by using the sample size formula (Chaimay, 2013). Therefore, this study had to add 34 samples for a total of 334 samples. This research used a total of 334 samples.

Research instrument

Data collection tools was a questionnaire. The questionnaire was divided into 6 parts including personal data, marital status, income education (Close-ended questions), and a multiple-choice questionnaire.

Part 1: Personal information of the respondents, i.e. sex, age, occupation, family characteristics, and 17 congenital diseases (Department of Health, 2020).

Part 2: Physiological factors in various issues, namely 1) Movement, 2) Sleep, and 3) Seven health problems, which consisted of scale of 5. The scales (Likert Scale) included the most, the most, the moderate, the least, least, with the respondents choosing only one option.

Part 3: Psychological Factors in various issues, namely 1) Anxiety, 2) Boredom in life, and 3) Loneliness. Five items consisted of questions on a 5-point scale (Likert Scale), i.e. most, most, moderately, least, least, with respondents choosing only one option.

Part 4: Family Factors in various issues, namely 1) Family burden, 2) Family relationship, and 3) Social support (Sudnongbua, 2020). Questions on the Likert Scale comprised 5 levels consisting of most, most, moderately, least, least, with respondents allowed to choose only one answer (Office of the Permanent Secretary, 2021).

Part 5: Environmental factors in various issues comprised 1) Changes in the socio-economic structure, 2) Changes in technology, and 3) The relationships between people. A 5-point scale (Likert Scale) was used, which included most, most, moderately, least, least, with respondents choosing only one option (Thirathanachaikul, 2019).

Part 6: The 20-item SPST-20 stress questions with a 5-point Likert Scale consisting of no stress, slight stress, and moderate stress, as well as very stressful, most stressful. Only one answer could be chosen (Department of Mental Health, 2021).

The tool quality was checked by experts and tested. The data showed Cronbach's Alpha Coefficients with confidence values of 0.85, 0.87, 0.94, 0.90, and 0.91, respectively.

Data collection

To achieve data collection, the researcher conducted data collection according to the following steps:

1. Approval was gained from the Human Research Ethics Committee COA No. 145/2021 to the Nan Provincial Public Health Doctor for permission to conduct research and collect data.
2. The researchers introduced an explanation and clarified the research objectives as well as asked for cooperation in data collection.
3. The researchers visited to prepare teams in the area and build familiarity with the area.
4. Data for the sample group in the target area was gained until the number of samples was complete.
5. A questionnaire was collected and retained to check the completeness of data before analysis.
6. A questionnaire with complete data was used to analyze the data at Naresuan University.

Data analysis

Concerning data analysis, the researcher checked the accuracy and completeness of the questionnaire and analyzed it by statistical methods using the SPSS package program, including descriptive statistics, i.e. frequency

distribution, mean, percentage, and standard deviation.

Analytical Statistic Analysis of factors affecting stress under Covid-19 outbreak among Tai Lue elderly people was Stepwise Multiple Regression Analysis at a level of confidence equal to 95% and statistical significance of 0.05.

RESEARCH RESULTS

Table 1. Percentage, mean and standard deviation of stress scores among the elderly in the Tai Lue ethnic group, Nan Province (n = 334).

It was found that most of the elderly in the Tai Lue ethnic group in Thailand had high-stress levels (47%), followed by moderate stress levels (44.3%), severe stress (6.6%), and low stress (2.1%). Overall, the elderly of the Tai Lue ethnic group in Thailand had high levels of stress.

Stress level	Frequency	Percentage
Minor (0-23)	7	2.1
Intermediate (24-41)	148	44.3
Advanced (42-62)	157	47
Severe (higher than 63)	22	6.6
\bar{x} =43.14, Max = 97, Min = 20, S.D= 12.49		

Relationship between factors and stress

Correlation showed that the relationship between factors and stress comprises fourteen variables as follows: Physical factors, psychological factors,

family factors, environmental change factors, social support factors, health literacy factors, marital status, congenital disease, cost, gender, income, education, access to a health care system, and occupation (Table 2)

Table 2 Relationship between factors and stress (n= 334)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Stress	1														
Physical	.000**	1													
Psychological	.000**	.000**	1												
Family	.113	.069	.089	1											
Environmental change	.310	.001**	.248	.000**	1										
Social support	.000**	.000**	.008**	.000**	.000**	1									
Health literacy	.280	.091	.028*	.000**	.000**	.000**	1								
Marital status	.095	.573	.114	.002**	.145	.821	.003**	1							
Congenital disease	.429	.126	.932	.251	.233	.847	.862	.050*	1						
Cost	.821	.483	.476	.609	.576	.001**	.003**	.889	.768	1					
Gender	.069	.683	.570	.215	.780	.137	.881	.000**	.773	.543	1				
Income	.019*	.563	.878	.583	.786	.650	.547	.063	.285	.015*	.429	1			
Education	.886	.486	.473	.000**	.001**	.552	.000**	.008**	.146	.030*	.105	.088	1		
Access to a health care system	.320	.046*	.410	.154	.153	.008**	.179	.312	.214	.000**	.246	.408	.464	1	
Occupation	.134	.014*	.092	.004**	.034*	.413	.000**	.000**	.004**	.000**	.002**	.824	.000**	.021*	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Multiple regression analysis (MRA) showed that 4 factors affected stress, including Psychological factors (beta= 0.298) Social support factors (beta= -0.140) Income factors (beta= 0.121) and Gender factors (beta= -0.102) Together, all

factors had a 13.8 percent power of prediction for stress ($p < 0.05$) (Table 3).

Table 3 Factors affecting stress

Factors	β	Beta	t	P-value
Psychological factors	5.005	0.298	5.750	< 0.000*
Social support factors	-2.899	-0.140	-2.701	< 0.007*
Income factors	3.049	0.121	2.363	0.019*
Gender factors	-2.561	-0.102	-1.977	0.049*

* P – value < 0.05, Constant = 42.264, R Square = 0.148, Adjusted R Square = 0.138

DISCUSSION AND CONCLUSION

The results of this study showed that psychological factors and income factors had a positive effect on stress, while social support factors and gender factors had a negative effect on stress, with psychological factors having the highest predictive power followed by social support factors, income factors, and gender factors, respectively. The findings are consistent with the results of previous studies (Muijeen, 2015). The study of the factors affecting the mental health levels of the elderly found that the marital factor was associated with mental health level when taken for correlation, while the income factor also affected the mental health of the elderly and was consistent with work. Also, (Klayklung et al., 2019) found that financial factors, activities of daily living, and health factors had a positive effect on stress among older adults, consistent with the research (Lan et al., 2013, Kobayashi et al., 2015). It was also found that perceived stress levels were higher among women than in men and social capital was associated with stress among the elderly; social support was important for seniors' lifestyles (Seaward, 2017). Further, stress can be linked to the mind, body, and spirit. Making positive choices can help solve problems, which is consistent with research (Babazadeh, 2016) that found stress and anxiety among older adults were factors that affected their quality. Aging, gender variables, education, marital status, comorbidities, as well as housing conditions all contributed to stress, which was also consistent

with the work of (Kantabanlang, 2018). It was found that the elderly were often stressed, with physical and mental health factors, as well as financial status being the factors most affecting stress among the elderly. It was also reported that stress affected both the body and mind and could cause mental disorders. Behavior influences headaches, insomnia, anxiety, overthinking, and depression (Sonkaew, 2018), while stress affects both physical and mental health, as well as loss of ability to manage one's own life, consistent with the work of (Yodthong et al., 2014). Some research found that health and financial factors had a positive effect on stress and depressive symptoms among older adults (Varma et al., 2021). During the recent Covid-19 pandemic, financial factors, despair, loneliness, social isolation, and uncertainty from the Covid-19 pandemic epidemic have had increased the risk for mental health issues, especially among the elderly (Gao et al., 2020). Further, stress and anxiety have become a widespread and serious problem, especially among women (Chesak et al., 2019). Psychological skills training, mindfulness training, physical activity exercises have been employed among the ways to manage stress (Nanjundaswamy, 2020). Being strong in the face of unforeseen events might help you maintain equilibrium in life. Older people who are adaptable often have superior health and quality of life. (Chen, 2020) Social support, psychosocial and psychological help, mental health problem screening, psychoeducation can help prevent stress as well as mental health problems.

The study found that the factors influencing stress under Covid-19 pandemic among the elderly in the Tai Lue ethnic group in rural Thailand were psychological factors ($\beta = 5.005$) with the highest predictive power, followed by social support ($\beta = -2.899$), income ($\beta = 3.049$) and gender ($\beta = -2.561$) respectively. Therefore, this research pointed out the factors influencing stress among the elderly in rural ethnic groups. The findings could serve as a guide to help address stress under Covid-19 pandemic among elderly ethnic people. In addition, it could also be applied to the elderly in other ethnic groups as well as elderly people in general. Further studies should focus on stress among other age groups which may be needed investigation under pandemic situations. Stress is a delicate subject. Findings vary from subject to development because difficulties at various phases of life are unique to each person, their reactions to issues are unique, and their reactions to difficult situations are unique. Tools that are more suited to the issue might be created in the future.

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like gratitude is extended for the support provided by the Faculty of Public Health, Naresuan University.

REFERENCES

1. Babazadeh, T., Sarkhoshi, R., Bahadori, F., Moradi, F., & Shariat, F. (2016). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). *Journal of Research in Clinical Medicine*, 4(2), 122-128.
2. Bustamante, L. H., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40, 220-225.
3. Chaimay B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health, *Thaksin.J*, 16(2):9-18.
4. Chen, L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. *Arch Gerontol Geriatr*, 89, 104124. doi: 10.1016/j.archger.2020.104124
5. Chesak, S. S., Cutshall, S. M., Bowe, C. L., Montanari, K. M., & Bhagra, A. (2019). Stress management interventions for nurses: critical literature review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 288-295.
6. Cool, J., & Zappetti, D. (2019). The physiology of stress *Medical Student Well-Being* (pp. 1-15): Springer.
7. Debowska, A., Horeczy, B., Boduszek, D., & Dolinski, D. (2020). A repeated cross-sectional survey assessing university students' stress, depression, anxiety, and suicidality in the early stages of the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychological Medicine*, 1-4.
8. Department of Health, Ministry of Public Health. Handbook of operations on the percentage of the elderly population with desirable health behaviors for the year. [Internet]. (2020). [Cited 2020 December 5]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/.
9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress measurement. [Internet]. (2021). [Cited 2021 March 16]. Available from: <https://www.dmh.go.th>.
10. Dong, M., & Zheng, J. (2020). Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(2), 259.
11. Finlay JM, Kler JS, O'Shea BQ, Eastman MR, Vinson YR and Kobayashi LC. (2021). Coping During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study of Older Adults Across the United States. *Front. Public Health* 9:643807. doi: 10.3389/fpubh.2021.643807
12. Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114-125. doi: 10.1093/geront/gnaa170
13. Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress

- among college students: a longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 292-300.
14. Kantabanlang Y. (2018). The Relationship between Stress and Sleep Quality among the Elderly. *IJHRI*, 1(2), 15-30.
 15. Klayklung W, Deoisres W, Wacharasin C. (2019) Factors Associated with Parenting Stress among Grandmothers Raising Their Infant Grandchildren. *JFONUBUU*, 26(1), 11-19.
 16. Kobayashi, T., Suzuki, E., Noguchi, M., Kawachi, I., & Takao, S. (2015). Community-level social capital and psychological distress among the elderly in Japan: A population-based study. *PLoS One*, 10(11), e0142629.
 17. Konstantopoulou, G., Iliou, T., Karaivazoglou, K., Iconomou, G., Assimakopoulos, K., & Alexopoulos, P. (2020). Associations between (sub) clinical stress-and anxiety symptoms in mentally healthy individuals and in major depression: a cross-sectional clinical study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-8.
 18. Kumar, A., & Chanana, P. (2017). Role of nitric oxide in stress-induced anxiety: from pathophysiology to therapeutic target. *Vitamins and hormones*, 103, 147-167.
 19. Lähdepuro, A., Savolainen, K., Lahti-Pulkkinen, M., Eriksson, J. G., Lahti, J., Tuovinen, S., . . . Räikkönen, K. (2019). The impact of early life stress on anxiety symptoms in late adulthood. *Scientific Reports*, 9(1), 1-13.
 20. Lan, C., Chen, S.-Y., Wong, M.-K., & Lai, J. S. (2013). Tai chi chuan exercise for patients with cardiovascular disease. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
 21. Minahan, J., Falzarano, F., Yazdani, N., & Siedlecki, K. L. (2021). The COVID-19 Pandemic and Psychosocial Outcomes Across Age Through the Stress and Coping Framework. *The Gerontologist*, 61(2), 228-239. doi: 10.1093/geront/gnaa205
 22. Mujeen K. (2015). Determinants of Mental Health among Aging. *Tjst*, 23 (2),306-318.
 23. Nanjundaswamy, M. H., Pathak, H., & Chaturvedi, S. K. (2020). Perceived stress and anxiety during COVID-19 among psychiatry trainees. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102282.
 24. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security, Chulalongkorn University Center for Peace and Conflict Studies, United Nations Development Program Office (UNDP). *Human Security Strategic Plan 2013-2023*[Internet]. (2020). [Cited 2020 November 3]. Available from: <http://www.bps.msociety.go.th/uploads/content/download/5350b0d0381f4.pdf>.
 25. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security, Center for Peace and Conflict Studies, Chulalongkorn University, United Nations Development Programmer. (UNDP). *Human Security Strategic Plan 2013-2017*[Internet]. (2020). [Cited 2021 November 3]. Available from: <http://www.bps.msociety.go.th/uploads/content/download/5350b0d0381f4.pdf>.
 26. Rehman, U., Shah Nawaz, M. G., Khan, N. H., Kharshiing, K. D., Khursheed, M., Gupta, K., . . . Uniyal, R. (2021). Depression, anxiety and stress among Indians in times of Covid-19 lockdown. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 42-48.
 27. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulopoor, S., Mohammadi, M., . . . Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1-11.
 28. Seaward BL. (2017). *Managing stress*. Jones & Bartlett Learning.
 29. Sonkaew W. (2018). *Aquatic Therapy Center* [Graduate Thesis]. Bangkok: Sripatum University.
 30. Sudnongbua S. (2020). *Issue Analysis of Teaching Documents Faculty of Public Health*. Phitsanulok, Naresuan University, 3-6.

31. Thirathanachaikul K. (2019). The influence of social support and quality of life on the happiness of the elderly in Bangkok, Pathum Thani, Nonthaburi, and Samut Prakan. Bangkok: Sripatum University
32. Urairak, B. (2022). Effect of the COVID-19 Pandemic Related Mental Health on State Anxiety in Thailand. *Asian Administration and Management Review*, 5(1), 1-6.
33. Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110236.
34. Whitehead, B. R., & Torossian, E. (2021). Older Adults' Experience of the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Analysis of Stresses and Joys. *The Gerontologist*, 61(1), 36-47. doi: 10.1093/geront/gnaa126
35. Williams, J. L., Everett, J. M., D'Cunha, N. M., Sergi, D., Georgousopoulou, E. N., Keegan, R. J., . . . Naumovski, N. (2020). The effects of green tea amino acid L-theanine consumption on the ability to manage stress and anxiety levels: A systematic review. *Plant Foods for Human Nutrition*, 75(1), 12-23.
36. Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057.
37. Yodthong D, Seeherunwong A, Kongsuriyanavin W, Pornchaikate Au-Yeong A. (2014). Correlation between Age, Caregiving Burden Feelings and Depressive Symptoms in Grandparents Rearing Their Grandchildren. *JTNMC*, 29 (1), 108-121.
38. Zhan, H., Zheng, C., Zhang, X., Yang, M., Zhang, L., & Jia, X. (2021). Chinese college students' stress and anxiety levels under COVID-19. *Frontiers in psychiatry*, 915.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล พรปวีณ์ คำหลวง
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีษะเกษ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน
55150
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน แพทย์แผนไทยชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินท
ราชินี จังหวัดน่าน
แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีษะเกษ
อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา พทป.บ. (การแพทย์แผนไทยประยุกต์) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

