



ผลของโครงการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล
ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการ
ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี"
ของ สมพงษ์ นาคพรม
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

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

อนุมัติ

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

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี
ผู้วิจัย	สมพงษ์ นาคพรม
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ความเข้มแข็งทางจิต, ภาวะเหนื่อยหน่าย, คุณค่าในตนเอง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .83-.90 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .88 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากร

สุขภาพควรนำไปประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีภาวะ
พึ่งพิงอื่น ๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่ง
จะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น



Title THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON REDUCING BURNOUT THE ELDERLY CARE FOR ELDERLY CAREGIVERS IN SAWANG AROM DISTRICT, UTHAI THANI PROVINCE.

Author Sompong Nakprom

Advisor Associate Professor Dr. Narongsak Noosorn, Ph.D.

Academic Paper M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022

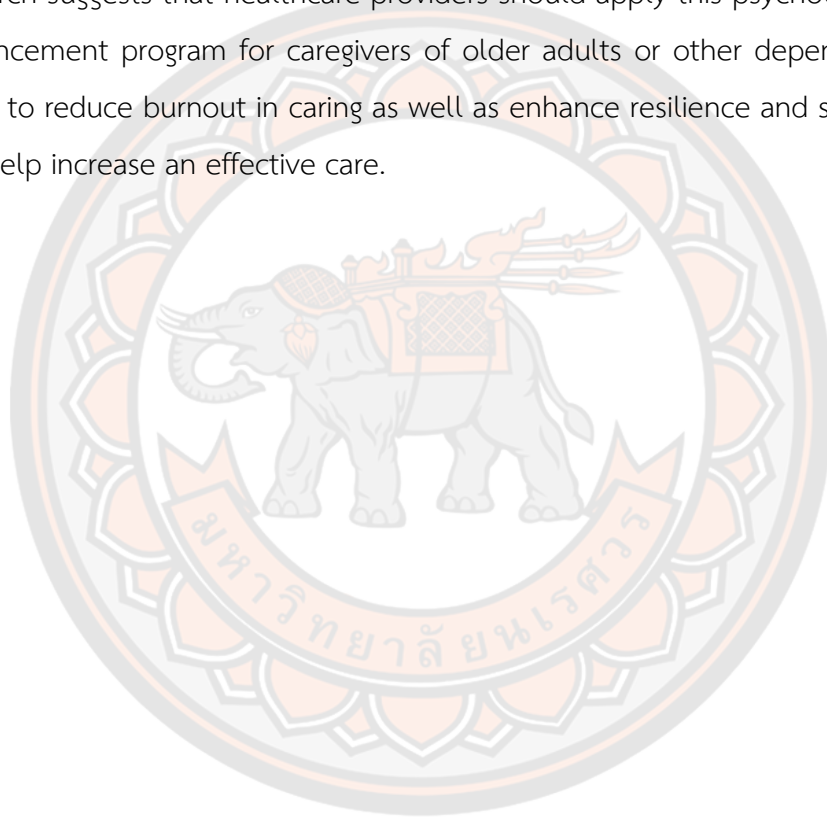
Keywords Elderly caregivers, Psychological resilience, Burnout, Self-esteem

ABSTRACT

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

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

of burnout in the elderly care regarding personal accomplishment than that of before the experiment and higher than that of the control group; 3) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of total and each dimension of resilience than those of before the experiment and higher than those of the control group; and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of self-esteem than that of before the experiment and higher than that of the control group. This research suggests that healthcare providers should apply this psychological resilience enhancement program for caregivers of older adults or other dependent people in order to reduce burnout in caring as well as enhance resilience and self-esteem. This will help increase an effective care.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก รศ. ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ดร.ภัทรพล มากมี และดร.เสนห์ แสงเงิน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้ จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

สมพงษ์ นาคพรม

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
ประกาศศุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient).....	9
ภาวะเหนื่อยหน่าย (burnout).....	16
ระบบการดูแลระยะยาว.....	21
การดูแลผู้สูงอายุและการคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง.....	22
ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM).....	23

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....	24
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
รูปแบบการศึกษา.....	48
ความหมายของสัญลักษณ์.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	52
การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	54
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการ ทดลอง.....	58
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และ การเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง.....	60
บทที่ 5 บทสรุป.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68

ภาคผนวก.....70

บรรณานุกรม.....81

ประวัติผู้วิจัย.....88



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงสูตร “สี่ ปรับ สามเติม”	13
ตาราง 2 แสดงการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้าน	13
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	54
ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุราย ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง	58
ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง	59
ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง	60
ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุราย ด้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	60
ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	63

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	40
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	47
ภาพ 3 แสดงรูปแบบการศึกษา.....	48



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ของประเทศไทย เพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Ageing)” อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาพทางเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) โดยจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุ 7.5 ล้านคน ในปี 2568 คาดว่าผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุของไทยจะอยู่ตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสำรวจการเป็นภาระวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน พ.ศ. 2557 ประชากรวัยแรงงาน 4.3 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และประมาณการว่าในปี 2563 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 4 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจซึ่ง พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจถึง 1 ใน 4 คน และ ร้อยละ 13.7 มีรายได้ ไม่พอเพียงรายจ่าย (Chayovan, 2005) และยังพบว่าอัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต่อการรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่ม จากร้อยละ 14.3 ในปีพ.ศ. 2545 เป็น 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 (National Statistical Office, 2008) นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาทางด้านสุขภาพสูง โดยพบว่า ร้อยละ 50.0 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีสุขภาพไม่แข็งแรง โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 42.66 โรคระบบต่อมไร้ท่อ พบ ร้อยละ 24.34 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 20.85 และยังมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพสูงมากขึ้น (The National Commission on the Elderly, 2006) ปัญหาการพึ่งพาทางสุขภาพก่อให้เกิดภาระในการดูแลผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Verbrugge & Jette, 1994; World Health Organization, 2003) โดยเฉพาะปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานขั้นรุนแรงหรือที่เรียกว่า ภาวะทุพพลภาพรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลระยะยาว (Lafortune & Balestat, 2007)

เขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรทั้งหมด 2,233,553 คน เป็นประชากรสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์) 492,460 คน คิดเป็นร้อยละ 22.05 ซึ่งเขต 3 กำลังเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) (สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) สัดส่วนประชากรสูงอายุตั้งแต่ปี 2558 – 2562 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 1% โดยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปี 2558 ร้อยละ 18.87 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2562 สัดส่วนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22.05 สัดส่วนประชากรสูงอายุตั้งแต่ปี 2562 จากสัดส่วนประชากรสูงอายุแต่ละจังหวัดที่พบมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเขตสุขภาพที่ 3 กำลังเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ตาม ADL จากการคัดกรองประเมินกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วย ADL จำนวน 427,765 คน คิดเป็นร้อยละ 85.65 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 415,617 คน ร้อยละ 97.16 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 12,148 คน ร้อยละ 2.83 (กลุ่มติดบ้าน 9,458 คน ร้อยละ 2.21 และกลุ่มติดเตียง 2,690 คน ร้อยละ 0.63) สถานการณ์ผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) ปี 2558 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 26.26, 39.72, 74.22, 86.30, 90.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living) ได้มากที่สุด คือ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 94.94 และจังหวัดนครสวรรค์ ประเมินคัดกรองได้น้อยที่สุด ร้อยละ 85.77 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มากที่สุด จังหวัดกำแพงเพชร (97.97 %) และ จังหวัดชัยนาทมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม น้อยที่สุด ร้อยละ 96.63 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ภาวะพึ่งพิงมากที่สุด จังหวัดชัยนาท (3.52%) และจังหวัดกำแพงเพชรมีผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง น้อยที่สุด ร้อยละ 2.03 (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สถานการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ปี 2558 - 2562 โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีอัตราการเจ็บป่วย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการเจ็บป่วย มีแนวโน้ม ลดลง โดยในปี 2562 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง พบถึงร้อยละ

50.43 โรคเบาหวาน พบร้อยละ 19.22 และโรคหัวใจและหลอดเลือด พบร้อยละ 1.23 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 2562)

สถานการณ์ ตำบล Long Term Care มีจำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (สิทธิ์ UC) ทั้งหมด 7,714 คน มีจำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long Term Care) ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 369 ตำบล มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการ long Term Care ทั้งหมด 369 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 87.86 ร้อยละตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long Term Care) ผ่านเกณฑ์ 87.86 (เป้าหมายปี 2562 ร้อยละ 70) จำนวน Care Manager ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 รวม 882 คน จำนวน Care Giver ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หลักสูตร 70 ชั่วโมง ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 รวม 4,913 คน ปี 2562 Care Manager ได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ (Refresh-CM) โดยศูนย์อนามัยที่ 3 จำนวน 254 คน ปี 2562 จัดหลักสูตรอบรม Care Manager ใหม่ จำนวน 70 คน และมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ปี 2559 - 2562 จำนวน 8,444 ฉบับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องดังกล่าว ความจำเป็นในการเลี้ยงชีพของบุตรหลานทำให้สมาชิกในครอบครัวทั้งเขตเมืองและชนบทต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุจึงมักถูกทอดทิ้งอยู่บ้านตามลำพังมากขึ้น รวมถึงปัญหาทางด้านสุขภาพทางกายและทางจิต จากการมีเวลาว่างเมื่อไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน ซึมเศร้า ท้อแท้ เหงา แยกตัว เกิดโรคทางจิตตามมา ด้านสุขภาพทางกาย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม โรคจากความเสื่อมของร่างกาย การมองเห็นและการได้ยิน และปัญหาภาวะทุพพลภาพ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญและมีการเตรียมการหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการเตรียมการหนึ่งนั้นคือการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Community based long term care) ที่เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีเป้าหมายสำคัญคือป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับดูแลอย่างเหมาะสม

การดูแลระยะยาว เป็นการดูแลที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม โดยผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ รวมถึงวิชาชีพ และ ผู้ช่วย และผู้ดูแลแบบดั้งเดิม และอาสาสมัคร (World Health Organization, 2000) จากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในปี 2552 พบว่า มีความต้องการการดูแลระยะยาว ในเพศชายประมาณ 60,000 คน เพศหญิง 100,00 คน และอีก 20 ปี ข้างหน้า จะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 คน และ 140,000 คน

ตามลำดับ และพบว่าในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จากปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2008) และลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรีที่ทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดามีจำนวนน้อย และผู้หญิงที่มีการศึกษาออกไปทำงานนอกบ้าน (Choowattanapakorn, 1999) การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัวและประชากรวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพิงที่สูงขึ้น และความต้องการการดูแลระยะยาว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำคู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ โดยบทบาทหน้าที่ของ CG ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่ 1) ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหารการนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ 2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ 3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด 5) กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน และล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง 7) ส่งต่อผู้สูงอายุ กรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง 8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ เป็นต้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) มีภาระหน้าที่หลากหลายในชุมชน เช่น เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น และการดูแลผู้สูงอายุมีระยะเวลาในการดูแลยาวนาน จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) มีปัญหาสุขภาพจิต เครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพรรณ มาหา, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกสร (2562) พบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยโดย

ตรงที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะส่งผลทำให้เกิดการเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรงและต้องทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสภาพร่างกายทรุดโทรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmet พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความเหนื่อยหน่ายลดลง

ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักพบในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะ บุคลากรในทีมสุขภาพ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2564) ความเหนื่อยหน่าย เป็นผลจากการได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างซ้ำซาก จากการทำงานเกี่ยวข้องกับคนเป็นเวลานาน และจาก การที่เป็นผู้ให้บริการมากกว่าผู้รับ ผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่าย จะมีความอ่อนเพลียทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวังขาดความสนใจและขาดความกระตือรือร้น ในการทำงาน และการดำเนินชีวิตและเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตซึ่งเป็นผลจากการทำงานมากเกินไปทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldaly, 1983, pp. 1-3) ความเหนื่อยหน่ายในงานแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความเหนื่อยหน่ายในระดับองค์กรเกิดจากการที่ องค์กรที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีระบบการบริการที่ล้มเหลวระบบการติดต่อสื่อสารไม่ดีขาดจุดมุ่งหมายที่เด่นชัดและไม่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรผู้ปฏิบัติโดยความเหนื่อยหน่ายในองค์กรจะมีลักษณะการลาออกหรือโยกย้ายมีอัตราสูง และความเหนื่อยหน่ายระดับบุคคล เกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีการพัฒนาความเครียดสะสมมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานมีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ หมดกำลังใจที่จะทำงานต่อไป หากเกิดขึ้นกับคนในองค์กรมากเท่าใดก็ยังมีผลกระทบต่อองค์กรนั้นมากขึ้นตามไปด้วย และสุภา สัจข์ทอง (2554) กล่าวว่าแนวทางในการป้องกันความเหนื่อยหน่ายในการทำงานนั้น บุคคลจำเป็นต้องมี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงพอสมควร รวมทั้งควรมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีกลุ่มเพื่อน หรือคนสนิทที่สามารถไว้วางใจได้

นอกจากนี้ ยังมีผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ญาติจะรู้สึกว่า ตัวเองดูแลได้ไม่ดี ไม่สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ คิดว่าตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ท้อแท้ หหมดแรง หหมดกำลังใจ เกิดความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560)

จากการปฏิบัติหน้าที่ที่หลากหลายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) จึงทำให้มีภาวะเหนื่อยหน่ายในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์, ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นและด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้คุณภาพ จากแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่พบว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะสามารถสร้างสรรค์ ความคิดหรือการกระทำที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพการเห็นคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพของบุคคลมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและเป็นพลังทางด้านจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (ศศิگانต์ ธนะโสธร, 2529) สอดคล้องกับสุใจ ตั้งทรงสวัสดิ์ (2532) บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็งมีความสามารถ มีศักยภาพ มีประโยชน์ และมีความสำคัญต่อสังคม จึงได้นำทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองมาปรับใช้ ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลให้มีคุณภาพได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

5. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ของอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน โดยใช้โปรแกรมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเข้มแข็งทางจิต (Resilience) หมายถึง การรับรู้ต่อความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤตของชีวิตของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว อีกทั้งเกิดการเรียนรู้พัฒนา จากการเผชิญปัญหาและวิกฤตนั้น ๆ โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกรมสุขภาพจิต

ภาวะเหนื่อยหน่าย (burnout) หมายถึง สภาวะหรือความรู้สึกของผู้ดูแลที่อ่อนล้า ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้แสดงพฤติกรรมทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกายและ จิตใจ เกิดความเบื่อหน่าย สิ้นเรี่ยวแรงและคับข้องใจที่เกิดจาก การปฏิบัติงาน ทำให้หมดกำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดการมองผู้สูงอายุเสมือนเป็นวัตถุสิ่งของมากกว่าการมอง ว่าเป็นคนซึ่งมีความรู้สึกไม่พยายามเข้าใจหรือไม่เอาใจใส่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลง ไม่มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่คาดหวังไว้

การคัดกรองระดับภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยการตรวจคัดกรองแล้วจะสามารถจำแนก ผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการ สำหรับผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอน ติดเตียง หรือติดบ้าน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) โดยบริการสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 โดย การจัดทำ care plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี CG รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท.และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดย CM 1 คน ดูแล CG 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุ ประมาณ 35-40 คน

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึง ความรู้สึกภายในของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่แสดงออกด้านการยอมรับตนเอง การนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อดังนี้

1. พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient)
2. ภาวะเหนื่อยหน่าย (burnout)
3. ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)
4. การดูแลผู้สูงอายุและการคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง
5. ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM)
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG)
7. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient) มีความหมาย ดังนี้

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การให้ความหมาย Resilience มีความหลากหลาย ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้บัญญัติศัพท์ในภาษาไทยโดยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ “ความหยุ่นทนทาน” (เพ็ญประภา ปริญญาพล, 2546) “ความสามารถในการเผชิญวิกฤต” (ประเวช ตันติวัฒนสกุล, 2550) “ความแข็งแกร่งในชีวิต” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558)

สมพร อินทร์แก้ว (2552) ได้กล่าวถึงความหมาย RQ มาจากคำว่า Resilience Quotient หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต สามารถผ่านพ้นและเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยพลังใจที่เข้มแข็งนับเป็นอีกมิติหนึ่งของพลังสุขภาพจิตที่สำคัญต่อการอยู่ดีมีสุข

พลังสุขภาพจิต (Resilience) มาจากคำในภาษาละติน หมายถึง ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิม ส่วนในภาษาไทยยังไม่มีนิยามความหมายที่ชัดเจนปัจจุบัน จึงมีการเอ่ยถึง

RQ ในหลายแบบ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความหยุ่นตัวทางอารมณ์ และจิตใจ เป็นต้น (สมพร อินทร์แก้ว, 2552) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต มีผู้ให้คำนิยามของ พลังสุขภาพจิต (Resilience) ได้แก่

พลังสุขภาพจิต (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม (recovery) หรือปรับตัวได้อย่างรวดเร็วหลังจากประสบกับความทุกข์ยาก หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวกลับสู่สภาพเดิมหลังจากประสบกับภาวะกดดัน หรือ ความเครียด ความสามารถดังกล่าวเป็นการตอบสนองอย่างกระตือรือร้น และตอบสนองในวิธีการ ทางบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต จนสามารถเอาชนะอุปสรรคและหลีกเลี่ยงการเกิด ผลลัพธ์ในทางลบ (สุภาวดี ดิสโร, 2552)

American Psychological Association (2001) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต (Resilience) ไว้ว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นกระบวนการในการปรับตัวให้มีสุขภาพจิตที่เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ความเศร้า บาดแผลในชีวิต สภาวะที่มีความเครียด เช่นการมีปัญหาลูกใน ครอบครัว ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หรือความเครียดเรื่องการเงิน ในขณะเดียวกันการที่คนมี พลังสุขภาพจิตดีนั้นไม่ได้หมายความว่าคน เหล่านั้นจะไม่มีความรู้สึกยุ่งยากหรือเจ็บปวดใด ๆ เลย ความรู้สึกเจ็บปวดและเสียใจนั้นเป็นธรรมชาติของ มนุษย์ การเพิ่มพลังสุขภาพจิตนั้นเป็นเหมือนการทำ ความเข้าใจกับความเจ็บปวดนั้น

พลังสุขภาพจิต (Resilience) นั้นไม่ได้เป็นลักษณะประจำตัวที่บางคนมีหรือบางคนไม่มี พลังสุขภาพจิต (Resilience) สามารถที่จะพัฒนาได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พฤติกรรม ความคิด และการกระทำที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ (American Psychological Association, 2001)

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นโครงสร้างที่มีความซับซ้อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ ระหว่าง ความทุกข์ยากลำบากกับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยปกป้องจากภายนอก เป็นการพัฒนา ความสามารถ ที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นความยากลำบาก (Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1987 อ้างถึงใน สุภาวดี ดิสโร, 2551)

Mayo Clinic staff ได้ให้คำนิยามของพลังสุขภาพจิต (Resilience) ว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience) คือความสามารถ “งอไปตามแรงอัด” (roll with the punches) หมายความว่า ความสามารถในเมื่อบุคคลการเผชิญกับความเครียด ความยากลำบาก ประสบการณ์ที่เลวร้ายหรือ โศกนาฏกรรม แต่ยังสามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทั้งทางกายภาพและจิตวิทยา

ซึ่งไม่ได้ หมายถึงการไม่มีความรู้สึก เรายังคงมีความรู้สึกต่าง ๆ แต่ยังคงสามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้เหมือนเดิม และยังมีมุมมองที่ดีในชีวิตอยู่

Haase, 1997 อ้างถึงใน สุภาวดี ดิสโร (2551) ได้กล่าวถึงพลังสุขภาพจิต (Resilience) ระบุถึง ปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้เด็กพัฒนาพลังสุขภาพจิต (Resilience) ซึ่งได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น

ลักษณะของ อุปนิสัยด้านพื้นฐานทางอารมณ์ เชาวนปัญญา การมีอารมณ์ขัน ความสามารถในการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น และความสามารถในการควบคุมตัวเองจากภายใน ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น ความผูกพันและความอบอุ่น ในครอบครัว ซึ่งทำให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวอย่างน้อยที่สุดคือ พ่อแม่

Grotberg, 1995 อ้างถึงใน สุภาวดี ดิสโร (2551)กล่าวว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นศักยภาพของมนุษย์ในการเผชิญกับปัญหาและสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ จะทำให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งซึ่งพัฒนามาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต

Grotberg (2003) ได้ให้ความหมาย พลังสุขภาพจิต ว่าเป็น ความสามารถหรือศักยภาพที่เป็นสากลของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ใช้ในการป้องกัน ลดความรุนแรงและผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือสถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้นำข้อมูลจากการศึกษาคุณลักษณะของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตหรือปัจจัยปกป้องที่มีความหลากหลายในระยะแรก (Garmezy, 1991; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1977) มาจัดแบ่งกลุ่มคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ฉันมี (I have) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก (External support) ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต
2. ฉันเป็น (I am) หมายถึง การเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ซึ่งช่วยสนับสนุนให้จัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต
3. ฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (Interpersonal and problem solving skill)

บุคคลก็จะตั้งองค์ประกอบเหล่านี้ มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็ง หรือศักยภาพดังกล่าว ควรจะได้รับการส่งเสริม และปลูกฝังให้เกิดขึ้น ตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก และสามารถพัฒนาได้ทุกช่วงวัย

ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (2003) ได้ถูกนำไปใช้มากที่สุด ในการสร้างพลังสุขภาพจิตในวัยเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ความยากลำบาก ความเครียด หรือภาวะวิกฤต (Adversity) ที่เข้ามาคุกคามในชีวิตได้ ไม่เกิดผลกระทบต่อชีวิต

Turner, 2001 อ้างถึงใน สุภาวดี ดิสโร (2551) นิยามพลังสุขภาพจิต (Resilience) ว่าเป็นความสามารถพิเศษของบุคคลในการทนทานต่อความยากลำบาก สามารถผ่านมรสุมและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต(Resilience) จะมีความสามารถที่เรียกว่า งอได้โดยไม่หัก (bent without breaking) และหวนกลับมาเย็นได้ใหม่ นักจิตวิทยาที่ทำงานในกรอบของพลังสุขภาพจิต (Resilience) ควรประเมินวิธีการเผชิญปัญหา และแนวทางส่งเสริมกลวิธีการเผชิญปัญหา

ที่เหมาะสม หรืออีกนัยหนึ่ง นักจิตวิทยาควรประเมิน และสนับสนุนพลังสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความสามารถ “ล้มแล้ว ลุกขึ้นยืนได้ใหม่” (spring back)

ความสนใจในเรื่อง RQ เริ่มต้นขึ้นเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา โดยมีนักจิตวิทยาศึกษา การปรับตัวของเด็กจากครอบครัวที่พ่อแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท แล้วพบว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ เพียง 10 % เท่านั้น ส่วนอีก 90% สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติอีกทั้งเด็กบางคนยังมีผลการเรียน ดีเด่น จนเป็นที่สนใจของนักวิจัยว่าอะไรคือกระบวนการทางจิตใจที่ใช้ในการตอบสนองต่อเคราะห์กรรม ของชีวิตที่ค่อนข้างหนักหนาเช่นนั้น ต่อมา มีการศึกษาเด็กชาวเวียดนามที่ติดตามพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้อพยพเข้าไปอยู่ในสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กเหล่านี้มีผลการเรียนที่ดีกว่าเด็กชาวอเมริกัน แม้ว่าโดยพื้นฐานชีวิตจะเป็นเด็กที่ยากจน มีความขัดสนและแร้นแค้นกว่าเด็กอเมริกันอย่างมากมาย (สมพร อินทร์แก้ว, 2552) ในปี ค.ศ. 1986 นักวิจัยได้มีการใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต (Resilience) ในการศึกษากลุ่มวัยรุ่นผิวดำ และมีการส่งเสริมความสามารถทางสังคมโดยใช้โรงเรียนเป็นพื้นฐานเพื่อใช้แก้ปัญหาเป็นเครื่องมือให้บุคคลเผชิญกับอุปสรรคเท่ากับเน้นให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของพลังสุขภาพจิต (Resilience)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

สำหรับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต (Resilience) นั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ เพราะได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างครอบครัว วัฒนธรรม รวมไปถึง ศาสนาและความเชื่อด้วย

สมพร อินทร์แก้ว (Ungar, 2008; 2552) กล่าวถึง พลังสุขภาพจิตสำหรับคนไทย ช้อสรุปเกี่ยวกับองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตเกิดจากการวิเคราะห์รวบรวมองค์ความรู้จากตำราและงานศึกษาวิจัยเรื่อง RQ ทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการมีประสบการณ์ในหลายพื้นที่หลายสถานการณ์ของกรมสุขภาพจิต

สรุปได้ว่า พลังสุขภาพจิตที่จะช่วยให้คนไทยวัยผู้ใหญ่อายุ 25 ปีขึ้นไปสามารถต่อสู้เอาชนะปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ไปได้นั้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

พลังยึด หมายถึง การทนต่อแรงกดดัน มีวิธีการดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความทุกข์ของตัวเองได้ในสถานการณ์ที่กดดัน

พลังยึด หมายถึง การมีกำลังใจ มีแรงใจ ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ กัดดัน กำลังใจนี้อาจมาจากการสร้างกำลังใจด้วยตนเองหรือคนรอบข้างก็ได้

พลังสู้ หมายถึง การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มีความมั่นใจพร้อมที่จะเอาชนะปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต ความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเองว่าสามารถทำได้ แก้ปัญหาได้ รวมถึงมีวิธีการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือหรือปรึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิต (Resilience)

1. ความสามารถในการวางแผนที่สามารถเป็นไปได้และการสร้างขั้นตอนในการทำเป้าหมายให้สำเร็จ
2. มองตนเองในมุมบวกและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง
3. ทักษะในการสื่อสารและการแก้ปัญหา
4. ความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรงและแรงกระตุ้น

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้เสนอแนะวิธีการเพิ่มพลังสุขภาพจิตเรียกว่าสูตร “สี่ ปรับ สามเติม” โดยเป็นสูตรที่ผ่านการคิดจนตกผลึกในทางวิชาการว่าครอบคลุมกระบวนการทางอารมณ์ และจิตใจของคนไทย และสามารถนำไปปรับใช้ได้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนี้

ตาราง 1 แสดงสูตร “สี่ ปรับ สามเติม”

สี่ปรับ	สามเติม
1. ปรับอารมณ์	1. เติมศรัทธา
2. ปรับความคิด	2. เติมมิตร
3. ปรับการกระทำ	3. เติมจิตใจให้กว้าง
4. ปรับเป้าหมาย	

โดยทุกหัวข้อสามารถแบ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้านได้ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

พลังฮึด	พลังฮึด	พลังสู้
การทนต่อแรงกดดัน	การมีความหวังและกำลังใจ	การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค
เพิ่มพลังโดย	เพิ่มพลังโดย	เพิ่มพลังโดย
ปรับอารมณ์ ปรับความคิด	เติมศรัทธา (เพิ่มความหวัง) เติมมิตร (ปรึกษาคนที่เราไว้ใจ) เติมจิตใจให้กว้าง (เปิดมุมมอง)	ปรับการกระทำ/พฤติกรรม ปรับเป้าหมายชีวิต

ปรับอารมณ์

เมื่อเกิดปัญหา/อุปสรรคที่เป็นเรื่องใหญ่ในชีวิต คนเรามักจะตกใจและมีความรู้สึกต่าง ๆ ที่รุนแรง จนควบคุมตัวเองไม่ได้ สิ่งแรกจึงต้องพยายามตั้งสติ อยู่ในที่เงียบ ๆ หรือหาคนปลอบใจ หลังจากนั้นหาทาง ออกในการระบายความกดดันอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย เพื่อระบายความโกรธ หันเหตความสนใจไปเรื่องอื่นเพื่อปรับอารมณ์ เมื่อใดที่รู้สึกท้อ ขอให้บอกกับตัวเองว่า เราต้องสู้ ยังมีคนที่ทุกข์กว่าเรา ตั้งเยอะ คิดถึงความสำเร็จของเรา และของครอบครัว หากอดทนต่อสู้กับปัญหา

ปรับความคิด

การที่จิตใจสงบลงทำให้คนเราคิดเรื่องที่เป็นเหตุเป็นผลได้มากขึ้น การปรับความคิดทำได้หลายวิธี เช่น เปรียบกับคนที่แย่กว่าเรา ลองมองส่วนดีที่เหลืออยู่ หรือมองว่าเป็นธรรมดา หรือมันก็สามารถ เกิดขึ้นได้กับทุกคนรอบตัว การปรับความคิดจะทำให้เรายอมรับว่ามีปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้น และมีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป เพราะการที่เรายอมรับความจริง ปัญหาทุกอย่างจะถูกแก้ไขอย่างตรงจุด

ปรับการกระทำ

เมื่ออารมณ์ ความคิดกลับมาเป็นปกติ และมีกำลังใจที่จะต่อสู้แล้ว ก็ต้องลงมือทำในสิ่งที่คิดไว้เพื่อแก้ปัญหา/อุปสรรค เช่น เปลี่ยนจากคนที่นอนกินเล่นอยู่กับบ้าน มามุ่งมั่นทำงานสร้างรายได้ให้กับ ครอบครัว หรือเปลี่ยนจากคนที่เก็บปัญหาเป็นคนที่เปลี่ยนปัญหาให้เป็นโอกาส ด้วยการเจริญสติ และวางแผนชีวิตให้มีเส้นที่ชัดเจน ว่าวันนี้จะทำอะไร ได้อะไร และตอบกับตัวเองให้ได้ว่า แล้วทำไปทำไม เพื่อให้ชีวิตมีแรงและดำเนินต่อไปข้างหน้าต่อไปได้

ปรับเป้าหมาย

ปัญหาที่หนักหนา อาจจะทำให้เราทำตามความต้องการไม่ได้ จำเป็นต้องยืดหยุ่นปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เช่น อยากซื้อรถสัก 1 คัน แต่ตัวเองยังตกงานหรือครอบครัวยังเป็นหนี้อยู่ จึงต้องออกหางานเพื่อทำงาน และหาเงินมาใช้หนี้ และจนเจือครอบครัวส่วนเป้าหมายเรื่องรถคงต้องเลื่อนออกไปก่อน เป็นต้น ดังนั้นการจะตัดสินใจทำอะไรก็ควรไตร่ตรอง และถามตัวเองด้วยว่า การตัดสินใจนี้จะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตัวเอง และคนที่อยู่รอบข้างหรือไม่อย่างไร

เติมศรัทธา

ความเชื่อ ความศรัทธา ทำให้คนเรามีจิตใจที่เข้มแข็งและมีความหวัง เช่น เชื่อว่าชีวิตมีช่วงขึ้น และลง วันนี้มีปัญหามากมาย ไม่ว่าจะปัญหาการเงินในครอบครัว หรืออื่น ๆ หากอดทน และพยายามแก้ไข วันข้างหน้าก็ต้องดีขึ้น เพราะเชื่อชะอย่าง เราต้องผ่านมันไปให้ได้ บางศาสนาเขาบอกให้มนุษย์ คิดอยู่เสมอว่า "ความลำบาก" เป็นเครื่องทดสอบความเข้มแข็ง ฉะนั้นเราต้องยอมรับ

และอยู่ต่อไปให้ได้ นอกจากนี้ถ้าใช้ความศรัทธาทางศาสนามาใช้ก็ได้ผลดี จะทำให้เราใจเย็น และมีสติขึ้น

เติมมิตร

การผูกมิตร หรือให้ความช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ทำได้ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเมื่อเราเผชิญกับปัญหาบางอย่างที่เกินจะรับมือได้ มิตรที่ดีจะช่วยให้คำปรึกษาหรือฟังฟัง ซึ่งบางคนอาจจะคิดเกรงใจ ไม่อยากรบกวน และแก้ปัญหาอยู่คนเดียว แต่ถ้าเป็นเรื่องของความอยู่รอดก็จำเป็นที่จะต้องเอ่ยปากขอ ความช่วยเหลือ ที่สำคัญคนในครอบครัวถือเป็นมิตรที่ดี และเข้าใจเรามากที่สุด มีอะไรก็ขอให้คุยกันในครอบครัว

เติมใจให้กว้าง

เมื่อมีปัญหาคนเรามักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาแบบเดิม ๆ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ทางออกที่เหมาะสม ลองศึกษาวิธีที่แตกต่างออกไป หรือเข้าใจความรู้สึก ความคิดของคนอื่นที่แตกต่างจากเรา อาจทำให้มอง ปัญหาได้รอบด้านขึ้น ได้ข้อมูลมากขึ้น มีจิตใจกว้างขึ้น และเห็นทางออกของปัญหาได้มากขึ้น ตามไปด้วย

วิธีวัดระดับพลังสุขภาพจิต(Resilience) ขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต เป็นผลจากพัฒนาเครื่องมือ ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมายโดยเฉพาะผู้ใหญ่ (อายุ 25 - 60 ปี) ได้นำไปใช้ในการค้นหา จุดอ่อน จุดแข็ง และพัฒนาตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต แบบและประเมินจัดทำขึ้นเพื่อบริบททางสังคม วัฒนธรรมและลักษณะของคนไทย โดยการวิเคราะห์จากวรรณกรรมทั้งในและนอกประเทศ การศึกษาเชิงคุณภาพและการพิจารณาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช

แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ได้ผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง อำนาจจำแนก มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินฉบับเล็ก 20 ข้อ เท่ากับ 0.749 และมีเกณฑ์ปกติที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มประชาชนอายุ 25 - 60 ปี กระจายในทุกภูมิภาค และอายุตามสัดส่วนประชากรจริงทั่วประเทศ 12 จังหวัด จำนวน 4,000 ราย ใน ปี พ.ศ. 2551

แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ (Resilience quotient) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่าน พ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมิน ความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ

1. ด้านความทนทานทางอารมณ์(ฮึด)
2. ด้านกำลังใจ (ฮึด)
3. ด้านการจัดการกับปัญหา (ต่อสู้เอาชนะอุปสรรค)

เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ใหญ่อายุ 25-60 ปีหากประเมินแล้ว พบว่ามีองค์ประกอบในด้านใดต่ำกว่าเกณฑ์ท่านสามารถพัฒนาตนในด้านนั้น ๆ ให้เพิ่มขึ้นได้ข้อคำถาม ในแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ

ภาวะเหนื่อยหน่าย (burnout)

ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Job Burn out ซึ่งมีนักวิชาการให้คำจำกัดความเป็นภาษาไทยแตกต่างกันไป อาทิ ความท้อแท้ในการปฏิบัติงานความท้อถอยในการปฏิบัติงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้คำว่า ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน โดยในการศึกษาครั้งนี้ขอใช้คำว่า ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานตลอดทั้งเล่มงานวิจัยนี้โดยจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน ตรงกับคำว่า Burnout ในภาษาอังกฤษ ซึ่ง จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ชื่อ เฮร์เบิร์ต ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ (Freudenberger, 1974 อ้างถึงใน สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) เป็นผู้ค้นพบจากการที่เขาสังเกตพบจากตนเองและเพื่อนร่วมงานจากอาการเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลียที่เกิดจากการทำงานหนักภายใต้แรงกดดันเพราะผู้รับบริการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก และไม่หยุดหย่อน (Freudenberger, 1974 อ้างถึงใน สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) ต่อมาแมสแลช แจ็คสันและเชอร์นิส (Maslach, Jackson & Cherniss, 1974 อ้างถึงใน สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในงานไว้จำนวนมากและทำให้ความเหนื่อยหน่ายในงานเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในทางสังคมศาสตร์ส่วนในการศึกษาของประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน โดยพบว่า พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2525) เป็นบุคคลแรกในประเทศไทยที่ได้เขียนบทความเกี่ยวกับอาการนี้ และแปลคำว่า burnout คือ “ความเหนื่อยหน่าย” ซึ่งทำให้การทำวิจัยในเวลาต่อมา จึงใช้คำว่าความเหนื่อยหน่าย เรื่อยมา (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552, น. 50) นอกจากนี้ มาลินี พงศ์พานิช (2531, น. 21) ได้แปลหนังสือเรื่อง “Burnout: The High Cost of High Achievement” ซึ่งเขียนโดย ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ และริเชลสัน ในปี ค.ศ.1980 โดยใช้ชื่อเรื่องภาษาไทยว่า “จิตสลาย:ราคาของความสำเร็จที่แพงลิบ” ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายหรือ จิตสลาย ว่าเป็นภาวะของความเหนื่อยหน่ายหรือผิดหวัง อันเกิดจากการอุทิศตัวให้แก่วิถีทาง วิถีชีวิต หรือความสัมพันธ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่เคยให้ผลรางวัล ตอบแทนตามที่เขาคาดหวังไว้เป็นการทำให้ทรัพยากรทางกายและทางใจของคนหมดสิ้นลง ซึ่ง สิริยา สัมมาวาจ (2532) กล่าวตามแนวคิดของฟรอยเดนเบอร์เกอร์ และริเชลสัน ว่าเป็นกลุ่มอาการ ที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการ ตอบสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักพบในกลุ่ม

อาชีพที่ทำงาน เกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ (Freudenberger & Richelson, 1983 อ้างถึงใน สิริยา สัมมาวาจ, 2532)

นิยามของความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นความอ่อนล้าอันเป็นผลที่เกิดจากการทุ่มเทกำลังใจในการทำงานสูงเกินกว่าพลังและความเข้มแข็งที่ตนจะกระทำได้ ทำให้เกิดความรู้สึกล้าเมื่อยในการทำงาน (Webster, 1998) ส่วนเชอร์นิส (Chernis, 1980 อ้างถึงใน วราลักษณ์ ปวนสุรินทร์, 2541) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ว่าเป็นกระบวนการซึ่งเริ่มจากการมีความเครียดในการทำงานเพิ่มมากขึ้น และเป็นระยะเวลาจนไม่สามารถที่จะลดความเครียดนั้น หรือแก้ไขปัญหาที่มันได้ โดยระยะแรกจะขาดความสมดุลระหว่างความสามารถในการแก้ไขปัญหากับความเครียดบุคคลจะแสดงความรู้สึกตึงเครียดออกมา มีอาการกระสับกระส่าย และเหนื่อยล้า จากนั้นจะพยายาม ใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความเครียดนั้น โดยไม่ใส่ใจ เฉื่อยชา เคร่งเครียด หรือตำหนิผู้ป่วย ผู้ร่วมงานและระบบงาน ส่วน วินิก้าและสปรัดเลย์ (Veniga & Spradley, 1981 อ้างถึงใน อรวรรณ ชาญพนา, 2544)กล่าวว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นสภาพของความอ่อนล้า สิ้นอารมณ์และจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้รับการผ่อนคลาย ซึ่งจะส่งผลให้เร็วแรงหรือพลังงานของผู้ปฏิบัติงานลดลง ทางด้าน มัลดารี (Muldaly, 1983, pp. 11-12) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นปรากฏการณ์ ซึ่งแสดงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานมากเกินไปก็ให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการทำงาน ทำให้มีประสิทธิภพน้อยลง โดยได้แยกกล่าวถึงความเหนื่อยหน่าย ไว้ 3 ประการ คือ 1) ความเหนื่อยหน่ายไม่ใช่ภาวะเครียด แต่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเครียด จากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 2) ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้หลายๆอาชีพที่ต้องให้บริการสังคม 3) ความเหนื่อยหน่ายจะแสดงอาการร่วมกันทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในลักษณะของ ความอ่อนล้าทางอารมณ์สูญเสียการควบคุมตนเองขาดความผูกพันกับงานที่ทำอยู่ขาดประสิทธิภพ ในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วนฟรีเดนเบอร์เกอร์และริเชลสัน (Freudenberger & Richelson, 1980 as cite in Simendinger & Moore, 1985, pp. 35-36) ได้ให้ความหมายความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นความไม่สมหวังเปื่อยหน่ายอ่อนล้าทางอารมณ์จิตใจและคับข้องใจอันเป็นผลมาจากการทุ่มเทการกระทำในสิ่งที่เป็นความมุ่งหวังแต่ต้องประสบกับความล้มเหลว ซึ่งพบได้มากในผู้ที่มิอาชีพในการให้บริการและช่วยเหลือประชาชนและแมสแลช (Maslach, 1986, p. 3) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลีย ทางร่างกาย ท้อใจมีความรู้สึกตนเองด้อยค่า ทำให้มีอัตมโนทัศน์ไปในทางลบ รวมทั้ง การมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังทำให้คุณภาพการทำงานลดลง ไทย พบว่า มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้ สิริยา สัมมาวาจ

(2532, น. 13) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกมาในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกายจิตใจและพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งมักมี ในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ (บุญศรีชัยจิตามร, 2534, น. 13) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เกิดจากการที่พยาบาลไม่สามารถปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดขึ้นมีผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ปัจจัยจากตัวบุคคลเองและปัจจัยด้านบุคลิกภาพมีความคาดหวังสูงขาดการเตรียมพร้อมในการทำงานอายุระดับการศึกษาประสบการณ์ การทำงานและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานส่วน นวลอนง ศรีธัญรัตน์ (2534, น. 26-27) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและเกิดได้ ในทุกอาชีพ ที่ต้องทำงานโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ซึ่งความเหนื่อยหน่ายแสดงอาการร่วมกัน ทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ โดยแสดงออกมาเป็นความอ่อนล้าเหนื่อยหน่ายสูญเสียการควบคุมตนเอง ขาดความผูกพันกับงานที่ทำอยู่ ขาดประสิทธิภาพในการปรับตัว และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่วน จันทรา วีรปฏิญญา (2537, น. 15) ได้สรุปความหมายของความเหนื่อยหน่ายได้ว่าเป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ ลดความเป็นบุคคล รู้สึกไร้ความสามารถและประสบความสำเร็จส่วนบุคคลลดลง อันเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรังในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและปัจจัยด้านบุคคล มีผลให้เกิดการขาดงานลาออกจากงาน รวมทั้งปฏิบัติงานมีคุณภาพลดลง และมยุรี กลั้ววงศ์ (2552, น. 51) ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง ปรากฏการณ์ที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หหมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต อันเป็นผลมาจากการทำงานมากเกินไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้ เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2550) ได้กล่าวว่า ภาวะหมดไฟหรือความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน หมายถึง ภาวะที่คนเราหมดแรงกายแรงใจที่จะทำงานต่อไปเนื่องจากตกอยู่ภายใต้ความกดดันของการทำงานที่มีความเคร่งเครียดสูงเป็นเวลานาน และหากอยู่ในสภาพนี้นาน ๆ บางคนอาจจะทิ้งงานหรือลาออกจากงานไป บางคนอาจสูญเสียความภาคภูมิใจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวลได้

จากการให้ความหมายและคำจำกัดความของบุคคลต่าง ๆ สามารถสรุปความหมายของความเหนื่อยหน่าย ได้ว่าเป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล รู้สึกไร้ความสามารถ และประสบความสำเร็จลดลงของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเกิดความเครียดเรื้อรังในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการทำงานและปัจจัยด้านบุคคล โดยที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวเพื่อจัดการกับความเครียดได้ จึงเกิดความเหนื่อยหน่ายใน

การปฏิบัติงานขึ้นกับบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้บริการในหน่วยบริการ สาธารณสุข ซึ่งจะมีอาการอ่อนล้าทั้งทางร่างกายจิตใจอารมณ์ หมดหวัง ขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต ทำให้งานด้อยประสิทธิภาพได้

แนวคิดที่เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายพบว่า การศึกษาความเหนื่อยหน่ายที่ผ่านมายังไม่มีรายงานกล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายโดยตรง แต่จากนิยามศัพท์และความหมายของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน มักจะกล่าวถึงสาเหตุและอาการของความเหนื่อยหน่ายโดยกล่าวถึงความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดเนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาพื้นฐานของมนุษย์ทุกวัยในทุกสภาวะที่ต้องเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องปรับตัว หรือจัดการกับสถานการณ์แวดล้อมที่มาคุกคาม หรือขัดขวางจนทำให้บุคคลเสียสมดุลทางร่างกายและอารมณ์จากการสังเกตทั้งสัตว์และมนุษย์ของเซเย่ (Selye, 1956; มยุรี กลับวงศ์, 2552, น. 52) พบว่า อาการเครียดทางกายมีลำดับการเกิดที่แน่นอน และอธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายมนุษย์ต่อสิ่งที่มาคุกคาม (General Adaptation Syndrome: GAS) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและ ปฏิกิริยาทางเคมีของร่างกาย ซึ่งปฏิกิริยาการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด มี 3 ระยะ คือ

ระยะบอกเหตุหรือระยะตกใจ (Stage of Alarm) ระยะนี้บุคคลจะโต้ตอบสิ่งที่มากระตุ้นทันทีทันใด ไม่มีโอกาสพิจารณาหรือตั้งสติกับเหตุการณ์ ระยะนี้จะเป็นระยะสั้นๆ ปฏิกิริยาของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียดในระยะนี้ จะพบว่า ร่างกายมีการทำงานของฮอร์โมน สารเคมีในสมองและระบบประสาททำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถสังเกตได้ว่าเมื่อบุคคลมีอาการตกใจใหม่ ๆ จะมีชีพจรเต้นเร็ว มือเท้าเย็น และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

ระยะต่อต้าน(Stage of Resistance) ระยะนี้บุคคลได้มีเวลาทบทวนที่มาของความเครียดและคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด การปรับตัวในระยะนี้บุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเห็นได้จากพฤติกรรมการแสดงออกที่บ่งบอกถึงเจตคติ และพฤติกรรมที่แสดงออก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยและความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ถ้าบุคคลไม่สามารถใช้วิธีการในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การปรับตัวที่บุคคลกระทำก็จะกลายเป็นโทษได้

ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนานต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลาย สาเหตุในเวลาเดียวกัน บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังใน การที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด

อาจกล่าวได้ว่า ความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน เป็นกลุ่มอาการ ที่มีระดับความ รุนแรง เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากบุคคลยังต้องเผชิญอยู่กับความเครียดหรือไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียด จะกลายเป็นความกดดันที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอันเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่าง กันไปในแต่ละ บุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกิน ความสามารถในการปรับตัว ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต นำไปสู่ความ เหนื่อยหน่ายได้

สาเหตุของความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

เขาวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ (2550) ได้กล่าวว่า สาเหตุของภาวะหมดไฟหรือความเหนื่อย หน่ายในการปฏิบัติงานว่า มีสาเหตุได้จากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนี้ ปัจจัยในตัวบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ความคาดหวังต่อหน้าที่การงาน ความก้าวหน้าในงาน ความผูกพัน ต่องาน บุคลากรบางคนมีปัญหาครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวป่วยร้ายแรงหรือ เรื้อรัง ปัญหา คติความ หย่าร้าง เมื่อจัดการปัญหาครอบครัวไม่ได้ก็จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายใน การปฏิบัติงานได้ด้วย

ปัจจัยนอกบุคคล ด้านองค์กร เช่น ปริมาณงานกับจำนวนคนไม่สมดุลกัน งบประมาณน้อย ขาดเครื่องอำนวยความสะดวก ความเข้มงวดของกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในที่ทำงานมีมากเกินไป ตั้งความหวังไว้กับบุคลากรค่อนข้างมาก เป้าหมายขององค์กรสูงเกินไป บรรยากาศในการทำงาน แข่งขันกันสูง มีความกดดันตลอดเวลา เงื่อนไขค่าตอบแทนที่กดดัน องค์กรไม่มีระบบระเบียบใน การทำงาน ขาดการควบคุม บุคลากรขาดการสนับสนุนจากองค์กร เป็นต้น

สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2542) ได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญของความเหนื่อยหน่ายใน การ ปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น 5 สาเหตุ ได้แก่

1. สิ่งก่อความเครียดซึ่งมีอยู่ในงานหรือการทำงาน (Job Stressors) ได้แก่ รูปแบบ ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และภาระงานที่มากเกินไปกล่าวคือ จากการที่ ผู้ปฏิบัติงานต้องมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้รับบริการจำนวนมาก และปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดบ่อย หรือตลอดเวลาการทำงาน และความขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict) และความคลุมเครือของ บทบาท (Role Ambiguity ความขัดแย้งของบทบาทคือความขัดแย้งของความคาดหวังที่บุคคลต่าง ๆ มีในตัวผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่แสดงบทบาทหนึ่งๆส่วนความคลุมเครือเกิดเมื่อผู้ปฏิบัติงานไม่มีข้อมูล เพียงพอว่างานหรือบทบาทของตนคืออะไรมีขอบเขตแค่ไหน

2. วิธีการให้แรงเสริม (Reinforcement) ได้แก่ การให้แรงเสริมหรือการให้รางวัล และการลงโทษว่ายึดหลักผลงานและความสามารถเพียงไรไม่มีการให้รางวัล กรณีที่ผู้ปฏิบัติงานทำ ความชอบและการลงโทษทั้ง ๆ ที่ไม่มีเหตุอันควร

3. ลักษณะของงาน (Job Characteristics) ได้แก่ ปฏิบัติงานที่ได้ใช้ทักษะหรือความรู้ (Skill Utilization) ความมีอิสระในการทำงาน (Autonomy) ความหลากหลายในงาน (Job Variety) ความจำเจในงาน (Routine)

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กร ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน

5. ลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความคาดหวังส่วนบุคคล ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self Efficacy) กลวิธีในการแก้ปัญหา (Coping)

จะเห็นได้ว่า สาเหตุของความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานมีหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยภายในบุคคลและสาเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมหากหัวหน้างานเพื่อนร่วมงาน หรือ บุคลากรค้นพบถึงสาเหตุหรือหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน และ ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นลักษณะที่ดีในการปฏิบัติงานก็จะทำให้บุคลากร สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

ระบบการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึงการจัดบริการสาธารณสุข และ บริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้ง ที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนเพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านั้นอย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสรุปคือ เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงหรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็น เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการ ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การดูแลผู้สูงอายุและการคัดกรองและตรวจประเมินภาวะพึ่งพิง

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นสำหรับ “การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม” มิได้ทำเพื่อเพียงให้มีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงเท่านั้น ขณะเดียวกันการคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อมีบริการสาธารณสุข รองรับเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากไม่มีบริการก็ไม่มีประโยชน์ใด ๆ กับในผู้สูงอายุใน การคัดกรอง ทั้งนี้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรองที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้ว ซึ่งเมื่อทำการตรวจคัดกรองแล้วจะสามารถ จำแนกผู้สูงอายุได้เป็นสามกลุ่มคือ

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้(กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้มี คະแนนรวมความสามารถทาง ร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คະแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจเท่ากับหรือมากกว่า 5/8 คະแนน
2. ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง(กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11/20 คະแนน และมีคะแนน รวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจน้อยกว่า 5/8 คະแนน
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4/20 คະแนน และมีคะแนนรวมความสามารถทางความคิดความเข้าใจ น้อยกว่า 5/8 คະแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของ ครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ใน กลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (LTC manager) เป็นระยะ ๆ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรอง ร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านสาธารณสุขและด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับ บริการ
2. เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (care plan) สำหรับผู้ต้องได้รับบริการ สาธารณสุขและการดูแล
3. ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของ ระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ เมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องแล้ว ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือ สำคัญสำหรับการหารือประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนักของ คน ในชุมชนท้องถิ่นและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้น ๆ ร่วมกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM)

ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ และประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 โดยการจัดทำ care plan ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และจัดให้มี CG รวมทั้งเชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพ อปท.และภาคที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดย CM 1 คน ดูแล CG 5 -10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35 - 40 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1 บทบาทหน้าที่ของ CM

- 1.1 ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (ADL) และประเมินคัดกรองด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- 1.3 จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan
- 1.4 จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (care conference)
- 1.5 เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตาม care plan
- 1.6 พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
- 1.7 บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม care plan
- 1.8 การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

2. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น CM

- 2.1 มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์
- 2.2 จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือ การพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์หรือ การสาธารณสุข หรือ ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือจบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2.3 ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย
- 2.4 มิใช่รับรองแพทย์ระบุว่ามีความแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

3. การฝึกอบรม

3.1 อย่างน้อย 70 ชั่วโมง

3.2 อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

1. บทบาทหน้าที่ของ CG ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

1.1 ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ

1.2 สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ

1.3 ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.4 เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด

1.5 กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหารพร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุง ประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

1.6 จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

1.7 ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

1.8 จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

2. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็น C เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. การฝึกอบรม

3.1 อย่างน้อย 70 ชั่วโมง

3.2 อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

1. ความหมายของการเห็นคุณค่าของตนเอง

โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มักสะท้อนถึงการประเมินตนเองของบุคคลในแง่ของคุณค่า (worth) เป็นการที่บุคคลตัดสินตนเองภายใต้เจตคติ (attitude) ที่มีต่อตัวตน (self) การเห็นคุณค่าในตนเอง รวบรวมแนวคิดความเชื่อ (beliefs) เกี่ยวกับตัวตนของบุคคล (oneself) เช่น ฉันเป็นคนมีความสามารถ ฉันมีคุณค่า เป็นต้น และสภาวะทางอารมณ์ (emotional state) เช่น ยินดีในชัยชนะ ความรู้สึกพ่ายแพ้ ความภาคภูมิใจ และความรู้สึกอายใจ เป็นต้น (Hewitt, 2009) สอดคล้องกับ Smith & Mackie (2007) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นอัตมโนทัศน์แห่งตน (the self-concept) คือ การที่มนุษย์คิดเกี่ยวกับตัวตนของตนเอง ในแง่มุมต่าง ๆ การประเมินตนเองในทางบวกและทางลบ รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึก (feel) ที่มีต่อตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของจิตใจ เป็นความรู้สึกและความคิดที่มีต่อตนเอง เป็นการเชื่อมโยงระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองและการแสดงออกของตนเอง เรย์โซเนอร์ (Reasone, 2000 อ้างถึงใน สุทธิ ลิกขไชย, 2555) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีผู้ศึกษาไว้หลายด้าน จึงเป็นการยากที่จะหาคำจำกัดความที่จะครอบคลุมความหมายทั้งหมด มีคำที่ให้ ความหมายที่คล้ายคลึงกันกับการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น ความมั่นใจในตนเอง (Self - Confidence) การรับรู้คุณค่าของตนเอง (Self - Worth) การเคารพนับถือตนเอง (Self - Respect) ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การหยิ่งในศักดิ์ศรีของตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้คำว่า “การเห็นคุณค่าในตนเอง” นิยาม ของการเห็นคุณค่าในตนเองมีความหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและประมวลนิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของนักวิชาการและนักจิตวิทยาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน สุทธิ ลิกขไชย (2555) (SelfEsteem Inventories: SEI) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเอง แล้ว แสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง

รวมไปถึงการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง สามารถรับรู้ได้จากคำพูดและพฤติกรรม การแสดงออกนั้นของบุคคล

Rosenberg, 1965 อ้างถึงใน พรารณนา ช้อนแก้ว (2542) (Society and the adolescent self – image) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า หมายถึง การเคารพตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่า โดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบ กับบุคคลอื่นว่าดีกว่าหรือเลวกว่า และไม่คิดว่าตนเองต้องเป็นคนเลวเลิศ แต่ควรตระหนักในข้อจำกัดของตนและสามารถคาดหวังได้ว่า จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร

ประภาส ณ พิกุล (2551) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง การพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่าง ๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม

วิภาวี วงศ์อนันต์นนท์ (2552) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ มีความหมาย ยอมรับตนเอง ภูมิใจในตนเอง และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2553) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเมื่อบุคคลมองตนเอง ตัดสินว่าตนเองเป็นอย่างไร พอใจตนเองแค่ไหน มีความตระหนักถึงคุณค่าของตน และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การพิจารณาตัดสินค่าของตนเองตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่าง ๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม ความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการกระทำ ภารกิจต่าง ๆ มีความพอใจในตนเอง เกิดจากการยอมรับของบุคคลอื่น โดยดูจากการตอบสนองของครอบครัว หรือจากการประเมินความสามารถและการประสบความสำเร็จในการทำงาน สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้

2. ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อทุกช่วงชีวิตของมนุษย์ บุคคลที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำหรือมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ก็เปรียบเสมือนเป็นคนพิการทางบุคลิกภาพ เช่นเดียวกับการพิการทางร่างกาย ซึ่งทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิตทุก ๆ ด้าน การเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อทุกคนทุกช่วงชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของบุคคลได้ว่าเป็นอย่างไรบุคคลจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันออกมาโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ด้วยลักษณะท่าทาง

น้ำเสียง คำพูด และการกระทำ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงจะสามารถสร้างสรรค์ความคิดหรือการกระทำที่เฉลียวฉลาดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวทางอารมณ์ทางสังคม และทางการเรียนรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ชีวิตที่มีผลต่อความคิด ความปรารถนา ค่านิยม อารมณ์และการตั้งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลอันมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม จนกระทั่งกลายเป็นลักษณะของบุคลิกภาพและการประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวทั้งในชีวิต ดังนั้น การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ได้ในที่สุด (พรรณราย ทรัพย์ประภา, 2548) สอดคล้องกับปรีชา ธรรมมา (2547) ได้กล่าวถึงลักษณะต่าง ๆ ของการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งระดับสูงและระดับต่ำบ่งบอกให้ทราบถึงบุคลิกภาพที่ต่างกันอย่างชัดเจน อันเป็นผลจากพัฒนาการของแต่ละคน บุคคลใดที่มีลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงนับว่าเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติพื้นฐานสำหรับการพัฒนาตนให้ก้าวไปสู่ขั้นถัดไป คือการบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดแห่งตน (Self-actualization) อันเป็นพัฒนาการที่เกิดจากการตอบสนองความต้องการขั้นสูงสุดตามแนวทศณะของ มาสโลว์ ส่วนผู้ที่มีลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพื้นฐานไม่มั่นคงที่เอื้อต่อการพัฒนาตนแล้วยังเป็นผู้ที่มีอุปสรรคขัดขวางทำให้การพัฒนาตนเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ ป. มหาพันธ์ (2536) ได้สรุปการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองกับการเรียนการเห็นคุณค่าในตนเองจัดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีต่อความสำเร็จในการเรียนนักเรียนที่มีระดับสติปัญญาสูง มีความเฉลียวฉลาดแต่ถ้าหากไม่มีการเห็นคุณค่าในตนเองแล้วนักเรียนจะไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนเลย เนื่องจากเมื่อนักเรียนเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะไม่พึงพอใจในสภาพที่โรงเรียน สภาพการเรียนและผลการเรียนของตน นักเรียนจะไม่มีแรงกระตุ้น ไม่มีความสนใจในการเรียน หากแต่จะให้ความคิดและการกระทำส่วนใหญ่ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความกลัว และความวิตกกังวล ส่วนนักเรียนที่มีระดับสติปัญญาปานกลางแต่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเรียน

2. การเห็นคุณค่าในตนเองกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนักเรียนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี แต่นักเรียนที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองมักจะแสดงความก้าวร้าว หรือไม่ก็หลบหลีกการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นกล่าวคือ บางครั้งก็ต้องการชมผู้อื่นทั้งนี้เพื่อทดแทนการขาดความนับถือตนเอง ลักษณะเช่นนี้ทำให้นักเรียนไม่พอใจที่จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเชื่ออย่างฝังใจว่าผู้อื่นจะคิดต่อตนเหมือนกับที่ตนคิดต่อตนเอง เช่น นักเรียนที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถก็จะมองว่าผู้อื่นคิดต่อตนเช่นนี้ด้วยความคิดของนักเรียนที่ขาดความเคารพตนเอง จะเป็นเสมือนรั้วที่กั้นไม่ให้คนอื่นเข้าถึงตัวได้ง่าย

3. การเห็นคุณค่าในตนเองกับความสร้างสรรค์ความคิดสร้างสรรค์จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้ามีความหวาดกลัว ความวิตกกังวล (เช่น กังวลว่าผู้อื่นจะติว่างานของเราไม่ดี ผู้อื่นไม่ยอมรับผลงานของตน) ดังนั้นถ้านักเรียนยังต้องพึ่งพาผู้อื่น ยังต้องแสวงหาคำยกย่องชมเชย แสวงหาการยอมรับจากผู้อื่น นักเรียนยิ่งจะต้องทำตามความต้องการของผู้อื่นมากขึ้น การที่นักเรียนยังขึ้นอยู่กับผู้อื่นนี้ทำให้ไม่สามารถกระทำสิ่งใดอย่างสร้างสรรค์ได้

4. การเห็นคุณค่าในตนเองกับความสำเร็จในชีวิตการเห็นคุณค่าในตนเองมิได้เป็นเพียงความคิดหรือความรู้สึกที่บุคคลเก็บเอาไว้ในใจเท่านั้น แต่มีอิทธิพลต่อวิธีที่บุคคลคิดทำและพูดในทุก ๆ แง่รวมทั้งกิริยาท่าทางที่แสดงออกมาความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่นและความสำเร็จในชีวิต เพราะการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกันเป็นวงจร

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ เช่น การกล้าแสดงออก การเป็นคนขี้อวด ส่วนบุคคลที่ประสบความสำเร็จทางด้านการศึกษาและด้านสังคม มีความผิดปกติทางจิต อันธพาลและอาชญากรมักจะเป็นบุคคลที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง (สุใจ ตั้งทรงสวัสดี, 2532) การเห็นคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพของบุคคลมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและเป็นพลังทางด้านจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศศิกานต์ ธนะโสธร, 2529) สอดคล้องกับ สุใจ ตั้งทรงสวัสดี (2532) บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ มีศักยภาพ มีประโยชน์ และมีความสำคัญต่อสังคม ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นไม่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง เขาก็มักจะมีอาการวิตกกังวล มีปมด้อย อ่อนแอช่วยตนเองไม่ได้ รับรู้ตนเองในทางที่ไม่ดี ท้อแท้ใจ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ลึกลับ ประเมินคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น ๆ ด้วย นอกจากนี้บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะโทษผู้อื่น มีสภาพจิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถยอมรับการวิจารณ์จากผู้อื่นและปฏิเสธการวิจารณ์นั้น ทั้งนี้เพราะการวิจารณ์ทำให้เขารู้สึกว่าตนเองด้อยลงและไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้เขาขาดความมั่นใจในตนเองและไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต

สรุปได้ว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ มีประโยชน์และมีความสำคัญต่อสังคม ในทางตรงกันข้าม บุคคล ที่ไม่มีการเห็นคุณค่าในตนเองจะรู้สึกว่ตนเองมีปมด้อย ช่วยตนเองไม่ได้ รับรู้ตนเองในทางที่ไม่ดี คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ ลึกลับ ประเมินตนเองต่ำกว่าผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

3. พัฒนาการของการเห็นคุณค่าของตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยเด็ก เป็นส่วนประกอบสำคัญในวัยเด็ก ซึ่งจะเพิ่มขึ้นจากการได้รับประสบการณ์ทางสังคมในด้านต่าง ๆ โดยจุดเริ่มต้นของการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างเด็กกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้องในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก การมีปฏิริยาตอบสนอง และการเห็นคุณค่าจากผู้อื่น เป็นการตอบกลับถึงความเป็นตัวตนของเด็ก เด็กจะรู้สึกมั่นคงเมื่อได้รับการโอบกอดสัมผัสจากแม่อย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติของพ่อแม่ที่มีต่อเด็กไม่ว่าจะเป็นทางด้านบวกหรือทางด้านลบ ล้วนมีผลต่อการรับรู้ตนเองของเด็ก โดยเด็กจะเก็บเกี่ยวและตีความจากประสบการณ์ที่ตนได้รับ และเริ่มพัฒนาจากความผูกพันในครอบครัวสังคมและสิ่งแวดล้อมของตัวเด็ก

อุมพร ตรังคสมบัติ (2553) ได้แบ่งพัฒนาการการเห็นคุณค่าออกเป็น 4 วัย ดังนี้

1. วัยทารก ในวัยนี้การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากความความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่าง แม่กับเด็ก เมื่อแม่กอดเด็กอย่างอบอุ่นภาพแห่งตนที่เกิดขึ้นก็จะเชื่อมโยงกับความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2. วัยเด็กเล็ก เด็กต้องการให้พ่อแม่ชมและโอบกอด ซึ่งเป็นการกระทำที่แสดงว่าเขามีคุณค่า เมื่อเด็กโตขึ้นและเรียนรู้ได้มากขึ้น เขาก็จะพยายามทำในสิ่งที่พ่อแม่ยอมรับ เด็กจะเรียนรู้จากพ่อแม่ว่าอะไรดี อะไรเลว อะไรถูกและอะไรผิด แล้วนำมาเชื่อมโยงกับภาพที่เขามองตัวเองเมื่อผู้ใหญ่บอกว่าสิ่งที่เขานั้นดี เด็กก็จะรู้สึกว่าเป็นคนดี

3. วัยเรียน เมื่อถึงวัยที่เด็กเข้าโรงเรียนภาพแห่งตนมักจะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เด็กจะมีทัศนคติที่ชัดเจนเกี่ยวกับตนเองและสิ่งรอบตัว เด็กส่วนใหญ่เข้าวัยเรียนด้วยความรู้สึกที่ดี แต่เด็กจำนวนมากสูญเสียความรู้สึกดี ๆ ที่เคยมีและใช้ชีวิตในวัยเรียนด้วยความยากลำบาก ทั้งนี้เพราะประสบการณ์จากครูและเพื่อนสำคัญมากในวัยเรียนคือการสร้างภาพแห่งตนให้มั่นคง เด็กที่มีภาพแห่งตนดีจะเป็นคนที่มีชีวิตชีวากระฉับกระเฉง กระตือรือร้น ขยันอยากเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การมีพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก ซึ่งจะทำให้ภาพแห่งตนมั่นคงขึ้น เนื่องจากเด็กใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน โรงเรียนจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการสร้างคุณค่าในตนเองในวัยนี้

4. วัยรุ่น เป็นวัยที่กำลังสร้างเอกลักษณ์แห่งตน เด็กกำลังค้นหาว่าตนเองเป็นใคร และกำลังมุ่งไปในทิศทางไหน เด็กจะตั้งคำถามกับตนเองว่า ฉันควรจะเป็นอย่างไร และฉันควรทำอะไร ในเด็กที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะใช้คำตอบเชิงบวกกับตนเอง แต่หากการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำเด็กจะมีคำตอบในเชิงลบกับตนเอง ความคิดดังกล่าวทำให้เด็กเกิดปัญหาได้หลายอย่างเช่น การเรียนตก ถูกไล่ออกจากโรงเรียนมีพฤติกรรมเกเร ใช้จ่ายเสพติดชอบไปเที่ยวสถานเริงรมย์ หรือ มั่วสุม เป็นต้น

วัยรุ่นต้องการการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจากสิ่งที่เพื่อนๆ คิดเกี่ยวกับตัวเขา เด็กจะเริ่มพัฒนาทางสติปัญญา ทักษะทางสังคม และความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น ถ้าสิ่งเหล่านี้ได้รับการเสริมแรงจากกลุ่มเพื่อนที่รักและนิยมชมชอบ เด็กก็จะมี การเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น อย่างไรก็ตามเด็กในกลุ่มอันธพาลอาจพบว่า ยิ่งถ้าเขาแสดงพฤติกรรมแข็งกร้าวเพียงใดกลุ่มก็จะให้ความสำคัญกับเขามากขึ้น ก็แสดงว่าภาพที่เกี่ยวกับตนเองของเด็กได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ถึงแม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ตาม การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นพัฒนามาจากการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การได้รับความรัก ความไว้วางใจจากบิดามารดา สมาชิกในครอบครัว ต่อมาเป็นกลุ่มเพื่อนทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และครู จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่มั่นคงต่อการรักตนเอง มีอัตมโนทัศน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง และมีความคาดหวังให้ผู้อื่นรักตน ต่อมาเด็กก็จะมี การขยายความรักความเอาใจใส่ที่บิดามารดา มีต่อตนขยายไปสู่บุคคลในครอบครัวและขยายกว้างออกไปยังกลุ่มเพื่อนและบุคคลต่าง ๆ ในสังคม

สรุปพัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มตั้งแต่วัยทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่จากบิดามารดา พัฒนามาสู่วัยเด็กที่มีการเรียนรู้ พัฒนาเข้าสู่วัยเรียน เด็กจะเรียนรู้จากครูและเพื่อน ๆ ในโรงเรียน และพัฒนาตามลำดับขั้น จนถึงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อเป็นวัยที่ได้รับผลกระทบจาก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัยรุ่นต้องการการเห็นคุณค่าในตนเองมาก ซึ่งส่วนใหญ่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนที่ตนเองรักและคนรอบข้างทั้งสมาชิกในครอบครัว และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

4. ลักษณะบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าของตนเอง

ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองมีลักษณะ ดังนี้ รู้สึกว่าตนมีความสำคัญ รู้สึกรักและนับถือตนเอง ยอมรับและพอใจตนเอง รู้สึกมั่นใจในตนเอง กล้าคิดกล้าทำกล้าพูด กล้าเผชิญกับปัญหา เป็นตัวของตัวเอง มีแรงจูงใจและกระตือรือร้น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถยืดหยุ่นและปรับตัวได้ดี มีความสามารถโน้มน้าวจิตใจผู้อื่นได้อารมณ์สดชื่น มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง รักตัวเองและรู้สึกมีคุณค่าเลือกที่จะคิด รู้สึกและปฏิบัติแต่สิ่งที่ดี ๆ รู้จักตนเองและเข้าใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบสูง มองโลกในแง่ดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่นคง มีสุขภาพจิตดี ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดี อดทนเข้มแข็ง เผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้รู้จักวิเคราะห์และมีวิจารณ์ญาณดี สามารถตัดสินใจที่ดี รู้จักชื่นชมและช่วยเหลือผู้อื่นหรือผู้ที่ด้อยกว่าเป็นผู้นำที่ดี วิสัยทัศน์กว้างไกล มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต อยากเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ทำอะไรคิดอะไรอย่างมีเหตุผล สามารถพึ่งตัวเองได้ เป็นคนมีคุณธรรมที่ดีน่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้ได้คุณลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ดังนี้

1. ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) และมาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้ศึกษา พบว่า เพศหญิงที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีลักษณะเข้มแข็ง มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงออก มีความวิตกกังวลต่ำ มีลักษณะเหนือผู้อื่น และยังมี การเห็นคุณค่าในตนเองสูงมากเท่าใด เขาก็จะเป็นบุคคลที่ยิ่งตั้งเป้าหมายชีวิตไว้สูง อีกทั้งยังมีความกระตือรือร้นต่อสิ่งใหม่ๆ และสิ่งที่ท้าทายความสามารถ พอใจกับงานที่ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ อยากรู้ อยากรู้อื่น ใจกว้างและสามารถยอมรับผู้อื่นได้มาก นอกจากนี้ ลินเด็นฟิลด์ (Lindenfield, 1995 อ้างถึงใน ประภากร โกลมมิตร, 2544) ได้กล่าวถึงลักษณะของคนที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ดังนี้

1.1 สงบและรู้สึกผ่อนคลาย (Calm and Relaxed) สามารถควบคุมตนเองได้แม้เผชิญอยู่กับความยุ่งยากและความท้าทายที่หวาดกลัวอยู่ก็ตาม มักไม่ค่อยมีความเครียดอยู่บนใบหน้า แม้จะผ่านการได้รับความกดดันสูงก็ตาม จะสามารถคืนสู่ความสงบได้อย่างรวดเร็ว

1.2 ดูแลตนเองอย่างดี (Well - Nurtured) มีความเป็นอยู่ที่ดีในเรื่องการดูแลตนเองและการออกกำลังกาย การไม่ทำลายตัวเองด้วยการละเลยสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การดื่ม รวมทั้งการแต่งกายเป็นพิเศษ

1.3 พลังและจุดหมาย (Energetic and Purposeful) มีชีวิตชีวาทั้งร่างกายและจิตใจ

1.4 เปิดเผยและแสดงความรู้สึก (Open and Expressive) สามารถสื่อสารกันได้อย่างตรงไปตรงมา ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งบ่งชี้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ทันที และสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อต้องการ

1.5 คิดในทางที่ดีและมองโลกในทางที่ดี (Positive and Optimistic) มักไม่ค่อยมีความวิตกกังวลและความหวาดกลัวเมื่อพบความผิดพลาดขณะที่กำลังเรียนรู้ประสบการณ์ที่ไม่ค่อยคุ้นเคย

1.6 มีความมั่นคงในตนเอง (Self-Reliant) สามารถที่จะกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างอิสระและเป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเองโดยไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นคอยชี้แนะ

1.7 มีความสามารถในการเข้าสังคมและร่วมมือกับผู้อื่น ได้ (Sociable and Co-operative) สามารถเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่มและสามารถประนีประนอมเพื่อความเข้าใจอันดีและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน บุคคลเหล่านี้สามารถชื่นชมความสำเร็จของผู้อื่นได้อีกทั้งยังสนับสนุนให้กำลังใจในการพัฒนาตนเองของบุคคลอื่นอีกด้วย

1.8 มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Appropriately Assertive) สามารถยื่นกรานความต้องการและสิทธิของตนได้

1.9 มีการพัฒนาตนเอง (Self-Developing) มีการตรวจสอบตนเองอยู่เสมอ มีความสุขกับการได้รับรู้ข้อบกพร่องและความผิดพลาดของตนเองอันจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดี

2. ลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีลักษณะที่ต่างออกไป คือ จะไม่ค่อยมีความเชื่อมั่นในตนเอง จะมองตนเองว่าเป็นคนไม่ดี รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีข้อบกพร่อง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนอื่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่เป็นสุข ไม่มีความพยายามในการทำงานที่ยากลำบาก เมื่อพบอุปสรรคก็ละทิ้ง หลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา ไม่มีความยืดหยุ่น ยึดติดกับสิ่งที่รู้จักหรือเคยชินเพื่อความรูสึกที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น มักจะคล้อยตามผู้อื่น มีความอายสูง ไม่กล้าปฏิเสธในสิ่งที่ตนไม่ต้องการ กลัวการตัดสินใจของคนอื่น ที่มีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อย กลัวการทำให้ผู้อื่นโกรธหวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคม มักจะนำความคิดของบุคคลอื่นมาใส่ใจ มักจะคิดว่ากลุ่มเพื่อนไม่ให้การยอมรับ ไม่ให้ความสนใจและเกิดความรูสึกเสียใจบ่อย ๆ (Hamachek, 1978) นอกจากนี้ มักจะมีความลำบากในด้านการเรียนรู้ หรือด้านวิชาการ (Mussen, 1969) และ แอทวอเตอร์ (Atwater, 1979) กล่าวว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีโอกาสได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการจิตแปรปรวนต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล อาการประสาทโรคนอนไม่หลับ ปวดหัว กัดเล็บ และหัวใจสั่น อีกทั้ง มะลิ อุดมภาพ (2538) สรุปได้ว่า ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางที่ไม่ดี ชอบสร้างปัญหา ขาดความรับผิดชอบ มีความขลาดกลัว มีปมด้อย วิตกกังวล และไม่เอาทร้อใจกับสิ่งใด ๆ

สรุปได้ว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองเห็นว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบเป็นผู้นำมากกว่าผู้ตาม กล้าแสดงออก และมีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ส่วนบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางที่ไม่ดีมีความวิตกกังวลสูง มีความขลาดกลัวและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความรับผิดชอบ ชอบสร้างปัญหา และไม่เอาทร้อใจกับสิ่งใด ๆ

5. แนวคิดและทฤษฎีของการเห็นคุณค่าของตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง (Coopersmith, 1984) การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมโนภาพแห่งตน เป็นปริมาณคุณค่าที่เราให้กับตนเอง ซึ่งได้จากการเรียนรู้จากผู้อื่นและกลายเป็นส่วนสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลอื่นยอมรับเราอย่างไร หรือความคิดที่เรามองเห็นจากการที่ผู้อื่นเห็นคุณค่าในตัวเรา อีกทั้ง (Lindgren & Harvey, 1981) กล่าวว่า มโนภาพแห่งตน (Self – Concept) มีลักษณะเป็นหน่วยรวม

ของความคิดที่มีระบบประกอบด้วยการรับรู้คุณลักษณะของสิ่งที่เป็น “ตัวฉัน” และการรับรู้ความสัมพันธ์ที่ “ตัวฉัน” มีกับผู้อื่นและสิ่งอื่น รวมทั้งค่านิยมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เหล่านี้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งในขณะรู้ตัวและไม่รู้ตัว การรับรู้ตนเองจะเป็นในแง่ของความสามารถคุณค่า ค่านิยม ข้อจำกัด ฯลฯ จึงเป็นรายละเอียดของเนื้อหาที่บุคคลใช้เพื่อชี้บอกรูปร่างลักษณะของตนเอง และใช้ในการเปรียบเทียบกับผู้อื่นโดยอาศัยประสบการณ์ของการปะทะสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลรอบข้างว่า ตนเองสามารถทำอะไรได้บ้าง มโนภาพแห่งตนจึงเป็นเรื่องของความคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะของตนเอง ซึ่งอาจไม่ตรงกับที่เป็นจริง แต่เป็นเสมือนข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับจุดอ่อน - จุดแข็ง มีความเจริญงอกงามที่เป็นไปได้ และรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมตามปกติของตน สิ่งเหล่านี้ ไม่มีลักษณะคงที่แน่นอน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้เป็นเสมือนข้อผูกมัดที่คนให้กับตนเอง และมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (Rogers, 1959)

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1987 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เป็นผู้ที่ได้ศึกษาค้นคว้าถึงความต้องการของมนุษย์และพบว่าความต้องการของคนเรานั้นจะสามารถเรียงลำดับขั้นตอนได้ตามความสำคัญ โดยเริ่มต้นจากความต้องการข้อมูลฐานเรื่อยไปจนถึงความต้องการที่จะเกิดความตระหนักแท้ในตนเอง ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางกาย (Physiological Needs) มนุษย์ต้องการได้รับการตอบสนองทางสรีรวิทยาเป็นขั้นพื้นฐานก่อน เช่น มีอาหารรับประทานไม่หิวโหย มีที่อยู่อาศัย มียารักษาโรค มีเครื่องนุ่งห่มกันร้อนกันหนาว ฯลฯ จึงพัฒนาความต้องการประเภทอื่น ๆ ตามมาได้ ถ้าความต้องการอันดับแรกยังไม่ได้รับการตอบสนองเพียงพอแรงจูงใจประเภทอื่น ๆ ก็ยากจะบังเกิดขึ้นได้

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เมื่อความต้องการอันดับแรกได้รับการตอบสนองแล้ว ต่อมาก็จะเกิดความต้องการที่จะรักษาชีวิตทรัพย์สินของตน ฯลฯ ให้มั่นคงปลอดภัย ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองมนุษย์ก็จะเกิดอาการผวา เชื่อว่าความกลัวหลายๆ อย่างตั้งแต่ระดับสามัญจนถึงระดับผิดปกติ นั้น เกิดจากการไม่ได้รับการตอบสนองความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเพียงพอความต้องการทางสังคม หรือแรงจูงใจเพื่อเป็นเจ้าของ (Social Needs) เช่น ความรู้สึกว่าคุณเองมีชาติตระกูล มีครอบครัว มีสถาบัน มีครู มีโรงเรียน มีที่ทำงาน ฯลฯ กับความถูกต้อง การถูกรัก และได้รับรักผู้อื่น เช่น ต้องการมีผู้อื่นมาอาหารห่วงใยตน และตนก็ต้องการห่วงใยอาหารแก่ผู้อื่นแลผู้อื่นเช่นกัน

3. ความต้องการที่จะได้รับเกียรติและการนับถือ (Esteem Needs) คือแรงจูงใจแสวงหาและรักษาศักดิ์ศรีเกียรติยศโดยตนเองสำนึกและผู้อื่นกล่าวขวัญยกย่องเชิดชู เช่น ความต้องการมีเกียรติ มีหน้าตา ความต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยกย่องนับถือ มาสโลว์ กล่าวว่าศักดิ์ศรีสำคัญต่อสุขภาพจิต คือ ความรู้สึกนับถือและเคารพตนเองกับการได้รับการนับถือจากผู้อื่นที่มีใช้ลักษณะฉาบฉวยจอมปลอม

4. ความต้องการความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ความต้องการสัจการแห่งตน (Self Actualized Needs) คือแรงจูงใจเพื่อตระหนักความสามารถของตนกับประพฤติกปฏิบัติตนตามความสามารถ และสุดความสามารถ โดยเพ่งเล็งประโยชน์ของบุคคลอื่นและสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ มาสโลว์เชื่อว่าทุกคนมีความมุ่งหมายในชีวิต เพื่อบรรลุถึงความปรารถนาระดับนี้ทั้งนั้น เพื่อจะเป็นคนเต็มโดยสมบูรณ์

นอกจากนั้น มาสโลว์ แบ่งความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับนับถือ และการประเมินค่า ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ คือ ความต้องการมีความเข้มแข็ง ผลสัมฤทธิ์ความสามารถเพียงพอสำหรับการทำสาเหตุต่าง ๆ ความเชี่ยวชาญ ความสามารถ ความเชื่อนั้น ความมีอิสระ

2. ประเภทที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความเห็นคุณค่าจากผู้อื่น เป็นความต้องการมีชื่อเสียง หรือเกียรติยศ ตำแหน่งความรุ่งเรือง มีอำนาจเหนือผู้อื่น ได้รับการยอมรับ และสนใจมีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี หรือเป็นที่น่าชมเชยของผู้อื่น

Coopersmith (1981) กล่าวถึงสาเหตุของการเห็นคุณค่าในตนเองมาจากแหล่งสำคัญที่บุคคลใช้เป็นสาเหตุตัดสินความสำเร็จของตนเอง 4 แหล่ง คือ

1. การมีอำนาจ (Power) หมายถึง การที่บุคคลสามารถมีอิทธิพลและควบคุมผู้อื่นได้
2. การมีความสำคัญ (Significance) หมายถึง การได้รับการยอมรับ ได้รับการเอาใจใส่ รวมทั้งได้รับความรักใคร่จากบุคคลอื่น
3. การมีคุณความดี (Virtue) หมายถึง การยึดมั่นตามจริยธรรม ศีลธรรมของสังคม
4. การมีความสามารถ (Competence) หมายถึง การประสบความสำเร็จในการทำสาเหตุต่าง ๆ

แฟรงค์ และเมอโรลลา (Taft, Citing, Frank & Merolla, 1985 อ้างถึงใน วิชาวิ วงศ์ อนันต์นนท์, 2552) (Self-Esteem Late in Life: A Nursing Perspective) ได้แบ่งการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ประเภท ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาสโลว์ ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองจากภายใน หรือการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐาน (Inner Self esteem or Basic Self-esteem) คือ การที่บุคคลมีความสามารถ มีสมรรถนะ และกระทำในสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วได้ผลตามที่ตนเองปรารถนา กระบวนการประเภทนี้ได้มาจากการรับรู้ของตนเอง จากสาเหตุแวดล้อม โดยเกี่ยวข้องกับการกระทำ การควบคุมและกำลังความสามารถเพราะถ้าบุคคลรู้จักตนเองและประเมินตนเองจากการกระทำได้รับผลสำเร็จจากความพากเพียรพยายาม สาเหตุนี้จะเป็นพื้นฐานของคุณสมบัติแห่งตน (Self-efficacy) จะถูกสร้างขึ้นอย่างถาวรจากประสบการณ์ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต

2. การเห็นคุณค่าในตนเองภายนอก หรือการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นปฏิบัติการ (Outer Self esteem or Functional Self-esteem) การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สร้างขึ้นโดยผ่านการประเมินปฏิสัมพันธ์ของสาเหตุต่าง ๆ ในชีวิต และเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และการได้รับการยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมและความสามารถในการเผชิญปัญหา และเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากกว่าส่วนที่เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐาน เพราะการเห็นคุณค่าในตนเองในส่วนนี้เป็นสาเหตุแรกที่จะสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ในสังคม และความก้าวหน้า ถ้าความต้องการเห็นคุณค่าในตนเองประเภทนี้ลดลง

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979 อ้างถึงใน วิชาวี วงศ์อนันต์นนท์, 2552) Conceiving the self) การเห็นคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก แบ่ง ออกเป็น 2 มิติ คือ

1. การตระหนักรู้ด้วยตนเอง (Cognitive self) เป็นเรื่องราวของความรู้ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อตนเองจากการที่บุคคลเป็นเจ้าของตำแหน่ง สถานภาพภายในโครงสร้างสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่หรือเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้บุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เช่น เป็น พ่อแม่ เพื่อน ครู เอกลักษณ์ที่บุคคลได้รับจากสังคมทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเป็นใคร คนอื่นเป็นใคร ซึ่งไม่เกี่ยวกับการประเมินของบุคคล

2. การประเมินตนเอง (Evaluative self) เป็นการอธิบายตนเองซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนำตนเองไปประเมินกับสาเหตุอื่นหรือคนอื่น เพื่อที่จะให้บุคคลรู้ว่ามีคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงต่ำเพียงใด การประเมินตนเองของบุคคลในแนวสังคมวิทยาส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่า การที่บุคคลรู้สึกต่อตนเองในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างไรก็จะนำไปสู่พฤติกรรมเช่นนั้น

โรเซนเบิร์ก อธิบายกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้แต่ละบุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน 3 ประการ

1. หลักการประเมินแบบสะท้อนกลับ (The principle of reflected appraisal) การที่บุคคลจะประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำมาจากการรับรู้การตอบสนองของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง แล้วก่อให้เกิดทัศนภาพต่อตน โดยทั่วไปจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง ได้แก่ บิดา มารดา หรือเพื่อน เช่น ถ้าบุคคลอื่นแสดงกิริยาว่าเคารพนับถือเรา เราก็จะมีความเคารพนับถือตนเอง แต่หากผู้อื่นแสดงกิริยาดูถูกเหยียดหยามเราจะเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำไปด้วย

2. หลักการเปรียบเทียบกับสังคม (The principle of social comparison) การที่บุคคลจะประเมินตนเองตามแนวคิดการประเมินทางสังคม ต้องมีพื้นฐานของการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น การประเมินตนเองทางสังคมทั้งด้านบวก กลาง และด้านลบเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบ

และอาจตัดสินตนเองกับมาตรฐาน ค่านิยม หรือความเชื่อโดยรวมที่บุคคลในสังคมนั้น ๆ ยึดถือ หรือ อาจตัดสินใจตนเอง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มคนในอาชีพเดียวกัน หรือ กลุ่มคนที่มี ลักษณะแตกต่างกันออกไป การที่บุคคลนำตนเองไปเปรียบเทียบกับคนอื่น ผลการเปรียบเทียบจะนำไปสู่การมองตนเองในแง่บวกหรือแง่ลบ ซึ่งจะมีผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้น ๆ

3. หลักคุณสมบัติของบุคคล (The principle of self-attribution) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ภายในจากผลของการกระทำในอดีต เช่น หากบุคคลประเมินว่าในอดีตที่ผ่านมา ตนเองเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการทำงานได้รับความไว้วางใจหรือเชื่อถือจากผู้ร่วมงานมาโดยตลอด ก็จะส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นเห็นคุณค่าในตนเองสูง ในทางตรงกันข้ามหากตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา บุคคลมีความผิดพลาดหรือบกพร่องในการทำงานบ่อยครั้ง ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน จะสรุปว่าตนเป็นบุคคลที่ล้มเหลวในการทำงาน และส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลงด้วย

กล่าวโดยสรุปว่า แนวคิดและทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกับความรู้สึก การยอมรับ การเห็นคุณค่าและความใส่ใจจากผู้อื่น ซึ่งสาเหตุของการเห็นคุณค่าในตนเองมาจากแหล่งที่สำคัญได้แก่ การมีอำนาจ การมีความสำคัญ การยอมรับจากสังคม และมีความสามารถ การเห็นคุณค่าในตนเองแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเห็นคุณค่าในตนเองจากภายใน เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐานถูกสร้างขึ้นอย่างถาวรจากประสบการณ์ช่วงแรกของชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองภายนอกถูกสร้างขึ้นโดยผ่านการประเมินปฏิสัมพันธ์ของสาเหตุต่าง ๆ ในชีวิต การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าของตนเอง

เบิร์ก (Berk, 1998) และ วอยท์ (Voigt, 2007) ได้อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของคนเรานั้นเกิดจากการที่ได้รับอิทธิพลจากหลายๆ ด้าน เช่น ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู จากการศึกษาที่มีเจตคติต่อตนเองในเรื่องการช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ รวมไปถึงการที่ตนเองรู้สึกว่ามี ความสามารถหรือมีปมด้อย นอกจากนี้การที่ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นก็จะทำให้เด็กขาด ความสามารถไปด้วย หรือขาดความน่าเชื่อถือของพ่อแม่ไปด้วย ในส่วนของสังคมก็มีส่วนที่จะทำให้ เด็กเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองได้เช่นกัน โดยมาจากเพื่อน โรงเรียน ถ้าหากว่าเด็กรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตนเองแล้ว ครอบครัว เพื่อน หรือสังคมที่เขาอยู่จะต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนและพัฒนาตาม แนวทางที่ควรจะเป็น สอดคล้องกับ อารอนสัน (Aronson, Wilson & Akert, 2007) ได้อธิบายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เกิดและพัฒนามาจากทุกช่วงวัยของชีวิต เกิดจากการที่เราสร้างหรือ จินตนาการเกี่ยวกับตัวเราเองรวมทั้งจากประสบการณ์ การมีกิจกรรมของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ออกไป ประสบการณ์ในวัยเด็กในการเล่นหรือการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น จะเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ

ในการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเด็กโตขึ้นพบกับความสำเร็จหรือความล้มเหลว ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกในครอบครัว จากครู ศาสนา และเพื่อนๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยก่อรูปให้เกิดการเห็นคุณค่าในตัวตนของเรา นอกจากนี้ อารอนสัน ยังกล่าวอีกว่า เด็กที่อยู่ในวัยเรียนเกรด 1 - 8 ควรได้รับความเข้าใจในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง หลายต่อหลายครั้งที่เมื่อพูดถึงเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองเด็กจะมีความรู้สึกในทางลบ ดังนั้นจึงควรใช้กิจกรรม เพื่อให้เด็กเกิดความสามารถและเปลี่ยนความรู้สึกเป็นไปในทางที่ดี

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน วิชาวี วงศ์อนันต์นนท์, 2552) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 2 ประเภท คือปัจจัยภายในของบุคคลและปัจจัยภายนอกของบุคคล ดังนี้

1. ปัจจัยภายในของบุคคล คือ ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะทางกายภาพบางอย่างมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เช่น ความสวยงามของร่างกาย ส่วนสูง น้ำหนัก และลักษณะทางกายภาพที่เอื้อต่อความสำเร็จในการทำกิจกรรมที่บุคคลให้คุณค่า เช่น ความแข็งแรง และความรวดเร็ว ซึ่งคุณลักษณะทางกายเหล่านี้มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตามลักษณะทางกายภาพใด ๆ ก็ตามที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองก็ขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมนั้น กล่าวโดยสรุป บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่น่าพึงพอใจจะมีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่น่าพึงพอใจ

1.2 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และการปฏิบัติ (General Capacity, Ability and Performance) ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล โดยแต่ละด้านจะบ่งบอกถึงความถี่ของการประสบความสำเร็จของบุคคล ทั้งในขณะที่อยู่ในระบบโรงเรียนและเมื่ออยู่ในสังคม ขณะเดียวกันมีสติปัญญาเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในวัยเรียน โดยสรุปสติปัญญามีผลต่อสมรรถภาพและผลการเรียน ซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองความสามารถและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน บุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จทั้งในครอบครัว โรงเรียน และสังคมทั่วไป การประสบความสำเร็จจะเป็นแรงเสริมแก่ตนเอง และทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้น ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเรื่องการเรียนของผู้ที่อยู่ในวัยเรียนจึงส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับสติปัญญาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วย และบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จมากจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จน้อย

1.3 ภาวะทางอารมณ์ (Affective stage) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวล ฯลฯ ของบุคคล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แล้วส่งผลต่อการเปรียบเทียบและประเมินตนเอง โดยบุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางบวกจะส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ แล้วเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ชื่นชมตนเอง พึงพอใจและมีความสุข ก็จะมีผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนบุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางลบจะมองตนเองว่าไร้ความสามารถ ไร้สมรรถภาพ จึงรู้สึกด้อย วิตกกังวล และไม่มี ความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขมากกว่า บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลางหรือสูง และพบว่าบุคคลที่มีทัศนคติต่อตนเองในทางบวกจะมีความเบิกบานมีการแสดงอารมณ์ที่เป็นสุขและปราศจากความวิตกกังวล

1.4 ปัญหาต่าง ๆ และโรคภัยไข้เจ็บ (Problems and Pathology) ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตทั่ว ๆ ไป อาการทางกายมีสาเหตุมาจากจิตใจ กล่าวคือ ถ้าบุคคลใดมีปัญหาดังกล่าวย่อมจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและแสดงออกในรูปของความวิตกกังวลมีความทุกข์มีความยุ่งยากส่วนตัว ส่วนผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวน้อยจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-Values) โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป และเมื่อให้คุณค่าต่อสิ่งใดแล้วก็มักจะมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นมาตรฐานที่สำคัญในการตัดสินคุณค่าของตน เช่น บุคคลให้ความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแต่กลับพบว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จในด้านนี้ จะมีผลให้บุคคลประเมินคุณค่าของตนเองต่ำลงและยังพบว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้มาตรฐานทางสังคมเป็นตัวตัดสินคุณค่าของตนเองอีกด้วย

1.6 ความปรารถนาของบุคคล (Aspiration) การตัดสินคุณค่าของตนเกิดจากการที่บุคคล เปรียบเทียบผลงานและความสามารถของตนกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถ้าผลงานและความสามารถเป็นไปตามเกณฑ์หรือดีกว่าที่ตั้งไว้ จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ในทางตรงข้ามถ้าผลงานและความสามารถไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่บุคคลตั้งไว้ บุคคลก็จะมองตนเองล้มเหลว และตัดสินว่าตนเองไร้ค่า

2. ปัจจัยภายนอกของบุคคล คือ สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ ลักษณะที่เป็นส่วนประกอบภายนอกของบุคคลที่มีผลให้บุคคลรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย

2.1 สัมพันธภาพกับพ่อแม่ในวัยเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลอย่างมาก ดังนั้นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจึงเป็นรากฐานสำคัญในชีวิต เด็กที่ได้รับความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้เสรีภาพในการกระทำตามความคาดหวังต่าง ๆ และรวมไปถึงการดูแล ระเบียบกฎเกณฑ์ที่พ่อแม่ใช้ปกครองลูก และการจัดการดูแลให้เด็กได้มีอิสระในการปฏิบัติตามที่พ่อแม่กำหนดไว้ โดยมีการกำหนดและจำกัดขอบเขต

การกระทำไว้อย่างชัดเจน การที่พ่อแม่ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.2 โรงเรียนและการศึกษา โรงเรียนสามารถจัดสภาพแวดล้อมในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนได้ต่อจากที่บ้าน การที่ครูเปิดโอกาสให้นักเรียนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างอิสระโดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบที่วางไว้ การให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นการส่งเสริมให้นักเรียนมีความมั่นใจในตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งความใส่ใจที่ครูมีต่อนักเรียนสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดของนักเรียนที่มีต่อตนเองไปในทางที่ดี ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.3 สถานภาพทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงตำแหน่งหรือระดับทางสังคมของบุคคล โดยพิจารณาจากลักษณะอาชีพ รายได้ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาททางสังคม และถิ่นที่อยู่อาศัย บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูง จะได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าบุคคลอื่น ๆ ฉะนั้นบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับสูงจึงมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมในระดับปานกลางและระดับต่ำ

2.4 กลุ่มเพื่อน การที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพบว่าสัมพันธภาพของนักเรียนท่ามกลางเพื่อนในวัยเดียวกันมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง หากบุคคลอยู่ในสังคมหรือกลุ่มเพื่อนที่ชอบตำหนิหรือเยาะเย้ยอยู่เสมอ โดยไม่เปิดโอกาสได้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็ยากที่เด็กจะมองตนเองในทางบวก ดังนั้นการเป็นสมาชิกในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อนในวัยเดียวกันจึงมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียน บุคคลที่ไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนไม่เป็นที่ประทับใจหรือไม่อยู่ในความสนใจของเพื่อนจะไม่ชอบใกล้ชิดกับใคร ไม่แบ่งปันความคิดเห็นความรู้สึกส่วนตัวกับเพื่อน และจะรู้สึกว่าไม่มีใครชอบและไม่นับถือตนเอง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2553; (อรอุมา สงวนญาติ, 2544; 2553)) แบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยสรุปได้ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองภายใน (Inner Self - Esteem) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เช่น รูปร่างหน้าตา ความเจ็บป่วย ความพิการ การที่บุคคลมีความสามารถ มีสมรรถนะ และการกระทำในสิ่งที่ตนต้องการแล้วได้ผลตามที่ตนปรารถนา กระบวนการประเพณีนี้ได้มาจากการรับรู้ของตนเองจากสิ่งแวดล้อม โดยเกี่ยวข้องกับการกระทำ ควบคุมและกำลังความสามารถ เพราะถ้าบุคคล รู้จักตนเอง และประเมินตนเองจากการกระทำได้รับผลสำเร็จจากความพากเพียรพยายาม สิ่งนี้จะเป็นพื้นฐานของคุณสมบัติแห่งตน (Self-Efficacy) การเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐานถูกสร้างขึ้นอย่างถาวรจากประสบการณ์ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต

2. การเห็นคุณค่าในตนเองภายนอก (Functional Self-Esteem) หมายถึง สิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ครู ผู้ร่วมงาน การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สร้างขึ้นผ่านการประเมิน ปฏิสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต และเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และการได้รับการยอมรับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองชนิดนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมและความสามารถในการเผชิญปัญหา และเป็นส่วนที่มีความสำคัญมากกว่าที่เป็นการเห็นคุณค่าในตนเองขั้นพื้นฐาน เพราะถ้าการเห็นคุณค่าในตนเองประเภทนี้ลดลง บุคคลจะแสดงออกถึงความหมัดหวัง อ่อนล้า มีพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากเดิม



ภาพ 1 แสดงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ที่มา: วิภาวี วงศ์อนันต์นนท์, 2552

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลแต่ละคนที่แตกต่างกันไปส่งผลให้เห็นคุณค่าในตัวเองที่แตกต่างกัน เช่น รูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ ภาวะทางอารมณ์ และปัจจัยภายนอก คือสภาพแวดล้อมภายนอก ครอบครัว สังคม ที่ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ การยอมรับจากเพื่อน เป็นต้น

7. องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าของตนเอง

นักจิตวิทยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม เช่น Rogers ให้ความสำคัญกับ “ตน” (Self) ของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะเราเชื่อว่าตนเป็นศูนย์กลางของบุคลิกภาพซึ่งพัฒนามาจากสังคม ซึ่งบุคคลต้องสร้างความสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้าง ส่วน Comb และ

Snygg (Comb & Snygg, 1968 อ้างถึงใน แสงเดือน ทวีสิน, 2545) มีความเห็นว่าพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล คือ ความพยายามในการรักษาและส่งเสริม “ตน” ของแต่ละบุคคลและได้อธิบาย

ลักษณะที่สำคัญของ “ตน” ไว้ 2 ประการ คือ

1. ต้องมีการจัดระเบียบ (Organized)

1.1 การจัดระเบียบจะมีลักษณะของความต่อเนื่อง เกี่ยวกับความเชื่อด้านต่าง ๆ ของตน ขึ้นอยู่กับว่า ความเชื่อนั้นใกล้หรือไกลกับลักษณะของตน

1.2 การจัดระเบียบลักษณะของตนซึ่งอาจจะเป็นด้านบวกหรือลบ

1.3 การจัดระเบียบขึ้นอยู่กับความสำเร็จและล้มเหลวที่บุคคลเคยได้รับประสบการณ์

1.4 การจัดระเบียบจะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล

2. มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic)

“ตน” เป็นแรงจูงใจที่อยู่เบื้องหลังของการแสดงออกทางพฤติกรรมแต่ละบุคคลมีหน้าที่ ปกป้อง บำรุงรักษา ส่งเสริม “ตน” ของแต่ละคน ประสบการณ์และการรับรู้ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ “ตน” ที่ต่างกัน ความเข้าใจในสิ่งทั้งหลายทั้งปวงนั้น เป็นผลมาจาก “ตน” ของแต่ละคนทั้งสิ้น สิ่งใดจะมีค่าหรือไม่มีค่า มีความสำคัญหรือไม่มีความสำคัญ มีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล น่าสนใจหรือไม่ น่าสนใจ ล้วนขึ้นอยู่กับ “ตน” ทั้งสิ้น เมื่อเงื่อนไขต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม “ตน” จะมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกันอย่างไรก็ตามพฤติกรรมทุกอย่างที่เราปฏิบัติสะท้อนให้เห็นถึง การรับรู้เกี่ยวกับตนเองทั้งสิ้น ซึ่งการปกป้องรักษา และส่งเสริมตน เป็นแรงจูงใจสำคัญในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์

การรับรู้หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตน ประกอบด้วยทุกอย่างที่บุคคลรู้ (Know) เชื่อ (Believe) และรู้สึก (Feel) เกี่ยวกับตน รวมทั้งการรู้จุดเด่นจุดด้อย สิ่งที่ชอบและไม่ชอบเกี่ยวข้องกับตัวเองด้วย หรือ อธิบายโดยรวมว่าพยายามอธิบายตัวเราเองให้ตัวเองเข้าใจ พัฒนาการของการรับรู้เกี่ยวกับตน จะมีลักษณะเป็นการรับรู้ทางด้านกายภาพก่อนที่จะพัฒนาเป็น การรับรู้ทางด้านนามธรรมในวัยเด็ก การรับรู้จะเป็นในลักษณะการรับรู้ทางด้าน กายภาพหรือมีลักษณะเป็นรูปธรรมซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระทำหรือเรื่องที่อยู่ในความสนใจ เช่น “ฉันเป็นเด็กผู้ชาย” “ฉันสามารถกระโดดได้สูง” “ฉันชอบร้องเพลง” เป็นต้น เมื่อโตขึ้นความคิดเห็นเกี่ยวกับตนจะมีรายละเอียดเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีลักษณะเป็นนามธรรมและแสดงถึงลักษณะสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมเพิ่มขึ้น เช่น “ฉันมีลักษณะเป็นมิตร” “ฉันเป็นคนดี” ในช่วงวัยรุ่น จะมีองค์ประกอบทางด้านศาสนา ปรัชญา ความเชื่อ การเลือกอาชีพเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้เกี่ยวกับตน พัฒนาการของการรับรู้เกี่ยวกับตนนั้น จะเริ่มขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็กตอนกลาง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะได้รับอิทธิพลมาจากบิดามารดา ผู้ปกครองเป็นลำดับแรก เพราะวัยนี้เด็กยังไม่สามารถวิเคราะห์

ตนเอง (Self Reflective) ได้ เขาจึงรับรู้สิ่งต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างที่ประเมินตัวเขา เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้เกี่ยวกับตน เมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนครูจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ตนของเด็กมาก จนกระทั่งอย่างเข้าสู่วัยรุ่น กลุ่มเพื่อนและบุคคลที่เขานิยมชมชอบ จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ตนของบุคคลในวัยนี้

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองหรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งพิจารณาจากการประเมินคุณค่าตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และควมมีคุณค่าของตนเอง รวมทั้งการสามารถยอมรับการเห็นคุณค่าที่ผู้อื่นมีต่อตน มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความนับถือตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์(Self-Concept) ของแต่ละบุคคล เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองมีพื้นฐานมาจากความรู้สึกที่มีต่อตนเอง หรืออัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ในบางแห่งจึงมีการใช้คำทั้งสองร่วมกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิตติพล ไพรสุทธิรัตน์ และอรพรพรรณ ชัยมณี (2559) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า พยาบาลมีภาวะความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.2 มีการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๖๗.๖ และมีความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูง ร้อยละ 98 พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานสูง มีอายุและประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานสูงยัง พบว่าปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการ ไม่มีที่ปรึกษา มีความคิดออกจากงาน มีสัมพันธภาพไม่ดีกับผู้บังคับบัญชา ไม่พอใจคำตอบตอบแทน มีระยะเวลาการทำงานไม่เหมาะสม มีภาระงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม มากกว่าผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานต่ำ

นันทาวดี วรวิสุต, มนัสพงษ์ มาลา และกุลิสลา พิศาลเอก (2560) ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model) ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะหมดไฟหลังอบรมทันทีไม่แตกต่างกัน หลังอบรม 1 และ 3 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ภูมิคุ้ม

กันทางใจ ความสุขในการทำงานหลังอบรมทันที หลังอบรม 1 และ 3 เดือนแตกต่างกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้ภาวะหมดไฟสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการออกแบบร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ดูแล 2) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด 3) สาธิตการเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การสร้างรอยยิ้ม และสันถนาการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.22$, $p\text{-value} < .001$) ผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ในส่วนระยะการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญพึงพอใจรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปสามารทำให้ผู้ดูแลนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) ศึกษาคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้ 1) ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง 2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ความเครียด อาการทางลบ อาการทางบวกและอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ($r = 0.260, 0.265, 0.268, 0.285$ ตามลำดับ) 4) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r = -0.346$)

พัชราวไล วรรณตร, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และรัชนิกร อุปเสน (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป คือ โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ได้ โดยโปรแกรมช่วยปรับวิธีคิดทางบวกและช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

แก้วกานต์ แก้วโกมล และทิพทินนา สมุนทรานนท์ (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการบริษัทธุรกิจพลังงานแห่งหนึ่ง พบว่าความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมด้านสิ่งที่ฉันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการบริษัทธุรกิจพลังงานแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเป็นผลมาจากมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ไวใจหรือเชื่อใจได้พนักงานระดับปฏิบัติการ มีตัวอย่างที่ดีในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีคนที่พร้อมที่จะให้กำลังใจ มีแหล่งที่ให้การดูแลเรื่องสุขภาพ มีสวัสดิการทางสังคมและมีความปลอดภัยในชุมชน ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมสามารถทำนายการลดลงของภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานได้ ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมด้านสิ่งที่ฉันทำได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ บริษัทธุรกิจพลังงานแห่งหนึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพนักงานมหาลัยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดีสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อมีปัญหา

อัญชลี วัตทอง และสละ เตชะมินา (2554) ศึกษาการใช้โปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกูล พบว่ามีคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา โดยภาพรวมมีคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม E&R อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

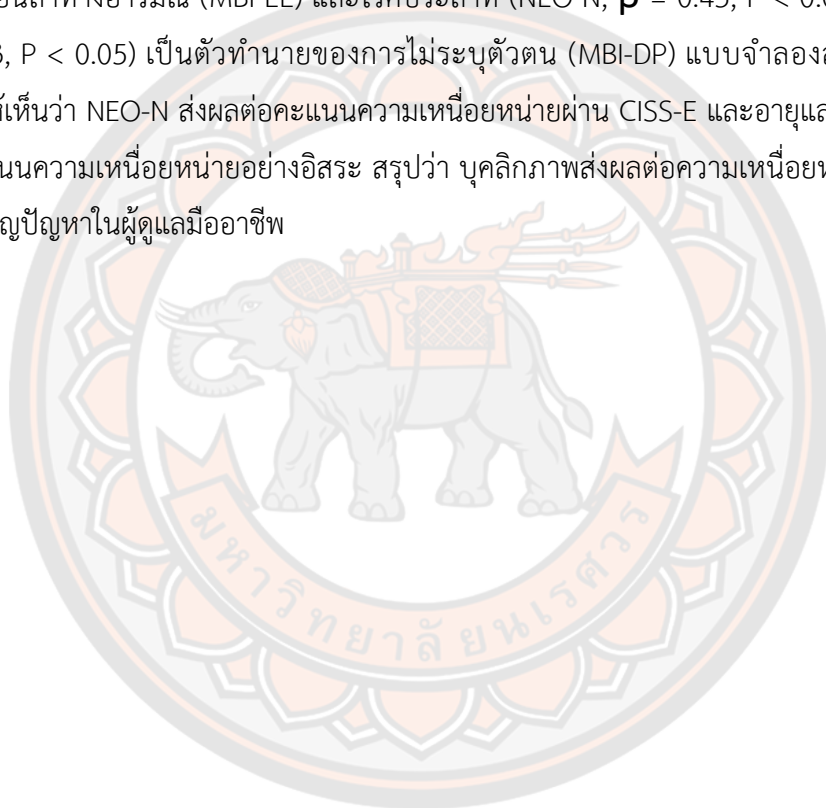
Gustafsson, Eriksson, Strandberg & Norberg (2010) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในหมู่เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม: บทบาทของการตอบแทนซึ่งกันและกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยองค์กร พบว่าคนที่ทำงานในสายงานช่วยเหลือมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และการวิจัยได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลภาวะสมองเสื่อมกับภาวะหมดไฟในการทำงาน วรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความเหนื่อยหน่ายอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายประการ รวมถึงการขาดการแลกเปลี่ยนกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และปัจจัยองค์กร การศึกษาสำรวจความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรในผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและตรวจสอบบทบาทของการตอบแทนซึ่งกันและกัน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยขององค์กร และมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุว่าตัวแปรใดเป็นตัวทำนายความเหนื่อยหน่ายได้มากที่สุด

ทกลิบ-หนึ่งในเจ้าหน้าที่ในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อเนื่องสำหรับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายความเหนื่อยหน่ายที่ยิ่งใหญ่ที่สุด ผลการศึกษาเน้นถึงความเชื่อมโยงของการตอบสนองซึ่งกันและกัน ความมุ่งมั่นในการทำงาน ปัจจัยทางประชากรศาสตร์และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับภาวะหมดไฟ มีการหารือถึงผลกระทบทางคลินิกของการศึกษา การพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

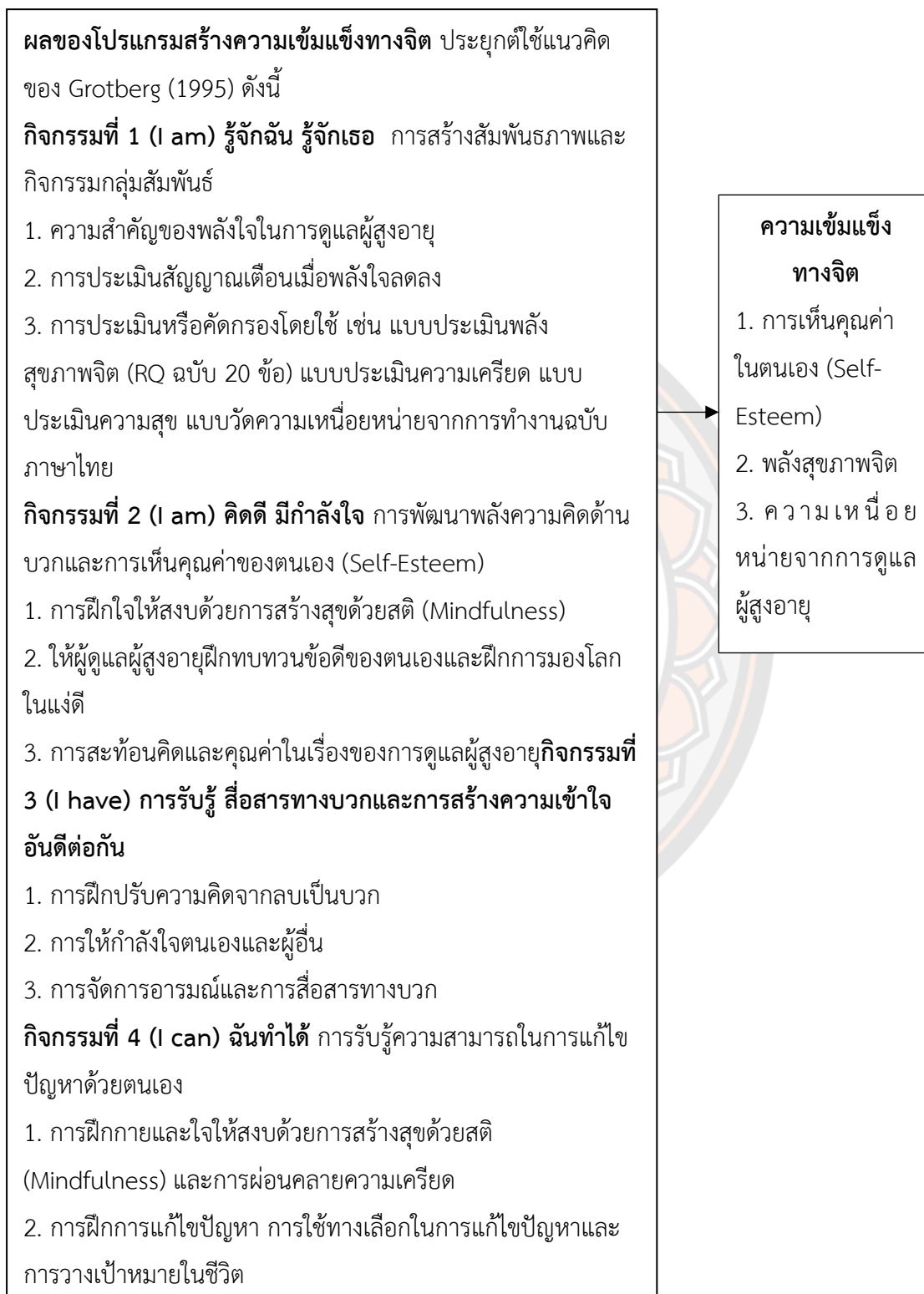
Rachel & Francesco (2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบของภาวะหมดไฟในการทำงานพยาบาลและผู้ดูแลบ้านพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การตรวจสอบผลการค้นหาชี้ให้เห็นถึงปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพนักงาน รวมถึงด้านอาชีพ ประเภทของสถานที่ การรับรู้ของพนักงาน กลยุทธ์การเผชิญปัญหา การศึกษาและการฝึกอบรม และผลกระทบของความเหนื่อยหน่ายต่อการคลอดบุตร สรุป: การศึกษาจากทั่วโลกชี้ว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นที่แพร่หลายในหมู่พนักงานที่ทำงานในบ้านพักคนชราและบ้านพักคนชราที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผลกระทบต่อผู้ป่วย พนักงาน และผู้ให้บริการดูแลที่บ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายดูเหมือนจะรวมถึงการรับรู้ความเครียดจากงานและด้านอาชีพตลอดจนประเภทของกลไกการเผชิญปัญหาที่พนักงานใช้ การจัดการความเครียดที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่ทำงาน ตลอดจนการรับรู้ของพนักงานเกี่ยวกับทั้งลูกค้าและความเจ็บป่วยของพวกเขาก็เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายและประเภทของสถานพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง

Almberg, Grafström & Winblad (2008) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม: ภาวะและความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแล โดยผู้ดูแลครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 52 คนได้รับการตรวจสอบเพื่อหาประสบการณ์ด้านภาวะและความเหนื่อยหน่าย ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างและการวัดความเหนื่อยหน่าย พบว่าความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และที่อยู่อาศัยของผู้เป็นโรคสมองเสื่อม ภรรยาที่มีอายุมากกว่าและลูกสะใภ้ก็เสี่ยงที่จะเกิดอาการหมดไฟได้เช่นกัน การวิเคราะห์การถดถอยแสดงให้เห็นว่าข้อจำกัดในชีวิตทางสังคม สุขภาพไม่ดี และการขาดทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลเป็นตัวแปรอิสระที่สำคัญที่สุดที่อธิบายความแปรปรวนในภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างผู้ดูแลที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมอาศัยอยู่ที่บ้านและผู้ที่อยู่ในสถานเลี้ยงเด็ก

Narumoto et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่าย รูปแบบการเผชิญปัญหา และบุคลิกภาพ การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่าย สไตล์การเผชิญปัญหา และบุคลิกภาพ โดยให้ผู้ดูแลมืออาชีพเจ็ดสิบสองคนที่ทำงานในบ้านพักคนชราในญี่ปุ่นได้รับการประเมินโดยใช้ Maslach Burnout Inventory (MBI), NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป 30 ข้อ (GHQ) และ Coping Inventory for stressful Situation (CISS) จากการทดสอบพบว่า GHQ ($\beta = 0.34, P < 0.01$) และการเผชิญปัญหาตามอารมณ์ (CISS-E; $\beta = 0.31, P < 0.05$) เป็นตัวทำนายความอ่อนล้าทางอารมณ์ (MBI-EE) และโรคประสาท (NEO-N; $\beta = 0.45, P < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.23, P < 0.05$) เป็นตัวทำนายของการไม่ระบุตัวตน (MBI-DP) แบบจำลองสมการโครงสร้างแสดงให้เห็นว่า NEO-N ส่งผลต่อคะแนนความเหนื่อยหน่ายผ่าน CISS-E และอายุและ GHQ นั้นส่งผลต่อคะแนนความเหนื่อยหน่ายอย่างอิสระ สรุปว่า บุคลิกภาพส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายผ่านรูปแบบการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลมืออาชีพ



กรอบแนวคิดในการวิจัย



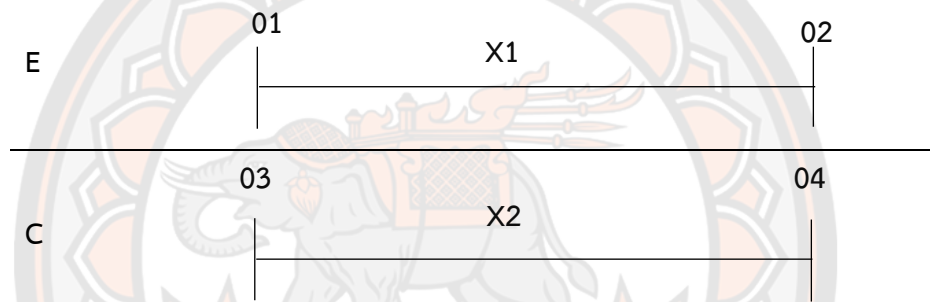
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการศึกษา



ภาพ 3 แสดงรูปแบบการศึกษา

ความหมายของสัญลักษณ์

E แทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

C แทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

X แทน โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

O1 แทน การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest) กลุ่มทดลอง

O2 แทน การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest) กลุ่มทดลอง

O3 แทน การทดสอบก่อนการทดลอง (Pretest) กลุ่มควบคุม

O4 แทน การทดสอบหลังการทดลอง (Posttest) กลุ่มควบคุม

Outcome แทน ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วัดค่าจากการ 1) ประเมินความเหนื่อยหน่ายใน

การปฏิบัติงาน 2) ประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และ 3) ประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่อาศัยในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ของอำเภอสว่างอารมณ์ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

- 1.1 อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี
- 1.2 จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา
- 1.3 มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ

พึ่งพิง

- 1.4 เป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ของอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

2. ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร CG

- 2.1 อย่างน้อย 70 ชั่วโมง
- 2.2 อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า

เกณฑ์การคัดออกเลือกออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดโครงสร้างความเข้มแข็งทางจิตหรือพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อิด ฮีต สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (I am) รู้จักฉัน รู้จักเธอ: การสร้างสัมพันธภาพและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมสะท้อนคิดในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้เขียนคำชมที่ได้รับจากคนในครอบครัวและคนในสังคมเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้วิจัยสรุปถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสัญญาณเตือนเมื่อพลังใจลดลง และวิธีการประเมินหรือคัดกรองโดยใช้แบบประเมินหรือแบบวัดต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 (I am) คิดดี มีกำลังใจ: การพัฒนาพลังความคิดทางบวกและการเห็นคุณค่าของตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ให้เขียนข้อดีของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกมองโลกในแง่ดี และให้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 (I have) การรับรู้ สื่อสารทางบวกและการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเลือกประสบการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง ให้สะท้อนคิด และฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดทางบวก ให้แลกเปลี่ยนมุมมองความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก

กิจกรรมที่ 4 (I can) ฉันทำได้: การรับรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกสติโดยการตามลมหายใจ และฝึกผ่อนคลายความ

เครียด ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ประสบความยุ่งยากแต่แก้ไขได้ด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จากนั้นให้ฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือโดยใช้ประสบการณ์จริงของแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยให้ระบุสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด พร้อมขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ และสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ รวมทั้งระบุอุปสรรคที่อาจพบ เพื่อวางแผนป้องกันแก้ไข

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาใน

การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ลักษณะการดูแล และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน พัฒนาโดย Maslach and Jackson ปี ค.ศ. 1981 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ (2532) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 0 – 6 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน จนถึง ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน ด้านที่ 1 และด้านที่ 2 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายมาก ส่วนด้านที่ 3 แปลผลในลักษณะตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .83, .90 และ .84 ตามลำดับ

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

ชุดที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ของสมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผลิ (2562) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยม แนวคิดของ Rosenbergs ปี ค.ศ. 1965 และแนวคิดของ Coopersmith ปี ค.ศ. 1967 จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ตรงน้อยที่สุด ตรงน้อย ตรงปานกลาง ตรงมาก และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อยที่สุด (1.00 – 1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50 – 3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50 – 4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50 – 5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ด้านความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของข้อมูลที่มีการปรับข้อความ โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความสอดคล้อง พร้อมทั้งขอคำแนะนำเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เหมาะสม ผู้วิจัยคัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนี IOC (Item Object Congruence) ที่มีค่ามากกว่า 0.50 จึงถือว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2558) เพื่อนำไปใช้ทดลองและคัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนี IOC น้อยกว่า 0.50 ออกหรือปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.878 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิกษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิกษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40 - 45 นาที
3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ แนะนำตัว และดำเนินการพิกษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิกษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40 - 45 นาที

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

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

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ส่วนการเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P1-0009-2564 เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างอารมณ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอม และลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น และการจัดเก็บข้อมูลจะเก็บไว้ในที่ปลอดภัยจนสิ้นสุดการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผลการวิจัย แสดงดังตาราง 1

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	3.30	1	3.30
หญิง	29	96.70	29	96.70
ช่วงอายุ (ปี)				
20 – 30 ปี	4	13.30	5	16.70
31 – 40 ปี	13	43.30	11	36.70
41 – 50 ปี	9	30.00	10	33.30

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
51 - 60 ปี	4	13.30	4	13.30
	$\bar{X} = 40.53, S.D.= 8.87$		$\bar{X} = 40.83, S.D.= 8.28$	
	Min = 26 Max = 60		Min = 27 Max = 58	
สถานภาพสมรส				
โสด	1	3.30	4	13.30
สมรส	24	80.00	18	60.00
หย่า/หม้าย	5	16.70	6	20.00
แยกกันอยู่	0	0.00	2	6.70
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	9	30.00	7	23.30
มัธยมศึกษา	17	56.70	19	63.30
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	3	10.00	3	10.00
ปริญญาตรี	1	3.30	1	3.30
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 5,000	20	66.70	22	73.30
5,001 - 10000	9	30.00	7	23.30
15,001 ขึ้นไป	1	3.30	1	3.30
	$\bar{X} = 4986.67,$		$\bar{X} = 4253.33$	
	S.D. = 3189.72		S.D. = 3313.68	
	Min = 1000		Min = 1000,	
	Max = 18000		Max = 16500	
อาชีพหลัก				
ไม่มีอาชีพ	2	6.70	3	10.00
เกษตรกรรม	24	80.00	22	73.30
ค้าขาย	2	6.70	0	0.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อื่น ๆ	2	6.70	5	16.70
ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	12	40.00	10	33.30
ศูนย์อนามัยที่ 3	18	60.00	20	66.70
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)				
1-5 ปี	11	36.7	14	46.70
6-10	19	63.3	16	53.30
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ				
ญาติ	5	16.70	7	23.30
ไม่ใช่ญาติ	25	83.30	23	76.70
ลักษณะการดูแล				
ดูแลคนเดียว (สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา)	8	26.70	9	30.00
ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสับเปลี่ยน	14	46.70	13	43.30
ในการดูแล				
ดูแลเป็นบางครั้งที่ผู้สูงอายุขาดคนผู้ดูแล	8	26.70	8	26.70
ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล				
ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด	10	33.30	11	36.70
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	11	36.70	12	40.00
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	9	30.00	7	23.30

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายละเอียดข้อมูล ดังนี้ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 เพศชาย มีจำนวนเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงอายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ซึ่งช่วงอายุ 20 – 30 ปี และ 51 – 60 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ตามลำดับ (\bar{X} 40.53, S.D. 8.87) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส

จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 (\bar{X} 4,986.67, S.D. 3,189.72) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 6 – 10 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบไม่ใช้ญาติ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 มีความสัมพันธ์แบบญาติเพียง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 ส่วนใหญ่ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสับเปลี่ยนในการดูแล จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70 เพศชายมีจำนวนเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 (\bar{X} 40.83, S.D. 8.28) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60. การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 (\bar{X} 4,253.33, S.D. 3,313.68) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 6 – 10 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ซึ่งมีความสัมพันธ์แบบไม่ใช้ญาติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีความสัมพันธ์แบบญาติเพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 ส่วนใหญ่ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสับเปลี่ยนในการดูแล จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแลสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

1. ภาวะเหนื่อยหน่าย

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

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

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.840, p < .001$ และ $t = 9.700, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.980, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. พลังสุขภาพจิต

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

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

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.418, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.150, p < .001$; $t = 2.820, p < .01$ และ $t = 4.720, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและ รายด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

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

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.490, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

1. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
	ก่อนการทดลอง					
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	26.67	4.84	26.30	4.68	.300	.770
ด้านการลดความเป็นบุคคล	12.87	3.86	11.50	2.16	1.700	.090
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	31.00	7.13	32.63	3.22	1.580	.120

ตาราง 5 (ต่อ)

ภาวะเหนื่อยหน่ายใน การดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	M	SD	M	SD		
หลังการทดลอง						
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	13.03	5.34	26.43	3.53	11.460	< .001
ด้านการลดความเป็นบุคคล		2.80	11.63	2.37	10.000	.001
	4.93					
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	35.07	4.76	33.27	4.05	8.140	< .001

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.460, p < .001$ และ $t = 10, p < .01$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.140, p < .001$)

2. พลังสุขภาพจิต

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	(n = 30)		(n = 30)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านความมั่นคงทาง อารมณ์	32.27	3.72	32.53	3.65	.280	.780

ตาราง 6 (ต่อ)

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

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พลังสุขภาพจิต ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.600, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.220, p < .001$; $t = 4.230, p < .001$ และ $t = 5.440, p < .001$ ตามลำดับ)

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

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

จากตาราง 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.430, p < .001$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน ทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่าย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired Sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่าย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยสรุป ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

- 1. ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ มี 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่จะได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหรือคิดเป็น ร้อยละ 96.70 มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากศูนย์อนามัยที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ใน

การดูแลผู้สูงอายุ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 83.30 ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล ส่วนใหญ่ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและมีผู้มาสับเปลี่ยนในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 46.70 ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล ส่วนใหญ่มีลักษณะ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหรือคิดเป็น ร้อยละ 96.70 มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา สูงสุด ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่ ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จากศูนย์อนามัยที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.30 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ไม่ใช่ญาติ คิดเป็นร้อยละ 76.70 ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล ส่วนใหญ่ ดูแลเป็นช่วงระหว่างวัน และมีผู้มาสับเปลี่ยนในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 43.30 ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล ส่วนใหญ่มีลักษณะ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร

2. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง อธิบายได้ดังนี้

2.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.840, p < .001$ และ $t = 9.700, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.980, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

2.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.418, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.150, p < .001$; $t = 2.820, p < .01$ และ $t = 4.720, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและ รายด้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

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

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

3. การเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง อธิบายได้ดังนี้

3.1 ภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.460$, $p < .001$ และ $t = 10$, $p < .01$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.140$, $p < .001$)

3.2 พลังสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.600$, $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.220$, $p < .001$; $t = 4.230$, $p < .001$ และ $t = 5.440$, $p < .001$ ตามลำดับ)

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

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคล ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการฝึกสติโดยการตามลมหายใจ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาสมาธิและสติแล้ว จะ

สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้อย่างมีความสุข ปราศจากทุกข์ บรรเทาโรคทางกายและโรคทางจิต และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และได้สะท้อนคิดถึงคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทาวดี วรวิสุต และคณะ (2560) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภูมิคุ้มกันทางใจในการทำงานและความสุขในการทำงานมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ประยุกต์ใช้พลังสุขภาพจิต 3 ประการ ของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) ร่วมกับแนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (2562) และหลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี สู้ ของสำนักวิชาการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563ข) โดยพลังใจ อีดี อีดี สู้ เป็นพลังสุขภาพจิตที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถต่อสู้เอาชนะปัญหาวิกฤตต่าง ๆ ได้ ซึ่งโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้เลือกประสบการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจมา 1 เรื่อง และให้สะท้อนคิด รวมทั้งให้ฝึกปรับความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ฝึกการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น และฝึกการจัดการอารมณ์และการสื่อสารทางบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความหวัง มีความสุข และสามารถเปลี่ยนเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สามารถเรียนรู้และฝึกฝนตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการพัฒนาตนเองในทางสุขภาพจิต ทั้งด้านการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การเสริมสร้างกำลังใจ ปลูกใจ เติมพลังใจให้กับตนเอง โดยมีความคิดทางบวกต่อตนเอง รักตนเอง ภูมิใจในตนเอง และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาลักษณะที่เป็นปัญหาในเชิงความคิดและการลงมือปฏิบัติ (กรมสุขภาพจิต, 2563ก) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ดิสโร (2551) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธ นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสามารถในการฟื้นฟูพลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การเข้าใจตนเองและผู้อื่น และให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่

ประสบการณ์ที่ยากแต่แก้ไขได้ด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือ โดยใช้ประสบการณ์จริงของแต่ละคน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ประกอบกับได้รับสิ่งสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทน การพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และการมีอัตลักษณ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ที่ได้ทำงานเพื่อคนอื่น ได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทำงานด้วยใจรัก เสียสละ และมีความสุขกับงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของปริษารัตนบุรี (2556) ที่พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในตนเองจึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ เพื่อลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแล เพิ่มพลังสุขภาพจิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลเพิ่มมากขึ้น

1.2 สามารถนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือกลุ่มที่มีปัญหาค้ำค้ำคลึงกันและประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น ๆ โดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่

1.3 สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver)

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง ในระยะยาว เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมหลังจากได้รับโปรแกรม เพื่อศึกษาความคงสภาพของโปรแกรม และนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมลดภาวะเหนื่อยหน่ายที่เหมาะสมต่อไป





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร.ภัทรพล มากมี
หัวหน้าภาควิชาอนามัยชุมชน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ดร.เสนห์ แสงเงิน
อาจารย์ผู้มีความรู้ความสามารถพิเศษ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย

นเรศวร



แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตต่อภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นายสมพงษ์ นาคพรม
นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หย่า/หม้าย	<input type="checkbox"/> แยก
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....		
7. ท่านผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง จาก.....เมื่อปี พ.ศ.....
8. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ..... ปี
9. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (โปรดระบุ).....
10. ลักษณะการดูแล

<input type="checkbox"/> ดูแลคนเดียว (สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา)
<input type="checkbox"/> ดูแลเป็นช่วงระหว่างวันและ มีผู้มาสับเปลี่ยนในการดูแล
<input type="checkbox"/> ดูแลเป็นบางครั้งที่ผู้สูงอายุขาดคนผู้ดูแล
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
11. ลักษณะผู้สูงอายุที่ดูแล

<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง: ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรกระทำหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือน ละ 1 ครั้ง	เดือน ละ 2- 3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง	ทุก ๆ วัน
1. ฉันรู้สึกห่อเหี่ยวจิตใจกับการดูแลผู้สูงอายุ							
2. ฉันจะรู้สึกหมดหวังเมื่อถึงเวลาเลิกดูแลผู้สูงอายุ							
3. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ							
4. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย							
5. ฉันปฏิบัติต่อผู้สูงอายुरาวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ							
6. การดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7. ฉันรู้สึกว่าคุณเองสามารถแก้ไขปัญหิต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8. ฉันรู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงานที่ทำอยู่							
9. ฉันรู้สึกว่าได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการดูแลของฉัน							
10. ฉันกลายเป็นคนแข็งกระด้างตั้งแต่เริ่มดูแลผู้สูงอายุนี้							

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนั้น	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือน ละ 1 ครั้ง	เดือน ละ 2- 3 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ ละ 2-3 ครั้ง	ทุก ๆ วัน
11. ฉันกังวลใจว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ทำอยู่ ทำให้ฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์							
12. ฉันรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังกำลัง							
13. ฉันรู้สึกคับข้องใจจากการดูแลผู้สูงอายุ							
14. ฉันรู้สึกว่าดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่หนักเกินไป							
15. ฉันรู้สึกไม่พอใจต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุบางคน							
16. การทำงานเกี่ยวข้องกับคนอื่น โดยตรงทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากเกินไป							
17. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้สูงอายุได้ไม่ยาก							
18. ฉันรู้สึกเป็นสุขภายหลังจากให้บริการกับผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด							
19. ฉันรู้สึกว่าได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ฉันทำอยู่							
20. ฉันรู้สึกหมดความอดทนกับการดูแลผู้สูงอายุที่ทำอยู่							
21. ในการดูแลผู้สูงอายุ ฉันสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างสงบนิ่ง							

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ)

คำชี้แจง: ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรกระทำหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อย ทำให้ฉันว่าวุ่นใจ นั่งไม่ติด				
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3. เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉัน ยอมรับผิดหรือผลที่ตามมา				
4. ฉันยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5. เวลาทุกขใจมาก ๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย				
6. ฉันสอนและเตือนตัวเอง				
7. ความยากลำบาก ทำให้ฉันแกร่งขึ้น				
8. ฉันไม่จดจำเรื่องราวในอดีต				
9. ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใด ชีวิตฉันก็ ไม่เลวร้ายไปหมด				
10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย				
รวม				

ข้อความ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
ด้านกำลังใจ				
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้				
12. ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ				
13. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า				
14. เมื่อมีปัญหาวิกฤติเกิดขึ้น ฉันรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ				
15. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น				
รวม				
ด้านการจัดการปัญหา				
16. ฉันอยากหนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ				
17. การแก้ไขปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18. ในการพูดคุยฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้				
19. ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				
รวม				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีความหมายหรือข้อบ่งชี้ในการเลือกดังนี้

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ตรง มากที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก	ตรง น้อย ที่สุด
1. ฉันมีความสามารถในการทำสิ่งที่ตั้งใจให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง					
2. ฉันเชื่อว่าฉันแก้ไขปัญหาได้ ถ้าฉันพยายามและตั้งใจ					
3. ฉันยังสามารถทำสิ่งที่ถนัดได้ แม้ว่าอาจทำได้ไม่ดีเท่าเดิม					
4. หากแพทย์เตือนให้ดูแลสุขภาพ ฉันเชื่อว่าฉันสามารถทำได้					
5. ฉันสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน					
6. โดยทั่วไปแล้วฉันรู้สึกพอใจในตนเอง					
7. ฉันรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง					
8. ฉันรู้สึกว่าคุณสมบัติเด่นไม่แพ้คนอื่น					
9. ฉันคิดว่าฉันสามารถปรับปรุงตัวให้ดีขึ้นได้เท่าคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน					
10. คนส่วนใหญ่ในวัยเดียวกับฉันได้รับความชื่นชมมากกว่าฉัน					
11. บ่อยครั้งที่ฉันอยากเป็นเหมือนคนอื่น					
12. ฉันคิดว่าทุกคนมีคุณค่าอย่างเท่าเทียมกัน					
13. แม้ว่าฉันจะอายุเยอะแต่ฉันก็ทำบางสิ่งได้เท่ากับคนอื่น ๆ					
14. ฉันคิดว่าฉันมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าคนอื่น ๆ					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก	ตรง น้อย ที่สุด
15. ฉันคิดว่าเมื่อฉันอายุมากขึ้นทำให้ฉันดูไร้ค่า					
16. ฉันคิดว่าถ้าผู้ใหญ่ทำผิด ไม่จำเป็นต้องขอโทษ เด็ก					
17. ฉันคิดว่าผู้หญิงเก่งเท่ากับผู้ชาย					
18. ฉันมักทำงานบ้านที่พอมีแรงทำไหวด้วยความ เต็มใจ					
19. ฉันไม่คิดที่จะหนีปัญหา					
20. หากฉันได้รับมอบหมายให้ทำงานที่ฉัน มีแรงทำไหว ฉันจะทำอย่างเต็มที่					
21. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะพยายามแก้ปัญหานั้น					
22. ฉันดูแลสุขภาพกายและใจอยู่เสมอ					
23. ฉันมักออกกำลังกายแบบที่คนอื่น ๆ ทำกัน					
24. ฉันกล้าบอกความต้องการของฉันกับคนอื่นได้ หากคิดว่าจำเป็น					
25. ฉันชอบให้คนอื่นรู้จักและเข้าใจตัวตนของฉัน					
26. ฉันกล้าขอความช่วยเหลือจากคนอื่นในเรื่องที่ ฉันไม่ถนัด					
27. ฉันกล้าเปิดเผยตนเองให้คนอื่นรู้จัก ถ้าเขาอยาก รู้					
28. ฉันให้ความร่วมมือกับกิจกรรมในชุมชนอย่าง สม่ำเสมอ					
29. ฉันปฏิบัติตามหน้าที่พลเมืองดีของชาติ ด้วย ความภูมิใจ					
30. ฉันช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่ทำได้ ทั้งร่างกาย แรงใจ					
31. ฉันแบ่งปันสิ่งของและช่วยแก้ปัญหา หรือสร้าง ความสุขให้กับผู้อื่น					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก	ตรง น้อย ที่สุด
32. ฉันรักษาสาธารณสมบัติสิ่งแวดล้อมด้วยความ เต็มใจ					
33. ถ้าพบเห็นน้ำหรือไฟฟ้าเปิดทิ้งไว้โดยไม่ได้ใช้งาน ฉันจะเข้าไปช่วยปิด					
34. ฉันไม่ชอบพูดถึงสิ่งแย่ๆ ของคนอื่นลับหลัง					
35. ฉันมักได้รับความไว้วางใจจากคนอื่น					
36. ฉันชอบพูดถึงคนอื่นในแง่ดี					
37. ฉันมักพูดคุยกับคนอื่นด้วยรอยยิ้ม					
38. ฉันพร้อมเข้าใจและให้อภัยในความผิดพลาด ของคนอื่น					

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2560). *สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in organization: Mio)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *แนวปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563ก). *ชุดความรู้การเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียง*. นนทบุรี: กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563ข). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีดี ลู๊*. นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ ผ่องโต, และอรพรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญา ศรีตะวัน, และรัชณีกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(พิเศษ), 308-314.
- กิตติพล ไพรสุทธิรัตน์, และอรพรพรรณ ชัยมณี. (2559). ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 6*(2), 185-194.
- แก้วกานต์ แก้วโกมล, และทิพทินนา สมุนทรานนท์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ ความสามารถในการกลับคืนสู่สภาพเดิมกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการบริษัทธุรกิจพลังงานแห่งหนึ่ง. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 7*(1), 141-153.
- คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ฐานข้อมูลประชากรประจำปี 2562*. สืบค้น 22 กรกฎาคม 2562, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จันทร์หา วีระปฏิญา. (2537). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลอนง ศรีธัญรัตน์. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทาวดี วรวัสส์, มนัสพงษ์ มาลา, และกุลิสลา พิศาลเอก. (2560). *โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการ*

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7.

นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2564). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด.

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(3), 1-16.

บุญศรีชัยชิตามร. (2534). สภาพแวดล้อมในการทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่าย
ของพยาบาลประจำในหออภิบาลผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลของรัฐ (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ป. มหาจันทร์. (2536). สอนเด็กให้มี...ความนับถือตนเอง. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ประภากร โกมลศิริ. (2544). การศึกษาความต้องการ แรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของ
ประชาชนยากจนในชุมชนมหาวงษ์ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ:
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ประภาส ณ พิบูล. (2551). การศึกษาความภาคภูมิใจในตนเองและการสร้างโมเดลการให้คำปรึกษากลุ่ม
เพื่อพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนวัยรุ่นภาคเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประเวช ตันตวิวัฒน์สกุล. (2550). คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากร
สาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล.

ปรารณา ซ้อนแก้ว. (2542). การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนชายในสถานพินิจและ
คุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดยะลา โดยใช้กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นสื่อ (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปรีชา ธรรมมา. (2547). การเห็นคุณค่าในตนเอง. สารานุกรมศึกษาศาสตร์ (Encyclopedia of
Education), 32, 48-53.

ปรีชา รัตนบุรี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการทำงานและความรู้สึกการเห็นคุณค่าใน
ตนเองกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมวัสดุก่อสร้าง. วารสารเทคโนโลยี
ภาคใต้, 6(1), 43-49.

พรรณราย ททรัพย์ประภา. (2548). จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและในการทำงาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ บุญญาบุรีรักษ์. (2525). ความเบื่อหน่าย. วารสารพยาบาล (ขอนแก่น), 5(3), 46-56.

พัชรราวไล ควรเนตร, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และรัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(3), 39-51.

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้.

กรุงเทพฯ: จุฬทอง.

- เพ็ญประภา ปริญญาพล. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างยี่ตหยุ่นและทันทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต กลวิธีการเผชิญปัญหากับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). *การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มยุรี กลั้ววงศ์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มะลิ อุดมภาพ. (2538). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มาลินี พงศ์พานิช. (2531). *จิตสลาย: ราคาของความสำเร็จที่แพงลิบ*. กรุงเทพฯ: ชูรสกาลาดพร้าว.
- ยุพาพรรณ มาหา, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนิดดา แนบเกษร. (2562). *ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 37-50.
- เยาวานา ผลิตนนท์เกียรติ. (2550). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง)*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- วรลักษ์ ปวนสุรินทร์. (2541). *อิทธิพลของความเชื่ออำนาจในการควบคุม พฤติกรรมการจัดการปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2553). *รายงานโครงการสร้างระบบฐานข้อมูลและเตรียมการเพื่อ ประเมินแผนผู้สูงอายุในระยะต่อไป: ฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลไหล่น่าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวี วงศ์อนันต์นนท์. (2552). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามุทพรปราการ เขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศรีเรือน แก้วกั้งวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2: แนวคิดเชิงทฤษฎีวัยรุ่น-วัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิกันต์ ธนะโสธร. (2529). *ผลของการมีตำแหน่งเป็นหัวหน้าห้องต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2558). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2542). อาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน: ประวัติการพัฒนามโนทัศน์ ความหมายและการวัด. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 5(2), 168-176.
- สมพร อินทร์แก้ว. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience quotient)*. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต.
- สมิทธิ์ เจือจินดา, และวรรณภา โปธิ์ผลิ. (2562). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. (2562). *สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ncd) ในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 3*. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2562, จาก <http://odpc3.ddc.moph.go.th/index.php>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้น 22 กรกฎาคม 2562, จาก <http://ltc.nhso.go.th/ltc/#/public>
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุใจ ตั้งทรงสวัสดิ์. (2532). *การเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการบ้านที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนารายณ์ อำเภอนาตาล จังหวัดสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุชนิ ลิกขไสย. (2555). *ผลของการใช้โปรแกรมต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนลอยสายอนุสรณ์ สำนักงานเขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาวดี ดีสีโร. (2551). *ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนเองและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังของนักศึกษา มหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. นนทบุรี: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวภา สังข์ทอง. (2554). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน กรณีศึกษา: หน่วยงานราชการแห่งหนึ่งในสังกัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.
- แสงเดือน ทวีสิน. (2545). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไทยเส็ง.
- อรรรรณ ชาญพนา. (2544). *ความท้อถอยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความท้อถอยของข้าราชการศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนในเขตภาคตะวันออกเฉียง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรอุมา สงวนญาติ. (2544). *การศึกษาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบทดสอบวัดความภาคภูมิใจในตนเองที่มีรูปแบบการตอบและวิธีวิเคราะห์ต่างกัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัญชลี วัตทอง, และสละ เตชะมีนา. (2554). *ผลของโปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกูล*. นนทบุรี: สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2553). *Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง*. กรุงเทพฯ: ชันต้าภาพพิมพ์.
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (2008). Caring for a demented elderly person: Burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 109-116.
- American Psychological Association. (2001). *The road to resilience*. Retrieved April 5, 2011, from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx#>
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2007). *Social psychology* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Atwater, A. E. (1979). Biomechanics of overarm throwing movements and of throwing injuries. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 7(1), 43-86.
- Berk, L. E. (1998). *Development through the lifespan*. Massachusetts: A Division of Paramount.
- Chayovan, N. (2005). Vulnerable elderly in thailand. *Journal of Demography*, 21, 1-23.
- Choowattanapakorn, T. (1999). The social situation in thailand: The impact on elderly people. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 95-99.

- Coopersmith, S. (1981). *The antecedent of self-esteem* (2nd. ed.). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1984). *Sei: Self-esteem inventories*. California: Psychologist Press.
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, *34*, 416-430.
- Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Retrieved August 11, 2009, from <http://www.worldcat.org/oclc/52335011>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promotion resilience in children: Strengthening the human spirit*. Netherlands: The Bernard Van Leer Foundation.
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., & Norberg, A. (2010). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *International Journal of Social Research and Practice*, *17*(1), 23-38.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, *15*(1), 27-33.
- Hewitt, J. P. (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 oecd countries and the future implications. *OECD Health Working Papers* (26). doi: <https://doi.org/10.1787/217072070078>
- Lindgren, H. C., & Harvey, J. H. (1981). *An introduction to social psychology* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Maslach, C. (1986). *Burnout: The cost of caring* (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Muldaly, T. W. (1983). *Burnout and health professional: Manifestations and management*. San Jaun Capistrano, CA: Capistrano.
- Mussen, P. H. (1969). *Child development and personality*. New York: Harper & Row.
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: Study of japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*(2), 174-176.

- National Statistical Office. (2008). *Report on the 2007 survey of the older persons in thailand*. Bangkok: National Statistical Office.
- Rachel, H., & Francesco, U. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed*, 89(7), 60-69.
- Rogers, C. R. (1959). *Psychotherapy and personality*. Chicago: University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Simendinger, E. A., & Moore, T. F. (1985). *Organization burnout in health care facilities*. Maryland: An aspen publication
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2007). *Social psychology* (3rd ed.). New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- The National Commission on the Elderly. (2006). *Situation of the thai elderly 2005*. Bangkok: The Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.
- Voigt, S. (2007). *Explaining constitution change- a positive economic approach*. Cheltenham, UK and Northampton, MA: Edward Elgar.
- Webster, N. (1998). *New webster's dictionary* (3rd ed.). New York: Simon and Schuster.
- Werner, E. E., & Smith, R. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- World Health Organization. (2000). *Report of a who study group: Home-based-long-term-care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* World Health Organization.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	สมพงษ์ นาคพรม
วัน เดือน ปี เกิด	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 จังหวัดสมุทรสงคราม 230 หมู่ 3 ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2565 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 จังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ. 2562 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2558 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผลงานตีพิมพ์	สมพงษ์ นาคพรม, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และสนธยา มณีรัตน์. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตในการลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 33(1), 224-238.
รางวัลที่ได้รับ	1. ข้าราชการพลเรือนดีเด่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2. รางวัล Honorable Mention Oral Presentation จากการนำเสนองานวิจัยในงานประชุมวิชาการนานาชาติ The 12th International Conference on Public Health among GMS Countries: Improving Equity and Intersectoral Collaboration to Combat Life-Threatening Diseases, Health and Environmental Problems (12th ICPH-GMS: 2022)