

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก
แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง



นางพวงแก้ว แสนคำ

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

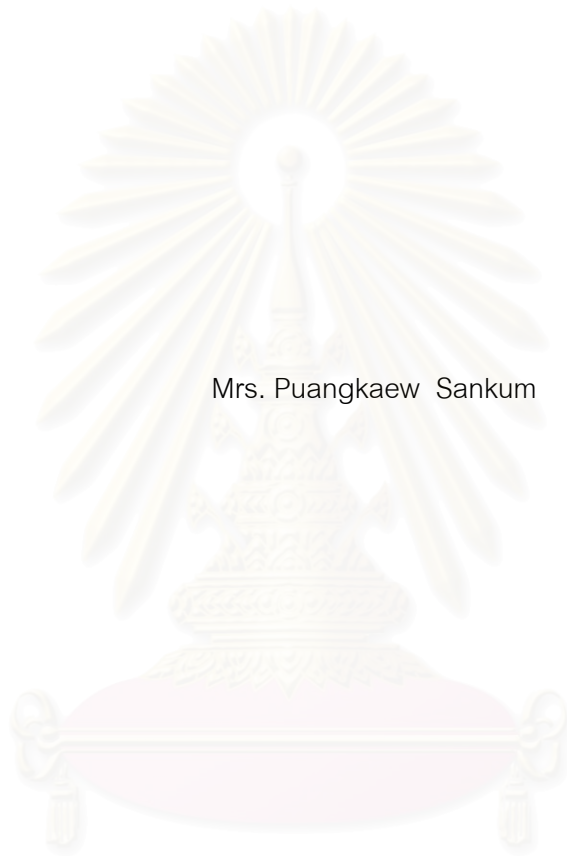
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BURDEN, SENSE OF COHERENCE,
SOCIAL SUPPORT, AND WELLNESS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY
PATIENTS' CAREGIVERS



Mrs. Puangkaew Sankum

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล
ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม
และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

โดย

นางพวงแก้ว แสนคำ

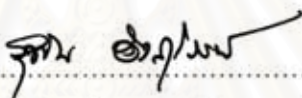
สาขาวิชา

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

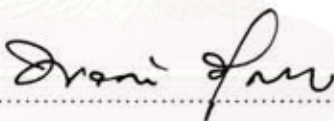
อาจารย์ที่ปรึกษา

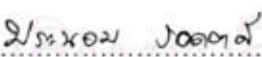
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

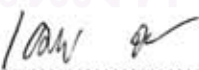
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรกรณ์)

พวงแก้ว แสนคำ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BURDEN, SENSE OF COHERENCE, SOCIAL SUPPORT, AND WELLNESS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS' CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร.ประนอม รอดคำดี, 158 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 140 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระการดูแล ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 5 แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 736.24$, S.D. = 122.59)
2. อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ($r = .388$, .200) ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ($r = .434$, .447) ตามลำดับ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ($r = -.293$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา และภาระการดูแลเชิงปรนัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ลายมือชื่อนิสิต.....พวงแก้ว ๒๕๖๓๓๓
ปีการศึกษา 2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....ประนอม รอดคำดี

4877582536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: PERSONAL FACTORS / BURDEN / SENSE OF COHERENCE / WELLNESS/
TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS' CAREGIVERS

PUANGKAEW SANKUM: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BURDEN, SENSE OF COHERENCE, SOCIAL SUPPORT, AND WELLNESS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS' CAREGIVERS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D., 158 pp.

The purposes of this research were to study the wellness of traumatic brain injury patients' caregivers, to determine the relationships between personal factors, burden, sense of coherence, social support, and wellness of traumatic brain injury patients' caregivers. The research sample consisted of 140 traumatic brain injury patients' caregivers, randomly selected through multi-stage sampling technique. Research instruments were personal factors, burden, sense of coherence, social support, and wellness questionnaires which were tested for content validity and reliability.

Major findings were as follows:

1. Mean score of wellness of traumatic brain injury patients' caregivers was at the moderate level ($\bar{X} = 736.24$, $SD = 122.59$).

2. Age, income were mildly and positively related to wellness of traumatic brain injury patients' caregivers ($r = .388$, $.200$), sense of coherence, social support were moderately and positively related to wellness of traumatic brain injury patients' caregivers ($r = .434$, $.447$) respectively, subjective burden was mildly and negatively related to wellness of traumatic brain injury patients' caregivers ($r = -.293$), significantly at the .05 level. There were no significant relationships between gender, level of education, objective burden and wellness of traumatic brain injury patients' caregivers.

Field of study.....Nursing Science Student's signature...*Puangkaew Sankum*.....
Academic year2006.....Advisor's signature...*Branom Rodcumdee*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหพราน ประธาน สอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขความบกพร่องวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรภรณ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และคำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบการแปลภาษาและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลและผู้ประสานงานทุกท่าน ของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญคือผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เป็นอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

ท้ายที่สุด การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยกำลังใจจากทุกคนในครอบครัวที่คอยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ที่ดีในชีวิตการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ประโยชน์ใดๆที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อภาษาไทย	ง
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
	กิตติกรรมประกาศ	ฉ
	สารบัญ	ช
	สารบัญตาราง	ฌ
	สารบัญภาพ	ญ
บทที่		
1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	ปัญหาการวิจัย	6
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
	แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	6
	ขอบเขตของการวิจัย	10
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะรับ	13
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
	1. การบาดเจ็บบาดเจ็บสมอง	15
	2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	25
	3. แนวคิดเกี่ยวกับความสุขสมบูรณ์	30
	4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขสมบูรณ์	38
	5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล	40
	6. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก	42
	7. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	47
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
	กรอบแนวคิดการวิจัย	59
3	วิธีดำเนินการวิจัย	60
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65

บทที่	หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล 76
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 77
	การวิเคราะห์ข้อมูล 78
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 79
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 85
	สรุปผลการวิจัย 87
	อภิปรายผล 89
	ข้อเสนอแนะ 98
	รายการอ้างอิง 100
	ภาคผนวก 112
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 113
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 115
	ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับ การบอกกล่าวและเต็มใจ 133
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 137
	ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 146
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 158

สารบัญญัตินาม

ณ

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาล	62
2	จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....	62
3	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับความพิการ และภาวะแทรกซ้อนที่พบ	63
4	จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา...	80
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง จำแนกตามรายด้าน	82
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	83
7	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	84
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	85
9	การตรวจลักษณะการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov	149
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง จำแนกเป็นรายข้อ	150
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกเป็นรายข้อ	153
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกเป็นรายข้อ	154
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกเป็นรายข้อ	155
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)	157

สารบัญภาพ

ญ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิด	59
2 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล	147
Histogram	147
Leave plot	148
Normal Probability	148
Deterended Normal plot	148
Box plot	148



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543-2549 พบว่าการบาดเจ็บรุนแรง 5 สาเหตุแรกได้แก่ อุบัติเหตุการขนส่ง อุบัติเหตุพลัดตกหรือหกล้ม อุบัติเหตุการถูกกระทบจากแรงเชิงกลของวัตถุ การทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่างๆ และการถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ โดยเฉพาะอุบัติเหตุการขนส่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีทั้งที่มีการรณรงค์และมีมาตรการในการป้องกันอย่างเต็มที่ โดยในปีพ.ศ. 2549 พบว่าเกิดอุบัติเหตุการขนส่งจำนวน 743,322 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 10,754 ราย (ส่วนข้อมูลสำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข) ผู้ป่วยที่มาด้วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่นั้นพบว่าอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุดคือ ศีรษะ (ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และศิริวรรณ สันติเจียรกุล, 2547) ซึ่งส่งผลต่อการบาดเจ็บสมองของผู้ป่วย

การบาดเจ็บทางสมองเป็นทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลันและเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บและยาวนานต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Florian and Katz, 1991) ในอดีตผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรงจะเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะวิกฤติ เนื่องจากการช่วยเหลือเบื้องต้น การนำส่งโรงพยาบาล ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในระยะวิกฤติยังไม่มีประสิทธิภาพ แต่ปัจจุบันเนื่องด้วยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีต่างๆมีการพัฒนาและเจริญรุดหน้ามากขึ้น ทั้งในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเบื้องต้น การวินิจฉัยโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น (ทิพพาพร ดั่งอำนาจ, 2544)

ในขณะที่อัตราการรอดชีวิตจากการบาดเจ็บทางสมองมีมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในรายที่รอดชีวิตจะยังคงมีปัญหาด้านหลงเหลืออยู่กล่าวคือ ปัญหาด้านร่างกายได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการกำจัดของเสีย ออกจากร่างกาย ด้านความตั้งใจ/สมาธิ ด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ด้านความจำ ด้านภาษาและการสื่อสาร ด้านสติปัญญา ร่วมกับมีปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลจากการสูญเสียการทำหน้าที่ อาการก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยความพิการที่หลงเหลืออยู่ยิ่งปรากฏยาวนานเท่าใด ผลกระทบก็จะยิ่งเรื้อรังมากขึ้นเท่านั้น (นิภาวรรณ สามารทกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540) ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่รอดชีวิตไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม และมีความ

ต้องการการดูแลจากผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงงานบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุดภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะจำกัดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีอาการดีขึ้นและคงที่ ทั้งนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังคงสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังและยังไม่พร้อมที่จะดูแลตนเองได้ (อรรถสิทธิ์ตันพิทักษ์, 2546) ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ตกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นันทวัน สุวรรณรูป, 2546)

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านส่วนใหญ่ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง (ชนัญชิตา โพธิประสาธ, 2547; นันทวรรณ พุทธวรรณ, 2545; Mimmes et al., 2000; Wallace et al., 1998) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเสมหะ ป้อนอาหารและยา หรือให้อาหารและยาทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการฟื้นฟูสภาพให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ ประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนต้องเปลี่ยนบทบาทมาทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวรวมถึงหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวแทนหัวหน้าครอบครัวที่เจ็บป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Mimmes et al., 2000; Robinson, 1990) การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญยิ่งของผู้ดูแล และจากสภาพของผู้ป่วยที่มีความพิการที่หลงเหลือดังกล่าว กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องกระทำจึงมีความซับซ้อน ต้องการความรู้และทักษะในการให้การดูแลที่ต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป อีกทั้งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือ 7 วันต่อสัปดาห์ และไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด (Sawatzky and Fowler-Kerry, 2003)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ เสียสละเวลาเกือบทั้งหมดของตนเองเพื่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ จนบางครั้งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาและโอกาสที่จะละวางจากการดูแลผู้ป่วยหรือลืมที่จะเอาใจใส่ตนเอง ทำให้

แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Lifestyle changes) ได้แก่ ไม่มีเวลาในการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ (Sawatzky and Fowler-Kerry, 2003) การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Marsh et al., 1998) ทำให้ความต้องการอาหารลดลง (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2539) ไม่มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกายและงานอดิเรก (Kurylo, Elliott, and Shewchuk, 2001; Marsh Kersel and Havil, 1998; Tyerman and Boot, 2001) หรือแม้แต่การดูแลตนเอง จนสุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรม (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2539; จอม สุวรรณโณ, 2541) มีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ทำให้กลายเป็นบุคคลที่อ่อนแออย่าง ผู้ดูแลบางรายมีอาการเจ็บป่วยระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เข่า ไข้หวัด ปวดท้อง อ่อนเพลีย ใจสั่น (นภาพรณัฏ แก้ววรรณ, 2533; วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2537; ชนัญชิตา โภธิประสาธ, 2547) บางรายมีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้วแต่ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) บางรายรับรู้ภาระงานมากทำให้มีการใช้ยาจนเกินความจำเป็นและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Marsh et al., 1998) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ดูแลตามมา

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเหล่านี้จึงควรได้รับการศึกษาถึงการพัฒนาชีวิตให้เกิดความสมดุลของมิติต่างๆ จนถึงพร้อมด้วยความสุขสมบูรณ์ (Wellness) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถควบคุมจิตใจ ระบายอารมณ์และความรู้สึกอย่างเหมาะสม มีการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆรอบๆตัว สามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่นได้ ตระหนักรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางร่างกายและจิตใจ มีความพึงพอใจต่อการทำงานที่รับผิดชอบในหน้าที่ซึ่งแสดงออกถึงการมีเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งแสดงความรู้สึกด้านดีงามต่อชีวิตและธรรมชาติ ทั้งนี้เพราะความเป็นอยู่แต่ละด้านต่างก็ส่งผลถึงกันและกัน การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระทั่งถึงความสุขสมบูรณ์โดยรวมด้วย (Hettler, 1980 cited in Warner, 1984) ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ความสุขสมบูรณ์ตามแนวคิดของ Hettler (1980 cited in Warner, 1984) ประกอบด้วย 6 ด้านคือ

ความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย หมายถึง การคงสภาพความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของหลอดเลือดและหัวใจอยู่เสมอ รู้จักวิธีป้องกันโรคและรู้อาการเริ่มต้นของความเจ็บป่วย ดูแลตนเองด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุและการใช้ยา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจ ในการทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่าง

ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลและเลยการดูแลตนเอง จากผลกระทบต่องผู้ดูแลทางด้านร่างกายมากมายดังที่กล่าวไว้ข้างต้น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหา ด้านหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันที่ มากเกินไป (Kiecolt et al., 1991; King, Oka, and Young, 1994; Vitaliano, 1997 cited in Kurylo et al., 2001)

ความสุขสมบูรณ์ด้านสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมหรือเสียสละเพื่อชุมชน อันแสดงถึง การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติ ตระหนักรู้ด้านการปฏิบัติต่อ สังคมและการรักษาสุขภาพแวดล้อม ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมด เพื่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาส่วนตัวลดลง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดั้งเดิมหรือ ทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองลดลง (Marsh et al., 1998; Sawatzky and Fowler-Kerry, 2003) บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อน หรือเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้หลีกเลี่ยงสังคม (Tyerman and Boot, 2001)

ความสุขสมบูรณ์ด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความตระหนักรู้ด้านเพศสัมพันธ์และอารมณ์ และการจัดการด้านอารมณ์ ครอบคลุมถึงการปฏิบัติตนทางด้านอารมณ์และเพศสัมพันธ์ได้อย่าง เหมาะสม ตระหนักรู้และยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและต่อการใช้ชีวิตอยู่ใน ทางที่ดี สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการจัดการกับ อารมณ์และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความ พิกการหลงเหลืออยู่ที่เป็นารดูแลที่ซับซ้อนและต้องการระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ บุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (Marsh et al., 1998; Harris et al., 2001)

ความสุขสมบูรณ์ด้านสติปัญญา หมายถึง การคิดสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ รู้จักใช้แหล่ง ทรัพยากรที่มีเพื่อขยายความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพของตน โดยต้องมีการพัฒนา ความรู้ความสามารถทางด้านสติปัญญาอยู่เสมอจากแหล่งต่างๆที่มีอยู่รอบตัว มีการติดตามความ เคลื่อนไหวทางสังคม สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้ มี ทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นบทบาทใหม่ที่ ต้องการทักษะซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ขาดความรู้ ไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียม ความพร้อมในบทบาทของผู้ดูแลจากบุคลากรที่มสุขภาพมาก่อน (อุษาวดี อิศตรวิเศษ, 2546)

ความสุขสมบูรณ์ด้านการงานอาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจต่องานที่รับผิดชอบ รวมทั้ง ความรู้สึกด้านดีและทุ่มเทกายใจต่อการปฏิบัติงาน มีทักษะความสามารถในงานที่ทำ ในการดูแล ผู้ป่วยถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดหรือถูกคุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่จากการศึกษาของ วิทยารวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป มีความ พยายามพัฒนาทักษะต่างๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจเนื่องจากมีความรักใคร่ผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นบิดามารดา หรือคู่สมรส ซึ่งมีพื้นฐานของความรักใคร่ ผูกพันใกล้ชิดอยู่แล้ว ถ้าได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแล เหล่านี้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความสุขสมบูรณ์ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การแสวงหาความหมายและเป้าหมายของ การดำรงชีวิต มีความรู้สึกที่ดีงามต่อชีวิตและธรรมชาติ ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลือ มีบุคลิกภาพ อารมณ์และพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียจากการที่ไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างเดิม นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ใช้ระยะเวลาโดยไม้อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จาก การบาดเจ็บจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เหนื่อยล้าได้ (กันยรัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

จะเห็นได้ว่าความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันการดูแล ผู้ป่วยก็ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลเช่นกัน ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลจึงสำคัญเท่ากับ ความสุขสมบูรณ์ของผู้รับการดูแล (Kurylo et al., 2001) บทบาทของพยาบาลนอกจากจะช่วย ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้รอดชีวิตแล้ว จะต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองถึงพร้อมด้วย ความสุขสมบูรณ์ระดับสูงสุด เพื่อที่ผู้ดูแลเหล่านี้สามารถทำหน้าที่ของตนอย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องศึกษาให้แน่ชัดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆของความสุข สมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสุข สมบูรณ์เฉพาะในกลุ่มนิสิตนักศึกษา (ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ, 2541; ประนอม รอดคำดี, 2538; รัชชนก กลิ่นชาติ, 2541) ในกลุ่มอาจารย์พยาบาล (ชุติมา บุรณรัตน์, 2539) และในกลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ (ปิติมา ฉายโสภาส, 2546) เท่านั้น และพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกและ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ สำหรับการศึกษานี้ผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีเพียงการศึกษาในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ 2 เรื่องคือ การศึกษาผลของการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของ รัตนา อยู่เปลว (2543) การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

ต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) และการศึกษาด้านภาวะสุขภาพ 1 เรื่องคือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของ นันทวรรณ พุทธิวรรณ (2545) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาชีวิตที่ครบในทุกมิติของคนทั้งคนคือ ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลับไปสู่ชุมชนรวมทั้งปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้พัฒนาแผนการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้เกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพและจิตวิญญาณ จนถึงความสุขสมบูรณ์ระดับสูงสุด สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้ดีขึ้นต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดเรื่องความสุขสมบูรณ์ของ Hettler (1980 cited in Warner, 1984) ที่กล่าวว่าความสุขสมบูรณ์ เป็นการพัฒนาชีวิตที่สมดุลครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา การงานอาชีพ และจิตวิญญาณ โดยมุ่งการพัฒนาไปพร้อมๆกันทุกด้าน ด้วยการรักษามูลค่าที่ต่างๆของชีวิตอย่างมีระบบ ทั้งนี้เพราะความเป็นอยู่แต่ละด้านต่างก็ส่งผลถึงกันและกัน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านใดด้านหนึ่งยังส่งผลกระทบต่อกระทั่งถึงความสุขสมบูรณ์โดยรวมด้วย

ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดผลต่อความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลเช่นกัน

ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลจึงสำคัญเท่ากับความสุขสมบูรณ์ของผู้รับการดูแล (Kurylo et al., 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่

เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายที่มีผู้ศึกษาความสุขสมบูรณ์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลและในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยคล้ายกันกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง รวมทั้งศึกษาวรรณกรรมที่มีผู้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่ามีปัจจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้

เพศ มีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิตและการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะทุ่มเทให้กับการทำหน้าที่และการดูแลสมาชิกครอบครัว รวมทั้งมีทักษะในการติดต่อสื่อสารดีกว่าเพศชาย แต่เพศหญิงจะมองชีวิตในแง่ลบจากการทำหน้าที่และการดูแลสมาชิกครอบครัวซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย (Marsh et al., 1998; Sisk, 2000)

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งต่างๆของบุคคล เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการคิด การใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาและมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) และมีวิถีทางเลือกการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า (ซูซัน ชิวพูนผล, 2541; Sisk, 2000)

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวดี มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัว รายได้เป็นสิ่งที่สนองความต้องการพื้นฐานและปัจจัยสี่ของบุคคลซึ่งเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแล รายได้สามารถพยากรณ์การทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้ (นริรัตน์ นิลขำ, 2548) และจากการศึกษาของ ชุตติมา บุรณนิต (2539) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ แบบแผนการใช้ชีวิต ทั้งเป็นการเตรียมให้บุคคลเข้าใจสังคม พัฒนาความคิดต่างๆต่อการดำรงชีวิตในทางที่ดีขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจในการเลือกแบบแผนการใช้ชีวิต (Wellness lifestyle) ได้เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่า และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อความสุขสมบูรณ์ที่ดี (Levy, Dignan, and Shirreffs, 1992)

ภาวะในการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อีกทั้งต้องอดทนกับความแปรปรวนทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Marsh et al. (1998) ที่ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง 6 เดือนและ 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการอยู่ในระดับรุนแรงและปานกลาง ต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง การปรับตัวเข้าสู่สังคมของผู้ดูแลบกพร่องอยู่ในระดับสูง และพบว่าผู้ดูแลมีภาวะกดดันจากการมีเวลาส่วนตัวลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ผู้ดูแลตีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์และใช้ยาเกินความจำเป็น มีการเจ็บป่วยทางกาย นอกจากนี้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องกระทำกิจกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบาก ต้องใช้เวลานาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใดในการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติให้มากที่สุด ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า (กันยารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) มีเวลาเข้าสังคมลดน้อยลง เกิดความรู้สึกมีความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Tyerman and Boot, 2001) โดยทั่วไปพบว่าผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน ซึ่ง Bull (1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของญาติที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการติดตามเก็บข้อมูล 2 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 2 เดือน พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27 ที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และร้อยละ 17 ที่ระยะเวลา 2 เดือน

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้นบุคคลประสบความสำเร็จในการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นและสามารถคงการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย 1) ความสามารถทำความเข้าใจสิ่งเร้า ว่าสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตนนั้น มีระบบระเบียบ สามารถทำนายได้และสามารถอธิบายได้ 2) ความสามารถบริหารจัดการ บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ 3) ความสามารถในการให้ความหมาย ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำร้าย มีคุณค่าและคุ้มค่าสำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะสามารถเข้าใจว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเช่นความเครียดที่เกิดจากภาวะในการ

ดูแลนั้นเป็นอย่างไร ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ สามารถจัดการกับความเครียดนั้น และมีพฤติกรรมแสดงออกทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ทางด้านอารมณ์และสติปัญญา นอกจากนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะและบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้ดี ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ด้านการงานอาชีพและจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2540) ที่ศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ตลอดจนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และจากการศึกษาของ ปิติมา ฉายโสภาส (2546) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร

แรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นแบบเครือข่าย ต้องมีการพึ่งพาอาศัยและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน ทั้งทางด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2531) หลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ดูแลก็อาจได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ญาติพี่น้อง คู่สมรส กลุ่มเพื่อน (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536; Kurylo et al., 2001) ในการให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงิน ค่าแนะนำ จากแหล่งสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนต้องการข้อมูล ค่าแนะนำ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมและจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะได้รับความรัก ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้การดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ไปในทางที่ดี โดยบิดา/มารดาที่ให้การดูแลบุตรจะมีความสุขที่ได้ให้การดูแล สามี/ภรรยาที่ให้การดูแลคู่สมรสของตนจะเป็นโอกาสในการตอบแทนคุณความดีที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา บุตรที่ให้การดูแลบิดา/มารดาจะรู้สึกว่าเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวหรือจากบุคคลอื่นในสังคม มีกำลังใจ มีความหวังในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลต่อไป จากการศึกษาของ โสภิต สุวรรณเวลา (2537) พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี การศึกษาของชุตินา บูรณธนิต (2539) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

และจากการศึกษาของปีติมา ฉายโสภาส (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. อายุมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
4. รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
5. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 5.1 ภาระการดูแลเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 5.2 ภาระการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
6. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550-30 มีนาคม 2550 จำนวน 140 คน
 2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ
 - 2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้

2.1.2 ภาวะการดูแล ได้แก่ ภาวะการดูแลเชิงปรณัย และภาวะการดูแลเชิงอัตนัย

2.1.3 ความเข้มแข็งในการมองโลก มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ ความเข้าใจสิ่งเร้า ความสามารถในการบริหารจัดการ และความสามารถให้ความหมาย

2.1.4 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุประสงค์ของ ด้านการได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความสุขสมบูรณ์ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการงานอาชีพ ด้านจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง** หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็น บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง ญาติ และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2. **ความสุขสมบูรณ์** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีต่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิตครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพและจิตวิญญาณ โดยวัดจากแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ (Test Well) ของ Nation Wellness Institute (1999) ซึ่งผู้วิจัยแปลและพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 6 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพื่อการคงสภาพความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของหลอดเลือดและหัวใจอยู่เสมอ รู้จักวิธีป้องกันโรค สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรักษาความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุและการใช้ยา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. ด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมหรือเสียสละเพื่อชุมชน ตระหนักรู้ด้านการปฏิบัติต่อสังคม

3. ด้านอารมณ์ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับตระหนักรู้ด้านเพศสัมพันธ์และอารมณ์ และการจัดการด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ตระหนักรู้และยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและต่อการใช้ชีวิตอยู่ในทางที่ดี สามารถเผชิญ

ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

4. ด้านสติปัญญา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับ การคิดสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อขยายความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพของตน สามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่นได้ มีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

5. ด้านการงานอาชีพ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับ ความพึงพอใจต่อการประกอบอาชีพไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้สึกด้านดีและทุ่มเท ใจใส่ต่อการปฏิบัติงาน มีทักษะความสามารถในงานที่ทำ

6. ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้สึกที่ดีงามต่อชีวิตและธรรมชาติ ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่น

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่

3.1 เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงความเป็นหญิง หรือชายของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3.2 อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปีของอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3.3 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลเข้ารับการศึกษแบ่งเป็น ไม่ได้เรียน (0 ปี) ระดับประถมศึกษา (4 ปี) ระดับมัธยมศึกษา (12 ปี) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร (15 ปี)ปริญญาตรี (16 ปี) ปริญญาโท (18 ปี)

3.4 รายได้ หมายถึง รายรับของผู้ดูแลเป็นบาทต่อเดือน

4. ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายๆ ด้านของผู้ดูแล 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ และปฏิกริยาด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลที่ผู้วิจัยแปลและพัฒนาจากแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985)

5. ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มี

ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่มีเหตุผล สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ มีแนวทางในการจัดการ หรือมีแนวทางในการใช้แหล่ง ประโยชน์ในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ได้ และเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า คุ่มค่าที่จะใช้กำลัง ภายและสติปัญญาเพื่อให้อาจสำเร็จลุล่วงไปได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการ มองโลกแบบ Short version ที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2532) ตามแนวคิดของ Antonovsky (1987)

6. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับ

จากเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Weiss (1974 cited in Weinert, 1985) ประกอบด้วย ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ อารมณ์ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร และวัตถุสิ่งของ ด้านการได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วน หนึ่งของสังคม และด้านการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยวัดจากแบบสอบถามแหล่ง ประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา การงานอาชีพและ ด้านจิตวิญญาณจนถึงระดับสูงสุด สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ปฏิบัติหน้าที่ในการให้การ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายชนิดศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation Research) เพื่อศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ดังจะเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. การบาดเจ็บสมอง
 - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง
 - 1.2 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง
 - 1.3 ผลกระทบจากการเกิดบาดเจ็บสมอง
 - 1.4 ระดับความพิการของผู้บาดเจ็บสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล
 - 2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสุขสมบูรณ์
 - 3.1 ความหมายของความสุขสมบูรณ์
 - 3.2 องค์ประกอบของความสุขสมบูรณ์/ แนวคิดทฤษฎี
 - 3.3 การประเมินความสุขสมบูรณ์
 - 3.4 ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 3.5 แนวคิดสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ
4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขสมบูรณ์
5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล
 - 5.1 ความหมายของภาวะการดูแล
 - 5.2 การประเมินภาวะการดูแล
 - 5.3 ภาวะการดูแลและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
6. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

- 6.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก
- 6.2 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก
- 6.3 ความเข้มแข็งในการมองโลกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
7. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 7.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 7.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 7.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 7.4 เครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 7.5 แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบาดเจ็บสมอง

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบบ่อยซึ่งส่งผลต่อการบาดเจ็บของสมองร่วมด้วยการบาดเจ็บมักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร เช่น การขับซักรถจักรยานยนต์ รถยนต์ คนเดินถนนถูกรถเฉี่ยวชน หรือเกิดจากการทำร้ายร่างกาย เช่น ทุบตี ทุกฟัน และถูกยิง (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ต้นพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์, 2541) มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่สมองไว้ดังนี้

จรัส สุวรรณเวลา และจตุพร หงษ์ประภาส (2524) ให้ความหมายของการบาดเจ็บสมองหมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากกระทบศีรษะทำให้มีการบาดเจ็บสมอง

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2534) กล่าวว่า การบาดเจ็บสมองจะรวมถึงการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือด และอวัยวะต่างๆที่อยู่ภายในเนื้อสมอง

ซัชรินทร์ อังศุภาการ (2535) กล่าวว่า การบาดเจ็บสมองคือการได้รับอันตรายต่อสมองทั่วๆไป ต่อสมองส่วน Cerebral cortex หรือมีการทำลายลูกกลามไปถึงส่วนของก้านสมองระบบ Reticular formation จะส่งผลให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มีรับรู้สิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆกันหรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวจะมากหรือน้อยเพียงใด

Hickey (1997) ให้ความหมายของการบาดเจ็บสมองหมายถึง เป็นผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการที่ศีรษะถูกกระทบโดยฉับพลันทันทีในขณะที่มีการเคลื่อนไหวก่อให้เกิดการทำลายของสมอง 2 แบบ คือ สมองช้ำ (Contusion) ซึ่งจะทำให้มีเลือดออก (Hemorrhage)

ซีมหรือคั่งในสมองและเกิดการบาดเจ็บทั่วๆไปต่อเนื้อสมองส่วนสีขาว (Diffused white matter injury) มีการยืดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของแอกซอน (Axon)

Barker (2002) กล่าวว่า การบาดเจ็บสมองคือ การบาดเจ็บที่เป็นผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าการบาดเจ็บสมองคือ การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทกใดๆ เกิดการทำลายและมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของเยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือดและอวัยวะที่อยู่ในเนื้อสมองส่งผลต่อการทำลายสมอง 2 แบบคือสมองช้ำซึ่งจะทำให้มีเลือดออก (Hemorrhage) ซีมหรือคั่งในสมอง และเกิดการบาดเจ็บทั่วๆไปต่อเนื้อสมองส่วนสีขาว (Diffused white matter injury) มีการยืดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของแอกซอน (Axon) มีผลทำให้บุคคลมีอาการหมดสติ ไม่มีการรับรู้สิ่งแวดลอม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆกันหรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวจะมากหรือน้อยเพียงใด

1.2 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพและสรีรวิทยา (มยุรี แก้วจันทร์, 2531; Hickey, 1997; Barker, 2002) ได้ดังนี้

1.2.1 แบ่งตามพยาธิสภาพ

- 1) การบาดเจ็บสมองเฉพาะที่ (Focal injury) ได้แก่ สมองช้ำ (Cerebral contusion) ก้อนเลือดในสมอง (Cerebral hematoma)
- 2) การบาดเจ็บทั่วไป (Diffuse injury) ได้แก่ สมองกระทบกระเทือน (Cerebral concussion) การบาดเจ็บทั่วไปของแอกซอน (Diffuse axon injury)

1.2.2 แบ่งตามสรีรวิทยา (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Littlejohns et al., 2001; Barker, 2002) ได้ดังนี้

1) การบาดเจ็บสมองแบบปฐมภูมิ (Primary injury) เป็นการบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับแรงกระทำ หรือการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรุนแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการชอกช้ำต่อเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดหรือเลือดออก อาการแสดงของการได้รับบาดเจ็บของสมองจะไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงของพยาธิสภาพ แต่จะสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงกับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ลักษณะการบาดเจ็บสมองประกอบด้วย

ก) สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Cerebral concussion) เป็นการสูญเสียความรู้สึกตัวทันทีทันใดอยู่ชั่วขณะหนึ่งหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แล้วฟื้นรู้สึกตัวเป็นปกติ โดยไม่ปรากฏลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยา หรืออาการทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่

แต่อาจพบอาการหลังลืมหลังการบาดเจ็บ (Post traumatic amnesia) หรืออาการหลังลืมก่อนการบาดเจ็บ (Retrograde amnesia)

ข) สมองช้ำ (Cerebral contusion) ผู้ป่วยจะหมดสตินานกว่าปกติ แต่จะไม่เสียชีวิตและไม่มีสิ่งกีดขวางในสมองที่เกิดตามมา สมองจะมีลักษณะบวมซ้ำ สีคล้ำ ลักษณะรอยนูนของสมอง (Gyrus) และส่วนที่เป็นร่อง (Sulcus) จะหายไป บริเวณรอบๆของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บจะมีจุดเลือดออก (Petechial hemorrhage) ผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติทันทีที่เกิดเหตุ และหมดสติอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันทั้งที่ไม่มีการขยายตัวของก้อนเลือด

ค) การบาดเจ็บต่อก้านสมอง (Brain stem injury) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นพบได้ 2 ลักษณะคือ เกิดขึ้นทันทีและเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ (Cerebral contusion) การบาดเจ็บต่อก้านสมองที่เกิดขึ้นทันทีพบเมื่อมีการกระแทกโดยตรงต่อกะโหลกศีรษะ กะโหลกศีรษะจะบุ๋มลงไปทำให้มีความดันบวมเพิ่มขึ้นทันที และจะมีการเลื่อน (Herniation) ของสมองส่วนนั้น ส่วนการบาดเจ็บต่อก้านสมองที่เกิดขึ้นภายหลังจะมีการกดของหลอดเลือดดำ การบาดเจ็บที่เกิดต่อก้านสมองจะส่งผลต่อผู้ป่วย เช่น หมดสติ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เกิดอัมพาตของร่างกาย อัมพาตของประสาทสมอง การเปลี่ยนแปลงการหายใจ

ง) การบาดเจ็บทั่วไปของแอกซอน (Diffuse axon injury หรือ DAI) เป็นการบาดเจ็บทั่วไปของสมอง เนื่องจากการเพิ่มและลดความเร็วของแรงที่กระทำต่อสมอง เป็นผลของแรงเหวี่ยง (Acceleration – deceleration and inertia) ทำให้เกิดแรงเหวี่ยงที่เนื้อสมองทั่วไป โดยประสาทจะถูกยืด ฉีกขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติทันทีและหมดสติเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ของสมอง แต่จะพบความผิดปกติในหน้าที่ของระบบประสาททั่วไป มีการทำลายใน white matter และมีการบวมของสมองทั่วไป อาการแสดงที่พบคือ ผู้ป่วยหมดสติลึก (Deep coma) เป็นเวลานาน มีการเพิ่มความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ คุณภาพของร่างกายสูงขึ้นและมี decelerations

2) การบาดเจ็บสมองแบบทุติยภูมิ (Secondary injury) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดการบาดเจ็บแบบปฐมภูมิ อาจใช้ระยะเวลาในการเกิดเป็นหลายนาที หลายชั่วโมง หรือหลายวัน พยาธิสภาพส่วนใหญ่ประกอบด้วยสิ่งกีดขวางที่ค่อยๆขยายขนาดเพิ่มขึ้น พยาธิสภาพทุติยภูมิประกอบด้วย

- ก) ก้อนเลือดในชั้นเหนือดูรา (Extradural, Epidural hematoma)
- ข) ก้อนเลือดในชั้นดูรา (Subdural hematoma)
- ค) น้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วเข้าชั้นใต้ดูรา (Subdural hygroma)
- ง) ตกเลือดในชั้นใต้แอรคনอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

จ) ก้อนเลือดในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma)

ข) สมองบวม (Brain edema)

1.3 ผลกระทบจากการบาดเจ็บสมอง

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสมองโดยตรงทันที หรือเกิดตามมาในระยะหลังจากการบาดเจ็บจะมีอันตรายที่เกิดขึ้นซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางและระบบ Reticular activating ทำให้เซลล์สมองถูกกดและมีการเสื่อมหน้าที่อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพของร่างกายเช่น การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิด การเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์และพฤติกรรม ด้านจิตใจ

ปัญหาด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกายที่มักพบในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (ทิพพาวร ตังอำนาจ, 2541) เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมองในส่วนต่างๆ ทำให้เกิดความผิดปกติดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Motor deficit) การทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมาก โดยสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวประกอบด้วยเปลือกของสมองใหญ่ (cerebral cortex) โดยเฉพาะสมองส่วน fronto – parietal lobes , cerebellum ปมประสาท (basal ganglia) และเส้นทางกระแสประสาทระหว่างสมองและไขสันหลัง (corticospinal tracts) (Catalane, 1999) เมื่อมีการบาดเจ็บที่ศีรษะแล้วเกิดพยาธิสภาพในส่วนดังกล่าวจะเกิดความผิดปกติดังนี้ (มีชัย ศรีใส, 2530)

1.1 เมื่อมีพยาธิสภาพที่สมองส่วน fronto – parietal จะมีการชักกระตุกของหน้าแขนหรือขาตรงข้ามกับพยาธิสภาพ ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ด้านตรงข้ามกล้ามเนื้อปวกเปียก (hypotonicity) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (areflex) การประสานงานของการเคลื่อนไหวด้านตรงข้ามพยาธิสภาพเสีย จะทำงานตามที่ตั้งใจไม่ได้ทั้งที่กล้ามเนื้อมีสภาพที่ปกติ (motor apraxia)

1.2 เมื่อมีพยาธิสภาพส่วน Cerebellum จะทำให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆของแขนและลำตัวทำงานไม่ประสานงานกัน (ataxia) เวลาเดินหรือยืนจึงมักจะล้มหรือเซไปข้างที่มีพยาธิสภาพ มีอาการวิงเวียนศีรษะหมุน (vertigo) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลำตัวและแขนขาดลง (hypotonia) จึงทำอะไรอย่างเชื่องช้า ไม่สามารถเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องกันได้หรือพอทำได้แต่ช้าลงในข้างที่มีพยาธิสภาพ (dysdiadochokinesis) มือสั่นเมื่อมีการเคลื่อนไหว (action tremor)

1.3 เมื่อมีพยาธิสภาพที่ปมประสาท จะทำให้มีการกระตุกของกล้ามเนื้อมัดเล็กๆที่มือ เท้า หน้า ลิ้น โดยเกิดอย่างรวดเร็วรุนแรง ไม่สม่ำเสมอ อยู่นอกอำนาจจิตใจและเป็นช่วง

ระยะเวลาสั้น (chorea) มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของมือ เท้า และหน้าต่อน้องกันแบบบิด เบี้ยวไปมาเหมือนตัวหนอน โดยการเคลื่อนไหวนี้จะไร้จุดหมายและควบคุมไม่ได้ และบางครั้ง กล้ามเนื้ออาจจะเกร็งร่วมด้วย อาการนี้จะหายเมื่อผู้ป่วยหลับ มีการกระตุกของกล้ามเนื้อบางกลุ่ม (tics) มีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (rigidity) เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia)

1.4 เมื่อมีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทเชื่อมโยงระหว่างสมองและไขสันหลัง จะทำให้เกิดอัมพาตของแขนและขา หรือขาข้างเดียวกันกับตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ โดยการเป็นอัมพาตจะเป็นแบบกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (spastic paralysis)

2. ความผิดปกติด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย

2.1 ความผิดปกติในการกลืน (dysphagia deficit) ความผิดปกติในการกลืนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลืนผิดปกติไป ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมริมฝีปากและลิ้นลดลง กลืนได้ช้าหรือไม่สามารถกลืนได้เลย มีความผิดปกติของการกัดหรือดูด ร่วมกับระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง (Adamovich; Lazarus cited in Catalane, 1999) นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิดสติปัญญา และพฤติกรรมได้แก่การขาดแรงกระตุ้น ความไม่สบายใจ ความผิดปกติในด้านความคิดริเริ่มและความตั้งใจยังส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในการกลืน มีความเสี่ยงในการสำลักและเกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้น (Catalane, 1999)

2.2 อาการคลื่นไส้อาเจียน โดยเป็นอาการหนึ่งของ postconcussion syndrome (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541; Catalane, 1999) ซึ่งอาการจะพบได้ประมาณ 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน

3. ความผิดปกติด้านการขับถ่าย (Elimination deficit)

3.1 การกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ สมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการกลืนปัสสาวะและอุจจาระคือสมองส่วน frontal และก้านสมอง (Perkash cited in Catalane, 1999) เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่บริเวณสมองดังกล่าวทำให้มีการหดเกร็งของกระเพาะปัสสาวะ ความสามารถในการทำงานของกระเพาะปัสสาวะลดลงและเกิดอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ (Johnson cited in Catalane, 1999) สมองมีการรับรู้ลดลง กล้ามเนื้อหูรูดภายใต้อำนาจจิตใจทำงานลดลง เกิดอาการกลืนอุจจาระไม่ได้ (Gender cited in Catalane, 1999) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมักจะมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้มากกว่า นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวทำให้ต้องใช้เวลาในการเดินไปห้องน้ำนานกว่าคนทั่วไป สำหรับผู้ป่วยชายที่ต้องยืนปัสสาวะจะมีปัญหาในการทรงตัวเวลาขึ้นปัสสาวะ ทำให้การปัสสาวะเป็นไปอย่างยากลำบาก จึงพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะปัสสาวะรดและรดที่นอนเป็นประจำ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

3.2 ท้องผูก (Constipation) เนื่องจากผู้ป่วยขาดเจ็บสมองมีการเคลื่อนไหวลดลงและรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ดื่มน้ำน้อย ทำให้อุจจาระอัดแน่นและถ่ายลำบาก นอกจากนี้ผู้ป่วยขาดเจ็บสมองบางรายมีปัญหาในการสื่อสาร มีแรงจูงใจในการขับถ่ายน้อยลงอันเนื่องมาจากปัญหาด้านจิตใจ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544)

3.3 การมีปัสสาวะมากกว่าปกติ (Polyuria) ปัสสาวะบ่อยเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีการสูญเสียหน้าที่ของไฮโปทาลามัส – ต่อมพิทูอิทารีด้านหลัง (hypothalamic-posterior pituitary dysfunction) ภายหลังการได้รับบาดเจ็บสมอง (Catalane, 1999)

4. ความผิดปกติด้านความตั้งใจ/สมาธิ (Attention/concentration deficit) ความตั้งใจเป็นหน้าที่พื้นฐานของความคิด/สติปัญญา ก่อนจะนำไปสู่ความจำ การควบคุมการทำงานและการพูด โดยสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความตั้งใจจะเป็นบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกทั้งหมด ได้แก่ ส่วนประสาทรับรู้ความรู้สึกที่มีเส้นใยประสานกันเป็นร่างแห (reticular formation) thalamus และสมองส่วน parietal และ frontal (Bondy, 1994) ดังนั้นหากมีการบาดเจ็บที่สมองส่วนดังกล่าวบุคคลจะสูญเสียความตั้งใจ ไม่มีสมาธิในการทำงาน หันเหความสนใจได้ง่าย ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม

5. ความผิดปกติด้านการควบคุมสูงสุด (Executive function deficit) สมองส่วน frontal จะมีหน้าที่ควบคุมจิตใจและพฤติกรรมการแสดงออกทางกาย ซึ่งจะแสดงออกในรูปของการวางแผน การจัดระบบ การเรียงลำดับเหตุการณ์ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบ การมีเหตุผล การตั้งเป้าหมาย การสร้างแนวคิด ความเป็นเหตุเป็นผล การคำนวณ และความคิดเกี่ยวกับนามธรรม (Lezak cited in Bondy, 1994) บุคคลที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วน frontal จะไม่สามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ แยกประเภท หรือวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ตลอดจนไม่สามารถพัฒนาและเชื่อมโยงความคิดได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน หรือปัญหาต่างๆได้ ขาดเหตุผลในการแสดงพฤติกรรมโต้ตอบ ขาดเป้าหมาย ไม่มีความสามารถในการคิดคำนวณ และความสามารถทางสติปัญญาลดลง

6. ความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ (Sensory-perceptual deficit) การรับรู้ความรู้สึกเป็นการรับรู้สิ่งเร้าผ่านทางเซลล์ประสาทสัมผัสพิเศษ มีการแปลความหมายและการรวบรวมการรับรู้ที่เกิดขึ้น (Bondy, 1994) ความผิดปกติทางด้านนี้เกิดจากการเกิดพยาธิสภาพที่สมองและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย โดยที่ความผิดปกตินี้มักจะทำให้เกิดความสับสนหน้าที่ของความคิดและการใช้ภาษา (Catalane, 1999)

7. ความผิดปกติด้านความจำ (Memory deficit) กระบวนการจำที่สำคัญเป็นการ

ทำงานของสมองส่วน temporal ส่วนกลางและ hippocampus ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทลิมบิก (limbic system) รวมทั้ง thalamus diencephalons และบริเวณฐานของสมองส่วนหน้า โดยสมองซีกซ้ายจะเกี่ยวข้องกับความจำด้านภาษา ส่วนสมองซีกขวาจะเกี่ยวข้องกับความจำที่เกิดจากการมองเห็นและการกระยะ (Bondy, 1994)

8. ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร (Language and communication deficit) ความผิดปกติของการพูดและการใช้ภาษาที่อาจพบได้แก่ มีความบกพร่องในการพูดและเขียนแต่สามารถเข้าใจคำพูดหรือสิ่งที่เขียนได้ (expressive/motor aphasia/Broca's) จากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Broca' area ซึ่งอยู่บริเวณส่วนหลังของสมองส่วนพรอนทัล (posterior frontal lobe) สามารถพูดได้ แต่มีความบกพร่องในการเข้าใจสิ่งที่พูดหรือเขียน (receptive/sensory aphasia/Wernicke's) จากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ (Wernicke's area) ซึ่งอยู่บริเวณสมองส่วนเทมโพรลส่วนหลังซีกบน ความบกพร่องทั้งการพูดและเขียน (global aphasia) จากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ Broca' area และ Wernicke's area พร้อมกัน การพูดตะกุกตะกัก (dysarthria) จากการมีพยาธิสภาพที่สมองส่วน cerebellum แล้วทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดและเปล่งเสียงทำงานไม่ประสานกันจึงทำให้ผู้ป่วยมักจะพูดช้า (bradylalia) (มีชัย ศรีใส, 2530) และความผิดปกติในการสื่อสารจากความผิดปกติทางด้านความคิด ความสับสนทางด้านภาษา เป็นลักษณะหนึ่งของการได้รับบาดเจ็บสมองแล้วมีความผิดปกติในด้านความจำ ความตั้งใจ กระบวนการของการรับรู้ข้อมูลและการควบคุมความรู้สึก ทำให้เกิดปัญหาได้แก่ การพูดที่ไม่สัมพันธ์กับเนื้อหา ไม่สามารถคงไว้ซึ่งใจความสำคัญของเรื่อง ความสามารถในการยับยั้งสิ่งที่จะพูดและการเข้าใจจากการมองเห็นและการฟังลดลง (Hagen; Halpern , Darley and Brown cited in Catalane, 1999)

9. ความผิดปกติด้านสติปัญญา (Intelligence deficit) สติปัญญาเกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบการคิด ที่แสดงออกมาด้านการใช้ภาษาและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Bondy, 1994) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความผิดปกติในด้านความตั้งใจ มีสมาธิลดลง มีความผิดปกติในการเชื่อมโยงสถานการณ์ แยกประเภทหรือวิเคราะห์สิ่งต่างๆ การวางแผนงาน จัดระบบเรียงลำดับเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันหรือปัญหาต่างๆในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ การโต้ตอบขาดเหตุและผล ไม่มีแนวคิด ขาดเป้าหมาย ไม่สามารถคำนวณเลขแบบง่ายๆได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังมีความผิดปกติในด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ความจำไม่ดี ผลที่สุดทำให้สติปัญญาของผู้บาดเจ็บสมองลดลง

10. การชักหลังได้รับการบาดเจ็บ (Posttraumatic epilepsy problem) เกิดจากบริเวณเปลือกสมองได้รับการบาดเจ็บ อุบัติการณ์การเกิดสามารถพบได้ในการบาดเจ็บสมองปานกลาง

ร้อยละ 1.6 และการบาดเจ็บสมองรุนแรง ร้อยละ 11.6 สำหรับการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่สมองไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวเล็กน้อย มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการชักภายใน 5 ปี ร้อยละ 0.6 (Annegers et al., cited in Naritoku and Hernandez, 1995) อาการชักหลังการบาดเจ็บสมองมี 2 ชนิด

- 1) อาการชักที่เกิดขึ้นภายใน 7 วัน (Early seizures)
- 2) อาการชักที่เกิดภายหลัง 7 วัน (Late seizures) (Jennett อ้างถึงใน สงวนสินรัตน์เลิศ, 2546)

หากพบอาการชักใน 7 วันแรกหลังการบาดเจ็บโอกาสชักในระยะหลังจะเพิ่มถึง 4 เท่า โดยที่อาการชักที่เกิดหลังบาดเจ็บนานกว่า 1 สัปดาห์ พบได้ร้อยละ 5 เท่านั้น (สิทธิพรบุญยนิศย์, 2537) อาการชักพบมากในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดออกในกะโหลกศีรษะที่ต้องได้รับการผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 35 อาการชักในสัปดาห์แรกพบได้ประมาณร้อยละ 25 การแตกและยุบลงของกะโหลกศีรษะพบได้ประมาณร้อยละ 17 (Jennet & Teasdale cited in Catalane, 1999) อาการชักถือว่าเป็นความพิการอย่างหนึ่งของร่างกายเนื่องจากทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ (Catalane, 1999)

11. ความผิดปกติด้านเพศสัมพันธ์ (Sexuality deficit) การสูญเสียหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์อาจพบในผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บสมองและคู่สมรสบางราย โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่การทำงานของ hypothalamus – anterior pituitary gland หรือการทำลายของ limbic system ทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อมีความผิดปกติ ทำให้ไม่มีการตกไข่ ไม่มีประจำเดือน อวัยวะเพศชายไม่มีการแข็งตัว มีการเปลี่ยนแปลงวงจรของการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ การเป็นหมัน ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อก็มีผลต่อความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ (Griffith, Cole, and Cole; Zasler and Horn cited in Catalane, 1999) ได้แก่ 1) ความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรมและจิตสังคม ประกอบด้วย ความผิดปกติในความจำ ความตั้งใจ และความคิดริเริ่ม การกระตุ้น ทำให้การแต่งกายและสุขวิทยาไม่ดี การอยู่ในภาวะพึ่งพาและการอยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว 2) ความผิดปกติของประสาทสั่งงานและประสาทรับความรู้สึก ได้แก่การสูญเสียหน้าที่การทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะ การได้รับการบาดเจ็บที่ช่องท้องและเชิงกรานร่วมด้วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ (Groher cited in Catalane, 1999)

ปัญหาด้านจิตใจ

การได้รับบาดเจ็บสมองจะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยได้มากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งส่วนใหญ่มักขึ้นอยู่กับปัญหาด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่

ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน บุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล พื้นฐานทางด้านจิตใจ บทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เปลี่ยนแปลงไป และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Hickey, 2003) ปัญหาด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบมากที่สุดในการบาดเจ็บสมอง (สมปอง ตงพิพัฒน์, 2539) โดยร้อยละ 25-50 ของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทเกิดจากการได้รับบาดเจ็บสมอง และเป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บสมองเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 14 ของผู้บาดเจ็บสมองที่เสียชีวิตทั้งหมด (Cummings, 2002) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วน frontal temporal และ basal ganglia ผู้บาดเจ็บสมองบางรายพบภาวะซึมเศร้าภายหลังการได้รับบาดเจ็บสมองนานเกิน 6 เดือน ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกสูญเสีย จึงเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง สูญเสียความเคารพในตนเอง มีมโนทัศน์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเองและเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไร้ค่า ทำให้มีความท้อแท้สิ้นหวัง หหมดพลังที่จะช่วยตนเอง และเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น ทำให้กลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกลัวการถูกทอดทิ้ง (นงคราญ ผาสุข, 2535; สิทธิพร บุญยนิศย์, 2537)

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) ความวิตกกังวลเป็นอีกอาการหนึ่งที่เป็นผลอันเนื่องมาจากอาการของ postconcussion syndrome (สมปอง ตงพิพัฒน์, 2539) ซึ่งอาการนี้สามารถพบได้นานหลายสัปดาห์ (McNair, 1999) หรือเกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ limbic system และถ้าสมองซีกขวาได้รับบาดเจ็บจะมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าสมองซีกซ้ายได้รับบาดเจ็บ (Cummings, 2002) ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีความหวาดกลัวหรือกระวนกระวายใจโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน ซึ่งมักเป็นผลมาจากบุคคลได้รับการคุกคามในชีวิตทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง รูปแบบของความคิดมีความแปรปรวน (Marantides and Cassmeyer, 1999) และทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง (Cummings, 2002)

3. การสูญเสีย (Loss) เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบประสาทอย่างหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการเบี่ยงเบนจากประสบการณ์เดิมของบุคคลหรือมีบางสิ่งบางอย่างหายไปจากเดิม โดยบุคคลที่มีการสูญเสียจะแสดงพฤติกรรมด้วยการเศร้าโศกและพลัดพราก บุคคลไม่สามารถยอมรับได้เนื่องจากบุคคลรู้สึกไม่สบายเหมือนแต่ก่อน การสูญเสียอาจเกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือเกิดขึ้นทีละน้อย และเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นอย่างชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการบาดเจ็บที่ได้รับ การสูญเสียในผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบ

ประสาทประกอบด้วย การสูญเสียส่วนต่างๆของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ความคิด/สติปัญญา การสูญเสียคู่สมรส สมาชิกภายในครอบครัว การตอบสนองต่อการสูญเสียในแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ 1) ปริมาณของการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายโดยเฉพาะ การกลืนปัสสาวะและอุจจาระและเพศสัมพันธ์ จะเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลเกิดการสูญเสีย 2) สภาพทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมทำให้สถานภาพทางการเงินไม่ดี ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี 3) สังคมและวัฒนธรรม และ 4) กลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือในขณะที่บุคคลมีการสูญเสียนั้นๆ (Hickey, 2003)

4. อาการก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย (Aggressiveness) เป็นอาการที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งแบบที่มีความรุนแรงน้อยถึงมีความรุนแรงมาก จากการได้รับบาดเจ็บสมองที่มีบาดแผลและไม่มีบาดแผล มีการบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมอง มีก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง และมีการบาดเจ็บที่แทงทะลุเข้าไปในกะโหลกศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถแยกแยะสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น เกิดการสับสน ไม่สามารถจัดระบบความคิดและไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมที่แสดงการก้าวร้าวได้ (Hilton, 1994)

5. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม (Mood and affect lability) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเกิดจากสมองส่วน frontal บริเวณเบ้าตาได้รับบาดเจ็บ (orbiofrontal cortex) จะมีลักษณะการแสดงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากอารมณ์หนึ่งเป็นอีกอารมณ์หนึ่งได้อย่างรวดเร็ว จากอารมณ์ที่มีความสุข โกรธ และฉุนเฉียวง่ายภายในช่วงเวลาสั้นๆ (Cummings, 2002)

1.4 ระดับความพิการของผู้บาดเจ็บสมอง หมายถึง ระดับความต้องการในการดูแลของผู้บาดเจ็บสมอง ซึ่งผู้วิจัยแบ่งตามแบบประเมินของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่สร้างแบบประเมินนี้โดยใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลลัพธ์จากการบาดเจ็บของ Jennett and Bond (1975) ดังนี้

1. ไม่มีความพิการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการฟื้นสภาพที่ดี และสามารถหายเป็นปกติได้ (Good recovery) สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานและประกอบกิจกรรมภายในสังคมได้ตามปกติ

2. มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีการฟื้นสภาพที่ดี มีระดับความรู้สึที่ดี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานและประกอบกิจกรรมภายในสังคมได้ตามปกติ ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย

3. ความพิการปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีระดับความรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่ยังมีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา และ/หรือสถานที่ และ/หรือบุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองหรือพึ่งพาผู้ดูแลบางส่วน สามารถเข้าสังคมได้แต่ยังต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือหรือต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสามารถไปเรียนหนังสือหรือไปทำงานได้แต่ยังไม่เต็มที่เหมือนก่อนการได้รับบาดเจ็บสมอง เนื่องจากยังมีปัญหาด้านร่างกายหรือจิตใจหลงเหลืออยู่

4. มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้ตัว จากการมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของบริเวณเปลือกสมองของสมองใหญ่ (cerebral cortex) ทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน ผู้ป่วยมีสภาพคล้ายกับพืชผัก (persistent vegetative state) กล่าวคือ ยังคงมีสติปัญญาเฉื่อย สามารถหายใจได้ ลืมตาได้เอง มีการเคลื่อนไหวแบบรีเฟล็กซ์ โดยอาจมีการตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน การเข้าสังคมทั้งหมด และต้องออกจากงานหรือการเล่าเรียนในที่สุด เนื่องจากมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่

จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในรายที่รอดชีวิตจะยังคงมีปัญหาหลงเหลืออยู่ กล่าวคือ ปัญหาด้านร่างกายได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ด้านความตั้งใจ/สมาธิ ด้านการควบคุมสูงสุด ด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ด้านความจำ ด้านภาษาและการสื่อสาร ด้านสติปัญญา การชักหลังได้รับบาดเจ็บ ด้านเพศสัมพันธ์ ร่วมกับมีปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การสูญเสีย อาการก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บสมองที่รอดชีวิตไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการตอบสนองของความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541)

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมาจากภาษาอังกฤษที่พบบ่อยอยู่หลายคำ เช่น “Carer” หรือ “Caregiver” หรือ “Informal care” แม้คำว่าผู้ดูแลจะถูกใช้บ่อยๆ แต่มักใช้กันผิดๆอยู่เสมอ เราอาจบอกว่าผู้ดูแลคือใครก็ได้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อนและได้รับเงินค่าตอบแทน

เรียกว่า “Formal carer” ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งก็คือ ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์, 2546) และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ เราจะเรียกผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า “ Informal care” หรือ “ Carer” ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย (Bell and Gibbons, 1989; Twigg , 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์, 2546)

นอกจากนี้ความหมายของผู้ดูแลยังจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลโดย Horowitz (1985 อ้างถึงในยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล 2 ลักษณะกล่าวคือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ
2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคมจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว แต่ไม่ได้ทำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้คำว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงและทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการด้านอื่นๆต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในงานวิจัยนี้จึงมีความเกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตรหรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการให้การดูแลผู้ป่วย

2.2 สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีปัญหาหลงเหลืออยู่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยความต้องการการดูแลจากผู้ป่วยนี้จะขึ้นอยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีระดับความพิการทั้งด้านร่างกาย

และจิตใจหลงเหลืออยู่มากจะมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2544) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีข้อจำกัด หรือความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือ การทำหน้าที่ของอวัยวะ (physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยความบกพร่องในการดูแลตนเองที่ลดลงนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัว และความพิการที่หลงเหลืออยู่ (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2544) ความสามารถในการดูแลตนเองยังส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงอุบัติเหตุ ต่างๆได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2534; ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2537) จากการศึกษาของ นฤมล เพียรเจริญ (2539) ซึ่งศึกษาถึงผลการสอนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้สึก ความพึงพอใจและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทพบว่า ผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยผู้ดูแลทั้งหมดหรือ บางส่วนในด้านการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกายและการดูแล ความสะอาดส่วนบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่อยู่บ้านร้อยละ 40 (ชนัญชิตา โพธิประสาธ, 2547) โดยบาง รายเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า 1 ชนิด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ แผลกดทับ ระบบทางเดิน หายใจ ปอดบวมและระบบทางเดินปัสสาวะตามลำดับ

ดังนั้นในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีปัญหาด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ ของร่างกายจึงมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลด้านร่างกายได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตร ประจำวัน การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

ชีวิตที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ด้านร่างกายทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการ เปลี่ยนแปลงไป กิจวัตรประจำวันต่างๆที่เคยปฏิบัติได้ด้วยตนเองไม่สามารถทำได้ดังเดิมต้องอยู่ใน ภาวะพึ่งพาผู้อื่นและต้องเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่ภายใต้ข้อจำกัดต่างๆที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อจิตใจ มากมาย (Hickey, 2003) เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง หมัดกำลังใจ ความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านจิตใจโดยตรงจากการได้รับบาดเจ็บสมองแล้วทำให้มีความ ผิดปกติของสมองส่วน frontal temporal ปมประสาท (basal ganglia) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ

ซีมเคร้าได้ (Cumming, 2002) ถ้ามีความผิดปกติที่ limbic system จะทำให้การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดความชัดเจน (ทิพพาพร ตังอำนาจ, 2544) มีความวิตกกังวล (Cumming, 2002) หรือถ้ามีการบาดเจ็บทั่วๆไปของเนื้อสมองทำให้เกิดอาการก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย (Hilton, 1994) ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการการดูแลด้านจิตใจจากผู้ดูแลด้วยความเข้าใจ สนับสนุนด้านกำลังใจ เพื่อประคับประคองจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544) จากความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ เสียสละเวลาเกือบทั้งหมดของตนเองเพื่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความรักและความหวังเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆดังที่กล่าวมาข้างต้น จนบางครั้งทำให้ผู้ดูแลลืมนึกที่จะเอาใจใส่ตนเองจนเกิดผลกระทบที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ดูแลตามมา

2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสุขภาพที่นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิตและการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้บาดเจ็บ ต่อผู้ดูแล หรือบุคคลที่อยู่รอบข้างและต่อสังคม (Florain and Katz, 1991) โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเท่ากับหรือมากกว่าผู้บาดเจ็บสมอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2544) เนื่องจากผู้บาดเจ็บสมองยังมีปัญหาด้านจิตใจ ทำให้ยังต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (MacNair, 1999; Kurylo et al., 2001) สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีหลายด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ต้องกระทำกิจกรรมเกือบตลอดเวลาและเป็นเวลาที่ยาวนาน จนลืมนึกใจดูแลตนเอง และต้องทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพทรุดโทรม (จินตนา สมนึก, 2540 ; วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2539) ร่วมกับไม่มีเวลาสำหรับงานอดิเรกและไม่ได้ออกกำลังกาย (Kurylo et al., 2001; Marsh et al., 1998; Tyerman and Boot, 2001) มีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนการรับประทานอาหารผิดปกติทำให้ความต้องการอาหารลดลง (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2539; Marsh et al., 1998) ทำให้กลายเป็นบุคคลที่อ่อนแอ ง่าย ผู้ดูแลบางรายมีอาการเจ็บป่วยระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เข่า ไข้หวัด ปวดท้อง อ่อนเพลีย ใจสั่น

(นภาพกรณ์ แก้วกรรณ, 2533; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; ชนัญชิตา โพธิประสาธ, 2547) บางรายมีโรคประจำตัวเดิมอยู่แล้วด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2546) บางรายรับรู้ภาระงานมาก ทำให้มีการใช้ยาจนเกินความจำเป็นและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Marsh et al., 1998)

2. ด้านจิตใจ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เกิดความเครียดในสถานการณ์การดูแล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536) โดยภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานานไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการบาดเจ็บจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆอย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน และต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วยมาก่อน จะทำให้เกิดความคลุมเครือและไม่มั่นใจในการดูแล ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนเนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและทำให้เกิดการเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ส่งผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าเรื้อรังได้ในระดับสูง (Marsh et al., 1998)

3. ด้านสังคม เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ไม่มีเวลาเข้าสังคม มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ทำให้ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้หรือรู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงทำให้หลีกเลี่ยงสังคม (Tyerman and Boot, 2001)

4. ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2539; นิภาพรรณ สามารถกิจ และจันทพร ยอดยิ่ง, 2541) ผู้บาดเจ็บสมองบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวที่มีหน้าที่หลักในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัวเมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้หารายได้มา

ทดแทน ในบางรายมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีอยู่แล้ว เมื่อมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงหรือขาดหายไป

ภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะกดดันทางอารมณ์จากการไม่มีเวลาว่างสำหรับงานอดิเรกหรือการพักผ่อนและจากปัญหาทางเศรษฐกิจเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันที่มากเกินไป (Kiecolt et al., 1991; King, Oka, and Young, 1994; Vitaliano, 1997 cited in Kurylo et al., 2001)

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสุขสมบูรณ์

3.1 ความหมายของความสุขสมบูรณ์

“ความสุขสมบูรณ์” แปลจากคำว่า “Wellness” โดยผู้ให้คำแปลเป็นภาษาไทยคือ รองศาสตราจารย์ ดร. วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความสุขสมบูรณ์นี้เริ่มมาจากนายแพทย์ชาวอเมริกัน ชื่อ Hakbert L. Dunn (1961 อ้างถึงใน ประพนอม รอดคำดี, 2538) ซึ่งเป็นผู้เน้นว่ามนุษย์ทุกคนประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (body, mind, spiritual) ซึ่งแยกจากกันไม่ได้ ทั้ง 3 อย่างนี้ต้องเกี่ยวข้องซึ่งกันตลอดเวลา Dunn กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนจะบรรลุสู่ความพึงพอใจในตนเองและจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนได้ก็ต่อเมื่อเขาผู้นั้นมีโอกาสที่จะแสดงออกถึงความเป็นเอกบุคค และความมีศักดิ์ศรี เมื่ออยู่ท่ามกลางบุคคลอื่น พร้อมกับรู้สึกมีพลังแห่งชีวิต (vitality) และรู้สึกว่โลกนี้มีแต่ความสว่างสดใส ซึ่งเขาเรียกภาวะนี้ว่า “High level wellness”

ต่อมา Hettler ได้ให้ความหมายของคำว่าความสุขสมบูรณ์ที่ครอบคลุมและเป็นที่ยอมรับทั่วกันว่า “ความสุขสมบูรณ์ คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิตทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพและด้านจิตวิญญาณ กระบวนการดังกล่าวนี้มีความต่อเนื่อง สัมพันธ์ โดยมุ่งการพัฒนาชีวิตไปพร้อมๆกันทุกด้าน โดยรักษาสสมดุลด้านต่างๆของชีวิตอย่างมีระบบ ทั้งนี้เพราะความเป็นอยู่แต่ละด้านก็ส่งผลถึงกันและกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านหนึ่ง ด้านใดยังส่งผลกระทบกระเทือนถึงความสุขสมบูรณ์โดยรวมด้วย” (Hettler, 1992 อ้างถึงใน ประพนอม รอดคำดี, 2538)

Hales (1994, อ้างถึงในดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ, 2541) ได้อธิบายความหมายของความสุขสมบูรณ์ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและมีชีวิตชีวา ที่ไม่มีเพียงจุดมุ่งหมายเดียว หรือความสำเร็จในจุดใดจุดหนึ่งเพียงจุดเดียว เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญต่อชีวิตในทุกด้านของชีวิต ซึ่งให้เห็นถึงจุดที่มีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงและเสนอแนะแนวทางที่จะช่วยให้แต่ละบุคคลพัฒนาสุขภาพและระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น

Anspaugh, Hamrick and Rosato (1997) ให้ความหมายของสุขสมบูรณ์ไว้ว่า เป็นการประสานกันระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมที่ทำให้สามารถเพิ่มศักยภาพของบุคคลและทำให้เกิดคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นความสุขสมบูรณ์จึงเป็นการแสดงถึงการพัฒนาระดับสูงสุดของภาวะสุขภาพ

Edlin, Golanty and Brown (1999) ได้ให้ความหมายของความสุขสมบูรณ์ไว้คือ การให้ความสำคัญกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีและมีความสุข

ดังนั้นความสุขสมบูรณ์จึงหมายถึง กระบวนการพัฒนาชีวิตคนทั้งคน โดยมีการประสานกันระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลในการพัฒนาภาวะสุขภาพให้ถึงระดับสูงสุดทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพ และด้านจิตวิญญาณ

3.2 องค์ประกอบของความสุขสมบูรณ์/ แนวคิดทฤษฎี

ประนอม รอดคำดี (2538); Hettler (1980 cited in Warner, 1984); Edlin, Golanty and Brown (1999) ได้อธิบายองค์ประกอบของความสุขสมบูรณ์ไว้ 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การคงสภาพความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของระบบไหลเวียนโลหิต มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค รู้อาการเริ่มต้นของการเจ็บป่วย มีพัฒนาการทางด้านร่างกายสมบูรณ์ และรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุและจากการใช้ยา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. ด้านสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมหรือเสียสละเพื่อชุมชน รวมทั้งการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติ ตระหนักรู้ด้านการปฏิบัติต่อสังคม

3. ด้านอารมณ์ หมายถึง การตระหนักและยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและต่อการมีชีวิตอยู่ สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์และแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

4. ด้านสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อขยายความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพของตน สามารถแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่นได้ มีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และรักการเรียนรู้ตลอดชีวิต

5. ด้านการงานอาชีพ หมายถึง ความพึงพอใจต่องานที่รับผิดชอบ รวมทั้งความรู้สึกด้านดีและทุ่มเทกายใจต่อการปฏิบัติงาน มีทักษะความสามารถในงานที่ทำ

6. ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การแสวงหาความหมายและเป้าหมายของการดำรงชีวิต มีความรู้สึกที่ดีงามต่อชีวิตและธรรมชาติ มีการแสวงหาความสมดุลในการดำรงอยู่ในสังคม เกิดความรู้สึกสบายใจ ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่น

Anspaugh, Hamrick and Rosato (1997) ให้ความหมายขององค์ประกอบความสุขสมบูรณ์ไว้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆได้สำเร็จ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ มีระดับไขมันที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น รวมทั้งหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่ สุขภาวะทางกาย เป็นนิสัยดำเนินวิถีชีวิตในด้านบวก

2. ด้านอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมความเครียดและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและอย่างสบายใจ สุขภาวะทางอารมณ์เป็นการยอมรับความรู้สึกที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และไม่ยอมพ่ายแพ้ต่อความล้มเหลว

3. ด้านสังคม หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เคารพนับถือบุคคล สุขภาวะทางสังคมนั้นเป็นความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นและยอมรับทัศนคติ ความเชื่อที่แตกต่าง

4. ด้านสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการเรียนและการใช้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบุคคล ครอบครัวและการประกอบอาชีพ สุขภาวะทางสติปัญญา หมายถึง ความพยายามให้บรรลุผลสำเร็จของความเจริญเติบโตและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆที่ทำทนายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความเชื่อในเรื่องพลังของธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ ศาสนา หรือพลังอำนาจที่เหนือกว่าของบุคคลรวมถึง ศีลธรรม คุณค่าและจริยธรรม มนุษย์ทุกคนมีการรับรู้เรื่องจิตวิญญาณซึ่งให้ความหมายโดยตรงต่อชีวิตและทำให้สามารถเจริญเติบโต เรียนรู้และเผชิญกับสิ่งท้าทายใหม่ๆ ภาวะทางจิตวิญญาณที่เหมาะสมคือการค้นพบ เชื่อมต่อ และแสดงออกถึงเป้าหมายในชีวิต จิตวิญญาณในมิติของความสุขสมบูรณ์นั้นแตกต่างจากมิติทางศาสนา จิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับการรับรู้ทางศาสนา แต่ไม่ยึดติดกับโครงสร้างของศาสนา

Hales (1994 อ้างถึงในดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ, 2541) ได้ชี้ให้เห็นจุดที่มีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงและเสนอแนะแนวทางที่จะช่วยให้แต่ละบุคคลพัฒนาสุขภาพและระดับของการเป็นอยู่ให้ดีขึ้น โดยมีสุขภาพที่ครอบคลุมในด้านต่างๆดังนี้

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง ภาวะใดๆก็ตามที่สามารถดูแลและรักษาสุขภาพให้ปลอดภัย การดูแลสุขภาพกายให้สมบูรณ์นั้นจะต้องระมัดระวังการเจ็บป่วย และมีความเป็นอยู่ที่ดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมและสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ฝึกระวังอาการเจ็บป่วย ดูแลรักษาตนเองตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย และระวังการเกิดอุบัติเหตุ

2. สุขภาพจิต (Psychological Health) เหมือนกับภาวะร่างกายแข็งแรง แต่สุขภาพจิตนั้นมีภาวะที่มากกว่าการปราศจากปัญหาและความเจ็บป่วย สุขภาพจิตนั้นจะรวมทั้งภาวะด้านอารมณ์ (emotional) และจิตใจ (mental) นั่นก็คือ ความรู้สึกและความคิด ซึ่งรวมไปถึงการตระหนักและยอมรับในความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นด้วย สามารถที่จะแสดงอารมณ์ออกมา มีการกระทำอย่างมีอิสระและควบคุมอารมณ์ตนเองได้

3. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต มีประสบการณ์ในการเรียนรู้เรื่องความรัก ความสนุกสนาน ความสงบ และการใช้ชีวิตให้สมบูรณ์แบบ และการช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับความสำเร็จที่มุ่งหวัง

4. สุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมในการสร้างความสุข และความหมายของชีวิต รวมถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข มีความพอใจในสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น รักษากฎระเบียบของสังคม มีความสามัคคีกับผู้อื่นในสังคม และฝึกหัดตนเองให้มีสัมพันธ์ภาพทางเพศที่ปลอดภัย

5. สุขภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่ที่ดี ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางอากาศ ทางน้ำ ทางดิน และผลจากการกระทำของมนุษย์ และรวมหมายถึง การช่วยดูแลสิ่งแวดล้อมด้วย

3.3 การประเมินความสุขสมบูรณ์

การประเมินหรือวัดความสุขสมบูรณ์ของบุคคลนั้น มีผู้พยายามศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเริ่มจากการที่คนอเมริกันต้องการที่จะลดภาระพึ่งพาในระบบบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง และจากการศึกษาพบว่าคนอเมริกันมีอัตราการตายจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคติดเชื้อหรือโรคขาดสารอาหาร คนเหล่านี้จึงหันมาให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคมากขึ้น ขั้นตอนสำคัญที่บุคคลต้องทำก่อนจะปฏิบัติตนด้านการป้องกันโรคคือ การตรวจสอบแบบแผนการใช้ชีวิตประจำวันของตน (Examine one's life style)

ในปี 1980 Dr. Hettler (อ้างถึงใน ประพนอม รอดคำดี, 2538) ได้นำรูปแบบความสุขสมบูรณ์ (Wellness model) ของ Dr. Dunn มาใช้ในวงการอุดมศึกษาที่มหาวิทยาลัย Wisconsin ที่ Steven Point โดยให้เหตุผลว่าการส่งเสริมความสุขสมบูรณ์ในกลุ่มคณาจารย์ บุคลากรและนักศึกษาจะช่วยให้อัตราการคงอยู่ของนักศึกษา บุคลากรและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยสูงขึ้นและจะส่งผลถึงสุขภาพของคนให้มีอายุยืนยาว

เครื่องมือที่ Hettler ใช้คือ แบบวัดความสุขสมบูรณ์ (TestWell) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ดีที่สุด เพราะประกอบด้วยการใช้ชีวิตทั้ง 6 ด้าน ที่ครอบคลุมบุคคลทั้งคน (Whole

person) โดยผู้ตอบจะรายงานถึงระดับการตระหนักรู้ (aware) ว่าตนเองใช้ชีวิตในแต่ละด้านเป็นอย่างไร จากการให้ค่าคะแนน 5 ถึง 1 (สูงสุด 5 คือปฏิบัติเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ต่ำสุด 1 คือเกือบไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย) โดยเทียบเกณฑ์คะแนนดังนี้

คะแนน 425 - 500	ระดับความสุขสมบูรณ์สูง
คะแนน 350 - 424	ระดับความสุขสมบูรณ์ปานกลาง
คะแนน 349 หรือต่ำกว่า	ระดับความสุขสมบูรณ์ต่ำ

สำหรับในประเทศไทย ประพนอม รอดคำดี (2538) ได้แปลแบบวัดความสุขสมบูรณ์ (TestWell) ของ Hettler (1980) จำนวน 100 ข้อ มาใช้ในการศึกษาเพื่อหาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร

ต่อมาในปี ค.ศ. 2001 Hettler (อ้างถึงใน พรรรถพิไล สุทธนะ, 2545) ได้มีการปรับปรุง TestWell เป็นแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ (wellness) และเรียกแบบประเมินชุดนี้ว่า LiveWell โดย Hettler ได้ปรับปรุงเพิ่มข้อคำถามใหม่บางข้อทั้งนี้ยังประกอบด้วยการใช้ชีวิต 6 ด้านและให้ค่าคะแนน 5 ถึง 1 (สูงสุด 5 คือปฏิบัติเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ต่ำสุด 1 คือเกือบไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย) คะแนนเต็ม 500 โดยแปลเป็นร้อยละ และนำมาเทียบเกณฑ์ดังนี้

90 - 100 %	ความสุขสมบูรณ์ระดับดีมาก
80 - 89 %	ความสุขสมบูรณ์ระดับดี
70 - 79 %	ความสุขสมบูรณ์ระดับปานกลาง
60 - 69 %	ความสุขสมบูรณ์ระดับพอใช้
น้อยกว่า 60 %	ความสุขสมบูรณ์ระดับต่ำ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสุขสมบูรณ์ (Test Well) ของ Nation Wellness Institute (1999) ที่สร้างจากแนวคิดของ Hettler (1980) โดยแบ่งการวัดตามช่วงวัยและผู้วิจัยได้นำแบบวัดสำหรับผู้ใหญ่จำนวน 50 ข้อมาปรับให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

3.4 ความสุขสมบูรณ์ในผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน เช่น การบาดเจ็บทางสมอง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นบทบาทใหม่ที่สมาชิกครอบครัวไม่เคยคาดคิดมาก่อน สิ่งที่เกิดขึ้นตามมากับผู้ดูแลก็คือต้องมีภาระหน้าที่ ต้องใช้เวลาที่มากมายและยาวนานในการให้การดูแล ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลเองต้องดีเท่ากับผู้รับการดูแล (Kurylo et al, 2001) จากการศึกษา Haley et al. (1995) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมหรือในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเหล่านี้มีระดับความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแล โดยวัดจากความเครียด

(depression) ความวิตกกังวล (anxiety) ความผาสุก (well-being) และสุขภาพทางกาย (physical health) ภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะกดดันทางอารมณ์จากการไม่มีเวลาว่างสำหรับตนเองเพื่องานอดิเรกหรือการพักผ่อนและจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่เกิดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลพัฒนาไปสู่ปัญหาด้านหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันที่มากเกินไป (Kiecolt et al., 1991; King, Oka, and Young, 1994; Vitaliano, 1997 cited in Kurylo et al., 2001) ท้ายที่สุดผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลละเลยความต้องการของตน ทั้งงานอดิเรก และไม่สนใจตนเอง (Quittner, Opiari' Regoli, Jacobsen, and Eigen, 1992) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยที่พวกเขารักลดน้อยลงถ้าความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลถูกบั่นทอนเป็นเวลานาน (Kurylo, et al. 2001)

3.5 แนวคิดสุขภาพของคร่อมแนวพุทธ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต, 2548) ให้ความหมายของสุขภาพของคร่อมแนวพุทธ คือ การพัฒนาที่สมดุล ครบถ้วนทั้งด้านกายภาพ สังคม จิตใจและปัญญา ในมุมมองตามหลักพุทธศาสนาแล้ว สุขภาพไม่ใช่เรื่องของการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้นแต่จะต้องมีองค์ประกอบดังนี้คือ วิชา วิมุตติ วิสุทธิ และสันติ

วิชา คือ ความสว่าง ผ่องใส กระจ่างแจ้ง มองเห็นชัดเจน ซึ่งเป็นลักษณะของปัญญา

วิมุตติ คือ ความเสรี ได้แก่ ความปลอดโปร่ง โล่งเบา หลุดพ้น ไม่ถูกปิดกั้นจำกัดบีบคั้น ไม่ติดขัดคับข้อง ไม่ถูกผูกมัดกดทับไว้ แต่เคลื่อนไหวได้คล่องตามปรารถนา คือภาวะที่เป็นอิสระ

วิสุทธิ คือ ความสะอาด หรือความบริสุทธิ์หมดจดสดใส ไม่มีความขุ่นมัวเศร้าหมอง ไม่เลอะเทอะเปรอะเปื้อน ไม่ใช่แค่ความสะอาดด้านวัตถุหรือรูปธรรม แต่หมายถึงด้านจิตใจที่ไม่มีความหมองมัว ไม่มีความขุ่นมัวเศร้าหมอง

และสันติ คือ ความสงบ ได้แก่ภาวะที่ไม่มีความร้อนรนกระวนกระวาย ไม่กระสับกระส่าย ไม่เร่าร้อน ไม่ว้าวุ่น ไม่พลุ่งพล่าน ทั้งร่างกายและจิตใจไม่ถูกรบกวน ไม่มีอะไรมาระคายเคือง คือสงบ อยู่ตัว

วิชา วิมุตติ วิสุทธิ และสันติ ทั้งหมดนี้เป็นลักษณะหรือภาวะด้านต่างๆที่สำคัญของภาวะสมบูรณ์อันเดียวกัน ซึ่งเมื่อมีสิ่งเหล่านี้แล้วอาการแห่งความสุขก็ปรากฏออกมาได้ แต่ถ้าขาดไปแม้แต่บางด้าน ความสุขถึงจะบอกว่ามี ก็จะเป็นความสุขที่แท้จริงไม่ได้

เพราะการขาดองค์ประกอบอย่างหนึ่งอย่างใดย่อมทำให้ชีวิตเสียสมดุล การพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์จึงต้องพัฒนาทั้งระดับภายในตัวบุคคล ทำที่ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

ระบบการพัฒนาคน เพื่อมีองค์รวมการดำเนินชีวิตที่ดี

การพัฒนาคนให้ถูกต้องตามหลักความเป็นจริงของธรรมชาติของชีวิตนั้นเป็นการทำให้เขามีชีวิตที่เป็นอยู่ถูกต้องหรือดำเนินชีวิตได้อย่างดี ดังที่เรียกว่า ให้เป็นองค์รวมการดำเนินชีวิตที่ดี ด้วยระบบการพัฒนาคนให้ถูกต้อง การพัฒนาคนที่จะบรรลุผลให้เขามีสุขภวะนั้น จะต้องเป็นองค์รวมของการดำเนินชีวิตทั้ง 3 แดน ก้าวเกื้อกันไปโดยอิงอาศัยเป็นปัจจัยแก่กันอย่างลงตัว พอเหมาะพอดีสอดคล้องไปด้วยกันได้แก่

1. การพัฒนาแดนความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ (ธรรมชาติ วัตถุสิ่งของ เทคโนโลยี) และสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ มวลเพื่อนมนุษย์ เรียกรวมว่า ศิล แยกเป็น

1) อินทรีย์สังวร คือ รู้จักใช้อินทรีย์ เช่น ตา หู ใจ ฟัง เป็น เป็นต้น เพื่อให้ได้ประโยชน์ โดยมุ่งเพื่อการศึกษา ไม่ติดหลงในการเสพ

2) ปัจจัยปฏิเสวนา คือ กินใช้เสพบริโภคด้วยปัญญา โดยรู้จักประมาณ ให้เป็นการกินเสพพอดี ที่จะ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนการพัฒนาชีวิต

3) สัมมาอาชีพะ คือ ประกอบอาชีพที่สุจริต ซึ่งไม่เบียดเบียนใคร แต่เป็นงานสร้างสรรค์เกื้อกูล และทำโดยซื่อตรงตามจุดหมาย กับทั้งได้เป็นโอกาสในการพัฒนาชีวิตของตน

4) วินัยบัญญัติ คือ การรักษากติกาของชุมชนหรือสังคม โดยถือเป็นข้อปฏิบัติในการฝึกตน เพื่อให้วิถีชีวิตร่วมกันนั้นเป็นเครื่องเอื้อโอกาสในการก้าวสู่จุดหมายของการพัฒนาชีวิต โดยมีตนเองเป็นส่วนร่วมในการสร้างสภาพเอื้อโอกาสนั้น

2. การพัฒนาภวะจิต ทั้งด้านคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพจิต ให้เป็นจิตใจที่ตั้งงาม เข้มแข็ง มีความสุข โดยมีเจตจำนงที่เป็นกุศล และมีสภาพเอื้อพร้อมต่อการใช้งานทางปัญญา เรียกสั้นๆว่า สมภา

3. การพัฒนาทางปัญญา ให้รู้เข้าใจมองเห็นตามเป็นจริง ที่จะทำให้ปฏิบัติจัดการแก้ไข ปรับปรุงทุกอย่างทุกด้านอย่างถูกต้อง ได้ผล จนหลุดพ้นจากปัญหา ดับทุกข์ได้ ทำให้เป็นอิสระ สดใสเบิกบาน สุขสงบอย่างแท้จริงเรียกว่า ปัญญา

ดังนั้นเมื่อศึกษาฝึกฝนการดำเนินชีวิตทั้ง 3 แดนนี้ไปแค่นั้น ก็มีองค์รวมการดำเนินชีวิตที่ดีเท่านั้น ฝึกฝนพัฒนาอย่างไรก็ได้องค์รวมที่ดีขึ้นอย่างนั้น

การชี้วัดว่าตัวบุคคลมีสุขภวะอย่างไรนั้นให้ดูจากผลของการพัฒนาด้านต่างๆ ที่เรียกว่า “ภาวนา 4” คือการพัฒนา (development) 4 ด้าน มีดังนี้

1. ภาวนา (การพัฒนากาย การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ – physical development) คือ การมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในทางที่เกื้อกูล ได้ผลดี โดยรู้จักอยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกันกับธรรมชาติ และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ แต่ให้เกื้อกูลเป็นคุณ โดยเฉพาะให้

ก. รู้จักใช้อินทรีย์ เช่น ตา หู ใจ ฟัง เป็นต้น อย่างมีสติ ความเป็น ฟังเป็น ให้ได้ปัญญา

ข. กิน ใช้ ด้วยปัญญา เสพบริโภคปัจจัย 4 และสิ่งของเครื่องใช้ ตลอดจนเทคโนโลยีอย่างฉลาด ให้พอดี ที่จะได้ผลตรงเต็มตามคุณค่าที่แท้จริง ไม่ลุ่มหลงมัวเมา ไม่ประมาทขาดสติ

2. ศิลภาวนา (การพัฒนาศีล, การพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม – moral development; social development) คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีพฤติกรรมดีงามในความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ โดยตั้งอยู่ในวินัย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี และมีอาชีวสุจริต ไม่ใช้กายวาจาและอาชีพในทางที่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหายเวรภัย แต่ใช้เป็นเครื่องพัฒนาชีวิตของตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างสรรค์สังคม ส่งเสริมสันติสุข

3. จิตภาวนา (การพัฒนาจิตใจ – emotional development; psychological development) คือ การทำจิตใจให้สงบขึ้นในคุณธรรม ความดีงาม ความเข้มแข็งมั่นคง และความเบิกบานผ่องใสสงบสุข

สมบูรณ์ด้วยคุณภาพจิต คือ งามด้วยคุณธรรม เช่น มีน้ำใจ เมตตา กรุณา เผื่อแผ่ เอื้ออารี มีมุทิตา มีศรัทธา มีความเคารพอ่อนโยน ซื่อสัตย์ กตัญญู เป็นต้น

สมบูรณ์ด้วยสมรรถภาพจิต คือ มีจิตใจเข้มแข็ง มั่นคง หมั่นขยันเพียรพยายาม กล้าหาญ อดทน รับผิดชอบ มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น และ

สมบูรณ์ด้วยสุขภาพจิต คือ มีจิตใจร่าเริง เบิกบาน สดชื่น เิบอิม โปรงโล่ง ผ่องใส และสงบ เป็นสุข

4. ปัญญาภาวนา (การพัฒนาปัญญา – cognitive development; mental development; intellectual development) คือ การฝึกอบรมเจริญปัญญา เสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจ ให้รู้จักคิด รู้จักพิจารณา รู้จักวินิจฉัย รู้จักแก้ปัญหา และรู้จักการดำเนินการต่างๆ ด้วยปัญญาบริสุทธิ์ ซึ่งมองดูรู้เข้าใจเหตุปัจจัย มองเห็นสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริง หรือตามที่ เป็น ปราศจากอคติและแรงจูงใจแอบแฝง เป็นผู้ที่กิเลสครอบงำบัญชาไม่ได้ ให้ปัญญาเจริญพัฒนาจนรู้เข้าใจหยั่งเห็นความจริง เป็นอยู่ด้วยปัญญา รู้เท่าทัน เห็นแจ้งโลกและชีวิตตามสภาวะ ลุถึงความบริสุทธิ์ปลอดพ้นจากกิเลสสิ้นเชิง มีจิตใจเป็นอิสระสุขเกษมไร้ทุกข์

4. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขสมบูรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และ รายได้ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีทั้งที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ดังนี้

4.1 เพศ จะแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Palank, 1991) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแตกต่างของยีนหรือฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายจะมี โครงสร้างที่แข็งแรง มีลักษณะของความแข็งแกร่ง มั่นคง ในขณะที่เพศหญิงจะมีโครงสร้างที่ บอบบางกว่า มีลักษณะของความนิ่มนวล อ่อนไหวง่าย (Schaffer, 1981 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ในการศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศชายจะมี พฤติกรรมในด้านของการใช้กำลังและการแข่งขัน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเองและบุคคลในครอบครัว การทำกิจกรรมภายใน บ้าน (Ross and Bird, 1994 อ้างถึงใน เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539) จากการศึกษาของ (Schaffer, 1981 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา โดยเพศ หญิงจะมีการเผชิญปัญหาดีกว่าเพศชาย เพราะเพศชายจะได้รับการคุกคามจากการเจ็บป่วย มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายขาดความพยายามในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการค้นหา วิธีการในการแก้ปัญหาทางสุขภาพ ส่วนเพศหญิงจะมีความสนใจในการค้นหาแหล่งที่ช่วยอำนวยความสะดวก การมีสุขภาพที่ดีมากกว่า ในทำนองเดียวกันจากการศึกษาของ Johnson (1991) ที่ศึกษาการ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทพบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดมากกว่าเพศชาย และ Marsh et al. (1998) และ Sisk (2000) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความเครียด จากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย

จะเห็นได้ว่าเพศมีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิต การแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ พฤติกรรม ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่าง กัน

4.2 อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากการรับรู้ ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการ ตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และบุคคลอื่น โดยความสามารถเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึง วัยชรา และพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) วัยรุ่นหรือวัยหนุ่ม

สาวอายุ 13-20 ปี เป็นวัยที่มีการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นช่วงหัวเลี้ยว หัวต่อจากการเป็นเด็กมาเป็นผู้ใหญ่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีจินตนาการสูง สนใจตนเอง ชอบสนุกสนานกับเพื่อน มีความคิดกว้างไกล พยายามแสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อเพิ่มความสามารถของตนเอง แต่ยังมีขาดวุฒิภาวะที่เพียงพอ และทักษะประสบการณ์ทางสังคมมีจำกัด ทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีขีดจำกัด ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น เป็นวัยของการมีครอบครัวและบุตร ต้องอบรมเลี้ยงดูบุตร สามารถทำงานได้เต็มที่ มีความกระฉับกระเฉงว่องไว มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี มีการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงความเป็นจริง มีความอดทน มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง สามารถเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ด้านสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง เพื่อให้มีสุขภาพดี ส่วนผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงผู้สูงอายุ ร่างกายทรุดโทรม ความกระฉับกระเฉงว่องไวลดลง มีปัญหาด้านจิตใจ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาลดลงด้วย (สุชา จันทรเอม, 2536)

นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) ยังได้กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการคิด การใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิถีในการเผชิญปัญหาและมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น และมีวิถีทางเลือกการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; Sisk, 2000) ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อองค์ประกอบของความสุขสมบูรณ์

4.3 ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่บอถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคล ความรู้จึงเป็น

ส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการรู้คิด เพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยบุคคลในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็น Jalowiec and Powers (1981) กล่าวว่า การศึกษาที่ดีช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ เลือกวิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม บุคคลที่มีการศึกษาจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักซักถามปัญหาต่างๆ ตลอดจนรู้จักการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย จะขาดความเข้าใจในเหตุการณ์ และต้องการเวลามากในการทำความเข้าใจ ในเหตุการณ์ อาจมีการประเมินสถานการณ์ไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กล่าวว่า การศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ แบบแผนการใช้ชีวิต ทั้งเป็นการเตรียมให้บุคคลเข้าใจสังคม พัฒนาความคิดต่างๆ ต่อการดำรงชีวิตในทางที่ดีขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจในการเลือกแบบแผนการใช้ชีวิต

(Wellness lifestyle) ได้เหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสมจะส่งผลโดยตรงต่อความสุขสมบูรณ์ที่ดี (Levy, Dignan, and Shirreffs, 1992)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษาทั้งมีและไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ เช่น ปีติมา ฉายโสภาส (2546) ที่ศึกษาพบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แต่จากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่า คนที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจในการเลือกแบบแผนการใช้ชีวิตได้เหมาะสมกว่า

4.4 รายได้ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตและช่วยให้มีโอกาสในการติดต่อกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 1996) รายได้เอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาของนริรัตน์ นิลขำ (2548) พบว่า รายได้สามารถพยากรณ์การทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้ และจากการศึกษาของ ชุติมา บุรณฉนิต (2539) พบว่ารายได้อาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล

5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล

5.1 ความหมายของภาวะการดูแล

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ดูแล (Thompson et al., 1993) ดังนั้นการให้ความหมายของคำว่า “ ภาวะ ” จึงแตกต่างกันตามไปด้วย ดังเช่น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2526, หน้า 616 ภาวะของผู้ดูแลหมายถึง งานที่หนักของผู้ดูแล เช่นเดียวกับ Montgomery, Stull, and Borgatta (1985) กล่าวว่า ภาวะการดูแล คือการรับผิดชอบในสิ่งที่ผู้ดูแลรู้สึกหนักหรือ ยากลำบาก สอดคล้องกับ Platt (1985) ที่กล่าวว่า ภาวะการดูแลเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่สร้างความลำบากแก่ผู้ดูแล อันเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่วน Poulshock and Demling (1984) มองภาวะของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งผลอันไม่พึงปรารถนาดังกล่าวจะครอบคลุมทั้งผลอันไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติการณ์ดูแลและผลอันไม่พึงปรารถนาจากผลกระทบของการดูแล จากความหมายของภาวะดังกล่าวข้างต้นเป็นการมองภาวะในลักษณะของปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการดูแล ซึ่งเป็นการมองภาวะเพียงมิติเดียว Thomson and Doll (1982); Montgomery et al. (1985) ให้ข้อเสนอแนะว่าการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลจากการมองในลักษณะ

ของปัญหา หรือผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่ครอบคลุมภาวะของผู้ดูแลทั้งหมด นักวิจัยดังกล่าวจึงเสนอว่า ในการมองภาวะของผู้ดูแลนั้นควรจะมีมิติแยกกัน กล่าวคือในมิติแรก เป็นการมองภาวะในลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว และความเป็นอิสระลดลง การถูกจำกัดเกี่ยวกับการพบปะบุคคลในสังคม ซึ่งทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงไปและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเรียกภาวะในมิตินี้ว่า ภาวะเชิงประนัย (objective burden) ส่วนมิติที่สอง เป็นความรู้สึก ทัศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือสถานการณ์การดูแลที่ยากลำบาก หรือเป็นการประเมินผลที่ไม่พึงปรารถนาอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเรียกภาวะในมิตินี้ว่า ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) โดยผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาวะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปพบว่าผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาวะหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองสัปดาห์ถึงสองเดือน (Bull, 1990)

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการมองภาวะของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery, Gongea, and Hooyman (1985)

5.2 การประเมินภาวะการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลซึ่งมีหลากหลายและแตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาวะของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปเช่นกัน โดยทั่วไปสามารถประเมินภาวะได้จากการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อสถานการณ์การดูแล ที่บ่งชี้ภาวะสองประเภทคือ ภาวะเชิงประนัยกับภาวะเชิงอัตนัย ซึ่งภาวะเชิงประนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแล อันมีสาเหตุจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เป็นประสบการณ์ในทางไม่ดี (Braithwaite, 1992) เช่นการถูกรบกวนต่อการดำเนินชีวิตภายในครอบครัว (Platt, 1985) ความเป็นส่วนตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หน้าที่การงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสุขภาพ (Montgomery, Gongea and Hooyman, 1985) ส่วนภาวะเชิงอัตนัยจะแสดงถึงความรู้สึก ทัศนคติหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Braithwaite, 1992; Montgomery, Gongea and Hooyman, 1985; Platt, 1985) โดยเครื่องมือที่พบ มีทั้งการประเมินภาวะของผู้ดูแลประเภทเดียวคือ ภาวะเชิงอัตนัย (Lawton et al., 1989; Poulshock and Deimling, 1984; Zarit et al., 1980) และเครื่องมือประเมินภาวะทั้งสองประเภท โดยแบ่งเป็นการประเมินภาวะทั้งสองประเภทในมิติเดียวกัน (Kosberg, Caisl, and Killer, 1990; Robinson, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมทั้งหมดที่ได้จากเครื่องมือจะแสดงถึงภาวะของผู้ดูแลซึ่งไม่สามารถแยกประเภทของภาวะได้ ผลที่ได้จะสะท้อนให้เห็นเพียงผลของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อภาวะของผู้ดูแลโดยรวมเท่านั้น

ส่วนอีกลักษณะหนึ่งคือการประเมินภาวะสองประเภทที่แยกมิติกัน (Montgomery, Gongea, and Hooyman, 1985; Vitaliano et al., 1991) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาวะแต่ละประเภทที่ได้จะนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะประเภทนั้นๆ ผลที่ได้จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อภาวะของผู้ดูแลในแง่ที่ต่างกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินภาวะการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery, Gongea and Hooyman (1985) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลแยกออกเป็นสองประเภทดังกล่าวข้างต้น คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นการมองภาวะที่ครอบคลุม ประกอบกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะของผู้ดูแลตามแนวคิดนี้ได้ถูกสร้างโดยแยกมิติทั้งสองออกจากกันอย่างชัดเจน ทำให้สามารถประเมินภาวะของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันเป็นอย่างดี

5.3 ภาวะการดูแลและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จะเห็นได้ว่าภาวะของผู้ดูแลเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากในการดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะดำรงชีวิตอยู่กับความพิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้บาดเจ็บสมองที่รอดชีวิตมีความบกพร่องในการดูแลตนเองจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ความต้องการการตอบสนองการดูแลจากผู้ดูแลจึงค่อนข้างมาก ทำให้กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลมากขึ้นและจากธรรมชาติของการฟื้นฟูสภาพที่ต้องใช้เวลานานทำให้ผู้ดูแลต้องการทั้งเวลา ความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่องและยาวนานสำหรับความรับผิดชอบดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ หรือเกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงก่อให้เกิดภาวะต่อผู้ดูแลได้มาก และส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพ และจิตวิญญาณ

6. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

ในการพัฒนารูปแบบจำลองภาวะสุขภาพนั้น Antonovsky เน้นในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพและการเกิดความสุขในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากในการดำรงชีวิตของมนุษย์นั้นจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ และความแปรปรวนในชีวิตอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ผลที่ตามมาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้นแทนที่จะสนใจเฉพาะบุคคลที่เกิดโรคแล้วค้นหาคำตอบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคนั้น ก็ควรจะสนใจและพยายามหาคำตอบว่ากลุ่มบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงนั้น มีปัจจัยอะไรที่ทำให้คนเหล่านั้นดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิตอยู่

ได้ คำตอบที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าป้องกันหรือรักษา แนวคิดเรื่อง ปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลที่มีสุขภาพดีและความผาสุกนั้นได้มาจากการศึกษาค้นคว้าและ วิจัยของ Antonovsky (1979) ซึ่งได้ตั้งข้อสังเกตว่า เซลยสงครามที่ถูกกักขังในค่ายและต้องประสบ กับเหตุการณ์มากมายที่ก่อให้เกิดความเครียด แต่มีเซลยบางคนที่ยังมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต Antonovsky จึงได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เซลยที่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงทั้งหมด 51 คน ผลการ วิเคราะห์คำให้สัมภาษณ์พบว่า เซลยสงครามกลุ่มที่มีสุขภาพดีเป็นบุคคลที่มองโลกในลักษณะ ต่อไปนี้ คือ 1) สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและ ภายนอกตนนั้น มีระบบระเบียบ สามารถทำนายได้และสามารถอธิบายได้ 2) มนุษย์เรามีแหล่ง ประโยชน์ที่สามารถจัดการกับสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ 3) สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งท้าทาย มี คุณค่า และคุ้มค่าสำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ Antonovsky เรียกคุณลักษณะนี้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence)

6.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นคำที่แปลโดย ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล เป็นครั้งแรกในประเทศไทย จากมโนทัศน์ “ sense of coherence” ซึ่งเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญของ ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของ Antonovsky (1979) ได้อธิบายความหมายของ ความเข้มแข็งใน การมองโลก ไว้ว่า เป็นการรับรู้และประเมินโดยกระบวนการทางปัญญาด้วยความเชื่อมั่นว่า เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ามากระทบตนเองจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกชีวิตคนเรา นั้น เป็นสิ่งที่ท้าทาย เป็นระบบ ระเบียบ ไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลและสามารถ พยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจาก สิ่งเร้าต่างๆ สิ่งเร้าเหล่านั้นมีคุณค่าและคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและกำลังสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง ไปได้ ความรู้สึกเหล่านี้เป็นสิ่งที่คงทนอยู่ในตัวบุคคลแต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ความเข้มแข็งใน การมองโลกจึงเป็นวิธีการมองโลกและชีวิตของตนเองในโลก เป็นวิธีการมองอย่างทั่วๆไปไม่เฉพาะ เรื่องใดเรื่องหนึ่งของชีวิตหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง หรือเวลา ใดเวลาหนึ่ง และเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีองค์ประกอบทั้งด้านสติปัญญา ความนึกคิดและ อารมณ์ความรู้สึก ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในโครงสร้างบุคลิกภาพ พื้นฐานของบุคคล แม้จะเป็นสิ่งที่คงทนในตัวบุคคลแต่มีลักษณะเป็นพลวัต คือสามารถเสริมสร้าง และปรับเปลี่ยนได้ตลอดชีวิตของบุคคล (Antonovsky, 1979) ความเข้มแข็งในการมองโลกตาม แนวคิดของ Antonovsky (1979) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้ (Comprehensibility) เป็นการรับรู้ ว่า สิ่งเร้า หรือสิ่งที่ทำให้เกิดเครียดซึ่งมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตน เป็นสิ่งที่มีระบบระเบียบ

มีโครงสร้างและมีความชัดเจน เป็นสิ่งที่สามารถสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล สามารถทำนายหรือคาดการณ์ได้และสามารถจัดให้เป็นระบบระเบียบได้ เหตุการณ์รุนแรงในชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้ แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญ บุคคลสามารถเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นๆได้

2. การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถจัดการได้ (Manageability) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ตอบสนอง หรือจัดการกับปัญหาที่รุมเร้าตนอยู่ แหล่งประโยชน์นั้นๆ อาจเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถควบคุมด้วยตนเอง หรือควบคุมโดยบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับตน หรือเป็นผู้ที่ตนเชื่อถือไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้นำในสังคมของตน และแพทย์ เป็นต้น เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ใดก็ตาม บุคคลจะไม่รู้สึกว่าเป็นผู้เคราะห์ร้าย หรือรู้สึกว่าชีวิตไม่ยุติธรรมกับตน บุคคลจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตได้ โดยไม่เศร้าโศกกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มียุติสิ้นสุด

3. การมองว่าสิ่งต่างๆ มีความหมาย (Meaning) เป็นความรู้สึกของบุคคล ว่าปัญหาหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และคุณค่าที่จะเข้าไปมีพันธะผูกพัน (commitment) และทุ่มเทพลังในการจัดการ บุคคลจะมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และรู้สึกยินดีที่จะเผชิญหรือจัดการแก้ไขโดยไม่รู้สึกว่า เป็นภาระที่ยุ่งยาก เขาจะทำการค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นและจะทำดีที่สุด เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นๆอย่างมีศักดิ์ศรี

ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตในบริบทของสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละคน โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เพิ่มและชัดเจนขึ้นในวัยรุ่นจนกระทั่งค่อนข้างคงที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุประมาณ 30 ปี หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างตลอดชั่วชีวิต ประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล มีลักษณะดังนี้ (Antonovsky, 1987)

1. เป็นประสบการณ์ชีวิตที่มีความสม่ำเสมอ และมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคล ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถในการเข้าใจสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น

2. ประสบการณ์ชีวิตนั้นๆ เป็นสิ่งที่บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระทำ และกำหนดผลที่เกิดขึ้น ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และคุณค่าที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข

3. เป็นประสบการณ์การเผชิญกับสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่มีความสมดุลพอดี ไม่น้อยเกินไปหรือมากเกินไปที่บุคคลจะจัดการได้ ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้เกิดการรับรู้ว่าตนมีความสามารถและมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ นอกจากประสบการณ์ชีวิตที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้นจะช่วยพัฒนาความเข้มแข็งในการ

มองโลกของคุณแล้ว การประสบความสำเร็จในการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต
ยังเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญ ในการกระตุ้นให้บุคคลใช้
แหล่งต้านทานความเครียดทั่วไปของตนในการจัดการกระทำและเอาชนะสิ่งเร้า ทำให้บุคคล
ประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะตึงเครียดและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพได้

6.2 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987) ได้สร้างข้อความในแบบวัดขึ้นอย่างเป็นระบบ และสะท้อนถึง
โครงสร้างของความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก ทุกข้อความในแบบวัดได้ผ่านการ
พิจารณาและมีความเห็นพ้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่มีความรู้ความเข้าใจในมโนทัศน์
และทฤษฎีแหล่งกำเนิดของสุขภาพ ว่าเป็นข้อความที่วัดความเข้มแข็งในการมองโลกด้านใด ข้อใด
ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นแตกต่างกันก็จะถูกตัดทิ้งไป ขั้นตอนในการพัฒนาแบบวัดความ
เข้มแข็งในการมองโลกนับว่ามีระบบ ระเบียบ และสะท้อนให้เห็นว่าแบบวัดความเข้มแข็งในการ
มองโลกมีความตรงทางเนื้อหา และมีความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎี

ข้อความในแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบได้ ตั้งแต่ 1-7
คะแนน โดยตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ตัวเลขจาก 2- 6
จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ โดยอาศัยข้อความตำแหน่งเลข 1 และ
เลข 7 เป็นหลัก ข้อความในแบบวัดประกอบด้วย ข้อความที่มีความหมายทางบวกและทางลบ
ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ มี 13 ข้อ การให้
คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนความเข้มแข็งในการมอง
โลกทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 29-203 คะแนนยิ่งสูงบ่งบอกถึงความเข้มแข็งในการมองโลกยิ่งสูง
การนำไปใช้สามารถใช้ฉบับสมบูรณ์ 29 ข้อ (SOC-29) หรือฉบับย่อ 13 ข้อ (SOC-13)

Antonovsky (1993 อ้างถึงใน พัชรินทร์ นินทจันทร์ รัชนี้ นามจันทร์ และสมจิต
หนูเจริญกุล, 2543) ได้รวบรวมรายงานการศึกษาที่ใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่ง
พบว่า มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง โดยมีผู้ใช้จำนวน 113 คน (กลุ่มคน) จาก 20 ประเทศ มีการ
แปลเป็นภาษาต่างๆ 14 ภาษา และมีการใช้กับประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งต่างชนชั้นทางสังคม ต่าง
ศาสนา ต่างวัฒนธรรม และครอบคลุมทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่เด็กอายุ 10 ปี จนถึงผู้สูงอายุ รายงาน
การศึกษาส่วนใหญ่ นำแบบวัดไปใช้โดยไม่มี การปรับเปลี่ยน การปรับเปลี่ยนแบบวัดพบเพียง
เล็กน้อยในบางรายงานการศึกษา เช่น มีการแก้ไขคำบางคำในข้อความของแบบวัด และการปรับ
ระดับการวัด 7 ระดับ เป็น 5 ระดับ เป็นต้น รายงานการศึกษาที่ใช้แบบวัด SOC-29 จำนวน

26 เรื่อง ได้ค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา ระหว่าง .82 ถึง .95 ส่วนการศึกษาที่ใช้แบบวัด SOC-13 จำนวน 16 เรื่อง ได้ค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา ระหว่าง .74 ถึง .91 แสดงว่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ต่างภาษา และวัฒนธรรม

สำหรับแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2532) นั้น ได้ถูกนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วย ไม่เจ็บป่วย และในหลายช่วงอายุ ตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ การศึกษาที่ใช้แบบวัด SOC-29 ที่มีระดับการวัด 7 ระดับจำนวน 6 เรื่อง พบว่าค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา ระหว่าง .83 ถึง .94 การศึกษาที่ใช้แบบวัด SOC-29 ที่มีระดับการวัด 5 ระดับจำนวน 2 เรื่อง พบว่าค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา ระหว่าง .89 ถึง ส่วนการศึกษาที่ใช้แบบวัด SOC-13 ที่มีระดับการวัด 5 ระดับจำนวน 1 เรื่อง พบว่าค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .77 ซึ่งแสดงว่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงสูง หรือมีความสอดคล้องภายในสูง ในกลุ่มตัวอย่างหลากหลายเช่นเดียวกับที่ศึกษาในต่างประเทศ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด SOC-13 ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2532) มีระดับการวัด 7 ระดับ

6.3 ความเข้มแข็งในการมองโลกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง

ความเข้มแข็งในการมองโลก จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถเผชิญกับสถานการณ์และสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับและมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ความเชื่อว่ามีหนทางที่จะจัดการได้ หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้สนับสนุนในการให้การดูแลได้ เช่น การขอข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรที่มีสุขภาพ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมองเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น โดยไม่รู้สึกรว่าการดูแลเป็นงานที่ยากเกินไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสุขสมบูรณ์ทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลกระทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นสิ่งท้าทายและคุ้มค่าแก่การเกี่ยวข้องหรือดำเนินการยอมทำให้ผู้ดูแลพยายามที่จะเรียนรู้และทำการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ตั้งใจ จริงจังและมีความเอาใจใส่หรือมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น นั่นหมายความว่าผู้ดูแลมีความสุขสมบูรณ์ทางด้านการงานอาชีพ และจิตวิญญาณอันจะนำไปสู่บทบาทการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ นอกจากนี้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยที่ตรงตามความเป็นจริง ประกอบ

กับการมองเห็นแหล่งประโยชน์ ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และเลือกทำกิจกรรมการดูแล และกิจกรรมอื่นๆบางส่วนในบางเวลา และอาศัยความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์บางส่วนเช่น จากญาติ พี่น้อง เพื่อน เมื่อจำเป็นตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นการลดภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำ ด้วยตนเอง และยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับบทบาทภาระหน้าที่ต่างๆที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาทำกิจกรรม พักผ่อน หรือดูแลเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้ง 6 ด้าน

7. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้ผู้ดูแลประเมินประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม

7.1 ความหมาย

ได้มีผู้ให้ความหมาย แรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน Moss (1973 cited in Pender, 1987) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการบอกถึงความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการ ได้รับความรัก การยอมรับนับถือและให้คุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับ Wiess (1984 cited in Weinert, 1985) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกภูมิใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพของบุคคลในสังคมทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ

7.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001; วนิดา รัตนานนท์, 2545)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความสนใจ ซึ่งมักจะได้จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าผู้นั้นด้วย
3. ด้านการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Weiss (1974 cited in Weinert, 1985) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านคือ

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว
2. การได้รับการช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร
3. การได้รับโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย
4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น
5. การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

Kahn (1979 cited in Linsey, 1992) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงอารมณ์ด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพ และการยอมรับ
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง

การได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาการเงิน สิ่งของ หรือแรงงานจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ หรือผิดหวัง

3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พักพิงของบุคคลอื่นได้ หากขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4. การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น และได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า

House (1981) จัดประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย การให้ความรัก และความห่วงใย อาจเป็นข้อความที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่คนอื่น หรือข้อความที่บ่งชี้ถึงการให้ความเคารพนับถือ เอาใจใส่โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อเท็จจริง และคำแนะนำเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ (Instrumental support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและวัตถุ และการช่วยเหลือด้านเครื่องมือเครื่องใช้

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการสื่อข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียดหรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากกระทบจนเกิดความผิดปกติ

7.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือ บทบาทและความรักความผูกพัน มากกว่าสิ่งที่ให้ในการช่วยเหลือ หรือประเภทหรือชนิดของแรงสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งของแรงสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ ดังนี้

Kaplan et al. (1977) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะของกลุ่มบุคคล 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัวปู่ย่า ตายาย ปิตามารดา บุตรหลาน และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่ใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

2. องค์กร หรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยหรือชมรม ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care worker) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) และอารีย์ พงเพชร (2540) กล่าวถึงแนวคิดของ Pender ซึ่งแบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด และสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลผู้มีประสบการณ์หรือความชำนาญ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization or deomination) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งจะเป็แหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี

4. ระบบการสนับสนุนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวเพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรที่ควบคุมโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized directed by health (professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

Lindsey (1992) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลเป็น 4 ประเภท

1. การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา คู่สมรส บุตร
2. การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. การสนับสนุนจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล
4. การสนับสนุนจากเครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มคนที่ไปวัดหรือโบสถ์ด้วยกัน

7.4 เครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 cited in Linsey, 1992) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2532) โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 Brandt และ Weinert ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ ซึ่งได้รับนั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้ง

ทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State(POMS)ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง-.28 ถึง -.48 (Han, Kim, and Weinert , 2002)

2. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2)การสูญเสียเครือข่าย (network) คือ เป็นจำนวนเครือข่าย ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการปฏิสัมพันธ์ 3) ความสูญเสีย (loss) ประกอบด้วยจำนวนแหล่งของลำดับชั้นการสนับสนุนที่ไม่ยาวนาน หรือต้องสูญเสียไป และการรับรู้ปริมาณความสูญเสีย

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริงทั้งหมด ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟ่า .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟ่าไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

3. Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในแรงสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับแรงสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมากถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าอัลฟ่า .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม อยู่ในช่วง .48-.72

4. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1

คะแนน หมายถึง 'ไม่ได้รับ' ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง 'ได้รับทุกวัน' ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและแรงสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

5. Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) พัฒนาโดย Barrera และคณะในปี ค.ศ. 1981 ใช้ในการประเมินขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนชนิดที่เฉพาะเจาะจงในระยะ 30 วันที่ผ่านมา วัดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือการช่วยเหลือด้านวัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ปฏิริยาความใกล้ชิดสนิทสนม การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ถ้าใช้ ISSB วัดความถี่ของปฏิริยาแรงสนับสนุนทางสังคมแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดตัวเลขหรือจำนวนเครือข่ายที่วัดโดย ASSIS

6. Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนสิ่งมีชีวิตตนหรือจับต้องได้ หรือการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

7. Perceived Social Support From Friends (PSS-Fr) and from Family (PSS Fa) พัฒนาโดย Procidano และ Heller ในปี ค.ศ. 1983 เพื่อวัดการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและจากครอบครัว ซึ่งทำให้มีผลในการแยกโครงสร้างออกจากเครือข่ายอย่างชัดเจน มี 20 ข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่รู้ ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอบครัวของ PSS-Fr 0.88 และ PSS Fa ได้ .90

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Weinert, 1985) โดยใช้ Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) ที่สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้พัฒนามาใช้กับผู้ดูแล

7.5 แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา รองลงมาคือภรรยา (กัญญาวัฒน์ ผึ้งบรรหาร

บาดเจ็บสมองก็อาจเป็นแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นอันดับแรก ในด้านความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียดหรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากจนเกิดความผิดปกติ ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม บทบาทของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ไปในทางที่ดี โดยบิดา/มารดาที่ให้การดูแลบุตรจะมีความสุขที่ได้ให้การดูแล สามี/ภรรยาที่ให้การดูแลคู่สมรสของตนจะเป็นโอกาสในการตอบแทนคุณความดีที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา บุตรที่ให้การดูแลบิดา/มารดาจะรู้สึกว่าเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง ส่วนแหล่งสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพก็มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลกลุ่มนี้เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่คาดคิดมาก่อนและเป็นบทบาทที่ต้องการความรู้และทักษะที่ไม่สามารถเรียนได้จากประสบการณ์ชีวิตจึงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการให้คำแนะนำเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อว่าผู้ดูแลจะได้มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยและใช้เวลานั้นไปกับการท่องเที่ยว พักผ่อน ทำธุระหรือมีสังคมนอกบ้าน ถ้าหากผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจะทำให้ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อมา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญยรัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 50 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 4 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย และแบบวัดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรมกรรม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญา และด้านความนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .5055$) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .7042, .8033$ ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้น และพบว่าระดับความพิการของผู้ป่วยและแรง

สนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้นได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.0001

ชุตินา บูรณธินิต (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 269 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 5 ชุด คือแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม แบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสุขสมบูรณ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลอยู่ระดับปานกลางคือ 398 คะแนน จากคะแนนเต็ม 500 คะแนน อายุ ประสบการณ์ทำงาน สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล ส่วนสถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาและสภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลมีความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ ประสบการณ์ทำงาน แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และรายได้ โดยร่วมกันพยากรณ์ระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลได้ร้อยละ 24.2

ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 6 ชุด คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินสภาพของผู้ป่วย แบบวัดความเข้มแข็งของผู้ป่วย แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดภาระในการดูแล และแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแล พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาท หน้าที่ความเข้มแข็งในการมองโลก มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทุกด้าน ส่วนภาระในการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่และจากการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่าสภาพของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วยคือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

ปีติมา ฉายโสภาส (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 414 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 4 ชุด คือแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสุขสมบูรณ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลอยู่ระดับปานกลาง อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์โดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์ความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสำคัญตามลำดับดังนี้ ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและผู้ร่วมงานโดยร่วมกันพยากรณ์ความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 24.2

Chumber et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 1 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 102 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 3 ชุด คือ แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดภาวะในการดูแล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะในการดูแล และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .0001$ ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .003$

Leathem, Heath, and Woolley (1996) ศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงบทบาท การสนับสนุนทางสังคม และภาวะเครียดภายหลังการบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 29 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 4 ชุด คือ แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงบทบาท แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์สิ่งที่ถูกรบกวนจากการเป็นผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความเครียดและมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีระดับความเครียดและการมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดา/มารดา ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีปัญหาทางด้านสุขภาพ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีปริมาณที่แตกต่างกัน ส่วนแหล่งสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อยและพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

Marsh et al. (1998) ศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังการบาดเจ็บระยะ 6 เดือนและ 1ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 69 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดการปรับตัวทางสังคม แบบวัดพฤติกรรมผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามเกี่ยวกับผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีระดับ

ความวิตกกังวล ภาวะกดดันและความพร้อมในการปรับตัวเข้าสู่สังคม สาเหตุสำคัญที่มีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลคือการแยกตัวออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่วนภาวะกดดันของผู้ดูแลเกิดจากผลกระทบทางด้านสุขภาพและเวลาส่วนตัวของผู้ดูแล

Sawatzky and Fowler-Kerry (2003) ศึกษาผลกระทบจากการให้การดูแล: มุมมองจากการบอกเล่าของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 11 คนซึ่งมีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 8 เดือนถึง 17 ปี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่ามี 3 ประเด็นหลักที่ผู้ดูแลประสบต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิตคือ 1). ความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก โดยพบว่าผู้ดูแล 9 ใน 11 คนต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย บางรายมีสัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปจากการที่ไม่สามารถสื่อสารกับญาติที่เจ็บป่วยได้ดังเดิม บางรายบอกว่าต้องเปลี่ยนบทบาทจากภรรยามาเป็นบทบาทพยาบาลหรือ ต้องให้การดูแลสามีเหมือนกับดูแลบุตร นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นก็เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากไม่มีเวลา ผู้ดูแลบางรายแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว สูญเสียความเป็นส่วนตัว สูญเสียการควบคุม 2) การปรับตัวและการเผชิญปัญหา ได้แก่ ระบบสนับสนุน สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เวลาสำหรับการดูแลตนเอง บริการสุขภาพที่เป็นรูปแบบ 3) ผลกระทบระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และความเป็นบุคคล

Sisk (2000) ศึกษาภาวะการดูแลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล 121 คน ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรค Alzheimer's disease or related dementia (ADRD) เครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบวัดภาวะการดูแลของ Montgomery et al. (1958) แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP) ของ Walker et al. (1987) พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะในการดูแลต่ำมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะในการดูแลสูง ผู้หญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ชาย ผู้ดูแลที่อายุน้อยมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้ดูแลที่อายุมาก

Wallace et al. (1998) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต 1 ปีภายหลังการบาดเจ็บของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 61 คนเครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความพิการผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแล พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การรับรู้ความพิการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแลได้แก่ 30 % มีเวลาสำหรับการทำงานลดลง 43.3% มีเวลาว่างสำหรับการทำกิจกรรมลดลง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีผลต่อระดับความเครียด การปรับตัวและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ภาวะในการดูแลส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกาย ความรู้สึกของบุคคลและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ระดับความเครียดและภาวะสุขภาพของบุคคล จึงสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อองค์ประกอบของความสุขสมบูรณทั้ง 6 ด้านของผู้ดูแลและเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) ประเภทการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร

$$N > 10(K) + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N > 10(9) + 50$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 140 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 2.1 เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้บาดเจ็บสมองและให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2.2 อายุ 20-59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 2.3 เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการระดับปานกลางและระดับรุนแรง ตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บสมองจนถึงปัจจุบันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
- 2.4 ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) จากผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยมีวิธีการดังนี้
- 3.1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลตามสังกัดด้วยการจับฉลาก ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัดได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศลเอกชน โดยสุ่มมา 4 ใน 6 สังกัด จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 4 สังกัดละ 1 โรงพยาบาลด้วยการจับฉลาก ยกเว้นสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานครที่สุ่มได้มีโรงพยาบาลตติยภูมิในสังกัดจำนวน 4 โรงพยาบาลจึงสุ่มมา 2 โรงพยาบาล รวมทั้งสิ้นได้ 5 โรงพยาบาลได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 3.2 สัมภาษณ์รายชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากยอดผู้ป่วยที่มาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาทและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำแผนกนั้นเป็นผู้สำรวจรายชื่อให้ หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เลือกทั้งหมดโดยการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลละ 35 คน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล กล่าวคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีจำนวนค่อนข้างน้อย โรงพยาบาลกลางมีการตรวจติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น. เท่านั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนของการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 140 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตามสังกัดโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ	กลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณได้ (คน)	กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้เก็บข้อมูล (คน)
สังกัดกระทรวงกลาโหม	35	
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า		35
สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	35	
- โรงพยาบาลตำรวจ		35
สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร	35	
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล		30
- โรงพยาบาลกลาง		10
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	35	
- โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี		30
รวม	140	140

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย (n=140)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	31	22.14
เพศหญิง	109	77.86
อายุ		
20-29 ปี	24	17.14
30-39 ปี	33	23.57
40-49 ปี	51	36.43
50-59 ปี	32	22.86

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	3.57
ประถมศึกษา	50	35.71
มัธยมศึกษา	37	26.43
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	21	15.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	25	17.86
อื่นๆ (ปริญญาโท)	2	1.43
รายได้ (บาท/เดือน)		
<5,001	27	19.29
5,000-10,000	51	36.43
10,001-15,000	28	20.00
15,001-20,000	17	12.14
20,001-25,000	2	1.43
>25,000	15	10.71
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	23	16.43
สามี/ภรรยา	72	51.43
บุตร	31	22.14
พี่น้อง/อื่นๆ (ย่า ป้า หลาน)	14	10.00
การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
มี	66	47.14
ไม่มี	74	52.86
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
1-3 เดือน	46	32.86
3 เดือนขึ้นไป – 6 เดือน	21	15.00
6 เดือนขึ้นไป - 1 ปี	18	12.86
1 ปีขึ้นไป - 3 ปี	35	25.00
3 ปีขึ้นไป	20	14.29

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับความพิการ และภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	66.43
หญิง	47	33.57
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	14	10.00
20-29 ปี	11	7.86
30-39 ปี	24	17.14
40-49 ปี	30	21.43
50-59 ปี	32	22.86
60-69 ปี	21	15.00
มากกว่า 69 ปี	8	5.71
ระดับความพิการ		
ระดับรุนแรง	37	26.43
ระดับปานกลาง	103	73.57
ภาวะแทรกซ้อน		
มี	50	35.71
ไม่มี	90	64.29

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของผู้ป่วย แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย การมีผู้ช่วยในการดูแล โดยลักษณะแบบบันทึกด้าน อายุ รายได้ และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนเพศ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยในการดูแล เป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

1.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับความพิการ (ผู้วิจัยแบ่งตามแบบประเมินของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) และภาวะแทรกซ้อนที่พบประกอบด้วย 4 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับ อายุเป็นคำถามปลายเปิด ส่วนเพศ ระดับความพิการ และภาวะแทรกซ้อนที่พบเป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะการดูแล ผู้วิจัยแปลและพัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985)

ขั้นตอนการประยุกต์ใช้แบบประเมินภาวะการดูแล

1. ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การใช้แบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของภาวะการดูแล จนพบว่าแบบประเมินภาวะการดูแลของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985) ได้มีผู้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; พรชัย จุลเมตต์, 2540) ซึ่งมีลักษณะและบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน

ผู้วิจัยได้แปลและพัฒนาใช้แบบประเมินภาวะการดูแลของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985) โดยเครื่องมือนี้ได้ทดสอบคุณภาพด้วยการหาความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .85 และ .86 ตามลำดับ และได้มีผู้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆอีกหลายครั้ง และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยงได้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .77 ถึง .83 และ .76 ถึง .85 ตามลำดับ โดยแบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่1 ภาวะเชิงปรนัย(Objective burden) มีเนื้อหาครอบคลุมความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้านความเป็นส่วนตัว หน้าที่การงาน การมีส่วนร่วมในสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ

ประเภทที่2 ภาวะเชิงอัตนัย (Subjective burden) มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้สึก ทัศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลซึ่งประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ภาวะเชิงปรนัย

คะแนน	ความหมาย
5 คะแนน	ความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านลดลงมาก
4 คะแนน	ความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านลดลงเล็กน้อย
3 คะแนน	ความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านไม่เปลี่ยนแปลง
2 คะแนน	ความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
1 คะแนน	ความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านเพิ่มขึ้นมาก

ภาวะเชิงอัตนัย

คะแนน	ความหมาย
1 คะแนน	ที่ผ่านมาท่านไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย
2 คะแนน	ที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกเช่นนั้นน้อยครั้ง
3 คะแนน	ที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
4 คะแนน	ที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง
5 คะแนน	ที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลโดยการรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางบวกให้กลับคะแนนก่อนคิดคะแนนรวม ซึ่งคะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกกัน ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมของประเภทใดต่ำแสดงถึงผู้ดูแลมีภาวะประเภทนั้นน้อย และนำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับภาวะการดูแลเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับของภาระการดูแล	ช่วงคะแนน
น้อยที่สุด	1.00-1.50
น้อย	1.51-2.50
ปานกลาง	2.51-3.50
มาก	3.51-4.50
มากที่สุด	4.51-5.00

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินภาระการดูแล

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาระการดูแลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนอร์ททราวซ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ดังนี้

- อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 1 คน
- อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 คน
- อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
- พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินภาระการดูแลที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) ใช้เกณฑ์การยอมรับค่าความตรงตามเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 0.8 (Burns and Grove, 2005) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999; Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์)

- 4 หมายถึง คำถามที่มีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 1 หมายถึง คำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยมีสูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาคือ

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา = $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณา ปรับข้อคำถามดังนี้

1. ข้อคำถามเชิงปรนัย - ข้อที่ 2 กับข้อที่ 4 ให้รวมเป็นข้อคำถามเดียวกัน คือ ความเป็นส่วนตัว/ อิศรภาพส่วนบุคคล

- ข้อที่ 5 รวมกับข้อที่ 9 ให้รวมเป็นข้อคำถามเดียวกัน คือ สุขภาพของตัวเอง

ทำนอง

2. ข้อคำถามเชิงอัตนัยคงไว้ 13 ข้อเท่าเดิม แต่ปรับคำว่า “ญาติที่เจ็บป่วย” เป็นคำว่า “ผู้ป่วย” และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะการดูแลเท่ากับ .86

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบประเมินภาวะการดูแลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวม และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 140 ราย ได้ผลดังนี้

ภาวะการดูแล	สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=140)
ภาวะเชิงปรนัย	.77	.73
ภาวะเชิงอัตนัย	.71	.77

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยใช้แบบ Short version ตามแนวคิดของ Antonovsky (1987) โดยไม่ได้มีการดัดแปลงข้อคำถาม เนื่องจากเครื่องมือฉบับภาษาไทย ชุดนี้ สมจิต หนูเจริญกุล (2532) ได้ทำการทดสอบตามกระบวนการแปลเครื่องมือทุกขั้นตอนมาแล้ว และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายกับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วย ไม่เจ็บป่วยและในหลายช่วงอายุ ตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง .77 ถึง .92 และในปี 2543 พัชรินทร์ นินทจันทร์ รัชนิ นามจันทร์ และสมจิต หนูเจริญกุล ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือชุดนี้กับนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 524 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย

คะแนนโดยรวม มีค่าเท่ากับ 132.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.70 ข้อมูลมีการกระจายแบบ Multivariate normal distribution ข้อความทั้งหมดในแบบวัดมีความกลมกลืนกันและเป็นตัวแทนของข้อความเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกได้ดี โดยมีค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .89 และค่า MSA (Measure of Sampling Adequacy) ของข้อความทุกข้อเป็นตัวแทนที่ดีของความเข้มแข็งในการมองโลกและได้ทดสอบความเที่ยงในการศึกษาวิเคราะห์ห้วงศ์ประกอบครั้งนี้ได้ .88

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความในแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน โดยตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ตัวเลข 2-6 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ โดยอาศัยข้อความตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 เป็นหลัก ข้อความในแบบวัดประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกและทางลบ ข้อความที่มีความหมายทางบวกมี 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12 และข้อ 13 ข้อความที่มีความหมายทางลบมี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 10

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การให้คะแนนข้อความที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงคิดคะแนนเฉลี่ยโดยรวม คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกยิ่งสูงบ่งบอกถึงความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งความเข้มแข็งในการมองโลกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก	ช่วงคะแนน
ต่ำมาก	1.00-1.86
ต่ำ	1.87-2.73
ค่อนข้างต่ำ	2.74-3.60
ปานกลาง	3.61-4.47
ค่อนข้างสูง	4.48-5.34
สูง	5.35-6.21
สูงมาก	6.22-7.00

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกให้อาจารย์ที่ปรึกษา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire [PRQ]-part 2) ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Weinert (1985) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การใช้แบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม จนพบว่าแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire [PRQ]-part 2) ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) มีลักษณะและบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaire [PRQ]-part 2) ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โดยแบบประเมินนี้ได้ทดสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 ต่อจากนั้นได้มีผู้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ อีกหลายครั้ง และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .89 - .92 โดยแบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม ซึ่งจะประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความรักใคร่ผูกพัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ
 2. การได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ
 3. การได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ
 4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ
 5. การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ
- ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 21 ข้อ
ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	ความหมาย
1 คะแนน	7 คะแนน	ข้อความนั้นคุณไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 คะแนน	6 คะแนน	ข้อความนั้นคุณไม่เห็นด้วย
3 คะแนน	5 คะแนน	ข้อความนั้นคุณค่อนข้างไม่เห็นด้วยน้อย
4 คะแนน	4 คะแนน	ข้อความนั้นคุณไม่แน่ใจ
5 คะแนน	3 คะแนน	ข้อความนั้นคุณค่อนข้างเห็นด้วย
6 คะแนน	2 คะแนน	ข้อความนั้นคุณเห็นด้วย
7 คะแนน	1 คะแนน	ข้อความนั้นคุณเห็นด้วยอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลข้อคำถามทางบวก รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อคำถามทางลบให้กลับคะแนนก่อนคิดคะแนนเฉลี่ยโดยรวม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมสูง หมายถึงมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูง	ช่วงคะแนน
ต่ำมาก	1.00-1.86
ต่ำ	1.87-2.73
ค่อนข้างต่ำ	2.74-3.60
ปานกลาง	3.61-4.47
ค่อนข้างสูง	4.48-5.34
สูง	5.35-6.21
สูงมาก	6.22-7.00

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบพิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ดังนี้

- อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมของภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล จำนวน 1 คน
- อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
- อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 1 คน
- พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท ผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท จำนวน 1 คน
- พยาบาลประจำการ ผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดโรงพยาบาลใน กรุงเทพมหานครจำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับค่าความตรงตามเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 0.8 (Burns and Grove, 2005)

ผลการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม คือ คงข้อคำถามไว้ 25 ข้อ ดั้งเดิม ปรับสรรพนามจากคำว่า “ฉัน” เป็น “ท่าน” และปรับความชัดเจนของภาษา 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 2, 7, 9, 11, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 25

และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .80

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวม และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 140 ราย ได้ผลดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ทดลองใช้ (n=30)

ใช้จริง (n=140)

.76

.90

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ผู้วิจัยแปลและพัฒนามาจากแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ของ (Test Well) ของ Nation Wellness Institute, 1999 ตรวจสอบการแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยการใช้ชีวิต 6 ด้าน

1. ด้านร่างกายมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น
 - 1.1 การออกกำลังกาย มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ถึงข้อ 5
 - 1.2 โภชนาการ มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 ถึงข้อ 10
 - 1.3 การดูแลตนเอง มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 ถึงข้อ 15
 - 1.4 ความปลอดภัย มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 ถึงข้อ 20
2. ด้านสังคม มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 ถึงข้อ 25
3. ด้านอารมณ์ มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น
 - 3.1 การตระหนักรู้ด้านอารมณ์และเพศสัมพันธ์ มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26 ถึงข้อ 30
 - 3.2 การจัดการด้านอารมณ์ มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31 ถึงข้อ 35
4. ด้านสติปัญญา มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 36 ถึงข้อ 40
5. ด้านการงานอาชีพ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 41 ถึงข้อ 45
6. ด้านจิตวิญญาณมีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 46 ถึงข้อ 50

เกณฑ์การให้คะแนน

ให้ค่าคะแนน 5 ถึง 1 (สูงสุด 5 คือปฏิบัติเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ต่ำสุด 1 คือเกือบไม่เคยปฏิบัติอย่างนั้นเลย)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยปรับคะแนนในแต่ละข้อให้มีฐานเท่ากันด้วยการคูณด้วย 4 จะทำให้คะแนนในแต่ละข้อมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 4-20 คะแนน เพื่อนำไปเทียบเกณฑ์การแบ่งระดับความสุขสมบูรณ์ของ Nation Wellness Institute (1999) ดังนี้

ระดับของความสุขสมบูรณ์ (รายด้าน)	ช่วงคะแนน
ดีมาก	90 – 100
ดี	80 – 89
ปานกลาง	70 – 79
พอใช้	60 – 69
ระดับต่ำ (ต้องได้รับการแก้ไข)	น้อยกว่า 60

ระดับของความสุขสมบูรณ (โดยรวม)	ช่วงคะแนน
ดีมาก	900 – 1000
ดี	800 – 899
ปานกลาง	700– 799
พอใช้	600 – 699
ระดับต่ำ (ต้องได้รับการแก้ไข)	น้อยกว่า 600

การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินความสุขสมบูรณ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสุขสมบูรณให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจพิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ดังนี้

- อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 1 คน
- อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 คน
- อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล

จำนวน 1 คน

- พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 1 คน
- พยาบาลประจำการผู้ม่ประสบการณ์การทำวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครจำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินความสุขสมบูรณที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับค่าความตรงตามเนื้อหาไม่ต่ำกว่า 0.8 (Burns and Grove, 2005)

ผลการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามของแบบประเมินความสุขสมบูรณ คือ คงข้อคำถามไว้ 25 ข้อดั้งเดิม และปรับความชัดเจนของภาษาเพื่อให้เข้ากับบริบทของคนไทย

และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสุขสมบูรณ เท่ากับ .94

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง โดยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวม และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 140 ราย ได้ผลดังนี้

ความสุขสมบูรณ์	สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=140)
	.88	.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 30 มีนาคม 2550 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล โดย 2 แห่งหลังจะผ่านผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการทั้ง 5 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกศัลยกรรมระบบประสาท และเจ้าหน้าที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย

1. สสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากยอดผู้ป่วยที่นัดมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยการขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำแผนกนั้นเป็นผู้สำรวจรายชื่อให้

2. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลตาม วัน เวลาที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาตรวจตามแพทย์นัด คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ขอความร่วมมือ

ในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียด พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรือจากการอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อนผู้วิจัยก็ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่ต้องทำนั้นก่อน หลังจากนั้นจึงขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์เมื่อกระทำกิจกรรมนั้นเรียบร้อยแล้ว

6. เมื่อได้รับแบบประเมิน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

7. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถาม

8. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

9. ดำเนินการตามข้อ 3-8 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

โรงพยาบาลละ 35 ราย จนครบ 140 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์จึงอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิในกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และตอบรับเข้าร่วมการวิจัยได้มีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เก็บเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำเสนอผลในการศึกษาวิจัย นำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

หากพบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความทุกข์สมบูรณ์อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องส่งต่อเพื่อขอรับคำปรึกษา หรือดูแลจากแพทย์ ผู้วิจัยจะประสานขอความช่วยเหลือจากพยาบาลประจำการต่อไป

และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงพบว่า 'ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และมีผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคะแนนความสุขสมบูรณ์อยู่ในระดับที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับคำปรึกษาหรือดูแลจากแพทย์ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินไปตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล ดังแสดงในภาคผนวก ๑ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. วิเคราะห์ข้อมูล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 ด้วยสถิติทดสอบที (t-test) การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์ (Salkind, 2000) ดังนี้

ขนาดความสัมพันธ์	ความหมาย
0.0 - 0.2	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
0.2 - 0.4	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.4 - 0.6	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.6 - 0.8	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.8 - 1.0	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 การศึกษาความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 3 การศึกษาภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7-8

ในการวิจัยนี้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
\bar{X}	คะแนนเฉลี่ย
n	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
χ^2	สถิติทดสอบไค-สแควร์
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เสนอผลการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	31	22.14
เพศหญิง	109	77.86
อายุ		
20-29 ปี	24	17.14
30-39 ปี	33	23.57
40-49 ปี	51	36.43
50-59 ปี	32	22.86
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	3.57
ประถมศึกษา	50	35.71
มัธยมศึกษา	37	26.43
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	21	15
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	25	17.86
อื่นๆ	2	1.43
รายได้ (บาท/เดือน)		
<5,001	27	19.29
5,000-10,000	51	36.43
10,001-15,000	28	20
15,001-20,000	17	12.14
20,001-25,000	2	1.43
>25,000	15	10.71
$\bar{X} = 12825.71, SD = 10376.03$		

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 77.86 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 36.43 ($\bar{X} = 41$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือนมากที่สุด จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 36.43 ($\bar{X} = 12825.71$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การศึกษาความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การศึกษาความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำแนกตามรายด้าน (n= 140)

ความสุขสมบรูณ์	\bar{X}	SD	ระดับ
ความสุขสมบรูณ์ด้านร่างกาย			
- การออกกำลังกาย	69.14 (100)	13.53	พอใช้
- โภชนาการ	72.66 (100)	13.04	ปานกลาง
- การดูแลตนเอง	59.80 (100)	13.11	ต่ำ (ต้องได้รับการแก้ไข)
- ความปลอดภัย	85.20 (100)	11.92	ดี
ความสุขสมบรูณ์ด้านร่างกายโดยรวม	286.80 (400)	51.60	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์ด้านสังคม	72.00 (100)	12.93	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์ด้านอารมณ์			
- การตระหนักรู้ด้านอารมณ์และเพศสัมพันธ์	81.46 (100)	11.18	ดี
- การจัดการด้านอารมณ์	74.66 (100)	11.03	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์ด้านอารมณ์โดยรวม	156.12 (200)	22.21	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์ด้านสติปัญญา	69.63 (100)	13.24	พอใช้
ความสุขสมบรูณ์ด้านการงานอาชีพ	75.23 (100)	11.03	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์ด้านจิตวิญญาณ	72.46 (100)	11.58	ปานกลาง
ความสุขสมบรูณ์โดยรวม 6 ด้าน	736.24 (1,000)	122.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสุขสมบรูณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 736.24 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้านร่างกาย (ความปลอดภัย) เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.20 และความสุขสมบรูณ์ด้านร่างกาย (การดูแลตนเอง) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.80

ตอนที่ 3 การศึกษาภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การศึกษาภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (n= 140)

ตัวแปรต้น	\bar{X}	SD	ระดับ
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	4.08 (5)	0.45	มาก
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	2.21 (5)	0.54	น้อย
ความเข้มแข็งในการมองโลก	4.74 (5)	0.92	ค่อนข้างสูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	5.46 (5)	0.70	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่าภาวะการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.46

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

4.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เสนอผลการวิเคราะห์โดยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ตัวแปร	ความสุขสมบูรณ์										χ^2	P-value	
	ต่ำ		พอใช้		ปานกลาง		ดี		ดีมาก				รวม
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
เพศชาย	0	0	12	31.71	11	35.48	7	22.58	1	3.23	31	6.212	0.184
เพศหญิง	4	3.67	25	22.93	59	54.13	20	18.35	1	0.92	109		
รวม	4	2.86	37	26.43	70	50	27	19.28	2	1.43	140		

จากตารางที่ 7 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 (ต่อ)

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า P-value
1. อายุ	0.388	0.000**
2. ระดับประถมศึกษา	0.106	0.214
3. รายได้	0.200	0.018*
4. ภาวะการดูแลเชิงปรณัย	-0.108	0.204
5. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	-0.293	0.000**
6. ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.434	0.000**
7. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.447	0.000**

P* < .05, p** < .01

จากตารางที่ 8 พบว่าตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .388 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ.200 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ-.293 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .434 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ.447 ส่วนตัวแปรระดับการศึกษา และภาวะการดูแลเชิงปรณัยไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายชนิดศึกษาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสุขสมบูรณ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สมมติฐานการวิจัยมีดังนี้

1. เพศมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. อายุมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

4. รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
5. ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5.1 ภาวะการดูแลเชิงปรณัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5.1 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

6. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

7. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างนี้ คือผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการ
การจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก
ศัลยกรรมระบบประสาทและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล
ตำรวจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และ
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทั้งหมดเป็นจำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ของบุคคลของผู้ดูแลและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่วนที่2 แบบประเมินภาวะการดูแล
ส่วนที่3 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ส่วนที่4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม
ส่วนที่5 แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงด้วยการทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 30
รายและนำแบบประเมินส่วนที่2-5 ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง
แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุน
ทางสังคม แบบประเมินความสุขสมบูรณ์เท่ากับ .77, 71, .71 .76 และ.88 ตามลำดับ และ
หลังจากนั้นนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ
.73, .77, .81, .90, .87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการ
ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมา
รับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จาก
โรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.86
ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 40-49 ปีคิดเป็นร้อยละ36.43 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดคิด
เป็นร้อยละ 35.71 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
36.43

2. ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
อย่างน้อย 1 เดือนและพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท
และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง

โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 736.24 คะแนน จากคะแนนเต็ม 1,000 คะแนน โดยพบว่า ความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย (ความปลอดภัย) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 85.20$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านร่างกาย (การดูแลตนเอง $\bar{X} = 59.80$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมระบบประสาท และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .388$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .200$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

3.5 ภาวะการดูแล - ภาวะการดูแลเชิงปรณัยไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5.1

- ภาวะการดูแลเชิงอัตโนมัติมีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.293$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5.2

3.6 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .434$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6

3.7 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .447$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลตามลำดับวัตถุประสงค์ที่ได้ดังนี้

1. ความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสุขสมบูรณ์โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 140 คน อยู่ที่ 736.24 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 122.59 จากคะแนนเต็ม 1,000 คิดเป็นร้อยละ 50.71 โดยมีความสุขสมบูรณ์โดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 19.27 ระดับพอใช้ร้อยละ 27.14 และอยู่ในระดับต่ำที่ต้องได้รับการแก้ไขร้อยละ 2.86 ดังนั้นบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสนใจในการส่งเสริมแบบแผนการใช้ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ติดอยู่แล้ว และหาแนวทางปรับพฤติกรรมที่ขัดขวางความสุขสมบูรณ์ เพื่อให้พัฒนาสู่ระดับที่ดียิ่งขึ้นกว่านี้ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความสุขสมบูรณ์ในระดับต่ำที่ต้องได้รับการแก้ไข คือความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย (ในด้านการดูแลตนเอง) ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 77.86 (จากตารางที่ 2) พบว่าค่าเฉลี่ยของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 2.49 (จากตารางที่ 10) จัดอยู่ในระดับปานกลาง แต่เนื่องจากปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้หญิงไทย (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2546) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญที่มีส่วนช่วยในการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรี โดยการรณรงค์ ส่งเสริมให้ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แก่สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ในรายข้อที่น่าสนใจในส่วนของ การดูแลตนเองคือ ค่าเฉลี่ยของการรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่แพทย์กำหนด หรือเกือบไม่เคยตรวจวัดความดันโลหิต มีค่าเท่ากับ 2.56 เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 40-49 ปี ซึ่งประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปร้อยละ 60 ต้องได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) ประกอบกับผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวลดลง (จากตารางที่ 11) ทำให้ละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย (ในด้านการออกกำลังกาย) ความสุขสมบูรณ์ด้านสติปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับพอใช้ พยาบาลควรนำประเด็นเหล่านี้ไปพัฒนา ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเร็ว เพราะแบบแผนการใช้ชีวิตตามผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติอยู่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สุขภาวะของผู้ดูแลที่ถูกละเลยเป็นเวลานานนี้จะส่งผลต่อความสามารถในการทำงานที่ของผู้ดูแลให้ลดลง (Kurylo et al., 2001)

นอกจากนี้ควรนำความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล เช่น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการออกกำลังกายแบบชี่กงและแอโรบิก ซึ่งจากการศึกษาของพรอนฟีไล สุทชนะ (2545) พบว่า ความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ใช้การออกกำลังกายแบบชี่กงและแอโรบิกสูงกว่ากลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือประยุกต์ใช้ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอด (ดวงตา ภัทโรพงศ์, 2548) เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสุขสมบูรณ์ด้านการงานอาชีพ หรือ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสุขสมบูรณ์ด้านอารมณ์ ทั้งนี้เพราะความเป็นอยู่แต่ละด้านต่างก็ส่งผลถึงกันและกัน การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระทั่งถึงความสุขสมบูรณ์โดยรวมด้วย (Hettler, 1980 cited in Warner, 1984) และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลสำคัญเท่าๆกับความสุขสมบูรณ์ของผู้รับการดูแล (Kurylo et al., 2001) เนื่องจากความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้ป่วยก็ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเช่นกัน

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อธิบายได้ว่า เนื่องจากเพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Palank, 1991) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแตกต่างของยีนหรือฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรง มีลักษณะของความแข็งแกร่ง มั่นคง ในขณะที่เพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีลักษณะของความนุ่มนวล อ่อนไหวง่าย (Schaffer, 1981 cited in ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ในการศึกษาพฤติกรรมของเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศชายจะมีพฤติกรรมในด้านของการใช้กำลังและการแข่งขัน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเองและบุคคลในครอบครัว การทำกิจกรรมภายในบ้าน (Ross and Bird, 1994 cited in เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539) ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิตและการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากหลายงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า เพศหญิงจะทุ่มเทให้กับการทำหน้าที่และการดูแลสมาชิกครอบครัว รวมทั้งต้องรับบทบาทหลายอย่างในครอบครัว ได้แก่ เป็นแม่ เป็นผู้จัดการงานบ้านเกือบทุกอย่าง หารายได้มาจุนเจือครอบครัว รวมทั้งทำหน้าที่ผู้สนับสนุนด้านอารมณ์แก่สมาชิกครอบครัว ทำให้เพศหญิงรับรู้ถึง

ภาระการดูแลมากกว่าเพศชาย (Corbin and Strauss, 1988; Glazer, 1990; Loomis and Boot, 1995 cited in Kuei-Ru Chou, 2000) Marsh et al.,1998 ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพบภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บ 6 เดือนและ 1 ปีพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีความเครียดจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ส่วน Johnson (1995) ศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การตรวจสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดมากกว่าเพศชาย

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นั่นคือ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติมา บุรณนิต (2539) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล อภิปรายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น โดยความสามารถเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชรา และพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 1985) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 40-49 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัว เป็นวัยที่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี มีการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงความเป็นจริง มีความอดทน (สุชา จันท์อม, 2536) สามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่ผ่านภาวะวิกฤต มีประสบการณ์ พัฒนาการ จะทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความสามารถในการคิด การใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาและมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากขึ้น และมีวิถีทางเลือกการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; Sisk, 2000)

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีติมา ฉายโสภาส (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า วุฒิการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษา

ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่า การศึกษาเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ แบบแผนการใช้ชีวิต เป็นการเตรียมให้บุคคลเข้าใจสังคม พัฒนาความคิดต่าง ๆ ต่อการดำรงชีวิตในทางที่ดีขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม คนที่มีการศึกษาสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจในการเลือกแบบแผนการใช้ชีวิตได้เหมาะสมกว่า ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ที่ดี สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากประเทศไทย ได้มีการประกาศวาระแห่งชาติเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2547 ให้ดำเนินงาน “เมืองไทยสุขภาพดี” หรือ “เมืองไทยแข็งแรง” เป็นยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพหลักของประเทศ ซึ่งได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน 5 เรื่อง หรือ “5 อ” คือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา และอนามัยสิ่งแวดล้อม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) ประกอบกับมีการรณรงค์ทางด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การรณรงค์งดเหล้า เลิกบุหรี่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ฯลฯ ประชาชนทั่วไปสามารถรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้จากสื่อหลายทาง จึงมีความเป็นไปได้ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองแตกต่างกันไปตามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่าตามระดับการศึกษา

2.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นั่นคือ เมื่อรายได้เพิ่มมากขึ้น ระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะสูงขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนริรัตน์ นิลขำ (2548) ที่ศึกษาพบว่ารายได้สามารถพยากรณ์การทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา บุญธนิต (2539) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล อภิปรายได้ว่า รายได้ของบุคคลเป็นส่วนที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล หากบุคคลที่มีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เกิดความสุขสบาย มีความพึงพอใจในชีวิต จึงส่งผลให้บุคคลนั้นๆ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดี ส่วนบุคคลที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานหนักเพื่อให้ได้เงินมาจุนเจือครอบครัว และแก้ปัญหาภายในครอบครัว จึงส่งผลให้บุคคลนั้นไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัว และมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 1987) รายได้จึงเป็นสิ่งที่สนองความต้องการพื้นฐานและปัจจัยสี่ของบุคคลซึ่งเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเองด้วย เนื่องจาก

สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบซึ่งสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบแผนการใช้ชีวิต การมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี ทำให้บุคคลมีโอกาที่จะเลือกใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่สุขสมบูรณ์ได้มากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่ดี

2.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลเชิงปรณัย กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าภาวะการดูแลเชิงปรณัยไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Marsh et al., (1998) ที่ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง 6 เดือนและ 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการอยู่ในระดับรุนแรงและปานกลางเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวเข้าสู่สังคมของผู้ดูแลบกพร่องอยู่ในระดับสูง และพบว่าผู้ดูแลมีภาวะกดดันจากการมีเวลาส่วนตัวลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่องานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และใช้ยาเกินความจำเป็น มีการเจ็บป่วยทางกาย อภิปรายได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลที่มีภาวะการดูแลเชิงอัตนัยอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้านของผู้ดูแลทั้งในเรื่องของเวลา เงินทอง/ค่าใช้จ่าย และสุขภาพของผู้ดูแล แต่เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลถึงร้อยละ 47.14 (จากตารางที่ 2) โดยผู้ช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นญาติ/พี่น้องในครอบครัวเดียวกันที่มาช่วยดูแลหลังเลิกงานหรือในวันหยุด ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสที่จะละวางจากการให้การดูแลเพื่อการพักผ่อน หรือมีเวลาส่วนตัวเพิ่มขึ้น รวมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านการเงินโดยที่ผู้ดูแลไม่ต้องรับผิดชอบ ดังคำบอกเล่าว่า “ พี่ น้องๆ คนอื่น ที่เขาทำงานกัน จะช่วยกันออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด เรามีหน้าที่ดูแลอย่างเดียว” และจากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่มีความพิการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.57 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่ยังมีอาการสับสน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองหรือพึ่งพาผู้ดูแลบางส่วน สามารถเข้าสังคมได้แต่ยังต้องใช้อุปกรณ์ช่วย (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) อาจเป็นไปได้ที่ทำให้ความต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลไม่มากจนส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นภาวะการดูแลเชิงปรณัยจึงเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลเชิงอัตนัย กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพบว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นั่นคือ เมื่อภาวะการดูแลเชิงอัตนัยน้อยลง ระดับความสุข

สมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะดีขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับต่ำ และจากผลการวิเคราะห์รายชื่อดังตารางที่ 10 พบว่า ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความรู้สึกมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ความรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยของภาวะการดูแลอยู่ในระดับต่ำกว่าข้อคำถามที่เป็นเชิงลบทุกข้อคือ เท่ากับ 1.74, 1.76 และ 1.71 ตามลำดับแสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรับรู้ว่าการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรัก (จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลร้อยละ 51.43 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็น สามี/ภรรยา รองลงมาร้อยละ 22.14 เป็นบุตร และ ร้อยละ 16.4 เป็นบิดา/มารดา) เป็นการทำหน้าที่ให้การดูแล ด้วยความรักและความหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะการดูแลต่ำ ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติ และปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางบวกมากกว่า ทำให้ผู้ดูแล มีกำลังใจ มีความหวังในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลต่อไป ผู้ดูแลจึงรับรู้ว่าการให้การดูแลไม่ได้เป็นปัจจัยที่ขัดขวางแบบแผนการใช้ชีวิตที่ดีของตน ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sisk (2000) ที่ได้ศึกษาภาวะการดูแลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะในการดูแลต่ำมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะในการดูแลสูง

2.7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก กับความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นั่นคือ เมื่อคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น คะแนนความสุขสมบรูณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก็จะสูงขึ้น และเมื่อพิจารณารายด้านก็จะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้ง 3 ด้าน โดยด้านการมองว่าสิ่งต่างๆมีความหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 5.74$) สามารถอธิบายได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถเผชิญกับสถานการณ์และสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับและมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น เชื่อว่ามีหนทางที่จะจัดการได้ หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้สนับสนุนในการให้การดูแลได้ โดยไม่รู้สึว่าการดูแลเป็นงานที่ยากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลกระทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความคุณค่า เป็นสิ่งท้าทายและคุ้มค่าแก่การเกี่ยวข้องหรือดำเนินการ ย่อมทำให้ผู้ดูแลพยายามที่จะเรียนรู้และทำการดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ตั้งใจ จริงจังและมีความเอาใจใส่หรือมีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยที่ตรงตามความเป็นจริงประกอบกับการมองเห็นแหล่งประโยชน์ ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและเลือกทำกิจกรรมการดูแลและ

กิจกรรมอื่นๆ บางส่วนในบางเวลาและอาศัยความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์บางส่วนเช่น จากญาติ พี่น้อง เพื่อน เมื่อจำเป็นตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นการลดภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำ ด้วยตนเองและยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับบทบาทภาระหน้าที่ต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาทำกิจกรรม พักผ่อน หรือดูแลเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้และประเมินด้วยความเชื่อมั่นต่อ ปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการจัดการกับความผันผวนต่างๆ ในชีวิต ทำให้บุคคลสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตได้ (Antonovsky, 1987) ดังนั้นผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจึงมีภาวะสุขภาพดีครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้านของความสุขภาพสมบูรณ์ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีติมา ฉายโสภาส (2546) ที่ศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความ สุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันคือ ชูชื่น ชีวพูนผล (2540) ที่ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของภาวะสุขภาพผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความ เข้มแข็งในการมองโลกสูงมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ตลอดจนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

2.8 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั่นคือ เมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพิ่มขึ้น คะแนนความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก็จะ สูงขึ้น จากผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ ต่อผู้อื่น และด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการ ได้รับความช่วยเหลือและด้านการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง อภิปราย ได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ ว่าได้รับความรัก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับความอบอุ่นปลอดภัย และการที่ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสที่จะละวางจากการดูแลเพื่อการทำกิจกรรมส่วนตัว และการพักผ่อน รวมทั้งให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำต่างๆ นั้นจะทำให้ ผู้ดูแลรับรู้ได้รับความช่วยเหลือ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง การดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมี โอกาสที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น รู้สึกว่าได้มีโอกาสให้การดูแลช่วยเหลือคนอื่น ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแล ประเมินสถานการณ์ไปในทางที่ดี โดยบิดา มารดา มีโอกาสให้การดูแลบุตร สามี/ภรรยา ที่ให้การ ดูแลคู่สมรสของตนจะเป็นโอกาสในการตอบแทนคุณความดีที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา บุตรที่ให

การดูแลบิดา/มารดาจะรู้สึกว่าเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง รู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว และได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวหรือจากบุคคลอื่นในสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สิ่งที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลสามารถงว้างซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเองและมีกำลังกาย กำลังใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บิตีมา นายโอบาส (2546) ที่ศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสุขสมบูรณ์สามารถอภิปรายได้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพของคร่อมแนวพุทธของพระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต, 2548) ที่กล่าวไว้ว่า การชี้วัดว่าตัวบุคคลมีสุขภาพอย่างไรนั้นให้ดูจากผลของการพัฒนาด้านต่างๆ ที่เรียกว่า “ภาวนา 4” คือการพัฒนา (development) 4 ด้าน มีดังนี้ 1) กายภาวนา (physical development) คือ การมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่เกื้อกูล ได้ผลดี โดยรู้จักอยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกันกับธรรมชาติ และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติ มิให้เกิดโทษ แต่ให้เกื้อกูลเป็นคุณ โดยเฉพาะให้ รู้จักใช้อินทรีย์ เช่น ตา หู จมูก ฟัง เป็นต้นอย่างมีสติ ความเป็น ฟังเป็น ให้ได้ ปัญญา กิน ใช้ ด้วยปัญญา เสพบริโภคปัจจัย 4 และสิ่งของเครื่องใช้ ตลอดจนเทคโนโลยีอย่างฉลาด ให้พอดี ที่จะได้ผลตรงเต็มตามคุณค่าที่แท้จริง ไม่ลุ่มหลงมัวเมา ไม่ประมาทขาดสติ กล่าวคือ ผู้ที่มีสุขภาพที่ดีทางกายนั้น ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2) ศิลภาวนา (moral development; social development) คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีพฤติกรรมดีงามในความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ โดยตั้งอยู่ในวินัย อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี และมีอาชีพสุจริต ไม่ใช้กายวาจาและอาชีพในทางที่เบียดเบียนหรือก่อความเดือดร้อนเสียหาย แต่ใช้เป็นเครื่องพัฒนาชีวิตของตนเองและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างสรรค์สังคม ส่งเสริมสันติสุขนั่นคือบุคคลที่มีความสุขสมบูรณ์ทางด้านสังคมนั้น ต้องตระหนักรู้ในการปฏิบัติต่อบุคคลอื่นในสังคม และต่อธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีพอ 3) จิตภาวนา (emotional development; psychological development) คือ การทำจิตใจให้สงบขึ้นในคุณธรรม ความดีงาม ความเข้มแข็งมั่นคง และความเบิกบานผ่องใสสงบสุข สมบูรณ์ด้วยคุณภาพจิต คือ สงบงามด้วยคุณธรรม เช่น มีน้ำใจ เมตตากรุณาเผื่อแผ่ เอื้ออาทร มีมูทิตา มีศรัทธา มีความเคารพอ่อนโยน ซื่อสัตย์ กตัญญู เป็นต้น สมบูรณ์ด้วยสมรรถภาพจิต คือ มีจิตใจเข้มแข็ง มั่นคง มั่นชยันเพียรพยายาม กล้าหาญ อดทน รับผิดชอบ มีสติ มีสมาธิ ซึ่งจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ทางสุขภาพจิต คือ มีจิตใจร่าเริง เบิกบาน สดชื่น เติบโต โปร่งโล่ง ผ่องใส และสงบ เป็นสุข

ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบทั้ง 3 ของความเข้มแข็งในการมองโลก คือ บุคคลที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทาง คุณภาพจิตสมรรถภาพจิตและสมบูรณ์ทางสุขภาพจิตดังกล่าวจะสามารถเข้าใจสิ่งเร้า หรือ เหตุการณ์ต่างๆว่าเป็นสิ่งที่มีเหตุผล สามารถอธิบายและทำความเข้าใจได้ มีแนวทางในการจัดการ หรือมีแนวทางในการใช้แหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ได้ และเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า คุ่มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาเพื่อให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ ทำให้บุคคลคงความ มีสุขภาพที่ดี 4)ปัญญาภาวณา (cognitive development; mental development; intellectual development) คือ การฝึกอบรมเจริญปัญญา เสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจ ให้รู้จักคิด รู้จักพิจารณา รู้จักวินิจฉัย รู้จักแก้ปัญหา และรู้จักการดำเนินการต่างๆด้วยปัญญาบริสุทธิ์ ซึ่งมองดู รู้เข้าใจเหตุปัจจัย มองเห็นสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริงหรือตามที่เป็น ปราศจากอคติและแรงจูงใจแอบแฝง เป็นผู้ที่ไม่เกสครอบงำบัญชาไม่ได้ ให้ปัญญาเจริญพัฒนาจนรู้เข้าใจยังเห็นความจริง เป็นอยู่ ด้วยปัญญารู้เท่าทัน เห็นแจ้งโลกและชีวิตตามสภาวะ ลุถึงความบริสุทธิ์ปลอดพ้นจากกิเลสสิ้นเชิง มีจิตใจเป็นอิสระสุขเกษมไร้ทุกข์

องค์ประกอบทั้ง 6 ของความสุขสมบูรณ์เป็นสิ่งที่แยกจากกันอย่างสิ้นเชิงไม่ได้ทั้งนี้เพราะ ความเป็นอยู่แต่ละด้านต่างก็ส่งผลถึงกันและกัน การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระทั่งถึงความสุขสมบูรณ์โดยรวมด้วย (Hettler, 1980 cited in Warner, 1984) ในทำนองเดียวกัน ภาวณา 4 ก็เป็นลักษณะหรือภาวะด้านต่างๆที่สำคัญของภาวะสมบูรณ์อันเดียวกัน ซึ่งเมื่อมีสิ่งเหล่านี้แล้วอาการแห่งความสุขก็ปรากฏออกมาได้ แต่ถ้าขาดไปแม้แต่บางด้าน ความสุขถึงจะบอกว่ามีก็จะเป็นความสุขที่แท้จริงไม่ได้ เพราะการขาดองค์ประกอบอย่างหนึ่งอย่างใดย่อมทำให้ชีวิตเสียสมดุล การพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์จึงต้องพัฒนาทั้งระดับภายในตัวบุคคล ทำที่ต่อสังคม และสิ่งแวดล้อม (พระพรหมคุณาภรณ์; ป.อ. ปยุตฺโต, 2548)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่าระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เพศ มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. บุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมากที่สุด ควรมีการประเมินความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นระยะในระหว่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เมื่อพบข้อบกพร่องควรให้การช่วยเหลือแก้ไข โดยถ้าคะแนนความสุขสมบูรณ์รายด้านต่ำกว่า 60 คะแนน หรือคะแนนความสุขสมบูรณ์โดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่ำกว่า 600 (Nation Wellness Institute, 1999) เนื่องจากความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลมีความสำคัญเท่าๆกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ป่วย ถ้าหากความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลถูกบั่นทอนเป็นเวลานาน ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ดูแลจะลดน้อยลง (Kurylo, Elliot, and Shewchuk, 2001) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกายในส่วนของการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะเรื่องการตรวจเต้านม และการรักษาระดับความดันโลหิต ความสุขสมบูรณ์ด้านร่างกาย (ส่วนของการออกกำลังกาย) และความสุขสมบูรณ์ด้านสติปัญญาอยู่ในระดับพอใช้ พยาบาลควรนำประเด็นเหล่านี้มาพัฒนาความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลได้แก่ จัดการโปรแกรมเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมพร้อมทั้งรณรงค์ให้สตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จัดโปรแกรมเชิงรุกในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพร้อมกับคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จัดโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งบทบาทของพยาบาลในกิจกรรมดังกล่าวได้แก่ เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการสอน/สาธิต รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี จนถึงความสุขสมบูรณ์ระดับสูงสุดเท่าที่ควรจะเป็น

2. เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดังนั้นจึงควรนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีประสบการณ์ในการดูแลที่ดี เพื่อเป็นคุณลักษณะของบุคคลให้มีความเข้มแข็งในการมองโลก รวมทั้งประสานแหล่งประโยชน์ที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถคงไว้ซึ่งระดับความสุขสมบูรณ์ในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีชีวิตที่มีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (Edlin and Golanty, 1992) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จึงควรทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมุ่งที่ความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. ควรทำการศึกษาความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงศึกษาความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์และตัวพยากรณ์ระดับความสุขสมบูรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนียวแน่นของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรัส สุวรรณเวลา และจตุพร หงษ์ประภาส. 2524. การบาดเจ็บที่ศีรษะ. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.
- จริยาวัตร คมพาศย์. 2531. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6(2): 96-106.
- จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ตันพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. 2541. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโณ. 2540. ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตสมร วุฒิพงษ์. 2543. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล ศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของประชาชนไทยภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนักวิจัยรุ่นใหม่ทุน สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก.
- จินตนา สมนึก. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทาง สังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เจียมจิต แสงสุวรรณ. 2544. ปัญหาที่เกิดร่วมกับอัมพาต. ใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน, หน้า 11-24. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัญชิตา โพธิประสาธ. 2547. พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และศิริวรรณ สันติเจียรกุล. 2547. ประมวลสถานการณ์ปัญหาการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย. วารสารอุบัติเหตุ 23(2): 83-91.
- ชัชวรินทร์ อังศุกาการ. 2535. การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรภาพ.
- ชุตินา บุรณนิต. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม ความมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. 2540. อิทธิพลของภาวะสุขภาพผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ดุขุฎีบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ดวงตา ภัทโรพงค์. 2548. ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2534. การพยาบาลทางศัลยกรรมประสาท. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. 2544. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นครชัย เผื่อนปฐม. 2541. บาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ไอเอส พรินต์ติ้งเฮาส์.
- นงคราญ ผาสุก. 2535. หลักการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณี แก้ววรรณ. 2533. ผลการวิจัยญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริรัตน์ นิลขำ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความรู้
ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวัน สุวรรณรูป. 2546. การวางแผนจำหน่ายกับการพยาบาลในชุมชน. ใน วันเพ็ญ
พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิด
และการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง), หน้า 50-60. กรุงเทพมหานคร:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวรรณ พุทธรอด. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. 2541. ความต้องการและการตอบสนองของ
ความต้องการที่รับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 6(3): 40-56.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง. 2540. ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อ
ผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 9(1): 11-31.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2545. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. ผลของการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิติมา ฉายโสภาส. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคมกับความสุขสมบูรณ์พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม รอดคำดี. 2538. รูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิต นักศึกษาใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. ภาควิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). 2548. สุขภาพของศรีรวมแนวพุทธ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิดูดยภาพบำบัดเพื่ออายุและสุขภาพ.
- พรธณพีไล สุทชนะ. 2545. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิกงและแอโรบิกต่อความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์ รัชณี นามจันทร์ และสมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การวิเคราะห์โครงสร้างและคุณสมบัติของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอฟสกีฉบับภาษาไทย. วารสารพยาบาล 4(3): 314-327.
- พาริดา อิบราฮิม. 2539. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ใน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล, หน้า23-36. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญลดดา เคนไชยวงษ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี แก้วจันทร์. 2531. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางระบบประสาท. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็ค.

มีชัย ศรีไธ. 2530. ประสาทกายวิภาคศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:

สินประสิทธิ์การพิมพ์.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาริบัติ

พยาบาลสาร 2(1) : 84-94.

รัชนี นามจันทร์ และสมจิต หนูเจริญกุล. 2543. ความเข้มแข็งในการมองโลก: การวิเคราะห์

แนวทางทฤษฎีและการทบทวนการวิจัย. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 4(3): 296-312.

รัชชนก กลิ่นชาติ. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการด้านกิจกรรมนักศึกษาและด้าน

สภาพแวดล้อมของวิทยาลัยกับความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา อยู่เปลา. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา

การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วนิดา รัตนานนท์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์

ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช. 2538. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันในระยะพักฟื้นและครอบครัว.

วารสารพยาบาล 44: 88-92.

วิภาวรรณ ชุ่ม. 2537. ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้อง

พึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2546. ทุกขภาวะของผู้ดูแล. วารสารทางวิชาการของสมาคมพัฒนาวิทยาและ

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 4(3) : 39-42.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2542. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชา

การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สงวนสิน รัตนเลิศ. 2546. บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. สงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สมจิต หนูเจริญกุล ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล 28(23): 169-90.
- สมปอง ตงพิพัฒน์. 2539. บาดเจ็บทางสมอง. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ สำนักงานระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทั้งหมดด้วยอุบัติเหตุและสาเหตุอื่นๆของจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ พ.ศ.2549. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://203.157.154/index.php? send=injury](http://203.157.154/index.php?send=injury) [29 ธันวาคม 2549].
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2536. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษุบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548. คู่มือการทำข้อมูลระบบงาน Healthy Thailand ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2549. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สิทธิพร บุญนิติย์. 2537. การประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางคลินิก. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชา จันท์เอม. 2536. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- โสภิต สุวรรณเวลา. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์ ฟองเพชร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุระณี รัตนพิทักษ์. 2546. การวางแผนจำหน่ายกับการพยาบาลด้านป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ. ใน วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง), หน้า 36-42. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษาวดี อัศดรวิเศษ. 2546. ปัญหาอุปสรรคในการวางแผนจำหน่าย. ใน วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ (บรรณาธิการ), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง), 99-102. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, M., Parmenter, T., and Mok, M. 2003. The relationship between neurobehavioural problems of severe traumatic brain injury, family functioning, and the psychological well-being of the spouse/caregiver: path model analysis. Brain Injury 16(9): 743-757.
- Anspaugh, D. J., Hamrick, M. H. and Rosato, F. D. 1997. Wellness concepts and applications. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Anspaugh, D. J., Hamrick, M. H. and Rosato, F. D. 2006. Wellness concepts and applications. 6th ed. New York: McGraw-Hill.
- Antonovsky, A. 1979. Health stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardell, D. B. 1977. High level wellness. Berkeley: Ten Speed Press.
- Baker, J. E. 1990. Family adaptation when one member has a head injury. Journal of Neuroscience Nursing 22(4): 232-237.
- Barker, E. 2002. Neuroscience nursing a spectrum of care. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Braithwaite, V. 1992. Caregiving burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. Research on Aging 14(1): 3-27.
- Bondy, K. N. 1994. Assessing cognitive function: A guide to neuropsychological testing. Rehabilitation Nursing 19: 24-30.
- Bull, M. J. 1990. Factors influencing family caregiver burden and health. Western Journal of Nursing Research 12(6): 758-776.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia : W.B.Saunders,

- Chumber, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M. V., Vogel, W. B., and Qnin, H. 2004. The presence of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. International of Geriatric Psychiatry 19: 944-953.
- Catalane, M. D. 1999. Traumatic brain injury. In A. Schmerzler, J. Walsh, and M.D. Catalane, Lippincott's disability fact finder: Nursing management of individual with disabilities. Philadelphia: Lippincott.
- Cummings, J. L. 2002. Neuropsychiatry and behavioral neurology. 2nd ed. Washington DC: American psychiatric.
- Cohen, S., and Wills, T. S. 1985. Stress, social support, and buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(3): 310-357.
- deMeness, M. R., and Perry, G. R. B. 1993. The plight of the caregivers. Home Healthcare Nurse 11(4): 10-14.
- Dring, R. 1989. The formal caregivers responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. Journal of Neuroscience Nursing 13(2): 113-119.
- Edlin, G., and Glolandty, E. 1992. Health and wellness: A holistic approach. Boston: Jones and Barlett.
- Florian, V. and Katz, S. 1991. The other victims of traumatic brain injury: consequences for family members. Neuropsychology 5(4): 267-279.
- Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., and Hapeper, K. 1994. Sense of coherence, coping and caregiver role overload. Soc. Sci. Med 39(12): 1615-1622.
- Haley, W. E., et al. 1995. Psychological, social, and health impact of caregiving: A comparison of Black and White dementia family caregivers and non-caregivers. Psychology and Aging 10: 540-552.
- Harris, J. K. J., Godfrey, H. P. D., Partidge, F. M. , and Knight, R. G. 2001. Caregiver depression following traumatic brain injury: A consequence of adverse effects on family member? Brain Injury 15(3): 223-238.

- Hawley, C. A., Ward, A. B., Magnay, A. R., Long, J. 2003. Parental stress and burden following traumatic brain injury amongst children and adolescents. Brain Injury 17(1): 1-23.
- Hickey, J. V. 1997. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, J. V. 2003. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hilton, G. 1994. Behavioral and cognitive sequelae of head trauma. Orthopedic Nursing 13(4): 25-32.
- House, J. S. 1981. Work stress and social support. Reading, M.A: Addison-Wesley.
- Hurdle, D. E. 2001. Social support: A critical factor in woman's health and health promotion. Health and Social work 26(2): 72-79.
- Jalowiec, A., and Power, M. J. 1981. Stress and coping in hypertension and emergency room patient. Nursing research 10(3): 10-18.
- Jennett, B., and Bond, M. 1975. Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet, 1480-1484.
- Johnson, B. P. 1995. One family's experience with head injury: A phenomenological study. Journal of Neuroscience Nursing 27(2): 113-118.
- Johnson, J. E. 1991. Health care promotion of the rural aged. Journal of Gerontological Nursing 17(8): 15-19.
- Kaplan, B. H., Cassel, L. C., and Gore, S. 1977. Social support and Health. Medical Care 15: 47-58.
- Kosberg, J. I., Caril, R., and Keller, D. M. 1990. Components of burden: Interventive implications. Gerontologist 30(2): 236-242.
- Koskinen, S. 1998. Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury: The perspective of the injury and the closest relative. Brain Injury 12(8): 631-648.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., and Kepler, K. 1992. Traumatic brain injury: Family response and outcome. Arch Phys Med Rehabil 73(8): 771-778.
- Kuei-Ru Chou. 2000. Caregiver burden: A concept analysis. Journal of Pediatric Nursing 15(6): 398-407.

- Kurylo, M. F., Elliott, T. R., and Shewchuk, R. M. 2001. Focus on the family caregiver: A problem-solving training intervention. Journal of counseling & development 79: 75-281.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. Stress, appraisal and coping. Newyork: Spring.
- Levy, M. R., Dignan M., and Shirreffs, J. H. 1992. Targeting wellness: The core. New York: McGraw-Hill.
- Linsey, A. M. 1992. Conceptualizations and measurement instrument. In M. Frank-Starbord (Ed), Instrument for clinical nursing research, pp.111-116. Boston: Jones and Bartlett..
- Littlejohns, L. R., and Bader, M. K. 2001. Guidelines for the management of severe head injury: Clinical application and changes in practice. Critical Care Nurse 21(6): 48-65.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., and Glicksman, A. 1989. Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerontology 44: 61-71.
- MacNair, N. D. 1999. Traumatic brain injury. Nursing clinics of North America 34: 637-659.
- Marantides, D. K., and Cassmeyer, V. L. 1999. Stress, stressors, and management. In W.J.Phipps, J. K. Sands, and J.F. Marek (ED), Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havil. J. H., Sleigh. J. W. 1998. Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. Brain Injury 12(12): 225-238.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havil. J. H., Sleigh. J. W. 1998. Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. Brain Injury 12(3): 1045-1059.
- Mimmes, P., Graffi, S., Nolte, M. L., Carlson, P., and Harrick, L. 2000. Coping in Canadian family caregivers of persons with traumatic brain injuries. Brain injury 14(8): 738-748.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J. G., and Hooyman,N. R. 1985. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations 34: 19-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D. and Borgatta, E. 1985. Measurement and the analysis of burden. Research on Aging 71(1): 137-152.

- Nabors, N.; Seacat, J., and Rosenthal, M. 2002. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. Brain Injury 16(12): 1039-1050.
- Naritoku, D. K., and Hernandez, T. D. 1995. Posttraumatic epilepsy and neurorehabilitation. In M. J. Ashley and D. K. Krych (Eds), Traumatic brain injury rehabilitation, pp.43-61. Boca Raton: CRC press.
- Nation Wellness Institute. 1999. TestWell: Wellness Inventory for Adults Instructions [Online]. Available from: <http://www.nationalwellness.org./pdf/QSetSA50Sample.pdf>, July 20.
- Orem, D. E. 1985. Nursing concepts of practice 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill.
- Palank, C. L. 1991. Nursing determinants of health promotion behavior. Nursing Clinics of North America 21(4): 815-831.
- Pender, N. J. 1987. Health promotion in nursing practice 2nd ed. California: Appleton and Lange.
- Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice 3rd ed. Stamford: Appleton and Lange.
- Platt, S. 1985. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scale. Psychological Medicine 15(2): 383-393.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. 1999. Nursing research : Principle and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Poulshock, S. W., and Demling, G. T. 1984. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. Journal of Gerontology 39(2): 230-239.
- Quittner, A. L., Opipari, L., Regoli, M., Jacobsen, J., and Eigen, H. 1992. The impact of caregiving and role strain on family life: Comparisons between mothers of children with cystic fibrosis and match controls. Rehabilitation Psychology 37: 275-290.
- Robinson, K. 1990. The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. Journal of Advanced Nursing 15: 788-795.
- Robinson, K. M. 1990. Predictors of burden among wife caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 4(3) : 189-217.

- Sander, A. M., Caroselli, J. S., High, W. M., Becker, C., Neese, L., and Scheibel, R. 2003. Preinjury emotional and family functioning in caregivers of person with traumatic brain injury. Phy Med Rehabil 84: 197-203.
- Salkind, N. J. 2000. Statistics for people who (think they) hate statistics. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sawatzky, J. E., and Fowler-Kerry, S. 2003. Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10: 277-286.
- Sisk, R. J. 2000. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies 37: 37-43.
- Thompson, E. H. and Doll, W. 1982. The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. Family Relations 31(3):379-388.
- Thompson, E. H., et al. 1993. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. Journal of Gerontology 48: 245-254.
- Tyerman, A., and Boot, J. 2001. Family interventions after traumatic brain injury: A Service example. Neuro Rehabilitation 16: 59-66.
- Verhae, S., Defloor, T., and Grypdonck, M. 2005. Stress and coping among families of Patients with traumatic brain injury: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing 14: 1004-1012.
- Vitalliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J., and Maiuro, R. D. 1991. The screen for caregiver burden. The Gerontologist 31(1): 76-83.
- Wallace, C. A., et al. 1998. Primary caregivers of persons with brain injury: life change 1 year after injury. Brain Injury 12(6): 483-493.
- Ward, D. 1990. Gender, time, and money in caregiving. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 4(3): 223-234.
- Weinert, C. 1985. A social support measure: PRQ 85. Nursing Research 36: 273-277.
- Warner, M. J. 1984. Wellness promotion in higher education. NASPA Journal 21(3): 33-36.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., and Bach-Peterson, J. 1980. Relatives of the impaired elderly: Correlated of feelings of burden. The Gerontologist 20(6): 649-655.



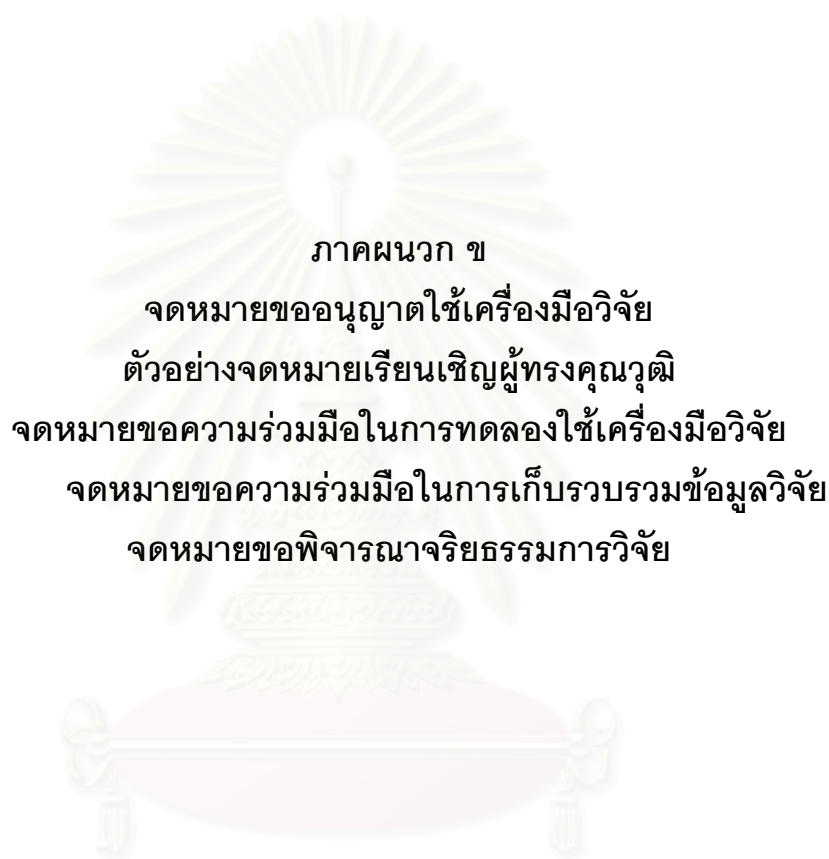
ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 2396

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะผู้ดูแล ของรองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2536) โดยมี ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สมจิต หนูเจริญกุล เป็นประธานควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร 89806
 ที่ ศธ 0512.11 / 2395 วันที่ 8 ธันวาคม 2549
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันภาษา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบประเมินความสุขสมบูรณ์
 2. ตารางตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่าน บาลโพธิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการแปลเครื่องมือการวิจัย คือ Test Well ของ Nation Wellness Institute (1999) เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบตรวจสอบการแปล เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่าน บาลโพธิ์
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
<u>ข้อนิสิต</u>	นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศษ 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล


- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากร ในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ การวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชิวพูนผล | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชิวพูนผล
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศร 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

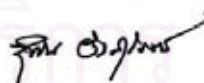
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
ชื่อนิสิต นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศษ 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

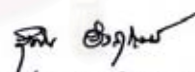
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมคานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศธ 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

จ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. รัชณี นามจันทร์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน	อาจารย์ ดร. รัชณี นามจันทร์
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
ชื่อนิสิต	นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศษ 0512.11/2549

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

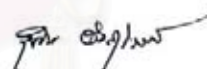
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สภ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง นฤมล เพียรเจริญ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักสัลยกรรมระบบประสาท เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พันตำรวจโทหญิง นฤมล เพียรเจริญ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต

นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศธ 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

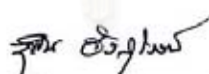
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปิติมา ฉายโอภาส อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวปิติมา ฉายโอภาส
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
ชื่อนิสิต	นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศบ 0512.11/2545



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิติสดเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิติสดชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 เดือน ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลกลาง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ทั้งนี้นิติสดจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพวงแก้ว แสนคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลางงานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิติสด

นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศบ 0512.11/ 2545

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกคค ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 เดือน ที่หาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพวงแก้ว แสนคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. พุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

รับแล้ว

นางสง่า

0 2252 9090

27 ธ.ค. 49

ที่ ศบ 0512.11/ 2545

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

29 ธันวาคม 2549

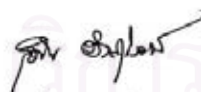
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 เดือน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่คลินิกศัลยกรรมระบบประสาท จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพวงแก้ว แสนคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. อุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต

นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449

ที่ ศธ 0512.11/ 2545



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

27 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

เนื่องด้วย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ใ้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองที่มีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 1 เดือน ที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่คลินิกศัลยกรรมระบบ ประสาท จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบ ประเมินภาระการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และ แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพวงแก้ว แสนคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

นางพวงแก้ว แสนคำ โทร 08-3022-0449



กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการดูแล ความเข้มแข็งในการมอง
โลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมอง

เลขที่ 2/2550

ผู้วิจัย นางพวงแก้ว แสนคำ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....
(นายแพทย์กฤษฏา ถมยาบัตร)
ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(แพทย์หญิงสุستی ธรรมานวัตร์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รับรองวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2550

No. ว. 36

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Relationships Between Personal Factors,
Burden, Sense of Coherence, Social Support,
and Wellness of Traumatic Brain Injury
Patients' Family Caregivers

Registered Number : 0016.50

Principal Investigator : Mrs. Puangkaew Sankum

Name of Institution : Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

Manoj Leethochawalit Chairman

(Mr. Manoj Leethochawalit)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL - 1 MAR. 2007



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ 424
ว.ด.ป. 28 ส.ค. 2550
10.00 น.

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัยในมนุษย์ฯ วิทยาลัยการสาธารณสุข
ที่ กก.พิจารณาวิจัยวรรณกรรม/ 100 /2550 วันที่ 26 มีนาคม 2550
เรื่อง แจ้งผลพิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, BURDEN, SENSE OF COHERENCE, SOCIAL SUPPORT, AND WELLNESS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS' FAMILY CAREGIVERS) ของนางพวงแก้ว แสนคำขุณิสิตรีระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วในคราวประชุมครั้งที่ 6/2550 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2550 มีมติให้ผ่านการพิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

ศิริพร ไชยสาร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาวิจัยวรรณกรรมวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

เพื่อโปรด

ทราบ และเพิ่มเติมแจ้งอาจารย์ที่ปรึกษา (มศ. ดร. พรหมอม รอดศรี)

ดำเนินการ และให้ส่ง กรมศอไป

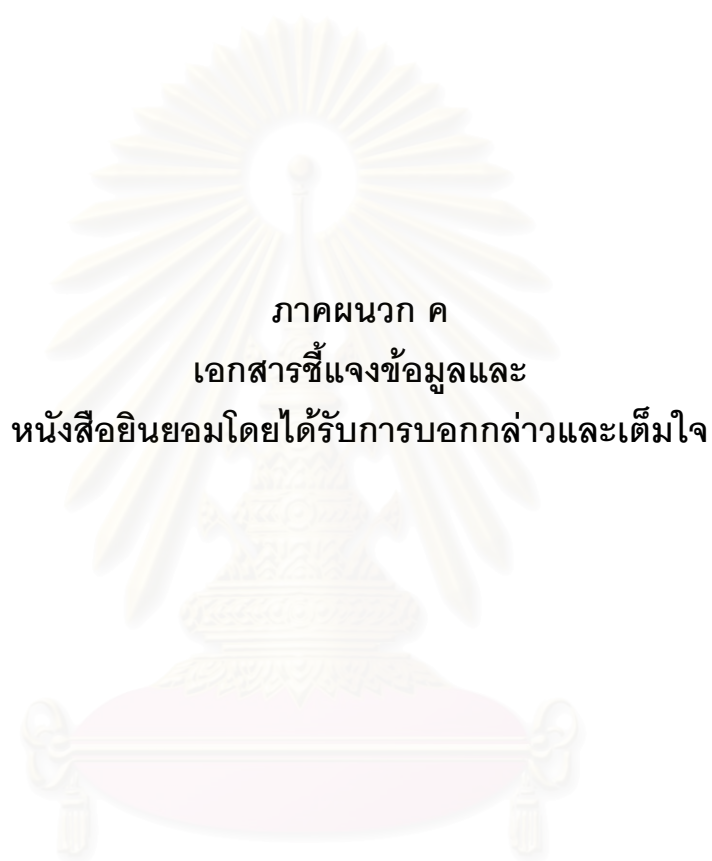
พิจารณา

อื่นๆ

กระซื่อ ศิริพร
28 มี.ค. 50

ศิริพร
29 มี.ค. 50

ศิริพร
29 มี.ค. 50



ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงข้อมูลและ
หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก
แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางพวงแก้ว แสนคำ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย
ศัลยกรรมชายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-0220449 ได้ทราบ
ถึง วัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจ
เกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้า
ร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆที่ข้าพเจ้า
และสมาชิกในครอบครัวข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้า และสมาชิก
ครอบครัวของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย รวมทั้งยินยอมให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อเป็น
ประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูล
สรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลง
นามในเอกสารใบยินยอมมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ผู้ดูแล)

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

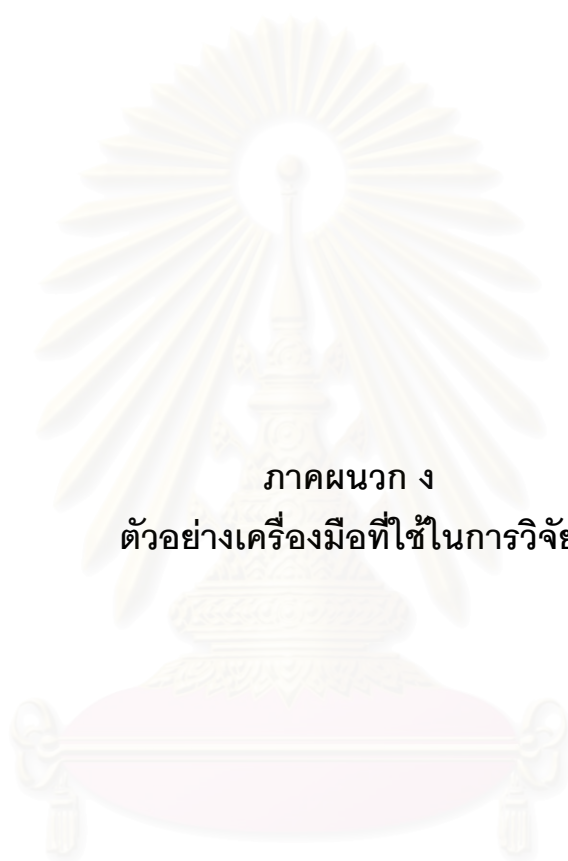
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. ผู้วิจัย นางพวงแก้ว แสนคำ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัด เพชรบูรณ์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-3022-0449
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 4.2 เพื่อศึกษาความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 4.3 เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
 - 4.4 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน และมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมระบบประสาทและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูจากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน มีทั้งหมด 5 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

 1. เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 2. อายุ 20-59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

3. เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการระดับปานกลางและระดับรุนแรง ตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บสมองจนถึงปัจจุบันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
4. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยเป็นดังนี้คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามใช้เวลา ประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะการดูแล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ซึ่งสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่
7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ
8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
9. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 140 ราย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () 2 ประถมศึกษา
 - () 3 มัธยมศึกษา
 - () 4 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
 - () 5ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
 - () 6 อื่นๆระบุ.....
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... (บาท)
- 5 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 - () 1 บิดา/มารดา () 2 สามี/ภรรยา
 - () 3 บุตร () 4 พี่/น้อง () 5 อื่นๆระบุ.....
6. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์
7. มีผู้ช่วยในการดูแลหรือไม่ () 1 มี () 2 ไม่มี

แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากการสอบถามจากญาติ

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับความพิการ () 1 รุนแรง () 2 ปานกลาง
4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ () 1 มี () 2 ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย ภาระเชิงปรนัย 7 ข้อ ภาระเชิงอัตนัย 13 ข้อ

ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้จะใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิตหรือความรู้สึกของท่านที่ผ่านมา ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านที่ได้รับบาดเจ็บสมอง

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่ผ่านมาของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ลดลง มาก	ลดลง เล็กน้อย	ไม่ เปลี่ยนแปลง	เพิ่มขึ้น เล็กน้อย	เพิ่มขึ้น มาก
ภาระเชิงปรนัย					
1. เวลาสำหรับตัวท่านเอง					
2. ความเป็นส่วนตัว/อิสรภาพส่วนบุคคล					
.....					
7. สุขภาพของตัวท่านเอง					
ข้อความ	ไม่เคย	น้อยครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกท้อทรมานในการดูแลผู้ป่วย					
2. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน					
.....					
13. ท่านรู้สึกละอายใจต่อสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วย					

ส่วนที่ 3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ รวมทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยตำแหน่ง 1 และ 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขตรงกลางจาก 2 ถึง 6 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ตัวอย่าง คุณมีความพึงพอใจกับชีวิตในขณะนี้มากน้อยเพียงใด

ไม่พอใจเลย 1 2 3 4 5 6 7 พึงพอใจมาก

| | | | | | |

คำอธิบายในที่นี้ผู้ตอบเลือกเลข 4 ซึ่งแสดงว่าผู้ตอบรู้สึกพอใจกับชีวิตในขณะนี้ค่อนข้างมาก แต่ยังมีบางส่วนของชีวิตที่เขายังไม่พอใจ

โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่ได้สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวท่านบ่อยเพียงใด

ไม่เคยรู้สึกเช่น 1 2 3 4 5 6 7 รู้สึกเช่นนี้บ่อยมาก

| | | | | | |

2. ในช่วงที่ผ่านมาท่านเคยพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคลซึ่งท่านคิดว่าท่านรู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างไหม

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1 2 3 4 5 6 7 เกิดขึ้นเสมอ

| | | | | | |

13. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิต บ่อยแค่ไหน

บ่อยมาก 1 2 3 4 5 6 7 ไม่เคยเกิดความคิดเช่นนี้เลย

| | | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใดโปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น
เฉยๆ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อคำถาม	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญคนหนึ่งกับคนรอบข้าง							
3. คนส่วนมากบอกว่าท่านทำงานดี							
.....							
24. คนส่วนมากคิดว่า ท่านเป็นคนที่ไม่น่าคบหาสมาคม ด้วย							
25. ถ้าท่านเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา จะมีคนให้คำแนะนำเรื่อง การดูแลตนเองให้แก่ท่านได้							

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสุขสมบูรณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และพิจารณาว่าอยู่ในระดับใด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นตลอดเวลา
(ประมาณ 81-100% ของสภาพการณ์)
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นบ่อยมาก
(ประมาณ 61-80% ของสภาพการณ์)
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นปานกลาง
(ประมาณ 41-60% ของสภาพการณ์)
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเช่นนั้นน้อย
(ประมาณ 26-40% ของสภาพการณ์)
- 1 คะแนน หมายถึง เกือบไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย
(ประมาณ 0-25% ของสภาพการณ์)

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติจริงมากที่สุด

พฤติกรรม	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย มาก	ปาน กลาง	น้อย	เกือบ ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ด้านร่างกาย <u>การออกกำลังกาย</u> 1. ท่านออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ใช้แรงกายจนเหงื่อออก โดยใช้เวลา 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์					
2. กิจกรรมการออกกำลังกาย หรือใช้แรงกายของท่านประกอบด้วย การยืดเส้นยืดสาย กิจกรรมแอโรบิก และกิจกรรมที่ต้องใช้แรง					
.....					
5. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายท่านจะ หลีกเลี่ยง การออกกำลังกายที่หักโหม (หากท่านรู้สึกสบายดีให้เลือกตอบ"เกือบตลอดเวลา")					

พฤติกรรม	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย มาก	ปาน กลาง	น้อย	เกือบ ไม่เคย ปฏิบัติเลย
<u>โภชนาการ</u>					
6. ท่านรับประทานผักและผลไม้					
7. ท่านไม่ค่อยรับประทานอาหารจานด่วน (Fast Foot) เช่น แมคโดนัลด์ พิซซา เค เอฟ ซี ฯลฯ					
.....					
9. ท่านรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อเทียบกับ ส่วนสูงและเพศ					
10. ท่าน หลีกเลี่ยง อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม อาหารทอด ไข่กรอก ขนมหวาน เนื้อสัตว์ติดมัน					
<u>การดูแลตนเอง</u>					
11. ท่าน หลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่					
12. ท่านตรวจเต้านมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (ถ้าผู้ชายให้ตอบ “เกือบตลอดเวลา”)					
.....					
15. ท่านใช้ไหมขัดฟันหลังการแปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง					
<u>ด้านความปลอดภัย</u>					
16. ท่านคาดเข็มขัดนิรภัยเวลาขับ หรือนั่งรถยนต์/ สวมหมวก นิรภัยเวลาขี่ หรือซ้อนรถจักรยานยนต์ (หากท่านนั่งรถโดยสาร ประจำทางตลอดให้เลือกตอบในช่อง “เกือบตลอดเวลา”)					
.....					
19. ท่านมีความสุขได้ โดย ไม่ต้อง อาศัยเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ หรือใช้ยา					
20. ท่านใช้อุปกรณ์ความปลอดภัย (หมวกกอล์ฟคลุม ผ้าปิดจมูก) ตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เมื่อต้องทำงานที่ เสี่ยงอันตราย					

พฤติกรรม	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย มาก	ปาน กลาง	น้อย	เกือบ ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ด้านสังคม					
21. ท่านแยกขยะ กระดาษ วัสดุพลาสติก แก้ว หรืออลูมิเนียม เพื่อให้มีการนำมาใช้ได้อีก					
22. ท่านกระทำแต่สิ่งที่มีความยุติธรรม และไม่เอาเปรียบผู้อื่น					
25. ท่านสละเวลา หรือเงินให้กับองค์กรที่มุ่งพัฒนาชุมชนที่ท่านอยู่ให้ดีขึ้น					
<u>การตระหนักรู้ด้านอารมณ์และเพศสัมพันธ์</u>					
26. ท่านมีสัมพันธภาพ และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น					
29. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับเพศหญิง และเพศชาย					
30. ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศสัมพันธ์					
<u>การจัดการด้านอารมณ์</u>					
31. ท่านแสดงอารมณ์โกรธได้ในทางที่ไม่ทำร้ายผู้อื่น					
34. ท่านทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่รู้สึกเร่งรีบ					
35. ท่านรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง					
ด้านสติปัญญา					
36. ท่านคอยติดตามข่าวสารด้านสังคมการเมืองและประเด็นสำคัญต่างๆ					
39. ท่านจะรวบรวมข้อเท็จจริงต่างๆก่อนการตัดสินใจ					
40. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชน					

พฤติกรรม	เกือบ ตลอด เวลา	บ่อย มาก	ปาน กลาง	น้อย	เกือบ ไม่เคย ปฏิบัติเลย
ด้านการงานอาชีพ					
41. ท่านมีความสุขกับงานที่กระทำอยู่					
42. ท่านสามารถจัดเวลาได้อย่างเหมาะสมระหว่างการทำงาน กับการพักผ่อน					
.....					
44. ความเครียดด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน อยู่ในระดับที่ ท่านยอมรับได้					
45. ท่านรู้สึกมีอำนาจเหมาะสมกับภาระความรับผิดชอบใน การทำงาน					
ด้านคุณค่า จิตวิญญาณ และความเชื่อ					
46. ท่านรู้สึกว่ามีจุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต					
47. ท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความตายของท่าน กับครอบครัว และเพื่อนๆ ได้					
.....					
49. ท่านใช้เวลาช่วงหนึ่งของแต่ละวันในการสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือพิจารณาการกระทำของตนเอง					
50. ท่านยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่นได้					



ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

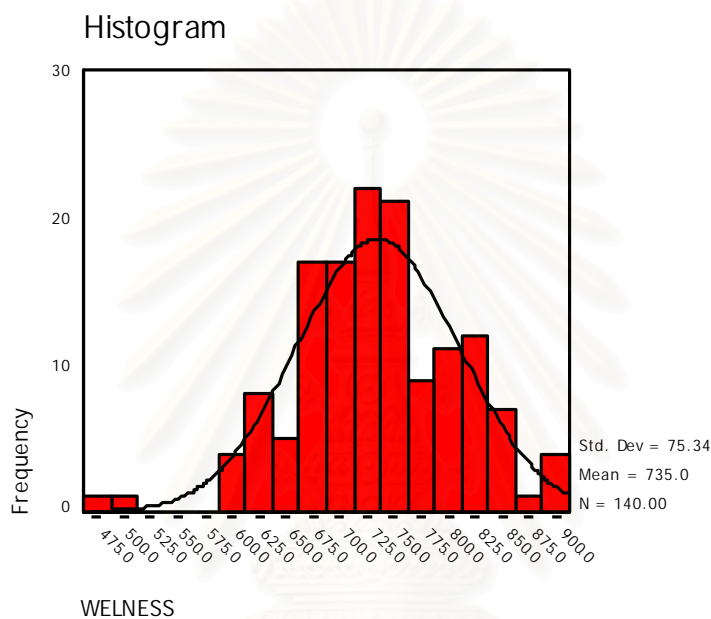
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (Data Distribution)

1. ทดสอบการแจกแจงคะแนนความสุขสมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ว่าสุ่มได้จากประชากร โดยมีการกระจายแบบปกติ ทดสอบได้ 2 วิธีคือ

1.1 ทดสอบจากการสร้างแผนภาพและกราฟ

1.1.1 Histogram



1.1.2 Leave plot

Frequency Stem & Leaf

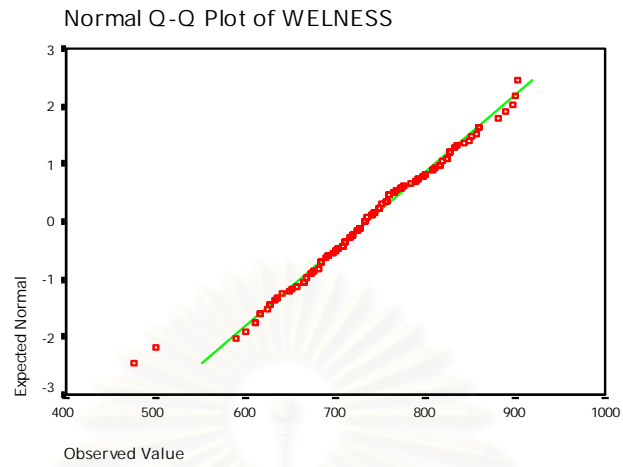
2.00 Extremes (= < 500)

1.00 5 . 8
13.00 6 . 0111122233344
25.00 6 . 555666667777888888889999
45.00 7 . 00000000111111222222222222333333334444444444
25.00 7 . 5555555666666677778889999
19.00 8 . 0000111122222223344
8.00 8 . 55666889
2.00 9 . 00

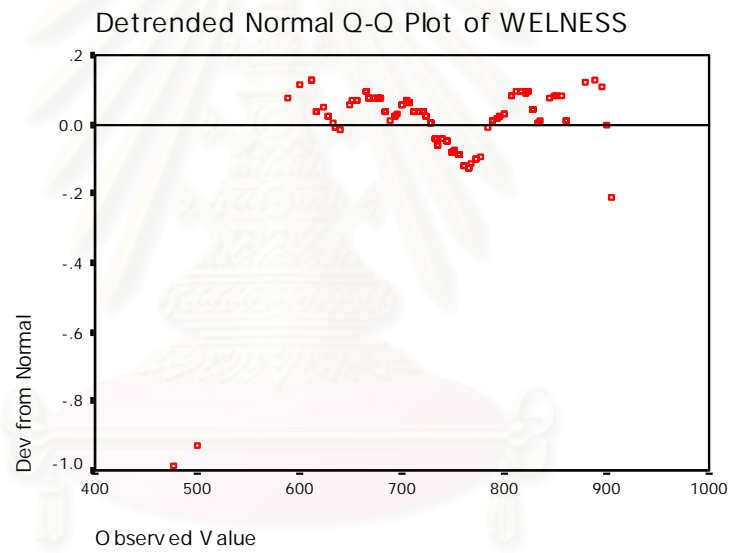
Stem width: 100.00

Each leaf: 1 case(s)

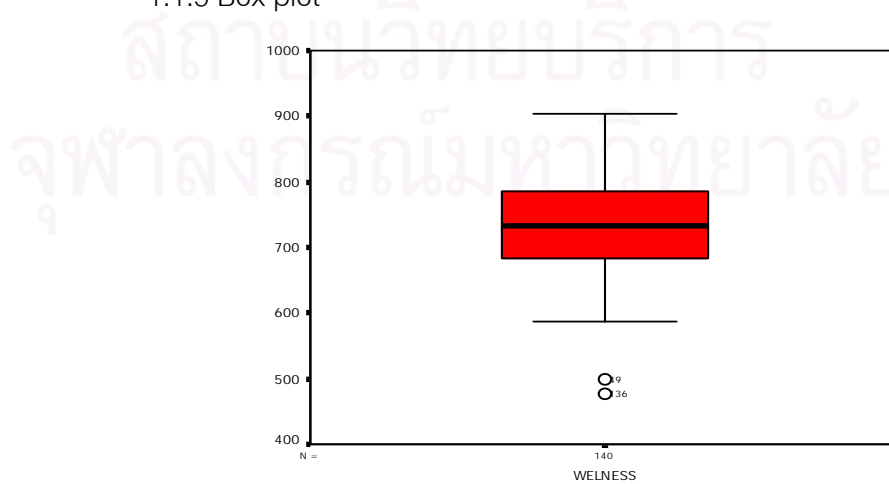
1.1.3 Normal Probability



1.1.4 Detrended Normal Plot



1.1.5 Box plot



1.2 ทดสอบโดยใช้สถิติ Komogorov – Sminov โดยตั้งสมมติฐาน

H_0 : คะแนนความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติ

H_1 : คะแนนความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบไม่เป็นแบบปกติ

ตารางที่ 9 Tests of Normality

Kolmogorov-Smirnov	Statistic	df	Sig.
WELNESS	0.06	140	0.20

จากตาราง Tests of Normality ค่า sig.>.05 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐาน H_0 นั่นคือ คะแนนความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมอง จำแนกตามรายชื่อ (n= 140)

รายการความสุขสมบูรณ์	\bar{X}	SD
ด้านร่างกาย		
<u>การออกกำลังกาย</u>		
1. การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ใช้แรงกายจนเหงื่อออกโดยใช้เวลา 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3.20	1.09
2. กิจกรรมการออกกำลังกายหรือใช้แรงกายประกอบด้วย การยืดเส้นยืดสาย กิจกรรมแอโรบิกและกิจกรรมที่ต้อใช้แรง	3.21	1.08
3. การเดินทางระยะไกลด้วยการเดินหรือถีบจักรยาน	3.57	1.09
4. กิจกรรมสำคัญในการใช้เวลาว่าง คือ การออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรง แทนการดูโทรทัศน์	2.89	0.92
5. เมื่อรู้สึกไม่สบายจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม	4.41	0.87
<u>โภชนาการ</u>		
6. การรับประทานผักและผลไม้	4.04	0.80
7. การไม่ค่อยรับประทานอาหารจานด่วน (Fast Food) เช่น แมคโดนัลด์ พิซซ่า เคเอฟซี ฯลฯ	3.83	1.23
8. การตั้งใจให้ได้รับอาหารที่มีกากและเส้นใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ด ฯลฯ ในอาหารแต่ละมื้อ	3.69	0.95
9. การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเปรียบเทียบกับส่วนสูงและเพศ	3.40	1.07
10. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผลิตภัณฑ์จากนม อาหารทอด ไข่กรอก ขนมหวาน เนื้อสัตว์ติดมัน	3.21	0.99
<u>การดูแลตนเอง</u>		
11. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.65	0.93
12. การตรวจเต้านม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	2.49	1.58
13. การป้องกันผิวหนังได้รับอันตรายจากแสงแดดด้วยการใช้ครีมกันแดด สวมหมวก หรือกางร่ม	3.13	1.40
14. การรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่แพทย์กำหนด	2.56	1.45
15. การใช้เข็มขัดพ้นหลังการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1.68	1.08
<u>ด้านความปลอดภัย</u>		
16. การคาดเข็มขัดนิรภัยเวลาขับหรือนั่งรถยนต์/สวมหมวกนิรภัยเวลาขี่หรือซ้อนรถจักรยานยนต์	4.53	0.92
17. การขับรถไม่เกินความเร็วที่รัฐกำหนด	4.42	0.95

รายการความสุขสมบูรณ์ (ต่อ)	\bar{X}	SD
18. การหลีกเลี่ยงนั่งรถกับผู้ขับขีที่ดื่มสุราหรือใช้ยาที่กระตุ้น/ระงับประสาท	4.45	0.86
19. การมีความสุขได้โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือใช้ยา	4.37	1.03
20. การใช้อุปกรณ์ความปลอดภัย (หน้ากากเสื้อคลุม ผ้าปิดจมูก) ตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด	3.53	1.31
ด้านสังคม		
21. การแยกขยะ กระดาษ ถุงพลาสติก แก้วหรืออลูมิเนียม เพื่อให้มีการนำมาใช้ได้อีก	3.59	1.18
22. การกระทำแต่สิ่งที่มีคุณธรรมและไม่เอาเปรียบผู้อื่น	4.11	0.81
23. การมีเวลาพักผ่อนร่วมกับครอบครัวและเพื่อน	3.20	1.22
24. เมื่อการพบเห็นสิ่งนี้อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นจะกระทำการแก้ไขสิ่งนั้น	4.01	0.80
25. การสละเวลาหรือเงินให้กับองค์กรที่มุ่งมั่นพัฒนาให้ชุมชนที่อยู่ให้ดีขึ้น	3.09	1.17
ด้านอารมณ์		
<u>การตระหนักรู้ด้านอารมณ์และเพศสัมพันธ์</u>		
26. การมีสัมพันธภาพและพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	4.56	0.83
27. การสามารถคงสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดหรือเป็นส่วนเดียวกับบุคคลอื่นได้	4.22	0.84
28. การสามารถรักผู้อื่นโดยไม่หวังว่าเขาต้องรักท่านตอบแทน	3.96	0.84
29. การมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับเพศหญิงและเพศชาย	3.99	0.80
30. การรู้สึกว่าคุณเองมีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศสัมพันธ์	3.64	0.95
<u>การจัดการด้านอารมณ์</u>		
31. การแสดงอารมณ์โกรธได้ในทางที่ไม่ทำร้ายผู้อื่น	3.78	1.01
32. การมีเป้าหมายของชีวิตที่สามารถทำให้เป็นจริงได้	3.72	0.82
33. การเรียนรู้จากสิ่งที่เคยกระทำผิด	3.76	0.80
34. การทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่รู้สึกร่างเจ็บจนเกินไป	3.19	1.21
35. การรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง	4.21	0.77
ด้านสติปัญญา		
36. การคอยติดตามข่าวสารด้านสังคมการเมืองและประเด็นสำคัญต่างๆ	3.84	0.96
37. การดูรายการที่ให้ความรู้ทางโทรทัศน์ทุกสัปดาห์ (ข่าว การสนทนาทางการเมือง สารคดี ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ)	3.93	0.96
38. การหาโอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ	3.15	1.07
39. การจะรวบรวมข้อเท็จจริงต่างๆก่อนการตัดสินใจ	3.87	0.82
40. การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชน	2.62	1.17

รายการความสุขสมบูรณ์ (ต่อ)	\bar{X}	SD
ด้านการงานอาชีพ		
41. การมีความสุขกับงานที่กระทำอยู่	4.10	0.92
42. การสามารถจัดเวลาได้อย่างเหมาะสมระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน	3.67	0.95
43. การรู้สึกพึงพอใจในความสามารถจัดการกับภาระงานของตนเองได้	3.93	0.82
44. ความเครียดด้านสภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับที่ยอมรับได้	3.35	0.84
45. การรู้สึกมีอำนาจเหมาะสมกับภาระความรับผิดชอบในการทำงาน	3.81	0.82
ด้านคุณค่า จิตวิญญาณ และความเชื่อ		
46. ความรู้สึกว่ามีจุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต	4.11	0.82
47. การสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความตายกับครอบครัวและเพื่อนๆ ได้	3.66	0.99
48. ในการกระทำสิ่งต่างๆ เป็นไปตามความเชื่อของตัวเองมากกว่าความเชื่อของผู้อื่น	3.93	0.80
49. การใช้เวลาช่วงหนึ่งของแต่ละวันในการสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือพิจารณาการกระทำของตนเอง	2.99	1.22
50. การยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่นได้	3.43	0.71

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลเชิงปรณัยและภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตามรายข้อ (n= 140)

ภาวะการดูแลเชิงปรณัย	\bar{X}	SD
1. เวลาสำหรับตัวเอง	4.51	0.63
2. ความเป็นส่วนตัว/อิสระภาพส่วนบุคคล	4.31	0.68
3. เงินทองที่มีไว้สำหรับใช้จ่าย	4.41	0.76
4. เวลาสำหรับทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจหรือเข้าสังคม	4.29	0.62
5. การทำกิจกรรมในวันหยุดเพื่อพักผ่อนและท่องเที่ยว	4.12	0.76
6. สัมพันธภาพของกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว	3.44	0.99
7. สุขภาพของตัวเอง	3.46	0.67
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย		
1. ความรู้สึกทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วย	2.34	1.16
2. การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน	1.74	0.78
3. ความรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในวันข้างหน้า	2.19	1.36
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยตึงเครียดเพิ่มขึ้น	2.39	1.02
5. ความรู้สึกว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น	1.76	0.70
6. ความรู้สึกที่ว่า ผู้ป่วยพยายามบังคับให้ผู้ดูแลทำทุกสิ่งทุกอย่างตามใจเขา	2.71	1.24
7. ความรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	1.71	0.88
8. ความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยไม่พอใจในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อเขา	2.53	0.97
9. ความรู้สึกหงุดหงิด/กังวลใจในการดูแลผู้ป่วย	2.36	0.93
10. ความรู้สึกที่ว่าความต้องการของผู้ป่วยมีมากเกินไปจนความจำเป็น	2.06	1.04
11. ความรู้สึกที่ว่าไม่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยมากเท่าที่ควรจะเป็น	1.71	0.96
12. ความรู้สึกที่ว่า ผู้ป่วยคาดหวังการดูแลจากผู้ดูแลแต่เพียงผู้เดียว	3.81	1.36
13. ความรู้สึกละอายใจต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	1.44	0.83

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก จำแนกตาม รายชื่อและรายด้าน (n= 140)

รายการความเข้มแข็งในการมองโลก	\bar{X}	SD
1. ด้านการมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้		
- ในช่วงที่ผ่านมาเคยพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคลซึ่งคิดว่ารู้จักเขา เป็นอย่างดีบ้างไหม	4.53	1.57
- ความรู้สึกว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ทราบว่าจะทำอะไร บ่อยเพียงใด	4.74	1.71
- การมีความรู้สึกนึกคิดสับสน บ่อยเพียงใด	4.34	1.62
- บ่อยแค่ไหนที่เกิดความคิดว่าความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจ นั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น	4.38	1.67
- เมื่อมีเรื่องใดเกิดขึ้น มักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นอย่างไร	5.56	1.28
ค่าเฉลี่ยของด้านการมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้	4.71	1.57
2. ด้านการมองสิ่งต่างๆว่าสามารถจัดการได้		
- รู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ไว้ใจ ทำให้ต้องผิดหวัง	4.38	1.90
- มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความยุติธรรมบ้างหรือไม่	4.12	1.95
- คนเราทุกคนไม่ว่าจะแข็งแกร่งอย่างไรก็ตาม บางครั้งในบางสถานการณ์จะรู้สึกจมอยู่ในกองทุกข์ มีความรู้สึกเช่นนี้ บ่อยแค่ไหน ในอดีตที่ผ่านมา	4.19	1.75
- มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตบ่อยแค่ไหน	4.90	1.62
ค่าเฉลี่ยของด้านการมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้	4.40	1.57
3. ด้านการมองว่าสิ่งต่างๆมีความหมาย		
- มีความรู้สึกที่ไม่ได้สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัว บ่อยเพียงใด	5.05	1.71
- จนกระทั่งบัดนี้ ชีวิตมีจุดประสงค์หรือเป้าหมายบ้างหรือไม่	5.24	1.63
- รู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่กระทำอยู่ทุกวันนี้	5.74	1.50
- มีความรู้สึกที่สิ่งที่ได้กระทำอยู่ทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความหมายบ่อยเพียงใด	5.23	1.71
ค่าเฉลี่ยของด้านการมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้	5.32	1.57

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายข้อ และรายด้าน (n= 140)

รายการแรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD
ด้านความรักใคร่ผูกพัน		
- มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	5.98	1.22
- มีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือ	5.36	1.49
- มีคนที่รักคอยเป็นกำลังใจให้	6.01	1.16
- มีคนที่จะร่วมไปไหนมาไหนได้	5.79	1.18
ค่าเฉลี่ยด้านความรักใคร่ผูกพัน	5.79	1.26
ด้านการได้รับความช่วยเหลือ		
- ไม่สามารถพึ่งญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา	4.80	1.82
- มีคนพร้อมที่จะช่วยเหลือเสมอ ถ้าต้องการความช่วยเหลือ	5.11	1.48
- ไม่มีใครเลยที่จะคอยรับฟังความรู้สึก	5.16	1.74
- มีญาติหรือเพื่อนที่คอยให้ความช่วยเหลือ ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้ก็ตาม	5.25	1.42
- เวลาที่อารมณ์เสีย สามารถระบายอารมณ์กับใครคนใดคนหนึ่งได้	4.60	1.70
- ถ้าสงสัยอะไรหรือต้องการคำแนะนำ จะมีคนช่วยเหลือได้	5.67	1.01
- ถ้าเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา จะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้	5.82	1.02
ค่าเฉลี่ยด้านการได้รับความช่วยเหลือ	5.20	1.46
ด้านการได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น		
- ที่ผ่านมามีโอกาสที่จะให้คนอื่นหรือช่วยเหลือคนอื่นน้อย	4.94	1.66
- ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนคนอื่นให้เจริญก้าวหน้าเมื่อมีโอกาส	5.96	0.86
- ชอบทำให้คนอื่นมีความสุข แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆก็ตาม	5.84	0.87
- เต็มใจช่วยเหลือผู้อื่นแม้ว่าจะไม่ได้ขอร้อง	5.84	0.87
ค่าเฉลี่ยด้านการได้มีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น	5.64	1.06

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รายการแรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD
ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม		
- ความรู้สึกว่ามีคนสำคัญคนหนึ่งกับคนรอบข้าง	5.89	0.86
- การคบหาสมาคมกับคนที่มีความสนใจตรงกัน	5.39	1.16
- คนอื่นบอกว่า พวกเขาพอใจที่ได้ทำงานร่วมกับท่าน	5.41	1.04
- ความรู้สึกว่ามีคนอื่นพอใจในตัวเองท่าน	5.32	1.04
- คนส่วนมากคิดว่า ท่านเป็นคนที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วย	5.71	1.30
ค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม	5.54	1.08
ด้านการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง		
- คนส่วนมากบอกว่าท่านทำงานดี	5.39	1.23
- การได้พบปะกับคนที่ทำให้รู้สึกว่าตัวท่านมีคุณค่า	5.46	1.17
- คนในครอบครัวบอกว่า ท่านเป็นคนสำคัญที่ทำให้ครอบครัวอยู่ได้จนถึงทุกวันนี้	5.89	1.27
- ที่ผ่านมามีโอกาสที่จะให้คนอื่นหรือช่วยเหลือคนอื่นน้อย	4.86	1.57
- ความรู้สึกที่ตัวท่านเป็นที่ต้องการของคนอื่น	5.04	1.17
ค่าเฉลี่ยด้านการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง	5.33	1.28

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลกและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ	0.131	1							
2. ระดับการศึกษา	0.106	0.17*	1						
3. รายได้	-0.04	0.186*	-0.104	1					
4. ภาวะการดูแลเชิงปรณัย	0.085	0.104	0.123	-0.166	1				
5. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	0.055	0.127	0.152	-0.079	0.324	1			
6. ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.014	0.084	-0.007	0.022	-0.078	-0.344	1		
7. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.062	0.112	-0.159	0.144	-0.049	-0.268	0.501	1	
8. ความสุขสมบูรณ์	0.017	0.388**	-0.151	0.200*	-0.108	-0.293**	0.434**	0.447**	1

* $p < .05$

** $p < .01$

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาง พวงแก้ว แสนคำ เกิดวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดเพชรบูรณ์
สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อปี พ.ศ. 2534 เข้าปฏิบัติงาน
เป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2534 - 2548
ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย