

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจาก  
เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย  
**Relationship Between Resilience and Perceived Care Burden Among Caregivers  
of Persons Injured from Assault in the Unrest Situation in the Southern Border  
Provinces of Thailand**

มนีวรรณ สุวรรณมณี

**Manewan Suwanmanee**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2556**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย  
ผู้เขียน              นางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี  
สาขาวิชา              การพยาบาลผู้ใหญ่

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ  
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
ผู้เขียน	นางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2555

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบจำนวน 100 ราย ในจังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และ 4 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ 2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และ 3) แบบประเมินการรับรู้การดูแล แบบประเมินข้างต้นนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินทั้ง 3 ส่วนด้วยครอนบาคของแอลฟาเท่ากับ .99 .85 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.07$ ,  $SD = .32$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูงคือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ( $M = 2.87$ ,  $SD = .44$ ) ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ( $M = 3.13$ ,  $SD = .38$ ) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ( $M = 3.02$ ,  $SD = .59$ ) การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ( $M = 3.42$ ,  $SD = .49$ ) และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา ( $M = 2.94$ ,  $SD = .45$ ) ส่วนการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.79$ ,  $SD = .86$ ) และเมื่อพิจารณาตามมิติของการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลทั้ง 2 มิติ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คือ การรับรู้ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ( $M = 2.79$ ,  $SD = .86$ ) และการรับรู้ความยากลำบากในการดูแล ( $M = 2.42$ ,  $SD = 1.00$ ) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า การรับรู้การดูแลทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ การดูแลโดยตรง ( $M = 2.62$ ,  $SD = 1.09$ ) การดูแลระหว่างบุคคล ( $M = 2.70$ ,  $SD = .98$ ) และการดูแลทั่วไป ( $M = 2.48$ ,  $SD = .91$ )

พลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ( $r = -.14, p = .17$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลให้คงไว้ในระดับสูงต่อไป และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีการรับรู้ภาระการดูแลให้อยู่ในระดับที่ต่ำ เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลผู้บาดเจ็บในระดับที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

<b>Thesis Title</b>	Relationship Between Resilience and Perceived Care Burden Among Caregivers of Persons Injured from Assault in the Unrest Situation in the Southern Border Provinces of Thailand
<b>Author</b>	Miss Maneewan Suwanmanee
<b>Major Program</b>	Adult Nursing
<b>Academic Year</b>	2012

### **Abstract**

The purpose of this descriptive research was to examine the relationship between resilience and perceived care burden among caregivers who cared for persons injured from assault in the unrest situation in the southern border provinces of Thailand. One hundred such caregivers were recruited. The questionnaires consisted of 1) Activity of Daily Living Form, 2) Family Resilience Questionnaire, and 3) Perceived Caregiving Burden Questionnaire. The content was validated by 3 experts. The Cronbach's alpha Coefficients of all 3 instruments were .99, .85 and .96, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson Product Moment Correlation.

The results showed that:

Overall mean score of caregiver resilience was at high level ( $M = 3.07$ ,  $SD = .32$ ). When identifying each dimension, it was found that all dimensions of caregiver resilience were also at high levels. These dimensions were being able to join with people ( $M = 2.87$ ,  $SD = .44$ ), being confident to live ( $M = 3.13$ ,  $SD = .38$ ), having social support ( $M = 3.42$ ,  $SD = .49$ ), living with spiritual security ( $M = 3.42$ ,  $SD = .49$ ), and being able to de-stress and manage problems ( $M = 2.94$ ,  $SD = .45$ ).

Overall mean score of perceived caregiver burden was at a moderate level ( $M = 2.79$ ,  $SD = .86$ ). When identifying each dimension, it was found that perceived caregiver burden related to time spent ( $M = 2.79$ ,  $SD = .86$ ) and difficulty ( $M = 2.42$ ,  $SD = 1.00$ ) were also at moderate levels. When identifying each subscale, it was found that perceived caregiver burden related to direct care ( $M = 2.62$ ,  $SD = 1.09$ ), interpersonal care ( $M = 2.70$ ,  $SD = .98$ ), and general care ( $M = 2.48$ ,  $SD = .91$ ) were all at moderate levels.

This study found that caregiver resilience was not related to perceived care burden ( $r = -.14, p = .17$ ) among caregivers who cared for persons injured from assault in the unrest situation in the southern border provinces of Thailand.

The findings of this study can be used to develop guideline studies to promote or maintain resilience in this group of caregivers. Nurses are recommended to implement strategies to reduce caregiver burden to a lower level in order to sustain an appropriate level of care for the victims.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย และรองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความกรุณาคำแนะนำ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งคอยติดตาม ดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ตลอดจนอาจารย์ท่านอื่นๆที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความเอื้ออาทร และกำลังใจที่มีให้เสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาคอยชี้แนะแนวทางและหล่อหลอมให้เกิดปัญญา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย ดร. สนธยา มณีรัตน์ และคุณกิตติชัย บุญศรี ที่ได้คำปรึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวมทั้งกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศิครินทร์ หาดใหญ่ ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ได้อนุญาตให้มาศึกษาต่อ และขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ จากแผนกฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ศูนย์ประสานงานวิชาการ ให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศวชต.) และหน่วยงานอื่นๆ ที่สนับสนุนด้านข้อมูล และขอบคุณกลุ่มผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีค่าสำหรับการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ ความรัก ความห่วงใย มาโดยเสมอ ตลอดจนขอบคุณผู้ที่มีความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

มณีวรรณ สุวรรณมณี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
Abstract.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายงานตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
สถานการณ์และภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายใน จังหวัดชายแดนใต้ของไทย.....	11
ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อผู้ดูแลในจังหวัดชายแดนใต้ของ ไทย.....	12
การดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ.....	14
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแล.....	16
การประเมินการรับรู้การดูแล.....	19
แนวคิดหลังสุขภาพจิตในการต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤต.....	20
คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต.....	22
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต.....	24
การประเมินพลังสุขภาพจิต.....	26

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย.....	27
สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
กลุ่มตัวอย่าง.....	31
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
การรวบรวมข้อมูล.....	37
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	40
ผลการวิจัย.....	40
การอภิปราย.....	52
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	62
สรุปผลการวิจัย.....	62
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	65
ภาคผนวก.....	76
ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม.....	77
ข ใบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ.....	82
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์.....	113
จ ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม.....	121
ประวัตินักวิจัย.....	122

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	41
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนก ตามข้อมูลการบาดเจ็บ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้บาดเจ็บ.....	44
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	46
4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ.....	49
5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล.....	50
6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย.....	51
7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย.....	52

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยเกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลายาวนาน นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมาเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีความรุนแรงมากขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ยะลา นราธิวาส และปัตตานี และขยายกว้างออกไปปกคลุม 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเป็นรายวันและมีความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเป็นปัญหาาระดับชาติ จนถึงทุกวันนี้ ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากสถิติตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2555 มีรายงานว่า มีเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เกิดขึ้น 12,377 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 5,377 ราย ผู้บาดเจ็บ 9,513 ราย รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมียอดสูงถึง 14,890 ราย (ศรีสมภพ, 2555)

จากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้น ทำให้มีผู้บาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ ส่งผลกระทบ 4 ด้านต่อผู้บาดเจ็บ คือ 1) ด้านร่างกาย ทำให้ผู้บาดเจ็บสูญเสียอวัยวะ พิการ มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้น้อย การได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังทำให้เป็นอัมพาต อวัยวะสูญเสียหน้าที่ เช่น ตาบอด แกว้หูทะลุ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2548; นิภาภรณ์, 2551; อภิรดี, 2550; รอมือเลาะ, 2553; Brackbill et al., 2006; Slottje et al., 2008) ด้านจิตใจ จากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเกิดความเครียด ความวิตกกังวล สูญเสียคุณค่าในตนเอง นอนไม่หลับ และจากความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้บาดเจ็บมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เกิดความหวาดกลัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระแวง (บรรเจิด, 2552; นิภาภรณ์, 2551; รอมือเลาะ, 2553; อภิรดี, จำเนียร, และภัทราวดี, 2550; อรุโณทัย, 2552; เอกชัย, 2548) 3) ด้านเศรษฐกิจ สืบเนื่องจากความพิการที่เกิดขึ้น และการมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ต้องสูญเสียรายได้หรือมีรายได้ลดลง (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2548; ปิยะ และคณะ, 2552) ด้านสังคม จากอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงหน้าที่เป็นแผลเป็นที่น่ากลัวจากไฟลวกจากเหตุการณ์วางเพลิง ทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดความอับอาย ไม่กล้าออกสู่สังคมหรือด้วยข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถติดต่อประสานงานหรือสร้างสัมพันธภาพกับสังคมได้ (ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ

จากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2553) ซึ่งผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบดังกล่าว มีผลต่อความสามารถในการจัดการการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้บาดเจ็บ ได้แก่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมหรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอันเป็นผลจากความพิการ การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียการเคลื่อนไหว ความกลัว วิตกกังวล เครียด (สุชาดา, 2553; อภิรติ, จำเนียร, และภัทราวดี, 2550) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บกลายเป็นภาระผู้อื่นและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล (ภรภัทร, 2550)

การเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะเป็นผู้คอยให้การดูแลช่วยเหลือเป็นหลัก เพื่อให้ผู้บาดเจ็บมีสุขภาพที่ดีหรือคงอาการไว้ไม่ให้เลวลง พยายามช่วยเหลือฟื้นฟูเพื่อให้ผู้บาดเจ็บกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามความสามารถของตน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ธีรภัทร์, 2547; พรารวม, 2550) ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นผู้ดูแลถือว่าเป็นภาระ โอเบิร์ต (Oberst, 1990) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นการประเมินถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม และความยากลำบากในการทำกิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแล 3 ด้าน คือ ภาระการดูแลโดยตรง ภาระการดูแลทั่วไป และภาระการดูแลระหว่างบุคคล จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยเพียงหนึ่งชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ โดยศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยพบว่า ผู้ดูแลต้องให้การดูแลทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ล้างหน้า และเรื่องอาหาร ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักยิ่งกว่าการดูแลเด็กเล็ก ส่วนการดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือ เอาใจใส่และปลอบใจผู้บาดเจ็บเนื่องผู้บาดเจ็บมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย โกรธง่าย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นผู้หารายได้หลัก เมื่อได้รับบาดเจ็บทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือและหารายได้แทน เพื่อมาจุนเจือครอบครัวและค่ารักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บ ซึ่งบทบาทหน้าที่เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (อาภาภรณ์, 2551) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบงานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคจิตเภท (กิตติชัย, 2552; กรรณิกา, 2546; ชนัญญา, 2550; เสาวลักษณ์, 2545) เนื่องจากมีความพิการที่คล้ายกัน ภาระที่เกิดขึ้นก็ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาที่ผ่านมามีการนำแนวคิดการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคจิตเภท (กิตติชัย, 2552; กรรณิกา, 2546; ชนัญญา, 2550; เสาวลักษณ์, 2545) ซึ่งภาระการดูแลโดยตรงที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้ผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน สระผม การดูแลเรื่องการ

รับประทานอาหาร เป็นต้น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้บาดเจ็บทุกด้าน (พารุณี, 2550; อรัญญา, 2551) ส่วนภาวะการดูแลระหว่างบุคคล หมายถึง การช่วยเหลือฟื้นฟูโดยเฉพาะการดูแลทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ ซึ่งผู้บาดเจ็บมีความจำเป็นต้องให้การดูแลฟื้นฟูด้านจิตใจ เนื่องจากผู้บาดเจ็บมีการสูญเสียอวัยวะและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม (กันตพร, 2548; เอกชัย, 2548) ดังนั้นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลต้องให้การช่วยด้านจิตใจ เช่น ให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้ความรัก ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นมิตา, 2544; รอฮานี, วันดี, และวิณา, 2551) และภาวะการดูแลทั่วไป ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การเข้าถึงของชุมชนของผู้บาดเจ็บ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้มีความพิการของร่างกาย ทำให้อับอาย ไม่กล้าออกสู่สังคม (เสวตาภรณ์, 2551; สุชาดา, 2553) ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บกล้าเผชิญกับบุคคลในสังคม และช่วยเหลือในการติดต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ แทน รวมทั้งภาวะที่ต้องรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลและใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีวิตของผู้บาดเจ็บ เช่น ค่าอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม (พารุณี, 2550; ฤทัย, 2549) ภาวะการดูแลจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตลอดชีวิต แม้ว่ายังไม่มียานวิทย์ที่ศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยโดยตรง ภาวะการดูแลผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ก็จะไม่น่าจะแตกต่างจากภาวะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและพิการอื่น ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

บทบาทการดูแลถือเป็นหน้าที่ใหม่ของผู้ดูแล (Sales, 2003) โดยที่ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ไม่ได้เตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้า เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดเดามาก่อน การปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ภาวะบีบคั้นในครอบครัวเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้บาดเจ็บทั้ง 3 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งความรับผิดชอบเหล่านี้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระที่หนัก เป็นความยากลำบาก ดังการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนักมาก (คูสิต, และคณะ, 2554) สิ่งที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระหนักในการดูแล คือ การทำกิจกรรมการดูแลที่ตนเองไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่น การดูแลอาบน้ำ การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความยากลำบากในการให้การดูแล และจากการศึกษา พบว่า ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย คือ การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บ และการช่วยเบื้องต้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ (ดำรง, และอิลฟาน, 2550) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นการรับรู้การเป็นภาระในการดูแลได้หรือความยากลำบากได้ ซึ่งการรับรู้ภาระของแต่ละบุคคลนั้นมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการ



ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การรับรู้ภาวะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ คือ หากผู้บาดเจ็บมีความพิการมากหรืออาการหนักมากการรับรู้ภาวะการดูแลก็จะสูง (กิตติชัย, 2552) ดังนั้นการมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี มีทัศนคติที่ดี คิดเชิงบวก มีแหล่งสนับสนุนและสามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการเผชิญปัญหาหรือการปรับตัวได้ และที่สำคัญรวมถึงจิตวิญญาณ คือ การให้คุณค่าในตนเองโดยคิดและมองว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ เชื่อเป็นสิ่งที่ทำให้เราเข้มแข็ง มีความหวังในการเผชิญกับภาวะวิกฤต และความศรัทธาการยึดมั่นในศาสนาหรือการนำหลักศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต (อัลซลี, และสละ, 2554) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตในชีวิต คือ พลังสุขภาพจิต ซึ่งกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) ได้นิยามพลังสุขภาพจิต (resilience) ไว้ว่าความสามารถของบุคคลในการก้าวผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้ ซึ่งการที่บุคคลจะมีพลังสุขภาพจิตที่ดีนั้นจะต้องมีองค์ประกอบ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความคิดเชิงบวก ทัศนคติ ความเข้มแข็งอดทนของบุคคล (I am) และความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหา การแก้ปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร (I can) ส่วนปัจจัยภายนอก คือ แหล่งประโยชน์ที่ทำให้การช่วยเหลือสนับสนุน (I have)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า หากบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตในการเผชิญกับเหตุการณ์ความยากลำบากหรือเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต บุคคลนั้นจะสามารถเผชิญและปรับตัวกับความยากลำบากและภาวะวิกฤตของชีวิตได้ดี (กรมสุขภาพจิต, 2552; Vitali, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจ ที่อยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวจะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเผชิญและปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีความเข้มแข็ง มีความหวัง มีความคิดเชิงบวก ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งการมีทักษะการสื่อสารที่ดี (Greeff & Wentworth, 2009) และจากการศึกษาของสยากรณ์ (2552) พบว่า ครูที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีปัจจัยเกื้อหนุนภายในและภายนอกในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ตามแนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขท่ามกลางสถานการณ์ที่รุนแรง และมีความยากลำบาก เนื่องจากต้องเปลี่ยนเวลาในการทำงาน ต้องเปลี่ยนเส้นทางในการเดินทางไปทำงาน ดังจะเห็นได้ว่าพลังสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อบุคคลในการเผชิญและปรับตัวเพื่อก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตได้

ดังจะเห็นได้ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญและปรับตัวต่อความยากลำบาก และการรับรู้ต่อภาวะที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งจากการศึกษาที่

ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช หรือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ (กรรณิกา, 2546) ในส่วนประเด็นการรับรู้การดูแลการศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น เป็นการดูแลที่อยู่ในสถานการณ์ปกติที่ผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บไม่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม แต่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ท่ามกลางความไม่สงบ ยากต่อการเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพเนื่องจากกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บเหล่านี้ยังสามารถดำเนินชีวิตและให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้จนถึงปัจจุบัน ดังนั้นพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้หรือไม่นั้นยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัด ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
2. ระดับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
3. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

#### คำถามวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยอยู่ในระดับใด
2. การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยอยู่ในระดับใด
3. พลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจาก เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิด

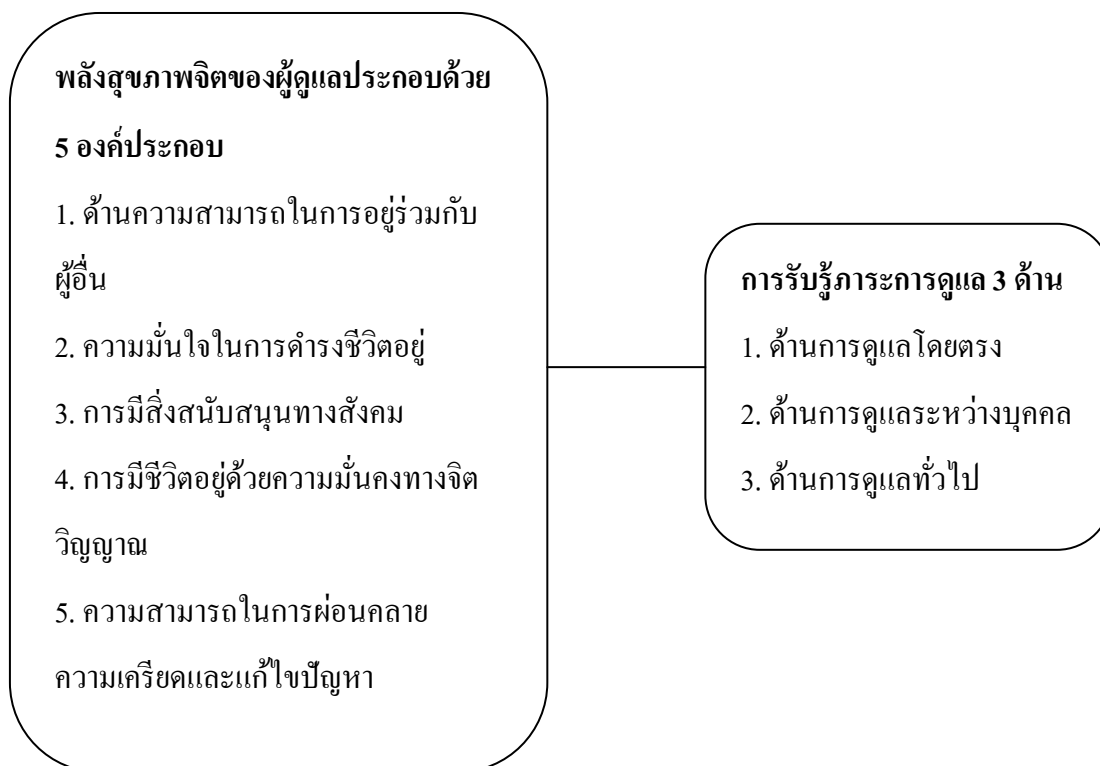
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (resilience) ภายใต้แนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) และการรับรู้ภาวะการดูแลที่พัฒนาโดยโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของมนุษย์ในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต เพื่อให้สามารถเผชิญและปรับตัวสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2551; Grotberg, 1995) ซึ่งเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บ พิการ สูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลและถือเป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลต้องเผชิญและปรับตัว เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ซึ่งภายใต้แนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพลังสุขภาพจิตสามารถเผชิญและปรับตัวเพื่อก้าวพ้นความยากลำบากของชีวิตได้นั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความคิดเชิงบวก ทักษะสติ ความเข้มแข็งอดทนของบุคคล (I am) และความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหา การแก้ปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร (I can) ส่วนปัจจัยภายนอก คือ แหล่งประโยชน์ที่ทำให้การช่วยเหลือสนับสนุน (I have)

ในขณะเดียวกันมนีร์ตัน (Maneerat, 2011) ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) มาพัฒนาและทดสอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยยึดหลักองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) คือ สิ่งที่มี เป็น สิ่งที่มี และความสามารถที่มี (I am, I have, I can) ซึ่งประกอบด้วย 19 องค์ประกอบ และนำไปสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย พบว่า มี 5 มิติ คือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดกับกลุ่มผู้ดูแลไทย และมีความเข้าใจง่าย

การดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ดูแล เนื่องจากภาระที่เกิดขึ้นใหม่นั้นเป็นการเพิ่มปริมาณงานและเวลาที่ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระท่ามกลางเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้โดยผู้บาดเจ็บมีความพิการ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ โอเบิร์ต (Oberst, 1990) อธิบายว่า ภาระเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งมี 2 ด้าน คือ ด้านปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลหรือทำกิจกรรมในการดูแล และด้านความยากลำบากใน

การดูแล โดยกิจกรรมในการดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การดูแลโดยตรง (direct care) การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) การดูแลที่เน้นด้านจิตใจ เช่น การจัดการด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงการติดต่อสื่อสาร และ 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) การดูแลที่เน้นด้านเศรษฐกิจ และสังคม เช่น การดูแลเรื่องการทำงานบ้าน การจัดการเกี่ยวกับค่ารักษา โดยกิจกรรมการดูแลเหล่านี้ถือเป็นภาระที่ก่อให้เกิดความกดดัน ความเครียด ภาวะบีบคั้นในชีวิตหรือภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งถือเป็นความยากลำบากที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลต้องเผชิญและจัดการเพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งในแต่ละคนจะมีวิธีการในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ภาวะวิกฤตนั้น ซึ่งก็คือ พลังสุขภาพจิต หากผู้ดูแลมีระดับพลังสุขภาพจิตสูงก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นได้ และการรับรู้ภาระการดูแลก็ลดลงด้วยเช่นกัน ทำให้มีพลังในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างต่อเนื่องต่อไป ดังแผนภาพที่ 1

### กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

### สมมติฐานการวิจัย

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

### นิยามศัพท์

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยประเมินความสามารถใน

การเผชิญกับภาวะวิกฤต 5 ด้าน คือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตรอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญญา โดยใช้เครื่องมือของมนิรัตน์ (Maneerat, 2011) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยคะแนนมาก หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตสูง

การรับรู้ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ในการทำกิจกรรมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสาพิณ (2536) ซึ่งครอบคลุมการดูแล 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระมากทั้งการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ในจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และอำเภอจะนะ อำเภอนาทวี ในจังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2555

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือคู่มือทางการพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและการจัดการกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ต่อไป
2. เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนางานวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตต่อไปนี้

1. สถานการณ์และภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
2. ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อผู้ดูแลในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
3. การดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ
  - 3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแล
  - 3.2 การประเมินการรับรู้การดูแล
4. แนวคิดพลังสุขภาพจิตในการต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤต
  - 4.1 คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต
  - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต
  - 4.3 การประเมินพลังสุขภาพจิต
5. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

## สถานการณ์และภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยเกิดขึ้นมายาวนาน ในช่วงระยะเวลาเกือบ 8 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อระดับประเทศ ระดับชาติ มีผู้คนล้มตายเป็นจำนวนมาก และมีผู้คนที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบเป็นจำนวนไม่น้อยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ได้รับผลกระทบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการวางระเบิด การลอบยิง การพ่นแก๊ส การกระทำเหล่านี้มีผลให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งอาจทำให้บาดเจ็บของไขสันหลัง อัมพาตของแขน ขา ลำตัว หรือสูญเสียความรู้สึกในส่วนที่เป็นอัมพาต และที่สำคัญผู้บาดเจ็บต้องกลายเป็นผู้พิการ สูญเสียการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (นิภาภรณ์, 2551; มณฑกานต์, 2555) ด้านจิตใจภาวะความพิการ การสูญเสียการเคลื่อนไหว การมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการแยกตัว โกรธง่าย ก้าวร้าว หมดหวังในชีวิต บางรายเครียดทำใจไม่ได้ที่ตนเองกลายเป็นผู้พิการ (เมตตา, สุภวรรณ, วรสิทธิ์, นิพนธ์ และเลข, 2552) ด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดขึ้น มีผลให้บทบาทการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น จากผู้นำครอบครัวก็กลายเป็นผู้ป่วยและต้องเป็นภาระของครอบครัว (ดำรงค์ และอิศพันธ์, 2550) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ มีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตและการรักษาพยาบาลต้องอาศัยผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือ (นงนุช, ประไพพรรณ, และศศิธร, 2549; สุนีย์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การบาดเจ็บ ผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 5 ใน 21 รายมีปัญหาเรื่องรายได้และเศรษฐกิจ ด้านสังคม ปัญหาการบาดเจ็บทางร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการ มีอวัยวะผิดปกติ มีบาดแผลบนใบหน้า หรืออุปสรรคทางการแพทย์ที่ติดค้าง เช่น สายสวนปัสสาวะ ถูกถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง บังคับเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียความมั่นใจในตนเอง อับอาย เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อเทียบกับผู้อื่น (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2549) มีผลให้ผู้บาดเจ็บไม่กล้าออกไปพบปะผู้คน ขาดการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน และหวาดระแวงผู้คน (อิทธิ, จำเริญ, และภัทราวรรณ, 2550) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้บาดเจ็บที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2549) จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาคณะอื่นในครอบครัว



### ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อผู้ดูแลในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

การเป็นผู้ดูแลเป็นบทบาทใหม่ของครอบครัว โดยตามธรรมชาติมนุษย์ไม่ได้เตรียมพร้อมในการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บต้องสูญเสียอวัยวะของร่างกาย เกิดความพิการขึ้น ผู้บาดเจ็บเหล่านั้นต้องเปลี่ยนสถานะเป็นผู้พึ่งพาหรือเป็นภาระในครอบครัวที่สมาชิกรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บแต่การศึกษาในผู้ดูแลยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดและจากการศึกษาพบว่า มีเพียงหนึ่งการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของหญิงที่ดูแลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยพบว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง บางรายพิการ จึงต้องการการดูแลและพึ่งพาผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระเนื่องกิจกรรมการดูแลมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (อาภาภรณ์, 2551) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า กิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยก็คงไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ (อาภาภรณ์, 2551) เนื่องจากผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้น มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเช่นกัน (ชนัญญา, 2550) ผู้วิจัยจึงขอกกล่าวถึงผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น โดยพบว่าผลกระทบต่อผู้ดูแลมี 3 ด้าน ดังนี้ (พารุณี, 2550; อรัญญา, 2551)

*ผลกระทบทางด้านร่างกาย* จากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้เวลาโดยเฉพาะผู้ที่รับบทบาทใหม่ การให้การดูแลยังไม่ชำนาญ ซึ่งการให้การดูแลผู้ดูแลมีความประสงค์ที่จะปฏิบัติหน้าที่ให้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองลดน้อยลง การให้ความสนใจในสุขภาพของตนเองก็ลดลง เวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า อ่อนเพลีย (พวงแก้ว, 2549; วราภรณ์, 2547) ในการการดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งในการยกหามผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อย ปวดหลังตามมา จากการศึกษาของกรรณิกา (2546) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า การให้การดูแลในระยะยาวนาน ผู้ดูแลจะมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองมีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยยกช่วยประคอง มีอาการปวดแสบ  
ท้องจากการรับประทานอาหารไม่ตรงต่อเวลา

*ผลกระทบทางด้านจิตใจ* จากการศึกษาพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจมี 2 ประเด็น คือ

1) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด กับบทบาทใหม่ที่ได้รับ ไม่มั่นใจว่าจะทำบทบาทผู้ดูแลได้ดี  
เพียงใด จากการศึกษาของอาภาภรณ์ (2551) พบว่าหญิงผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่  
สงบในภาคใต้ มีความเครียด ความสับสนในบทบาทหน้าที่เนื่องจากต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะมี  
อารมณ์ หงุดหงิด โมโห และการได้รับความคาดหวังจากผู้ป่วยและญาติในการเป็นผู้ดูแล ทำให้เกิด  
ความเครียด ภาวะบีบคั้น ความวิตกกังวลเกิดขึ้น และ 2) ผู้ดูแลมีความเครียดกับสภาพอารมณ์และ  
พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลมีความเครียดความวิตกกังวลเพราะว่าเหตุการณ์ที่  
เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากสภาพร่างกายที่มีข้อจำกัด  
และสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด เอาแต่ใจ ทำให้ผู้ดูแลเป็นผู้รองรับอารมณ์ (วารภรณ์, 2547)

*ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ* การเป็นผู้ดูแลทำให้ไม่มีเวลาไปพบปะกับบุคคล  
อื่น การประกอบอาชีพก็ไม่สามารถทำได้ตามปกติบางรายต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนเวลาทำงาน  
จากเต็มวันมาเป็นทำเป็นบางช่วงเวลา(กิตติชัย,2552)เพื่อมารับบทบาทผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดรายได้  
หรือรายได้ลดลง แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มในส่วนของการรักษาพยาบาล หรือการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแล  
ผู้ป่วย ในบางรายมีภาระหนี้สินทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น (ประเวศ,2552)  
จึงเกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้เวลาในการเข้าร่วมงานหรือกิจกรรมในชุมชนก็ลดลง  
เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย(กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2548; Goodman & Brown,  
2008) และจากการศึกษาในประเทศสวีเดนในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า การเป็นผู้ดูแลถือ  
เป็นภาระและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (Bergstron, Eriksson,  
Koch et al., 2011)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บ  
สามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสมรรถนะและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น จะเห็น  
ได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่บั่นทอนความสุขในครอบครัวและการดำเนินชีวิตและสุขภาพ  
ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ เป็นความยากลำบากในชีวิต เกิดความเครียด (ฤทัย, ประยงค์,  
และเดชา, 2551) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤต

### ภาระการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ

จากการศึกษานักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของภาระไว้แตกต่างกันเซลล์ (Sales, 2003) กล่าวว่า ภาระ เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความเครียด ทำให้ความสามารถและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง จากการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่บรูเวออร์และคณะ (Brouwer, Exel, Berg et al., 2004) กล่าวว่า ภาระมองถึงการใช้เวลาและกิจกรรมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นงานหนักและส่งผลต่อค่าใช้จ่าย ในขณะที่โอเบิร์ตและคณะ (Oberst, Thomas, Gass & Ward, 1990) กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมและความยากลำบากในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย

บุคคลที่อยู่ในสภาพที่ร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย พิจาร บุคคลเหล่านี้อยู่ในสถานะของผู้พึ่งพาผู้อื่น มีบุคคลคอยดูแลเพื่อช่วยขับเคลื่อนให้สามารถดำรงชีวิตต่อไป และเพื่อป้องกันฟื้นฟูสภาพร่างกายตามสมรรถนะของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีร่องรอยความพิการ หรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง เป็นภาระที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล (วิมาลา, ภัทรภรณ์, และศรีนวล, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มสามีภรรยา พบว่า คู่สามีภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยรับรู้หรือรู้สึกว่าการดูแลเป็นภาระหนัก เนื่องจากภาระที่เกิดขึ้นมีผลต่อความมั่นคงในชีวิตและทำให้ผู้ดูแลขาดการติดต่อกับสังคม (Reimer, Hann, Rijnders, Limburg, & Bos, 2011) จากการศึกษาที่ผ่านพบว่าการแบ่งกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย เช่น กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Given W., Given B., Stommel, Collins, King, & Franklin, 1992) ในขณะที่เดวิด (Davis, 1992) แบ่งกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ด้าน คือ 1) การดูแลโดยตรง เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การอาบน้ำ สระผม เป็นต้น 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ 3) การติดต่อกับหน่วยงานทางการแพทย์ และ 4) การช่วยเหลือทางการเงิน นอกจากนี้โอเบิร์ต (Oberst, 1990) อธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ใหญ่ มี 3 ด้าน คือ 1) การดูแลโดยตรง 2) การดูแลระหว่างบุคคล และ 3) การดูแลทั่วไป

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับรู้ภาระการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ที่กล่าวว่า ภาระในการดูแลเป็นการรับรู้ถึงปริมาณการใช้เวลาในการทำกิจกรรมและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลหลัก 3 ด้าน คือ 1) กิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลด้านร่างกาย การรักษารักษาพยาบาล 2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล การดูแลทางด้านจิตใจอารมณ์ และ 3) การดูแลโดยทั่วไป การดูแลด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งกิจกรรมทั้ง 3 ด้านเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่

การดูแลโดยตรง (direct care) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลยหรือปฏิบัติได้บางส่วน เนื่องจากมีข้อจำกัดของสภาพร่างกาย กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ภาระที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ส่วนในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถกลืนหรือเคี้ยวอาหาร ได้มีความจำเป็นต้องใส่สายให้อาหาร ผู้ดูแลต้องเรียนรู้การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหาร การแปรงฟัน การล้างหน้า สระผม การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ (กิตติชัย, 2552; จุไร, 2547; ประกอบพร, 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนั่งหรือนอนทับที่เป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีบาดแผลมีความจำเป็นต้องดูแลทำความสะอาด เพื่อป้องกันการแผลติดเชื้อและการลุกลามของบาดแผล (ประกอบพร, 2550; วนิตา, 2547)

การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟู และการดูแลเยียวยาจิตใจ ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยยังคงมีร่องรอยของโรคหรือความพิการ ผู้บาดเจ็บมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพจากการได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคม และที่สำคัญการดูแลทางด้านจิตใจ การสูญเสียอวัยวะ การเผชิญกับความพิการทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด และอาจมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล จากการศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ดูแลมีสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 50 โดยมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เนื่องจากภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบ ขาดกำลังใจ และผู้ป่วยบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลง (วรภรณ์, 2547) และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบในประเทศญี่ปุ่น พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลและส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดต่ำลง โดยเฉพาะสุขภาพจิตที่ลดต่ำลง (Morimoto, Schreiner, & Asano, 2003)

การดูแลโดยทั่วไป (instrument care) ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย อาจมีความพิการ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือบางรายเปลี่ยนงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายจากผู้ดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาหารายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (พราราม, 2550; วนิตา, 2547) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้บาดเจ็บไม่สามารถประกอบอาชีพได้แต่มีค่าใช้จ่ายสูง ในเรื่องค่ายาและค่าอุปกรณ์เวชภัณฑ์ในการฟื้นฟู นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแล

สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น การปรับปรุงห้องน้ำให้เหมาะกับสภาพผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด (กิตติชัย, 2552)

ดังนั้นภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นอาจมีมากมาย นอกจากนี้กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัตินั้นต้องใช้เวลาและมีความยากลำบาก เนื่องจากเป็นบทบาทใหม่ที่ผู้ดูแลต้องเรียนและฝึกฝน จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ดูแลระบุว่าภาระที่เกิดขึ้นในการดูแลเป็นสิ่งสำคัญมากต่อคุณภาพชีวิตและความผ่อนคลายของผู้ดูแล และภาระการดูแลที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อจิตใจมากที่สุด โดยผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลเรื่องการให้ยา และความต้องการของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ความผ่อนคลายของผู้ดูแลและครอบครัวขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเอง โดยผู้ดูแลต้องมีความเข้มแข็งในการดูแล (Tamayo, Broxson, Munsell, & Cohen, 2010) ซึ่งจะเห็นได้ว่าลักษณะเฉพาะของบุคคลมีความสำคัญมากต่อการเป็นผู้ดูแล โดยจากการศึกษาพบว่ามนุษย์มีพลังเชิงบวกภายในตัวทุกคนมากน้อยแตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่มีภาวะวิกฤตของชีวิตหากมีพลังเชิงบวกมากจะสามารถส่งผลให้บุคคลนั้นเผชิญและปรับตัวกับภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ พลังเหล่านั้นเรียกว่า พลังสุขภาพจิต ซึ่งความเข้มแข็งทางจิตใจ อารมณ์ การมีแหล่งประโยชน์คอยช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ผู้ดูแลสูญเสียสุขภาพจิต แสดงให้เห็นถึงการเอาชนะต่อความยากลำบาก (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในช่วงเวลาที่เผชิญกับบทบาทของผู้ดูแล

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแล

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ และโรคจิตเภท (กรรณิกา, 2546; ษัญญา, 2550; นมิตา, 2544; เสาวลักษณ์, 2545) โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

#### ปัจจัยด้านผู้ดูแล

อายุ ผู้ดูแลที่อายุมากสามารถรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีกระบวนการคิดและประสบการณ์ที่มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย การยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียด ความยากลำบากได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (ศศิธร, 2548) การศึกษาของธิดารัตน์ มณีรัตน์ และนุจรี (2554) พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ

มากกว่า 15 ปี มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีทักษะและวิธีการในการจัดการปัญหาได้

*รายได้* ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิต จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้น้อยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานน้อย (เสาวลักษณ์, 2545)

*ระดับการศึกษา* ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาค่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาจะพัฒนาทางด้านสติปัญญาและรู้จักใช้ความรู้ ความคิดในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญและปรับตัวต่อปัญหาหรือภาวะยากลำบากได้ (เสาวลักษณ์, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร (2548) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจและตระหนักถึงสถานการณ์ความยากลำบากที่เกิดขึ้นได้ดี ทำให้ผู้ดูแลรู้จักการแสวงหาข้อมูลและแนวทางปฏิบัติ และเข้าใจถึงภาระการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

*ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล* ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง ไม่มีความเจ็บป่วยจะมีความอดทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของวรภรณ์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีส่งผลให้ยอมรับภาระการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ถ้าสภาพร่างกายจิตใจไม่พร้อมจะจัดการให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี เกิดความเหนื่อยล้า มีความเครียดในการเป็นผู้ดูแลได้

*ระยะเวลาในการดูแล* ระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้นส่งผลให้รับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากระยะเวลาที่นานขึ้นทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาในการปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาและภาระต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วงช่วงแรกผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และยังขาดทักษะในการดูแลจึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และการเผชิญกับบทบาทใหม่ (เสาวลักษณ์, 2545)

*พลังสุขภาพจิต* เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญหรือปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ความยากลำบากของชีวิต โดยพบว่าคุณลักษณะของผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตคือ การมองโลกในแง่ดี การมีความอดทน มีความเข้มแข็ง การได้รับการสนับสนุนทางทางสังคม การเป็นคนยิ้มแย้มแจ่มใส การเป็นคนมีความเชื่อมั่น มองเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อความยากลำบากของชีวิตได้ ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำด้วย (ธิดารัตน์, มณีรัตน์ และนุจรี, 2554; วรภรณ์, 2547)

*การติดต่อสื่อสาร* เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อถึงกับบุคคลอื่น หากบุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่ดีย่อมได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากการศึกษาพบว่า การติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดที่บุคคลใช้ในการปรับตัวและเผชิญปัญหา ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลอยู่ใน

ระดับต่ำด้วย (Greeff & Wentworth, 2009)

#### *ปัจจัยภายนอก*

*การได้รับการสนับสนุนทางสังคม* ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสามารถรับรู้ภาวะการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่มี การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลลดลง เพราะมีบุคคลอื่นมาแบ่งเบาภาระ (เฟื่องฟ้า, และพวงสร้อย, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ มณีรัตน์ และนุจรี (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่รู้สึกวุ่นวาย โดนทอดทิ้ง ให้เผชิญปัญหาตามลำพัง และสอดคล้องกับการศึกษาของนริษฐา (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมดีจะมีระดับความเครียดต่ำ ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคความยากลำบากได้ดี ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำได้

#### *ปัจจัยด้านผู้ป่วย*

*ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน* ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังท่อนล่างจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ผู้ป่วยที่อัมพาตทั้งตัว ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลเช่นกัน ดังการศึกษาของกิตติชัย (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างจะมีการรับรู้ภาวะการดูแล อยู่ในระดับต่ำสืบเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เช่น การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องใช้ปริมาณเวลาหรือความยากลำบากในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะไม่มาก ดังนั้นควรทำการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วย ซึ่งในปัจจุบันมีเครื่องมือหลายชนิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของแคทซ์ (Katz's Index of ADL) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้พิการ พัฒนาโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (SNMRC-Functional assessment) และแบบวัดของบาร์เทิล (Barthel Index Score) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอนำแบบวัดบาร์เทิล (Barthel Index Score) มาประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เนื่องจากสามารถบอกความแตกต่างของระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้บาดเจ็บได้ชัดเจน และมีความเข้าใจง่าย ข้อคำถามครอบคลุมและไม่มากเกินไป โดยจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

### การประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้บาดเจ็บมีหลากหลายในปัจจุบัน ซึ่งการใช้เครื่องมือแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของบาร์เทล (Barthel Index Score) มาใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บในครั้งนี้

แบบวัดของบาร์เทล (Barthel Index Score) สร้างขึ้นโดยมาโฮเนย์ และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว บุคคลที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อและระบบประสาทซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเดินในบ้าน/ห้อง การกลั้นอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ จากการศึกษาที่ผ่านมา มีนักวิจัยนำเครื่องมือแบบวัดของบาร์เทล (Barthel Index Score) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการ ความพิการในกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้านมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89 (สมนึก, สิริวรรณ, และกฤษณี, 2554) โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0–20 คะแนน แบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บออกเป็น 4 ระดับ คือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดถึงมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อย/ช่วยเหลือตัวเองได้ (สุทธิชัย, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล เพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เพื่อนำมาอภิปรายการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

### การประเมินการรับรู้ภาวะการดูแล

จากการศึกษา พบว่า การประเมินภาวะการดูแลมีหลายรูปแบบ ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริท และคณะ เป็นแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความเครียดและความรู้สึกไม่พึงประสงค์ในขณะให้การดูแลผู้ป่วย มี 22 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0–4 คะแนน คือ ไม่เคยเลย ถึง เป็นประจำ มีช่วงคะแนน 0–88 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง (ชนัญชิตาคุษฎี, รัชณี, และวรรณรัตน์,



2554; Rafiyah, Suttharangsee, & Sangchan, 2012) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวเน้นกิจกรรมที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลซึ่งไม่ได้ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้บาดเจ็บทุกด้านที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแล

ดัชนีวัดความเครียดของผู้ดูแล (The Caregiver Strain Index: CSI) ของโรบินสัน (Robinson, 1983 อ้างตาม กิตติชัย, 2552) เป็นแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับสิ่งรื้อที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 13 ข้อ ช่วงคะแนน 0-1 คะแนน ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 3 ไม่ใช่ กับ ใช่ โดยมีคะแนน 0-13 คะแนน หากคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด ซึ่งเครื่องมือดัชนีวัดความเครียดของผู้ดูแลมองในเรื่องของสภาพจิตใจเป็นหลัก โดยไม่ได้ครอบคลุมภาระการดูแลที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้บาดเจ็บทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม

แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระการดูแลของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งลักษณะของแบบประเมินเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับปริมาณการใช้เวลาในการทำกิจกรรมและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินทั้งหมดเท่ากับ .88 ด้านการดูแลโดยตรงเท่ากับ .78 ด้านการดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .71 และด้านการดูแลทั่วไปเท่ากับ .83 แบบประเมินประกอบด้วย 14 ข้อ แบ่งลักษณะคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย ถึง มากที่สุด ช่วงคะแนนตั้งแต่ 14-70 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้ภาระสูง ได้มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 49 ราย พบว่าได้ค่าความเที่ยงของปริมาณการใช้เวลาในการดูแลเท่ากับ .83 และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเท่ากับ .89 (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) จากนั้นสายพิณ (2536) ได้นำเครื่องมือนี้มาดัดแปลงใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมดแบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลเท่ากับ .77 ด้านการดูแลโดยตรงเท่ากับ .69 ด้านการดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ .67 และด้านการดูแลทั่วไปเท่ากับ .71 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบทดสอบซ้ำ (test-retest) ห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .68 ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือของคุณสายพิณ (2536) ที่ดัดแปลงจากแนวคิดของโอเบิร์ต (Oberst, 1990) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เนื่องเป็นเครื่องมือที่ประเมินภาระที่ผู้ดูแลต้องดูแลครอบคลุม 3 ด้าน และจากการศึกษาที่ผ่านมาของชนัญญา (2550) ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

#### *แนวคิดพลังสุขภาพจิตในการต่อสู้กับสถานการณ์วิกฤต*

พลังสุขภาพจิตได้มีนักวิชาการหลาย ๆ กลุ่ม ให้ความหมายไว้หลากหลาย ในอดีตที่ผ่านมาพลังสุขภาพจิตใช้ในการบรรยายคุณภาพของการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมหรือการหายจากความทุกข์ ได้

อย่างรวดเร็ว (Chapman, 1992 as cited in Dyer & McGuinness, 1996; Harriman, 1958 as cited in Dyer & McGuinness, 1996) นอกจากนั้น ไดเออร์และแมกไกเนส (Dyer & McGuinness, 1996) ให้คำจำกัดความของพลังสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถในการใช้วิธีการเผชิญปัญหาวิธีการปรับตัวในการรักษาสมดุลของจิตใจในช่วงการเผชิญหรือภายหลังการเผชิญเหตุการณ์วิกฤติของชีวิต โดยมีเหตุการณ์ชักนำของพลังสุขภาพจิต คือ ภาวะหรือเหตุการณ์วิกฤติ ผลที่ตามมาในบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต คือ การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างผาสุก

แนวคิดพลังสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่กรอดเบิร์ก (Groberg, 1995) กล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่ช่วยในการป้องกันหรือเอาชนะต่ออุปสรรค ความยากลำบาก และภาวะวิกฤติของชีวิต แต่สำหรับประเทศไทยยังไม่มีนิยามความหมายที่ชัดเจน จึงมีหลากหลายคำที่ใช้เรียก เช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความหยุ่นตัว ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่นและทนทาน การฟื้นกลับ ความสามารถในการปรับกายและใจเพื่อเผชิญวิกฤติ พลังสุขภาพจิต และความสามารถในการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2552; วรรกร, 2553; Groberg, 1995) ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตของไทยใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่าพลังสุขภาพจิตเนื่องจากการผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้นั้น บุคคลจะต้องใช้พลังมากมายในการเผชิญและปรับตัวกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต และเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงความสามารถและคุณลักษณะของบุคคลที่สามารถก้าวผ่านความทุกข์ยาก ภาวะวิกฤติของชีวิตจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและดำรงชีวิตต่อไปกับภาระใหม่ได้อย่างรวดเร็ว เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง ทำให้มีผู้คนล้มตายหรือถ้ำรอดชีวิตก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ต้องอาศัยการดูแลจากผู้ดูแล เหตุการณ์ความไม่สงบตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบันก็เป็นเวลาเกือบ 8 ปี ที่มีผลกระทบต่อประเทศอย่างรุนแรง มีการรายงานผู้ได้รับบาดเจ็บถึง 9,513 ราย (ศรีสมภพ, 2555) ซึ่งยังอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลซึ่งจะต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและไม่ทราบระยะเวลาที่สิ้นสุด แต่ผู้ดูแลเหล่านั้นก็ยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้ แสดงว่าผู้ดูแลต้องมีความสามารถหรือคุณสมบัติบางอย่างที่ทำให้เขาเหล่านั้นสามารถเผชิญและปรับตัวกับภาวะวิกฤติของชีวิตในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบนั้นก็คือพลังสุขภาพจิต มีผู้ศึกษาพบว่าหากบุคคลมีคุณสมบัติของพลังสุขภาพจิตในการดำรงชีวิตก็ย่อมทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการเผชิญและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552; ตันติมา, 2553; Dyer & McGuinness, 1996)

### คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิตสามารถทำให้บุคคลก้าวผ่านภาวะวิกฤต ความยากลำบาก ความทุกข์และความเครียด ความกดดันไปได้ ซึ่งบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตจะต้องมีลักษณะดังที่กรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวไว้คือ บุคคลนั้นจะต้องมีปัจจัย 2 องค์ประกอบ ที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย

กรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะพลังสุขภาพจิตในเด็กจำนวน 589 คน จาก 14 ประเทศ โดยศึกษาวิธีการที่พ่อแม่สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับเด็ก พบว่า พลังสุขภาพจิตมีลักษณะสำคัญ 3 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยภายใน 2 องค์ประกอบและองค์ประกอบด้านปัจจัยภายนอกหนึ่งองค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมี 5 ข้อย่อย คือ ความเข้มแข็งภายในของบุคคลนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของจิตใจและจิตวิญญาณ ความคิด ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยม และการให้คุณค่าของบุคคลนั้นๆ ในทางด้านบวก (I am) ประกอบด้วย 1) ความสามารถของบุคคลต่อการเป็นที่รักและการแสดงความรักต่อบุคคลอื่นซึ่งต้องแสดงออกด้วยความจริงใจ การเป็นบุคคลมีไมตรี 2) เป็นผู้มีความเข้าใจ เป็นห่วงบุคคลอื่น คือ การนึกถึงผลประโยชน์ของบุคคลอื่น การเป็นผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจผู้ป่วยมีความเป็นห่วง 3) การมีความเคารพนับถือในตนเองและบุคคลอื่น เป็นการให้เกียรติผู้อื่นเคารพในความเป็นมนุษย์ของคน 4) เป็นผู้ที่รู้จักคุณค่าในตนเอง และ 5) เป็นผู้ที่มีความหวัง ความเชื่อมั่นในตนเองและความรับผิดชอบในการกระทำของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาภรณ์ (2551) พบว่า ภรรยาที่มีพลังสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามีที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ให้ดำเนินไปตามปกติได้เนื่องจากผู้ดูแลมีความคิดว่าการดูแลสามีเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุข ทำให้มีความรู้สึกอยากช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในยามเจ็บป่วยทำให้มีความตั้งใจที่จะดูแลสามีให้ดีที่สุด และภรรยาที่มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลสามี ซึ่งเป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล การเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว ทำให้รู้สึกมีความสุข ซึ่งเป็นรางวัลทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความอดทน มีความมุ่งมั่นในการดูแล นอกจากนั้นการยอมรับว่าเป็นเวรกรรมก็จะทำให้ผู้ดูแลอดทนและเข้มแข็งในการเผชิญกับบทบาทและหน้าที่ผู้ดูแลได้ และการสร้างความหวังให้กับตนเองเพื่อให้ความอดทน ความพยายามที่จะดูแลและฟันฝ่าภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพลังสุขภาพจิตภายในของบุคคลเป็นความคิดเชิงบวก เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น มีความหวังและมีความศรัทธา การสร้างความหวังเป็นสิ่งที่คอยกระตุ้นให้ผู้ดูแลกล้าเผชิญกับภาวะยากลำบาก

องค์ประกอบที่ 2 เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการจัดการปัญหา เผชิญปัญหาหรือทักษะในการแก้ปัญหา และการเผชิญกับความเครียด (I can) ประกอบด้วย 5 ข้อย่อยได้แก่ 1) ความสามารถ

ในการติดต่อสื่อสาร การเจรจาเชิงบวก 2) การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา ซึ่งต้องอาศัยความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณ 3) การควบคุมตนเองหรือจัดการกับความรู้สึกหรือสิ่งกระตุ้นที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น ความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ เสียใจ 4) การมีความสามารถประเมินอารมณ์ ของตนเองและผู้อื่น คือ ผู้ดูแลต้องเป็นบุคคลที่ช่างสังเกต หากผู้ป่วยแสดงอาการออกทางสีหน้า เช่น ปวด โกรธ ผู้ดูแลต้องประเมินได้ว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร และ 5) ความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อตนเองต้องการจากสิ่งหรือบุคคลที่ตนไว้วางใจ จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของหญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มนี้แสวงหาความช่วยเหลือจากหน่วยของภาครัฐและหน่วยงานอื่น โดยการเขียนหนังสือร้องขอความช่วยเหลือ และได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยการให้เงินสนับสนุน หรือบางหน่วยงานเข้ามาสร้างอาชีพให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีอาชีพและรายได้ ส่วนการช่วยเหลือด้านบุคลากรทางสุขภาพมีการให้คำปรึกษาตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการช่วยเหลือเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น(อาภาภรณ์, 2551)

องค์ประกอบที่ 3 คือ ปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนจากภายนอก เพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิต (I have) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการคือ 1) การมีบุคคลที่สามารถให้ความไว้วางใจ ความเชื่อถือ 2) มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งสมาชิกภายในครอบครัวและบุคลากรของหน่วยต่าง ๆ รวมถึงญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน 3) การมีบุคคลหรือหลักปฏิบัติ กฎเกณฑ์ต่างๆ ในครอบครัว กล่าวคือ การมีบุคคลอื่นที่สามารถปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแทนตนเองได้ในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถให้การดูแลได้ 4) การมีบุคคลที่เป็นต้นแบบที่ดีคือการที่มีบุคคลที่ตนเองเคารพนับถือและนำรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นแรงบันดาลใจตนเองให้ก้าวผ่านความทุกข์ยากนั้น ๆ และ 5) การได้รับการสนับสนุนให้มีอิสระในการทำสิ่งต่างๆอย่างอิสระด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาและพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ในการศึกษาที่ผู้วิจัยใช้คำว่าความยืดหยุ่นในการสื่อความหมายของพลังสุขภาพจิต พบว่า สิ่งสนับสนุนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต แนวทางการรักษา ผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและตระหนักในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความลำบากในการดูแล และการมีแหล่งประโยชน์ทางศาสนาและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ดูแลได้สวดมนต์หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ในโบสถ์ วัดเพื่อใช้ศาสนาเป็นแหล่งประโยชน์ในการสร้างพลังสุขภาพจิต (ตันติมา, 2553) นอกจากนี้การเปิดโอกาสทางความคิด ให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บ เช่น การใช้ประโยชน์จากพื้นบ้านหรือแหล่งบริการสุขภาพที่ใกล้เคียง เมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วยหรือเมื่อผู้ป่วยที่

ตนเองเจ็บป่วยก็สามารถมีแหล่งบริการทางความรู้ ให้คำปรึกษา แนวทางการรักษาได้ เช่น อสม. สถานีอนามัย และหากผู้ป่วยมีอาการหนักก็สามารถมีแหล่งช่วยนำผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้สะดวก(รอธานี, วันดี, วิณา, 2551)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือของมณีรัตน์ (Maneerat, 2011) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมณีรัตน์ (2011) ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยโดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ที่พัฒนาโดยกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) คือ สิ่งที่มี สิ่งที่เป็น และความสามารถที่มี ซึ่งประกอบด้วย 19 องค์ประกอบ และนำไปสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย พบว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา และผลการทดสอบพบว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงโครงสร้าง โดยพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = .84, p < .01$ ) และเมื่อทดสอบความเที่ยงโดยวัดซ้ำพบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตทั้ง 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ( $r = .91, p < .01$ )

#### *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต*

ปัจจัยในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้บุคคลมีความสามารถก้าวผ่านความทุกข์ยาก ความกดดันของชีวิตยาวนาน (2550) กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งเสริมบุคคลให้มีพลังสุขภาพจิตนั้นประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ บุคคล ครอบครัว และชุมชนและสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

*ระดับบุคคล* เป็นส่วนที่อยู่ในตัวของบุคคลแต่ละคน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) การเป็นบุคคลที่มีพื้นฐานอารมณ์ดี เข้มแข็ง ไม่อ่อนไหวง่าย แต่ให้มีความอ่อนนุ่ม 2) อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยวัยรุ่นจะมีอารมณ์ร้อน มีความอดทนน้อยกว่าผู้ใหญ่ 3) ประสบการณ์ บุคคลที่เคยมีประสบการณ์ความยากลำบาก ความทุกข์ยาก จะมีการเผชิญเป็นหาหรือแก้ปัญหาได้ดีกว่า และ 4) การรู้จักตนเองและเข้าใจผู้อื่นได้ดี การเข้าใจตนเองทำให้มีเวลาในการคิดและประเมินตนเองว่าสามารถที่จะกระทำบทบาทผู้ดูแลได้หรือไม่ (ตันติมา, 2553; เขาวานาฏ, 2550)

*ระดับครอบครัว* เป็นแหล่งประโยชน์ที่คอยสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญและใกล้ชิดบุคคลมากที่สุด ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) การมีความผูกพันเอื้ออาทรในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นอกเห็นใจ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ หมายถึง การมีสมาชิกในครอบครัว ที่นั่งเรือญาติคอยให้การช่วยเหลือสนับสนุน และ 3) การที่มีบุคคลรับฟัง ปลอดภัย ให้กำลังใจ เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตชีวิต การมีคนคอยรับฟังคอยกำลังใจทำให้ไม่รู้สึกลำบากคนเดียว โดดเดี่ยว (ชนัญชิตา, 2547; เขาวานาฏ, 2550; Niyomthai, 2009)

*ระดับชุมชนและสังคม* เป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่ให้การสนับสนุน ซึ่งมีทั้งแหล่งประโยชน์ทั้ง ทางกาย จิตใจ เช่น แหล่งบริการสวัสดิการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แหล่งพลังสุขภาพจิต ทางจิตใจในการประกอบศาสนกิจ รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆที่มีผลให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ 1) การมีความผูกพันที่ดี เช่น เด็กที่อยู่ในวัยเรียนมีความผูกพันที่ดีต่อครู ในผู้ใหญ่ความผูกพันต่อนายจ้างเพื่อนร่วมงาน และมีความสำเร็จในด้านการเรียนและการทำงาน เป็นต้น 2) การช่วยเหลือให้กำลังใจกัน เช่น ในเด็กและวัยรุ่นมีเพื่อนสนิทที่ดีหรือการมีผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งไม่ใช่บุคคลในครอบครัว 3) การมีแหล่งที่พึ่งทางจิตใจ สถาบันทางศาสนาเพื่อใช้ในการประกอบศาสนกิจ เช่น วัด มัสยิด 4) การมีความใกล้ชิดกับชุมชน ชุมชนมีความใกล้ชิด อบอุ่นผูกพันกับคนในชุมชน นั้นหมายถึง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ต้องมีการเข้าถึงประชาชน และให้ความใกล้ชิดคอยช่วยเหลือประชาชนผู้ตกทุกข์ได้ยาก และ 5) ชุมชนมีการทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อคนทุกเพศทุกวัยเสมอ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน (ประกอบพร, 2550; เขาวานาฏ, 2550)

นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2552) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ด้าน เช่นกัน คือ 1) ด้านร่างกาย หากร่างกายไม่สมบูรณ์ มีความบกพร่องของอวัยวะ การทำหน้าที่ก็มีความบกพร่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างพลังสุขภาพจิต 2) ด้านจิตใจ บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีก็ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้ดีและมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ด้านจิตใจจึงมีความสำคัญในการสร้างพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การรู้จักคุณค่าในตนเองการมองหาจุดดีของตนเอง และ 3) ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ และมีแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การที่ผู้ดูแลมีความตระหนักในเรื่องความกตัญญู กตเวทิต์ โดยคิดว่า การดูแลมารดาที่เป็นโรคมะเร็งเป็นการได้ตอบแทนบุญคุณ ทำให้ไม่รู้สึกรับภาระ (ศิริพรรณ, 2550) ซึ่งหากบุคคลที่มีองค์ประกอบเหล่านี้ดี จะทำให้บุคคลนั้นมีความเข้มแข็ง ความอบอุ่น มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดพลังสุขภาพจิตหรือมีความยืดหยุ่นสามารถที่จะก้าวผ่านภาวะวิกฤตได้

สรุปจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในมีอยู่ในระดับของบุคคลแต่ละคน เช่น ความเข้มแข็ง ความอ่อนโยน การรู้จักตนเอง เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ แหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถแสวงหาหรือไม่ก็ได้ เช่น การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพลังสุขภาพจิตของครอบครัวที่มี

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในภาวะวิกฤต พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในสมาชิกในครอบครัว คือ การติดต่อสื่อสาร โดยพบว่าการติดต่อสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เนื่องจากบุคคลที่มีการสื่อสารที่ดี จะได้รับการช่วยเหลือการสนับสนุน นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้มแข็งของสมาชิกในครอบครัว และการช่วยเหลือทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำให้บุคคลในครอบครัว มีการปรับและการเผชิญกับปัญหาได้ดี (Greeff & Wentworth, 2009)

### การประเมินพลังสุขภาพจิต

การประเมินพลังสุขภาพจิตมีหลายรูปแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับทำให้คำนิยามและความหมายของนักวิชาการแต่ละท่าน โดยกรมสุขภาพจิต (2552) ใช้คำว่าพลังสุขภาพจิต และทำการประเมินพลังสุขภาพจิตของบุคคลโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความอดทนทางอารมณ์ คือ ความสามารถของบุคคลในการควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ให้หวั่นไหว อ่อนไหวต่อสถานการณ์ที่วิกฤต กดดันได้โดยไม่เสียสุขภาพจิต 2) ด้านกำลังใจ การที่บุคคลมีความมุ่งมั่น อดทน ไม่ย่อท้อ ซึ่งการมีพลังที่จะเอาชนะอุปสรรคปัญหา สู่ความสำเร็จ กำลังใจถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีความยากลำบาก ภาวะบีบคั้นกดดัน บุคคลที่ไม่มีกำลังใจทำให้ท้อแท้ ไม่สู้ชีวิต คิดแต่ความทุกข์ยาก ขาดพลังในการต่อสู้ ส่งผลให้ไม่สามารถก้าวผ่านความยากลำบากได้ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา คือ ความพยายามของบุคคลในการแก้ไขปัญหา โดยการการคิดหาเหตุผลในการแก้ปัญหา หาสาเหตุ ข้อมูลหรือวิธีการในการแก้ปัญหา และการรับคำแนะนำหรือความคิดเห็นของบุคคลอื่น เพื่อเลือกทางออกหรือวิธีการในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด และมีการประเมินผลวิธีการที่เลือกว่าเป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลดีหรือไม่

โดยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองในภาพรวมว่ามีพลังสุขภาพจิตมากน้อยอย่างไร ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม การให้คะแนนแต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-4 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 80 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งระดับพลังสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) พลังสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ คะแนนอยู่มากกว่า 69 คะแนน 2) พลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนอยู่ในช่วง 55-69 คะแนน และ 3) พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ คะแนนน้อยกว่า 55 คะแนน ซึ่งแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตเหมาะกับบุคคลทั่วไปและผู้สูงอายุ

นอกจากนี้มีการศึกษาแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของเพ็ญประภา (2546) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต กลวิธีการเผชิญปัญหา กับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น โดยผู้วิจัยใช้คำความยืดหยุ่น

ทนทานในการสื่อถึงพลังสุขภาพจิต ซึ่งแบบประเมินที่สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดทฤษฎีของกรอตเบิร์ก (Groberg, 1995) มี 3 ด้าน 20 ข้อ คือ สิ่งที่ฉันเป็น 8 ข้อ สิ่งที่ฉันมี 5 ข้อ และความสามารถที่ฉันมี 7 ข้อ และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความสอดคล้องภายในกับประชากร 105 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวจำนวน 448 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 เกณฑ์การให้คะแนน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีพลังสุขภาพจิตสูง

นอกจากนั้นยังพบว่าเครื่องมือของมณีรัตน์ (Maneerat, 2011) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งมณีรัตน์ (2011) ได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) มาสร้างเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยยึดองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบของกรอตเบิร์ก (Grotberg, 1995) คือ สิ่งที่ฉันมี สิ่งที่ฉันเป็น และความสามารถที่ฉันมี ซึ่งประกอบด้วย 19 องค์ประกอบ และนำไปสร้างแบบสอบถามและทดสอบกับผู้สูงอายุซึ่งผ่านการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุไทย พบว่า มี 5 มิติ คือ 1) ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 2) ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ 3) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม 4) การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และ 5) ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหาลังจากนั้นนักวิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้สูงอายุจำนวน 517 ราย หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักปัจจัยที่มีอิทธิพล (Factor Analysis) เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มี 5 มิติ ดังที่กล่าวข้างต้นโดยมีการให้คะแนนเป็นแบบลิเกต สเกล (Likert's scale) มีระดับคะแนน 1-4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีพลังสุขภาพจิตสูงในการก้าวผ่านชีวิตที่มีความยากลำบาก ให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งผลการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Intaralreliability) อยู่ในระดับสูง ( $r = .91$ ) และมีการทดสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .91 นอกจากนี้แบบประเมินนี้มีความครอบคลุมในการศึกษาพลังสุขภาพจิตของคนไทย ที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือของมณีรัตน์ (Maneerat, 2011) ในการศึกษาครั้งนี้

*ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย*

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเครียด การจัดการปัญหา แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย แต่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ซึ่งอาจจะไม่ได้ศึกษา



ความสัมพันธ์การรับรู้การะกับพลังสุขภาพจิต โดยแต่ละศึกษาความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิตกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังการศึกษาต่อไปนี้

จากการศึกษาของศิริรัชยา (2550) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรเพื่อการจัดการของครอบครัวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ที่มีบุตรอายุ 2 – 12 ปี จำนวน 115 คน ซึ่งจากการศึกษานักวิจัยใช้คำว่าทรัพยากรเพื่อการจัดการของครอบครัวเพื่อสื่อความหมายของพลังสุขภาพจิต โดยศึกษาเฉพาะในส่วนของแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน (I have) เช่น การช่วยเหลือของครอบครัว ความสนใจเห็นอกเห็นใจของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ทรัพยากรเพื่อการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.56$ ) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีทรัพยากรเพื่อการจัดการมากพอจะทำให้ระดับความเครียดในครอบครัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความยืดหยุ่นในเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 - 12 ปี ที่มีความพิการ ในประเทศอเมริกา จำนวน 159 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการอยู่ร่วมในสังคม และการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Schmidt, Wallander & Biasini, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและทนทานกับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยนักวิจัยใช้คำว่ายืดหยุ่นทนทานซึ่งเป็นนิยามหนึ่งของพลังสุขภาพจิต พบว่า ความยืดหยุ่นทนทานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .50$ ) แสดงให้เห็นว่าหากนักศึกษามีความยืดหยุ่นและทนทานมากก็จะมีสุขภาพจิตที่ดี และที่สำคัญยังพบว่าความยืดหยุ่นและทนทานยังสามารถเป็นตัวแปรที่พยากรณ์สุขภาพจิตได้มากที่สุดถึง ร้อยละ 29.3 (เพ็ญประภา, 2546)

จากการศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ในประเทศไทย ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 65 คน พบว่าระดับสุขภาพจิตของนักศึกษาด้านความมั่นคงทางอารมณ์ และด้านกำลังใจเพิ่มขึ้นหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาของนักศึกษามีระดับเพิ่มขึ้น หลังการฝึกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สมดี, วิภา, และจันทร์เพ็ญ, 2554) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้บุคคลเกิดพลังสุขภาพจิตได้ กล่าวคือ การที่บุคคลได้ใช้เวลาระยะเวลาหนึ่งในการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งอดทน และมีความสามารถในการจัดการปัญหาทำให้ผ่านพ้นปัญหาเหล่านั้นได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพลังสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด สุขภาพจิตที่ดี ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารที่

เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจาก เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยจะต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตในชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน หวาดกลัว และในขณะเดียวกันก็ต้องเผชิญกับภาระการเป็นผู้ดูแล ต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้บาดเจ็บทั้งด้านการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ แต่จะเห็นได้ว่ายังมีผู้ดูแลหลายรายสามารถดำเนิน ชีวิตอยู่ได้ในสถานการณ์ปัจจุบันทั้ง ๆ ที่มีภาระการดูแลคงอยู่ ดังนั้นผู้ดูแลเหล่านี้อาจจะมีพลัง สุขภาพจิตระดับหนึ่งที่ทำให้สามารถเผชิญหรือปรับตัวต่อภาระการดูแลที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งหากพบ ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลก็จะช่วยให้พยาบาลพัฒนารูปแบบ การพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลต่อไปได้

### *สรุปการทบทวนวรรณกรรม*

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนใต้ของไทย ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากแรงระเบิด การรอบยิง ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บสูญเสีย อวัยวะ พิการ อัมพาต ได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือ เคลื่อนไหวได้น้อย ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การรับ บบบาทผู้ดูแลถือเป็นบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งกิจกรรม การดูแลที่เกิดในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลประเมินกิจกรรมที่เกิดขึ้นว่า กิจกรรมในการดูแลผู้บาดเจ็บต้องใช้เวลามากและแต่ละกิจกรรมมีความยากลำบาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่ ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และฝึกทักษะ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการ ดูแลผู้บาดเจ็บ ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการทั่วไป 3 ด้าน คือ การดูแล โดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไปแต่อย่างไรก็ตามการเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยการดูแลจะแตกต่างจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ คือ ผู้ดูแลจากเหตุการณ์ความไม่สงบยังต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นรายวัน และ ไม่อาจคาดการณ์ได้ และต้องรับภาระการเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่ได้มีการ วางแผนมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข เมื่อ ผู้บาดเจ็บมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด กลัว หวาดระแวง ซึ่งเหตุการณ์และ

ภาระหน้าที่ที่เกิดขึ้นถือเป็นภาวะวิกฤต ความยากลำบากของผู้ดูแลที่จะต้องเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลอาจมีพลังสุขภาพจิตที่ทำให้ก้าวผ่านกับภาวะวิกฤตในชีวิตดังกล่าวได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตหมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยประเมินความสามารถในการเผชิญกับภาวะวิกฤต 5 ด้าน คือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะมีความเครียดลดลง คุณภาพชีวิตดี มีความสามารถในการจัดการปัญหาได้ดี แต่การศึกษาที่ผ่านมาเหล่านั้นส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรือพิการจากอุบัติเหตุ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กวัยรุ่น แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลและการวางแผนทางการพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive design) เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล การรับรู้การดูแลของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งมีวิธีการดำเนินวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย และเป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา ในอำเภอเทพา สะบ้าย้อย นาทวี และจะนะ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่คุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้บาดเจ็บอย่างใกล้ชิด และประกอบกิจกรรมการดูแลผู้บาดเจ็บมากที่สุด โดยไม่มีค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ
2. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
3. พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้
5. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้คือการศึกษาของพวงแก้ว แสนคำ (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยเลือกตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ภาระการดูแล และ 2) ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล ที่เป็นตัวแปรที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณขนาดอิทธิพล พบว่า ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ  $-.29$  แต่เนื่องจากแนวคิด ความเข้มแข็งไม่ใช่เป็นแนวคิดเดียวกันกับพลังสุขภาพจิต และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในบริบท 3 จังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่  $r = .30$  ซึ่งเป็นอิทธิพลขนาดกลาง เป็นเกณฑ์ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อใช้อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ  $.80$  และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 85 ราย (Cohen, 1988) แต่ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย ซึ่งพบว่าในการศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 4) แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล และ 5) แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา สาเหตุจากการบาดเจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวของผู้บาดเจ็บ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ และระยะเวลาความถี่ที่แพทย์นัดติดตามอาการ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด (ภาคผนวก ง)

#### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล มาใช้ในการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย สร้างขึ้นโดยมาโฮเนย์ และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965 อ้างตาม สุทธิชัย, 2551) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเดินในบ้านห้อง การกลั้นอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ (สุทธิชัย, 2551) (ภาคผนวก ง) ซึ่งในแต่ละข้อจะมีคะแนนแตกต่างกัน อยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ เท่ากับ 20 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนมาก หมายถึง ผู้บาดเจ็บสามารถช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดีหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย ส่วนคะแนนน้อย หมายถึง ผู้บาดเจ็บช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนนมี 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 4	คะแนน	ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
คะแนน 5 – 8	คะแนน	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
คะแนน 9 – 11	คะแนน	ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง
คะแนน 12	คะแนนขึ้นไป	มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อย/ช่วยเหลือตัวเองได้

### ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สถานภาพ ลักษณะของครอบครัว อาชีพ สุขภาพของผู้ดูแล กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ทำให้ได้พบปะกับบุคคลอื่น และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)

### ส่วนที่ 4 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ประเมินโดยเครื่องมือของมนิรัตน์ (Maneerat, 2011) ซึ่งใช้แนวคิดของกรอตเบิร์ก (Grotberg) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา โดยมนิรัตน์ (Maneerat, 2011) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ซึ่งมี

24 ข้อ (ภาคผนวก ง) โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ ไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านพอประมาณ
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด  
จำนวนช่วง

ซึ่งเกณฑ์การแปลผลความหมายค่าคะแนนที่ได้ คือ

คะแนนโดยรวมและรายด้านของพลังสุขภาพจิต

2.68 – 4.00 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตสูง
1.34 – 2.67 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตปานกลาง
1.00 – 1.33 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล

แบบประเมินการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบวัดการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน พัฒนาโดยโอเบิร์ต (Oberst, 1990) ซึ่งสายพิณ (2536) นำมาแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย แบบประเมินประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และ 2) ความยากลำบากในการดูแล มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป (ภาคผนวก ง) โดยแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

1. ด้านการดูแลโดยตรง ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3
2. ด้านการดูแลระหว่างบุคคล ประกอบด้วยคำถามข้อ 4, 5, 6, 11
3. ด้านการดูแลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามข้อ 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15

ซึ่งคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแล ซึ่งประเมินจากปริมาณ เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ซึ่งประเมินจากความยุ่งยาก ซับซ้อนของการดูแล โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล เริ่มตั้งแต่ ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลจนถึงการใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด และความยากลำบากในการดูแล อยู่ในช่วงไม่มีความยากลำบากเลยถึงมีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้ 1 คะแนน
ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้ 2 คะแนน
ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้ 4 คะแนน
ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล

ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้ 1 คะแนน
มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้ 2 คะแนน
มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้ 4 คะแนน
มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน คือ นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนภาวะการดูแลในแต่ละข้อ หลังจากนั้นนำคะแนนที่คำนวณได้แต่ละข้อมารวมกัน ได้ค่าคะแนนรวมซึ่งอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ ส่วนคะแนนมากหมายถึงผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง

การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น (ชูศรี, 2546) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$



ซึ่งเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนทำโดยรวมและรายด้านเป็นดังนี้ คือ

1.00 – 1.67 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับน้อย
1.68 – 3.35 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับปานกลาง
3.36 - 5.00 คะแนน	หมายถึง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและแบบประเมินการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัยเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต 1 ท่าน และพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้อง และความชัดเจนในเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ เกณฑ์การให้คะแนนพลังสุขภาพจิต การแก้ไขคำและประโยคให้ถูกต้องเพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความเหมาะสมด้านภาษา ก่อนนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงต่อไป

#### 2. การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบความเที่ยง โดยใช้แบบสอบถามไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสถิติครอนบาคของแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บของบาร์เทิล (Barthel Index Score) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบสอบถามประเมินการรับรู้การดูแล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .99 .85 และ .96 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริงจำนวน 100 ราย พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บของบาร์เทล (Barthel Index Score) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบสอบถามประเมินการรับรู้การดูแล เท่ากับ .93 .88 และ .96 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์หาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอและชุมชนรวมถึงองค์กรเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือดูแลผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เช่น สวชต. หน่วยเยียวยา เป็นต้น ในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานหรือองค์กร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตให้เจ้าหน้าที่นำทางในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละโรงพยาบาล แต่ละหน่วยงานเพื่อทำการนัดวัน เวลา ในการลงพื้นที่ ไว้ล่วงหน้า และมีการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อยืนยันในการลงพื้นที่อีกครั้งก่อนเดินทาง หากมีเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นผู้วิจัยได้รับโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานเพื่อเตือนวันเก็บข้อมูลออกไป ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล พบว่า มีการเตือนวันเก็บข้อมูลโดยประมาณ 10 ครั้ง จากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเดินทางไปยังโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่ด้วยตนเอง เมื่อเข้าไปในพื้นที่เพื่อไปบ้านกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเดินทางไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้น ๆ เช่น อสม. นักจิตวิทยา ทุกครั้งเจ้าหน้าที่เป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง และใช้เวลาในการทำประมาณ 40 นาที ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสลามไม่สามารถพูดภาษาไทยได้จะมีเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาลแปลภาษาให้ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างท่านใดปฏิเสธการให้ข้อมูล

3. หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการทำหนังสือแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธ หรือยอมรับในการเข้าร่วมวิจัยว่า การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ในการที่จะปฏิเสธหรือเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วม และมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้ดำเนินการวิจัยทราบก่อนที่จะสิ้นสุดการวิจัย ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริงจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่บิดเบือนข้อมูลผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ลักษณะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้อาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาลจึงเตรียมการในการดูแลด้านจิตใจและการให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม กล่าวคือ ในระหว่างการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเครียด โศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการให้ข้อมูลได้ทันที หรือหากผู้วิจัยสังเกตเห็นพฤติกรรมหรือสีหน้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกดังกล่าวจะยุติการสัมภาษณ์ พร้อมกับเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้รับฟังและพูดคุยให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลาย หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เช่น โศกเศร้าเสียใจรุนแรง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคิดทำร้ายตนเองและผู้อื่น ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่จะให้ความช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้น และติดต่อกับเจ้าหน้าที่จิตเวชประจำศูนย์ช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามในการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการให้การช่วยภายหลังการให้ข้อมูล (ภาคผนวก ข)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนตามมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับพลังสุขภาพจิตและระดับการรับรู้การดูแลของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังกล่าว นักวิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การกระจายของตัวแปรพลังสุขภาพจิตและการรับรู้การดูแลเป็น โคนึงปกติและตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร มีความสัมพันธ์ลักษณะเชิงเส้นตรง

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ระดับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งพลังสุขภาพจิตและการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา สะบ้าย้อย นาทวี และอำเภอจะนะ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2555 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยาย ประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บ
2. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล
3. การรับรู้การดูแลของผู้ดูแล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

## 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล

### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 81 มีอายุเฉลี่ย 44.10 ปี ( $SD = 1.61$ ) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาสคิดเป็นร้อยละ 40 นับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 67 มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 65 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 39 และผู้บาดเจ็บร้อยละ 46 ใช้สิทธิผู้พิการในการรักษา ดังรายละเอียดในตาราง 1

#### ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	81	81.00
หญิง	19	19.00
<b>อายุ (ปี) (<math>M = 44.10</math>, <math>SD = 11.47</math>, <math>Min = 7</math>, <math>Max = 94</math>)</b>		
อายุ 1 – 14 ปี	3	3.00
อายุ 15 – 30 ปี	19	19.00
อายุ 31 – 45 ปี	26	26.00
อายุ 46 – 60 ปี	42	42.00
อายุ 60 ปี ขึ้นไป	10	10.00
<b>จังหวัดที่อยู่อาศัย</b>		
นราธิวาส	40	40.00
ยะลา	21	21.00
ปัตตานี	31	31.00
สงขลา	8	8.00

หมายเหตุ :  $M$  = ค่าเฉลี่ย,  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,  $Min$  = ค่าต่ำสุด,  $Max$  = ค่าสูงสุด

## ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล  
( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	33	33.00
อิสลาม	67	67.00
สถานภาพสมรส		
คู่	65	65.00
โสด	22	22.00
หม้าย	10	10.00
หย่าหรือแยกกันอยู่	3	3.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	8.00
ประถมศึกษา	55	55.00
มัธยมศึกษา	23	23.00
อนุปริญญา	6	6.00
ปริญญาตรี	8	8.00
อาชีพ		
ทำงานบ้าน	2	2.00
ค้าขาย	11	11.00
รับจ้าง	15	15.00
เกษตรกรกรรม	12	12.00
รับราชการ/วิสาหกิจ	17	17.00
ไม่ได้ทำงาน	39	39.00
อื่น ๆ	4	4.00

## ตาราง 1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล  
( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
จ่ายเงินเอง	13	13.00
เบิกจากต้นสังกัด	19	19.00
ประกันสังคม	1	1.00
บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ (ท.74)	46	46.00
สังคมสงเคราะห์	1	1.00
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	20	20.00

## 1.2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้

สาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากการถูกยิง ร้อยละ 59 รองลงมาคือการถูกวางระเบิด ร้อยละ 37 ผู้บาดเจ็บมีระยะเวลาการบาดเจ็บโดยเฉลี่ย 3.34 ปี ( $SD = 2.34$ ) และมีผู้บาดเจ็บจำนวน 14 ราย ที่มีระยะเวลาการบาดเจ็บ 7 ถึง 8 ปี ผู้บาดเจ็บร้อยละ 83 ไม่มีโรคประจำตัว และมีผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 43 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีมากตามแบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และมีผู้บาดเจ็บอีก ร้อยละ 10 ที่ยังได้รับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล โดยร้อยละ 26 ต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังรายละเอียด ในตาราง 2



## ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลการบาดเจ็บและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการบาดเจ็บ		
ถูกยิง	59	59.00
ถูกระเบิด	37	37.00
ถูกการวางเพลิง	3	3.00
ถูกแทง	1	1.00
ระยะเวลาการบาดเจ็บ (ปี) ( $M = 3.34$ , $SD = 2.34$ , $Min = 8$ วัน, $Max = 8$ ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	18	18.00
1 – 2 ปี	22	22.00
3 – 4 ปี	28	28.00
5 – 6 ปี	18	18.00
7 – 8 ปี	14	14.00
โรคประจำตัวของผู้บาดเจ็บ		
ไม่มี	83	83.00
มี	17	17.00
โรคประจำที่ผู้บาดเจ็บเป็น		
โรคความดันโลหิตสูง	9	9.00
โรคหัวใจ	1	1.00
โรคเบาหวาน	3	3.00
โรคหอบ หืด	2	2.00
โรคอื่น ๆ	5	5.00

หมายเหตุ :  $M$  = ค่าเฉลี่ย,  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,  $Min$  = ค่าต่ำสุด,  $Max$  = ค่าสูงสุด

## ตาราง 2 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลการบาดเจ็บและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การนัดติดตามอาการ		
ไม่นัด	64	64.00
นัด	26	26.00
อยู่ระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	10	10.00
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ		
ปฏิบัติได้ดี	71	71.00
ปฏิบัติได้ปานกลาง	12	12.00
ปฏิบัติได้น้อย	9	9.00
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	8	8.00

## 1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83 อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ 40 มีอายุโดยเฉลี่ย 41.46 ปี ( $SD = 11.47$ ) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 66 โดยมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 75) ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นภรรยาของผู้บาดเจ็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31 มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,501 ถึง 6,500 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 47 อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 32 มีรายได้ไม่เพียงพอมีหนี้สิน และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 72 ดังรายละเอียดในตาราง 3

## ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดที่อยู่อาศัย		
นราธิวาส	40	40.00
ยะลา	21	21.00
ปัตตานี	31	31.00
สงขลา	8	8.00
เพศ		
ชาย	17	17.00
หญิง	83	83.00
อายุ (ปี) (M = 41.46, SD = 11.47, Min = 15, Max = 75)		
15 – 30 ปี	22	22.00
31 – 45 ปี	40	40.00
46 – 60 ปี	36	36.00
60 ปีขึ้นไป	2	2.00
ศาสนา		
พุทธ	34	34.00
อิสลาม	66	66.00
สถานภาพสมรส		
คู่	75	75.00
โสด	13	13.00
หม้าย	9	9.00
หย่า หรือแยกกันอยู่	3	3.00

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

## ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	8.00
ประถมศึกษา	45	45.00
มัธยมศึกษา	24	24.00
อนุปริญญาตรี	6	6.00
ปริญญาตรี	16	16.00
สูงกว่าปริญญา	1	1.00
อาชีพ		
ทำงานบ้าน	16	16.0
ค้าขาย	12	12.0
รับจ้าง	31	31.0
เกษตรกรกรรม	23	23.0
รับราชการ / วิสาหกิจ	11	11.0
ไม่ได้ทำงาน	2	2.0
อื่น ๆ	5	5.00
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (M = 9,060, SD = 8946.13, Min = 0, Max = 50,000)		
น้อยกว่า 1,000 บาท	8	8.00
1,000 – 3,500 บาท	5	5.00
3,501 – 6,500 บาท	47	47.00
6,501 – 9,500 บาท	14	14.00
9,501 – 25,000 บาท	19	19.00
25,001 บาท ขึ้นไป	7	7.00

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด

## ตาราง 3 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอไม่มีหนี้สิน	28	28.00
เพียงพอมีหนี้สิน	14	14.00
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	26	26.00
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	32	32.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บ		
ภรรยา	44	44.00
สามี	5	5.00
บุตร	18	18.00
เครือญาติ	33	33.00
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	72	72.00
ครอบครัวขยาย	28	28.00

#### 1.4 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของ ไทย

ผู้ดูแลร้อยละ 58 รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดี ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียง ร้อยละ 20 ที่มีโรคประจำตัว ดังรายละเอียดในตาราง 4

## ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
แข็งแรงดีมาก	11	11.00
แข็งแรงดี	58	58.00
แข็งแรงพอควร	11	11.00
ไม่ค่อยแข็งแรง	20	20.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	80	80.00
มี	20	20.00
โรคประจำตัวที่ผู้ดูแลเป็น		
ความดันโลหิตสูง	12	12.00
เบาหวาน	4	4.00
โรคหัวใจ	3	3.00
ไขมันในเลือดสูง	2	2.00
หอบ	4	4.00
ไตรอยด์	2	2.00
อื่น ๆ	7	7.00

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้บาดเจ็บของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้บาดเจ็บโดยเฉลี่ย 3.07 ปี ( $SD = 2.66$ ) โดยผู้ดูแลมีผู้ดูแลร่วม ร้อยละ 63 และผู้ดูแลร้อยละ 63 ระบุว่าขณะให้การดูแลผู้บาดเจ็บตนเองสามารถไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพบปะผู้อื่นได้ตามปกติ ดังรายละเอียด ในตาราง 5

## ตาราง 5

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ( $N = 100$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) ( $M = 3.07$ , $SD = 2.66$ , $Min = 8$ วัน, $Max = 8$ ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	21	21.00
1 – 2 ปี	21	21.00
3 – 4 ปี	29	29.00
5 – 6 ปี	19	19.00
7 – 8 ปี	10	10.00
ผู้ดูแลร่วม		
มี	43	43.00
ไม่มี	57	57.00
กิจกรรมที่ทำให้พบปะผู้อื่น		
มี	63	63.00
ไม่มี	37	37.00

หมายเหตุ :  $M$  = ค่าเฉลี่ย,  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,  $Max$  = ค่าสูงสุด,  $Min$  = ค่าต่ำสุด

## 2. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพลังสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้านของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ได้แก่ ด้านการมีชีวิตด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา และด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ดังรายละเอียดในตาราง 6

## ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย จำแนกรายด้านและโดยรวม (N = 100)

พลังสุขภาพจิต	M	SD	ระดับ
1.ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น	2.87	0.44	สูง
2.ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่	3.13	0.38	สูง
3.ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม	3.02	0.59	สูง
4.ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ	3.42	0.49	สูง
5.ด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา	2.94	0.45	สูง
รวม	3.07	0.32	สูง

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### 3. การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณา 2 มิติของการรับรู้ภาระ พบว่า การรับรู้ภาระด้านปริมาณการใช้เวลา และการรับรู้ภาระด้านความยากลำบาก ซึ่งการรับรู้ภาระของผู้ดูแลทั้งปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการดูแลทั่วไป ด้านการดูแลระหว่างบุคคล และด้านการดูแลโดยตรง ดังรายละเอียดในตาราง 7



## ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย จำแนกรายด้านและโดยรวม (N = 100)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้			ความยากลำบาก			ภาระการดูแล		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การดูแลโดยตรง	2.92	1.11	ปานกลาง	2.45	1.25	ปานกลาง	2.62	1.09	ปานกลาง
2. การดูแลระหว่างบุคคล	3.02	0.97	ปานกลาง	2.49	1.12	ปานกลาง	2.70	0.98	ปานกลาง
3. การดูแลทั่วไป	2.64	0.91	ปานกลาง	2.38	1.01	ปานกลาง	2.48	0.91	ปานกลาง
รวม	2.79	0.86	ปานกลาง	2.42	1.00	ปานกลาง	2.79	0.86	ปานกลาง

หมายเหตุ : M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ( $r = -.14, p = .17$ )

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตและการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย และความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

#### พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า โดยรวมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พลังสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจาก

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่อยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้จากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกดังนี้

#### ปัจจัยภายใน

การมีความเลื่อมใสศรัทธาและความเชื่อมั่นในศาสนาและพระเจ้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 70 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพระเจ้าเป็นผู้สร้างและประทานให้ ต้องยอมรับในสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้และยอมรับได้ ก็จะได้รับบุญและเข้าถึงพระเจ้า (อาภากรณ์, 2551) ด้วยหลักความเชื่อทางศาสนาส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความเชื่อตามหลักศาสนาเป็นความรู้สึทางด้านจิตวิญญาณที่ผู้ดูแลใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ และรับรู้ว่าจะดำรงชีวิตและอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มี 1 ใน 5 มิติของพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีการนำหลักคำสอนทางศาสนาหรือในสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์ การปฏิบัติตามหลักศาสนาหรือตามความเชื่อของตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการอธิษฐานหรือขอพรให้สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับชีวิตเสมอ ซึ่งความรู้สึทางด้านจิตวิญญาณจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดและภาวะวิกฤตของชีวิตได้ นอกจากนั้นศาสนายังเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ดูแลเลือกมาปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดหรือการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภารดี (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักรักษาในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักรักษาของผู้ป่วยละอุนดี โดยพบว่า วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติคือการใช้วิธีการยึดถือศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่ง และการปรับอารมณ์หรือควบคุมอารมณ์ เช่น การฟังธรรม การละหมาด ทำแล้วเกิดความสงบ ความผ่อนคลาย และสามารถยอมรับสถานการณ์วิกฤตหรือภาวะบีบคั้น

อายุ เป็นปัจจัยภายในที่มีผลให้พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยให้อยู่ในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน วัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ที่มิมีทักษะกระบวนการคิดอย่างมีเหตุมีผล มีการจัดการ มีประสบการณ์ชีวิต มีการพัฒนาหน้าที่การงานได้ดี มีวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว รวมถึงการรู้จักประยุกต์ใช้ทรัพยากร การติดต่อสื่อสารที่ดี (ธิดารัตน์, มณีรัตน์, และนุจรี, 2554) ผู้ดูแลในการศึกษานี้ มีอายุเฉลี่ย 41.46 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นยังพบว่า มี 1 ใน 5 มิติของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับที่สอง คือ ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งในมิตินี้จะ

เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการคิด ประสบการณ์ชีวิต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ยังรู้สึกว่ทุกวันนี้ชีวิตตนเองยังมีคุณค่า มีความอดทนต่อความยากลำบากได้ดี เนื่องจากชีวิตที่ผ่านมาอาจจะมี ความยากลำบากไม่แตกต่างจากปัจจุบันทำให้ยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรืออดีตที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้นในการก้าวผ่านวิกฤตที่เกิดขึ้นนอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขทุกปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ มีความพึงพอใจและภาคภูมิใจกับชีวิตในปัจจุบันที่ตนเองสามารถดำเนินชีวิตและให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้ภายใต้สถานการณ์ที่โหดร้าย ดังนั้นอายุจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยอยู่ในระดับสูง

แม้ว่าปัจจัยภายในของบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลในแต่ละคน ที่สนับสนุนให้แต่ละคนมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายในเพียงอย่างเดียวก็มิได้ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตสูง ปัจจัยภายนอกก็มีความสำคัญที่มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

#### *ปัจจัยภายนอก*

ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อระดับของพลังสุขภาพจิต คือ การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจ ปลอดภัย การได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนทั้งด้านการเงินและอาชีพ เป็นต้น ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนภายนอก ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

*แหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว* การสนับสนุนภายในครอบครัวถือเป็นความเข้มแข็งที่สำคัญช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นภาวะคับขัน ภาวะบีบคั้นที่เกิดขึ้น เช่น การปลอดภัย ให้กำลังใจ การช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว การดูแลซึ่งกันและกัน การแบ่งเบาภาระในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นพลังของครอบครัวที่ทำให้ผู้ดูแลก้าวผ่านความยากลำบากได้ (Phavech, 2002) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจะมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่ไว้วางใจได้ ที่ช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งในด้านการดูแลผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทองได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถพูดคุยปรับทุกข์ได้ และยังพบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 63 สามารถไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพบปะผู้คนได้ตามปกติในขณะที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีผู้ดูแลร่วมหรือช่วยดูแลในขณะที่ตนเองไม่ว่าง ถึงแม้ว่าลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 72 เป็นครอบครัวเดี่ยวก็ตาม แต่ในพื้นที่ระแวกบ้านเป็นเครือญาติกัน คอยมาเยี่ยมเยียนและพูดคุยปรับทุกข์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่าลักษณะครอบครัวไทย บริเวณบ้านใกล้เรือนเคียงจะ

มีความเกี่ยวข้องเป็นเครือข่าย เช่น ภรรยา มารดา บิดา บุตร หลาน เป็นต้น ทำให้มีความสนิทสนม เห็นอกเห็นใจและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนั้นค่านิยม วัฒนธรรม ของสังคมไทยที่มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความเกื้อกูล (ชนัญญา, 2550) ส่งผลให้ให้มีบุคคลในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีบุคคลคอยช่วยเหลือแบ่งเบาภาระแก่ผู้ดูแลดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ได้มีส่วนร่วมหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับรู้สึกว่าตนเองรับภาระหรือเผชิญความยากลำบากเพียงลำพัง และสอดคล้องกับการศึกษาของเวลส์ (Wells, 2010) ทำการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณชนบท ชานเมือง และในเมือง จำนวน 277 คน มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยไม่มีผลต่อระดับพลังสุขภาพจิต แต่ความเข้มแข็งภายในครอบครัวมีผลทำให้ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงขึ้น

*แหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัว* แหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัวที่สำคัญคือแหล่งสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาลและเอกชน สถานการณ์ที่รุนแรงในจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเล็งถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ได้รับผลกระทบทั้งผู้บาดเจ็บและครอบครัว เช่น ศูนย์เชี่ยวชาญผู้ได้รับผลกระทบจังหวัดชายแดนภาคใต้ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น จึงมีการช่วยเหลือที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบสามารถดำเนินชีวิตได้ เช่น ด้านการประกอบอาชีพ โดยการให้เงินสนับสนุนในการประกอบอาชีพ การให้เงินยืมชีพ การให้ทุนการศึกษาแก่บุตรผู้ได้รับผลกระทบ (วชิรญาณ, 2555) ส่วนด้านสุขภาพมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสุขภาพจิต การออกเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความห่วงใยของครูที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าครูมีระดับพลังสุขภาพจิตสูง เนื่องจากมีแหล่งสนับสนุนภายนอก 6 อย่าง คือ กำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รัก การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ความสามัคคีจากเพื่อนร่วมงาน ความช่วยเหลือจากรัฐบาล ความห่วงใยจากสถาบันกษัตริย์ และการมีแบบอย่างที่ดีของบรรพบุรุษ (สยากรณ์, 2552) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการการมีสนับสนุนทางสังคมทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่ทำให้พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับสูง และดำเนินชีวิตอยู่ได้ท่ามกลางภาวะวิกฤต

### การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ

ในการศึกษานี้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลผู้บาดเจ็บในจังหวัดชายแดนใต้ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

#### ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ ได้แก่

**การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ** จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 71) เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย ถึงแม้ว่าผู้บาดเจ็บบางรายมีความพิการต้องอาศัยรถเข็น ไม่ทำ ขาเทียมในการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บมานานโดยเฉลี่ย 3.34 ปี ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บมีการปรับตัวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงมีการปรับสภาพแหล่งที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพผู้บาดเจ็บ จึงทำให้ผู้บาดเจ็บเคลื่อนไหวด้วยตัวเองได้ เช่นการปรับให้เป็นพื้นราบเพื่อให้ผู้บาดเจ็บเคลื่อนไหวตัวเองโดยใช้รถเข็นได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถทำงาน หรือทำกิจกรรมของตนเองได้เหมือนเดิม และมีเวลาในการพักผ่อนมากขึ้น ช่วยลดการทำกิจกรรมในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (อาภาภรณ์, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง โดยพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ

**อายุของผู้ดูแล** อายุของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลในการศึกษานี้ผู้ดูแลร้อยละ 40 เป็นวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานมีอายุโดยเฉลี่ย 41.46 ปี ซึ่งเป็นวัยที่วุฒิภาวะมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และมีประสบการณ์ชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแล มีทักษะในการเผชิญกับปัญหา และปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ มีการตัดสินใจอย่างมีหลักการ มีเหตุมีผล มีทักษะในการดูแลตนเองและผู้อื่นที่มีความจำเป็นต้องการผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกันบุคคลในกลุ่มวัยนี้มีการติดต่อกับผู้อื่นส่งผลให้มีเครือข่ายทางสังคมในการขอคำแนะนำหรือคำปรึกษา นอกจากนั้นยังมีความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์และนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม จากองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ (ชนัญญา, 2550; ชีรภัทร์, 2547) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลลดลง

**ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล** ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 58.0 รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดีซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล การทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้บาดเจ็บ ดังนั้น

ผู้ดูแลที่มีสุขภาพที่แข็งแรงมีผลต่อการรับรู้การดูแลที่ลดลงได้ (อรอนงค์, เพลินพิศ, และฉัพนงา, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดีสามารถรับรู้การดูแลผู้ป่วยลดลง ถ้าสภาพร่างกายจิตใจไม่พร้อม อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า มีความเครียดในการเป็นผู้ดูแลได้ ก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลามากและมีความยากลำบากในการดูแล ทำให้รับรู้ว่าคุณภาพมากในการดูแล นอกจากนี้อาจมีความเครียดเกิดขึ้น ผู้ดูแลก็อาจไม่มีความสุขในการดูแลผู้ป่วยได้

*สถานภาพของผู้ดูแล* เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 75 มีสัมพันธภาพในฐานะภรรยา ซึ่งในวัฒนธรรมของสังคมไทยให้ค่านิยมว่า การให้การดูแลสามี ถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของภรรยาที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ภรรยายินดีทำให้สามีเพื่อแสดงถึงความรัก การแสดงบทบาทของภรรยาในการดูแลสามี (ชนัญญา, 2550) และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามบุคคลผู้ซึ่งเป็นภรรยาที่ดีนั้นจะต้องให้การดูแลปฏิบัติต่อสามีต้องอดทนอดกลั้นกับความขมขื่นของชีวิตบนโลกใบนี้ และภรรยาพร้อมที่จะสละทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อเผชิญหน้ากับความทุกข์ยากต่าง ๆ พร้อมกับสามี (อับดุลลอฮ, 2551)

*เพศของผู้ดูแล* ถิ่นับว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแล จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บร้อยละ 83 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่แสดงถึงการมีความพร้อมและการเรียนรู้บทบาทของผู้ดูแลได้ดีกว่าเพศชาย (อรอนงค์, เพลินพิศ, และฉัพนงา, 2555) ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะดูแลผู้บาดเจ็บทำให้การรับรู้การดูแลลดลง

ในขณะที่เดียวกันนั้น เมื่อพิจารณาการรับรู้การดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ การรับรู้ด้านความยากลำบากในการดูแล และการรับรู้การด้านปริมาณการใช้เวลาในการดูแล ตามแนวคิดของ โอเบิร์ต (Obest, 1990) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยากลำบากในการดูแลและปริมาณการใช้เวลาในการดูแลผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ดูแลผู้บาดเจ็บทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจวิธีการในการทำกิจกรรมจนเกิดความชำนาญ ความคล่องแคล่วในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลไม่มีความยากลำบาก และใช้ปริมาณเวลาน้อยลง ดังผลการศึกษาในตาราง 6

เมื่อพิจารณาการดูแลเป็นรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บมีการรับรู้การดูแลทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามีหนึ่งด้าน คือ การดูแลทั่วไปถึงแม้จะอยู่ในระดับปานกลางแต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดดังผลการศึกษาในตาราง ก2 ซึ่งการดูแลทั่วไป

จะเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ จากที่กล่าวข้างต้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้บาดเจ็บสามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับดี ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บบางรายยังสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามสมรรถนะของตน เช่น ค้าขาย การเกษตร รับจ้าง ทำให้มีรายได้มาช่วยเหลือจนเกือบครบถ้วน ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองหารายได้เพียงคนเดียวและรับภาระตามลำพัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะลดลง ในขณะที่เดียวกันทางด้านสังคมผู้บาดเจ็บเหล่านี้ก็สามารถเดินทางไปพบปะเพื่อนหรือเข้าสังคมได้ตามปกติ และที่สำคัญบุคคลเหล่านี้ยังมีสังคมใหม่ที่เข้าใจบริบทของผู้บาดเจ็บ เช่น มีการสร้างกลุ่มคนพิการจากเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยสร้างกลุ่มเพื่อพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การสร้างงาน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร, 2555) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลด้านการดูแลทั่วไปลดลง อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีปัจจัยหลายอย่างที่กล่าวข้างต้นมีผลทำให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บลดลง แต่ยังมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลสูงเช่นกัน คือ

*การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์* จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ในด้านการดูแลระหว่างบุคคล ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การดูแลเกี่ยวกับด้านจิตใจ ปลอดภัยและอยู่เป็นเพื่อนผู้บาดเจ็บ ใช้เวลาเฉลี่ยสูงที่สุดในการดูแลผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับการให้กำลังใจ (ภาคผนวก ก) เนื่องผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โมโหง่าย บางรายพยายามทำร้ายตนเอง (วชิรญาณ์, 2555) อันเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความพิการ ทูพพลภาพ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติเหมือนเดิม อาจจะทำให้ช้ำลง หรือต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็น ไม่ทำ ขาเทียม ทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการประกอบอาชีพได้น้อยลง หรือต้องเปลี่ยนแปลงงาน และที่สำคัญต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อคอยให้กำลังใจ ปลอดภัย อยู่เป็นเพื่อน และเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง ซึ่งการเยียวยาจิตใจต้องใช้ระยะเวลา สิ้นเปลือง ส่งผลให้ผู้ดูแลท้อแท้ เหนื่อย และรับรู้ว่าจะต้องใช้ปริมาณเวลาที่มากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ หรือมีเวลาในการเข้าสังคมพบปะผู้คนน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาภาภรณ์ (2551) ที่พบว่า การดูแลทางด้านจิตใจเป็นภาระที่หนักอึ้งของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

*การดูแลด้านความปลอดภัย* การเฝ้าระวังอาการและอุบัติเหตุต่างๆ ขณะทำกิจกรรม ถึงแม้ว่าผู้บาดเจ็บสามารถช่วยตัวเองได้หรือปฏิบัติตามกิจกรรมประจำวันดี แต่ลักษณะการเคลื่อนไหวที่ไม่สมบูรณ์ หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวอาจทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดอุบัติเหตุได้ จากความไม่ถนัด ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการดูแลระหว่างบุคคล ในหัวข้อการเฝ้าระวังอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นลำดับที่สองดังผลในตาราง ก2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และใช้เวลานานทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด (ธีรภัทร์, 2547)

*ด้านเศรษฐกิจ* จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ จะมีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงอาชีพ ส่งผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนทกานต์ (2555) ที่พบว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ ภายหลังจากบาดเจ็บผู้บาดเจ็บไม่มีอาชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ 43 เนื่องจากความพิการจากการได้รับบาดเจ็บ และจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ภาระการดูแลทั่วไป มี 1 ใน 8 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ภาคผนวก ก) คือ การรับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นในการหารายได้ เนื่องจากประมาณหนึ่งในสามมีผู้บาดเจ็บส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพเพียงคนเดียวส่งผลให้เศรษฐกิจของครอบครัวแย่ลง (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2549; Joshi & O'Donnell, 2003) และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ารายได้ของผู้ดูแลร้อยละ 32.0 ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ซึ่งผู้ดูแลร้อยละ 47 มีรายได้โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3,501–6,500 บาทต่อเดือน และจะเห็นได้ว่าผู้บาดเจ็บร้อยละ 81 เป็นเพศชาย ซึ่งโดยค่านิยมของไทยเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้หลัก ดังนั้นเมื่อหัวหน้าครอบครัวไม่มีรายได้บทบาทหน้าในการหารายได้ภรรยาต้องรับบทบาทแทน รวมถึงการรับผิดชอบในการดูแลสามีและลูก ทำให้ภรรยาหรือผู้ดูแลทำงานหนักมากขึ้นและต้องหารายได้เพียงลำพัง

นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต้องใช้เวลาในการดูแลรักษานาน จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้บาดเจ็บมีระยะเวลาการบาดเจ็บโดยเฉลี่ย 3.34 ปี ดังนั้นการดูแลผู้บาดเจ็บเป็นเวลานานมีความจำเป็นต้องใช้เงินในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งการให้การดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลใช้หลักการดูแลรักษาแบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแผนโบราณ หรือหมอบ้าน เช่น การไปปีบนวด การกินยาต้มตามบ้าน (กิตติชัย, 2552) ส่งผลให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว



ก็ตามมา ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหารายได้เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย ล้า เครียด กังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องแบกรับความยากลำบากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้บาดเจ็บ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยข้างต้นนั้นมีผลให้การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง นอกจากนั้นสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ก็อาจจะมีผลต่อการรับรู้ภาระเช่นกัน ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บดำเนินชีวิตด้วยความวิตกกังวล หวาดระแวง ต้องคิดหาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนชีวิต เช่น เปลี่ยนเส้นทางในการประกอบอาชีพเพื่อหลบหลีกสถานการณ์เลวร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น (วชิรญาณ, 2555) และการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ผู้บาดเจ็บที่อยู่ไกลก็ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากมีปัญหาเรื่องยานพาหนะ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และที่สำคัญหาคู่รถต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่กล้าเดินทางมายังแหล่งสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถทำงานเชิงรุกได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่กล้าออกไปปฏิบัติงานในพื้นที่ (พัชร, 2550) ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ ทำให้ผู้ดูแลและผู้บาดเจ็บต้องแสวงหาแนวทางในการดูแลรักษา ให้การพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง หรือต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการออกมาพบแพทย์ในโรงพยาบาล เช่น การพยายามหายานพาหนะ การคิดหาวิธีและเส้นทางในการเดินทาง หรือการพยายามคิดหาแนวทางในการรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ผู้บาดเจ็บอาการทุเลาลงเพื่อเดินทางมาในช่วงกลางวัน นอกจากนั้นด้วยอาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่ได้พักผ่อน เกิดความอ่อนล้า เหนื่อย จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระที่มากในการดูแลผู้บาดเจ็บ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้จะมีปัจจัยเกื้อหนุนหลายอย่างที่ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลผู้บาดเจ็บน้อยลง เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ อายุ เพศ สถานภาพของผู้ดูแล และการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ยังมีปัญหาและอุปสรรคที่เป็นปัจจัยรบกวนการรับรู้ภาระการดูแลเช่นกันดังที่กล่าวข้างต้น ได้แก่ กิจกรรมการดูแลบางอย่างที่ต้องใช้เวลาและมีความยากลำบากมากขึ้น ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นเมื่อพิจารณาคะแนนโดยรวมแล้วก็พบว่าการรับรู้ภาระการดูแลผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

ผลการศึกษา พบว่า พลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งอธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเกือบร้อยละ 70 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความเชื่อมั่นศรัทธาในหลักศาสนา ยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป และในขณะเดียวกันผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็เป็นภรรยา ดังนั้นทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้บาดเจ็บ และมีความตระหนักว่า การดูแลผู้บาดเจ็บเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล เป็นการตอบแทนพระคุณผู้มีพระคุณ เป็นการแสดงออกถึงความรัก และเป็นบททดสอบของพระเจ้า เป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดมา จึงทำให้ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีทั้งปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้บาดเจ็บ ทำให้คะแนนทั้ง 2 ตัวแปรไม่กระจายโดยคะแนนทั้ง 2 ตัวแปรส่วนใหญ่เกาะกลุ่มกัน (restricted range of score) ส่งผลให้ในเชิงสถิติไม่พบความสัมพันธ์ นอกจากนั้นอาจยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษา จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล และการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตและการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลา ในอำเภอเทพา นาทวี สะบ้าย้อย และจะนะ จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ 2) แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล และ 5) แบบสอบถามการรับรู้ภาระการดูแล ซึ่งเครื่องมือได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล และแบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแล โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนที่ 2, 4, และ 5 เท่ากับ .99, .85 และ .96 ตามลำดับ จากนั้นประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.07, SD = .32$ )
2. ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยมีการรับรู้ภาระอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.79, SD = .86$ )
3. พลังสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ( $r = -.14, p = .17$ )

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. สภาพพื้นที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาหรืออาการหนัก
2. ไม่สามารถระบุจำนวนผู้ได้รับผลกระทบที่แน่ชัดได้และไม่สามารถเข้าถึงได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมีรายชื่อในทะเบียน แต่เมื่อไปถึงบ้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ย้ายออกนอกพื้นที่ไปนานแล้ว
3. เครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิต อาจจะไม่สะท้อนถึงสภาพที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย แต่เครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิตก็สามารถประเมินได้ในมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งก็สามารถใช้ได้ ในระดับหนึ่ง แต่ถ้าให้ดีกว่าประเมินให้ได้ทุกมิติ เพื่อประเมินพลังสุขภาพจิตได้ครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการพยาบาลและการวิจัย ดังนี้

#### ด้านการพยาบาล

1. จากการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรให้การส่งเสริม และดำรงไว้ให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บให้มีพลังสุขภาพจิตสูงต่อไป โดยการสร้างให้ผู้ดูแลรู้สึกคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการนำหลักความเชื่อศรัทธาเป็นแหล่งจิตใจแน่วจิตใจ เป็นต้น เพื่อคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิตที่สูงต่อไป
2. จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปาน ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหาแนวทางหรือนโยบายในการบรรเทาการรับรู้ภาวะการดูแล เช่น การวางแผนการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนอบรมการดูแลเฉพาะรายของผู้บาดเจ็บให้แก่ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลร่วม

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องพลังสุขภาพจิตหรือการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
3. ควรมีการศึกษาเชิงทำนายเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
4. ควรทำการศึกษาศึกษาซ้ำ โดยเลือกเครื่องมือในการประเมินพลังสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

## เอกสารประกอบการอ้างอิง

- กิตติ อริยานนท์. (2554). ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ : ผู้ด้วยยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งใหม่สำหรับรัฐไทย. เอกสารศึกษายทความวิชาเอกการศึกษา หลักสูตรผู้กำกับการ รุ่นที่ 7, วิทยาลัยตำรวจ.
- กิตติชัย บุญศรี. (2552). การรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตที่อ่อนล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2555). สถานการณ์ความรุนแรงชายแดนใต้. ค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2555, จาก [www.m\\_society.go.th](http://www.m_society.go.th)
- กรมสุขภาพจิต. (2552). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดีพลังสุขภาพจิต. สำนักงานสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กัณฑ์พร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคคำ, และเพ็ญพิศฐานิวัฒน์นนท์. (2549). ประสบการณ์การบาดเจ็บผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3), 211-222.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ ของการดูแลสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จุไร เกลี้ยงเกล้า. (2547). ผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชญัญชิตา โพธิ์ประสาท. (2547). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชญัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา, 4(1), 62 – 75.

- ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). *ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณัฐวดี มณีพรหม, และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2554). ภาวะความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้พิการ เนื่องจากการตัดขาที่มารับบริการที่ศูนย์กายอุปกรณ์ในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 137-148.
- คูสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, ชันย์ชนก สุภาจาร์พันธุ์, และคณะ. (2554). ทักษะคดีและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 58 – 65.
- ดำรง แวอาลี, และอิลฟาน ตอแลมา. (บรรณาธิการ). (2550). *การดูแลเยี่ยมญาติใจตนเองในสถานการณืวิกฤตจังหวัดชายแดนใต้*. ปัตตานี: โรงพิมพ์มิตรภาพ.
- ต้นติมา คิ้วงโยธา, ทศพร ประเสริฐสุข, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และบุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 50-65.
- ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, มณีรัตน์ ภาครูป, และนุจรี ไชยมงคล. (2554). ความเข้มแข็งในการมองโลกของวัยรุ่นในเขต 3จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. *นราธิวาสวารสาร*, 3(1), 1-15.
- ธีรภัทร์ นาชิต. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). *ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศิระ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(2), 71-84.
- นมิตา ล.สกุล. (2544). *ภาวะและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- นริศญา ศรีบูรพา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการปัญหา และความเครียดของเจ้าหน้าที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นิภาภรณ์ งามณรงค์. (2551). ความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, ทิพาพร วงศ์หังสกุล, และพวงพะยอม ปัญญา. (2550). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 34(1), 121-130.
- นงนุช บุญยัง, ประไพพรรณ ศิริพันธ์บุญ, และศศิธร พุ่มดวง. (2549). ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด คุณภาพชีวิตและการบริหารการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2554, จาก [www.rajanukul.com/.../D0000098.pdf](http://www.rajanukul.com/.../D0000098.pdf)
- บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์. (2552). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุ การณ์ความไม่สงบภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยะ กิจถาวร, และคณะ. (บรรณาธิการ). (2552). *หยดหนึ่งเยียวยาเพื่อเพื่อนมนุษย์*. ปัตตานี: ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพฯ.
- ประเวศ ะสี. (2552). คำนิยาม. ในเมตตา กุณิง, สุภวรรณ พึ่งรัมย์, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, นิพนธ์ รัตนาคม, และเลขา เกลี้ยงเกล้า (บรรณาธิการ), *เยียวยาقلبสู่สังคม*: (หน้า 5-6). กรุงเทพมหานคร: โอคิวมีเดีย.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล ที่ทำงานนอกร้าน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



- พัชรินทร์ ปิคนาค. (2550). ผลของกลุ่มการพัฒนาตนตามรูปแบบ Trotzer ที่มีความยืดหยุ่นทนทาน และความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์. การค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พัชรี พุทธชาติ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 25(1), 29 – 37.
- เพ็ญประภา ปริญาพล. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นและทนทาน การรับรู้เหตุการณ์ลบในชีวิต กลวิธีการเผชิญปัญหา กับสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พราราม สานจันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจฐานะ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และกิจกรรมการดูแล กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงแสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตรจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เฟื่องฟ้า สีสวย, และพวงสร้อย วรกุล. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52(suppl), 16 - 28.
- ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- มนทกานต์ เฟ็งสกุล. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เมตตา ภูนิง, สุภวรรณ พึ่งรัศมี, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, นิพนธ์ รัตนาคม, และเลขา เกลี้ยงเกลา. (บรรณาธิการ). (2552). *เชี่ยวชาญกลับสู่สังคม*. กรุงเทพมหานคร: โอคิว มีเดีย.
- ยานาญ ผลิตนนท์เกียรติ. (2550). *นวัตกรรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นตัวเพื่อรองรับภาวะวิกฤตสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2554, จาก [http://www.igeqdekthai.com/project/research\\_view.php?id](http://www.igeqdekthai.com/project/research_view.php?id)

- รอมือเกาะ มูนิ๊ะ. (2553). การดูแลตนเองด้านจิตใจของนักเรียนวัยรุ่นมุสลิมที่สูญเสียสมาชิกครอบครัว จากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รอฮานี เจอะอาแซ, วันดี สุทธรังสี, และวิมา คันน้อยง. (2551). ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความสุขของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนใต้ที่ประสบกับเหตุความไม่สงบ. รายงานการวิจัย พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, นราธิวาส.
- วชิรญาณ วัฒนศิริวิชช์. (2555). ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บ ไทยพุทธจากเหตุการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2553). เส้นทางชีวิตคนเร่ร่อน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาประสบการณ์ คนเร่ร่อนเขตเมืองหลวง. หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). สภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมาลา เจริญศรี, ภัทราภรณ์ พุ่มปั้นคำ และศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ. (2548). พฤติกรรมการปรับตัว ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. *พยาบาลสาร*, 32(2), 22-33.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสวตาภรณ์ เพชรบุญวรรณ. (2551). การดูแลตนเอง ด้านจิตใจของข้าราชการครูที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษาอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. สารนิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริรัชชา สร้อยจันทร์. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรเพื่อการจัดการของครอบครัวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก. *วารสารวิทยาลัยราชสุดา*, 5(1-2), 23-37.
- ศรีสมภพ จิตรภิมย์ศรี. (2555). *9 เดือนของปีที่ 9: ในสถานการณ์ความรุนแรงอันยอกย้อน กระบวนการสันติภาพปาตานียังคงก้าวเดินไปข้างหน้า*. ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ สถานีวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ มอ. ปัตตานี. ค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2555, จาก [www.deepsouthwatch.org](http://www.deepsouthwatch.org)
- สถิติจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้. (2553). สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2553, จาก <http://www.deepsouthvis.org/>
- สยาภรณ์ เดชดี. (2552). *ความทุกข์ทรมานของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุชาดา อุดมลาภสกุล. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนีย์ เทรานวล. (2551). *ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมดี อนันต์ปฏิเวช, วิภา เพ็งเสงี่ยม, และจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 38-51.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- เสาวลักษณ์ การชาติรี, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, และขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย. *พยาบาลสาร*, 35(4), 57-66.
- อภิรดี แซ่ลิ่ม, จำเนียร ภู่นประดับ, และภัทราวรรณ ทองคำชุม. (2550). *โครงการศึกษาสภาพชีวิตความเป็นอยู่และแนวทางการเยียวยาครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี*. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ภาคใต้ (วพส.).
- อรัญญา ไพโรวัลย์. (2551). *ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- อินทียรูปร่าง, สุภาพ อารีเอื้อ, และพรรณวดี พุชวัฒนา. (2009). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *วารสารรวมพยาบาลสาร*, 15(3), 344-360.
- อรุโณทัย พูลเทพ. (2552). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของหญิงม่ายที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมหญิงม่าย*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อาภาภรณ์ ดำรงสุตกุล. (2551). *ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย*. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เอกชัย พันธุ์ลี. (2548). *ศึกษาการปรับตัวของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งบริเวณชายแดนไทย-พม่า ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาภูมิศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อรอนงค์ กุลธรงค์, เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมในโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 14-27.
- อับดุลลอฮ์ โต๊ะมี. (2551). *สิทธิและหน้าที่ของสามี-ภรรยาในอิสลาม*. กรุงเทพฯ: เพื่อนไคโร.
- อัลซลี วัดทอง, และสละ เตชะมีนา. (2554). ผลของโปรแกรม E&R ที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกูล. รายงานการวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ฤทัย แสนสี. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Bergstrom, A., Eriksson, G., Koch, V. L., & Tham, K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregiver: Associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health and Quality of life outcomes Research*, 9(1), 1-10. Retrieved March 13, 2011, from <http://hqlo.com/content/9/11>
- Brackbill, M. R., Thorpe, E. L., DiGrande, L., Perrin, M., Sapp, H. J., Wu, D., et al. (2006). Surveillance for world trade center disaster health effects among survivors of collapsed and damaged buildings. Retrieved November 14, 2010, From [www.google.co.th/search?hl=en&redir\\_e](http://www.google.co.th/search?hl=en&redir_e)
- Brouwer, F. W., Exel, A. J., Berg, B., Dinant, J. H., Koopmanschap, A. M., & Bos, M. G. (2004). Burden of caregiver: Evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on Informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *Oncologic Nursing forum*, 51, 570-577.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncologic Nursing forum*, 18, 1341-1347.
- Chapman, R. (1992). as cited in Dyer, G. J. & McGuinness, M. T. (1996). *Resilience: Analysis of the Concept. Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 276 – 282.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Department of psychology New York University.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family & Community*, 15(2), 1-9.
- Dyer, G. J. & McGuinness, M. T. (1996). *Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 276 – 282.
- Given, W. C., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15, 271-283.

- Goodman, R., & Brown, E. (2008). Service and science in time of crisis: Developing, planning, and implementing a clinical research program for children traumatically bereaved after 9/11. *Oncologic Nursing forum*, 32, 154-158.
- Greeff, P. A., & Wentworth, A. (2009). *Resilience in families that have experienced heart-related trauma*. Published online, 302-314.
- Grotberg, E. H. (1995). A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. (Early childhood development: practice and reflection No. 8). Retrieved June 23, 2011, from [http://www.bernardvanleer.org/A\\_guide\\_to\\_promoting\\_resilience\\_](http://www.bernardvanleer.org/A_guide_to_promoting_resilience_)
- Harriman, P. L. (1958). As cited in Dyer, G. J. & McGuinness, M. T. (1996). *Resilience: Analysis of the concept*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 276 – 282.
- Joshi TP., & O'Donnell AD. (2003) Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 275-292.
- Lin, C., & LU, C. M. (2004). Hip fracture: Family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 719 – 726.
- Maneerat, S. (2011). *Development and Psychometric evaluation of Thai Elderly Resilience Scale*. Thesis Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Philosophy in Nursing Prince of Songkla University, Songkla.
- Morimoto, T., Schreiner, S. A., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Oncology*, 32, 218-223.
- Nachson, I., & Tsukerman, S. I. (2010). Effect of personal involvement in traumatic events on memory: The case of the dolphinarium explosion. Retrieved March 20, 2011, From <http://www.psypress.com/memory>
- Neria, Y., Olfson, M., & Gameroff, J. M. ( 2010). Long – term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: A study urban primary care. *Journal of Traumatic stress*, 23, 474-482.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, J. R., & Bos den van, M.A. G. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7(3), 3-13.
- Niyomthai, N. (2009). *Family strength in caring for a stroke member at home*. Unpublished master's thesis, University of Chiang Mai University, Chiang Mai.

- Oberst, M. T. (1990). Caregiver burden scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiver demands and appraisal of stress among family caregiver. *Cancer Nursing, 12*(4), 209-215.
- Phavech, S. (2002). *Predictors of well-being in families with hospitalized high-risk pregnant women*. Thesis Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science of Mahidon University, Bangkok.
- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., & Sangchan, H. (2012). Coping and burden of Indonesian family caregivers caring for persons with schizophrenia. *Songkla Med J, 30*(3), 135 – 142.
- Reimer, O. S., Haan, J. R., Rijnders, T. P., Limburg, M., & Bos, D. V. (2011). The burden of caregiving in partners of Long-Term stroke survivors. *Journal of The American Heart Association, 29*, 1605-1611. Retrieved December 29, 2011, from <http://www.stroke.ahajournals.org/>
- Resnik, J. L., & Allen, M. S., (2007). Using international classification of functioning, disability and health to understand challenges in community reintegration on of injured veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 44*, 991-1006.
- Tamayo,J., Broxson, A., Munsell, M., & Cohen, Z. M., (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum, 37*(1), 50-57.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research, 12*(1), 33-41.
- Schmidt, A., Wallander, J., & Biasini F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology, 32*, 370-379.
- Scholte, M. J. W., Haan de, J. R., Rijnders, T. P., Limburg, M., & Bos den van, M. A.G. (2011). The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Journal of The American heart association, American Stroke Association*.
- Shin, H. S., Choi, H., Kim, J. M., & Kim, H. Y. (2009). Comparing adolescents' adjustment and family resilience in divorced families depending on the types of primary caregiver. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1695-1706.
- Slottje, P., Anke, B., Witteveen, W. R., Nynke S., Anja, C. H., Willem M., et al. (2008). Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: Role of types of exposure and post-traumatic stress symptoms. Retrieved November 20,2010, From <http://www.bpsjournals.co.uk>

- Vitali, S. (2011). Finding quality of life despite MS: Harnessing resilience. *The International MS Journal*, 17(3), 94-99.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 10(2), 45-54.
- Zhan, L. (1991). Quality of life conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*. 17, 795 – 800.



**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม

ตาราง ก 1

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล (N = 100)

พลังสุขภาพจิต	M	SD
<b>ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น</b>	<b>2.87</b>	<b>0.44</b>
1. ท่านเป็นคนที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น	2.96	0.70
2. ทุกวันนี้ ท่านมี โอกาสได้ทำกิจกรรมเป็นกลุ่มกับเพื่อนบ่อยครั้ง	2.64	0.80
3. ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน แม้ในยามมีทุกข์	2.62	0.71
4. ปัจจุบันนี้ท่านมี โอกาสพูดคุยกับผู้อื่นสม่ำเสมอ	2.89	0.55
5. ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านมี โอกาสได้ช่วยคนอื่นมามาก	3.09	0.53
6. โดยปกติ ท่านเป็นคนที่ชอบทำกิจกรรมเป็นกลุ่มกับผู้อื่น	3.00	0.57
<b>ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่</b>	<b>3.13</b>	<b>0.38</b>
7. ท่านรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ของท่านทุกวันนี้ มีคุณค่า	3.29	0.56
8. ท่านเป็นคนที่มีความอดทนต่อความยากลำบากได้ดี	3.34	0.62
9. ทุกวันนี้ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขทุกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้	2.93	0.59
เสมอ		
10. ท่านรู้สึกพอใจแล้วกับชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	2.97	0.58
11. ท่านมีสิ่งที่ทำให้ท่านภาคภูมิใจในชีวิต	3.10	0.59
<b>การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม</b>	<b>3.02</b>	<b>0.59</b>
12. ทุกวันนี้ ท่านมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านรู้สึกไว้วางใจได้	3.17	0.67
เสมอ		
13. ทุกวันนี้ ท่านมีคนอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านหวังพึ่งด้านสิ่งของหรือเงินทองได้	2.90	0.74
ตลอดเวลา		
14. ท่านมีคนที่เป็นเพื่อนพูดคุย หรือปรับทุกข์กับท่าน ได้ตลอดเวลา	3.00	0.67

ตาราง ก1 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล (N = 100)

พลังสุขภาพจิต	M	SD
การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ	3.42	0.49
15.ทุกวันนี้ ท่านมีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังใจ หรือคอยช่วยเหลือในยามที่ท่านมีทุกข์	2.98	0.65
16.ทุกวันนี้ท่านมีโอกาสได้อธิษฐาน หรือขอพรให้สิ่งดีๆเกิดขึ้นกับชีวิตเสมอ	3.49	0.63
17.ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือตามความเชื่อของท่านสม่ำเสมอ	3.54	0.69
18.เมื่อมีความทุกข์ ท่านมีที่พึ่งทางใจที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ	3.50	0.64
19.ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือในสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์	3.60	0.57
ความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา	2.94	0.45
20.เมื่อท่านมีความทุกข์ ท่านพูดให้กำลังใจ หรือปลอบใจตัวเองได้เสมอ	3.00	0.60
21.ท่านสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากในอดีตมาใช้ในชีวิต หรือแก้ไขปัญหาในปัจจุบันได้	2.91	0.60
22.เมื่อมีความทุกข์ ท่านสามารถหาวิธีคลายทุกข์ให้ตัวเองได้	2.86	0.60
23.ท่านเป็นคนใจเย็นควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี ในสถานการณ์คับขัน	2.96	0.70
24.ท่านสามารถเล่าความทุกข์ให้กับคนที่ท่านไว้วางใจฟังได้	2.95	0.58

## ตาราง ก2

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ ความยากลำบากและภาระในการดูแลในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแล (N = 100)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
<b>การรับรู้ภาระการดูแลโดยตรง</b>	<b>2.92</b>	<b>1.11</b>	<b>2.45</b>	<b>1.25</b>	<b>2.62</b>	<b>1.09</b>
1.การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (เช่น ทำแผล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา)	2.99	1.23	2.38	1.41	2.60	1.23
2.การดูแลกิจวัตรประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ การจับถ่าย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร)	2.93	1.23	2.48	1.39	2.63	1.21
3.การช่วยเหลือในการพยุงตัวผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียง รถเข็น หรือช่วยในการพยุงตัวในขณะที่เดินหรืออื่น ๆ	2.85	1.31	2.49	1.36	2.61	1.25
<b>การรับรู้ภาระการดูแลระหว่างบุคคล</b>	<b>3.02</b>	<b>0.97</b>	<b>2.49</b>	<b>1.12</b>	<b>2.70</b>	<b>0.91</b>
4.การให้กำลังใจ ปลอบใจ และการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	3.27	1.25	2.23	1.27	2.60	1.08
5.การเฝ้าระวังอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม	3.18	1.27	2.58	1.40	2.79	1.23
6.การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การจับรถหรือพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาตามนัด การไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ	2.95	1.23	2.72	1.40	2.78	1.24
7.การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย (เช่น อาการซึมเศร้า อารมณ์ฉุนเฉียว เก็บตัว การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น)	2.67	1.30	2.41	1.36	2.49	1.26

ตาราง ก2 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้ ความยากลำบากและภาระในการดูแลในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแล (N = 100)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล	
	M	SD	M	SD	M	SD
การรับรู้ภาระการดูแลทั่วไป	2.64	0.91	2.38	1.01	2.48	0.91
8.การรับภาระค่าใช้จ่าย (เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายภายในบ้าน )	3.02	1.33	2.88	1.37	2.90	1.27
9.การทำงานบ้านเพิ่มขึ้น (เช่น ทำอาหาร กวาดบ้าน ล้างจาน ซักผ้า จัดบ้าน)	2.86	1.30	2.51	1.34	2.58	1.14
10.การทำธุระนอกบ้านแทนผู้ป่วย (ไปซื้อของ ไปธนาคาร การไปจ่ายค่าบริการต่าง ๆ)	2.82	1.23	2.43	1.31	2.57	1.18
11.การเตรียมกิจกรรมต่าง ๆ การเตรียมอาหาร มือพิเศษ หากกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ การพาผู้ป่วย ไปร่วมพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ	2.72	1.20	2.41	1.31	2.50	1.15
12.การจัดหาผู้ที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อตัวท่านไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้	2.51	1.30	2.38	1.40	2.39	1.24
13.การทำงานเพื่อหารายได้เสริม	2.54	1.47	2.41	1.46	2.44	1.40
14.การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (เช่น การอ่านและการเขียนหนังสือ โทรศัพท์พูดคุยกับผู้อื่นแทนผู้ป่วย)	2.21	1.24	1.87	1.13	1.99	1.10
15.การติดต่อกับแพทย์พยาบาลเพื่อสอบถามอาการและขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย	2.40	1.27	2.13	1.25	2.22	1.18

## ภาคผนวก ข

### ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โครงการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ซึ่งดิฉันจะกระทำการอธิบายถึงรายละเอียดของแบบสอบถามก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ การวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น ๆ ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา หรือสามารถติดต่อที่หมายเลข 087-2939174 สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ดิฉันขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถลงนามในข้อความที่อยู่ด้านล่างนี้

มณีวรรณ สุวรรณมณี

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

## ภาคผนวก ก

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ภาคใต้

หนังสือขออนุญาต ก 1

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลปัตตานี



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๕๙๙

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 2

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลปะนาเระ



ศูนย์วิจัยสุขภาพ

ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗/๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะนาเระ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๓๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลปะนาเระ จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑



## หนังสือขออนุญาต ค 3

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลยะลา



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๕๗๙

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลยะลา จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະແລ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

## หนังสือขออนุญาต ก 4

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลนราธิวาส



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๕๗๙

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทพ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาส

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวเน็ววรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวเน็ววรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลนราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทินัย นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 5

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลบาเจาะ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๙๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาเจาะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๕๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลบาเจาะ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 6

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลจะนะ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๑๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การระงับการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ีย์ นະແສ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

## หนังสือขออนุญาต ก 7

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลศรีสาคร



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสาคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสาคร จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 8

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลธารโต



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทพ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธารโต

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลธารโต จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 9

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลตากใบ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลตากใบ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทินันท์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 10

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลสุโขทัย โภ-ลก



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๗๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวมนัวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เขี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวมนัวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๕๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๕๒๑



## หนังสือขออนุญาต ก 11

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลเบตง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๙๗

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบตง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพึงสุภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลเบตง จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 12

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลทุ่งยางแดง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทฝ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งยางแดง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิรวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ีย์ นนะแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 13

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลมายอ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โคร่งร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลมายอ จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนเส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 14

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลبنนังستا



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลبنนังستا

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลبنนังستا จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทีศนี นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 15

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลเจาะไอร้อง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๑๒๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจาะไอร้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวัตรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษาที่มีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวัตรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลเจาะไอร้อง จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หัตถ์ณีย์ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 16

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลยะหริ่ง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทฝ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะหริ่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลยะหริ่ง จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ีย์ นະแสะ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

## หนังสือขออนุญาต ก 17

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครจรงวางวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 18

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาละรัง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาละรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เขี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาละรัง จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นะแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑



หนังสือขออนุญาต ก 19

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลกาบัง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓.๙๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทฝ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาบัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลกาบัง จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 20

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ. ปัตตานี



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓ ๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.ปัตตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 21

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.ยะลา



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.ยะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 22

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ. นราธิวาส



ที่ ศธ ๐๕๒๑๑.๑๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.นราธิวาส

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิชาวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นະแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 23

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลยิ่งอ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยิ่งอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การระงับปวดของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซีย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลยิ่งอ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 24

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลหรือเสาะ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/ ๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเสาะ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิเวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซีย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิเวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลหรือเสาะ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทินัย นะแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 25

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลระแงะ



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

**เรื่อง** ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวมณีวรรณ สุวรรณณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวมณีวรรณ สุวรรณณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลระแงะ จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ก 26

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลสุคีริน



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุคีริน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลสุคีริน จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นะแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑



หนังสือขออนุญาต ค 27

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลแวง



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแวง

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพึงสุภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลแวง จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 28

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลสุโขทัย



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวรรณ สุวรรณณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลสุโขทัย จ.นราธิวาส ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 29

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลแม่ลาน



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างหลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การบริการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณัฏฐพร สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ลาน จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ีย์ นະແສ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

หนังสือขออนุญาต ค 30

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาล โศกโพธิ์



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๑๓๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโศกโพธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจีย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณิวัรรณ สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลโศกโพธิ์ จ.ปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทีณีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

## หนังสือขออนุญาต ค 31

## หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โรงพยาบาลรามัน



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๐๕/๑๓๑๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตู้ ปณ. ๙ ปทผ. คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
๙๐๑๑๒

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยจำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวณัฏฐมน สุวรรณมณี รหัส ๕๓๑๐๔๒๑๐๓๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขออนุญาตให้ นางสาวณัฏฐมน สุวรรณมณี เก็บข้อมูล ณ กลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นนแส)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทร. ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๕๖

โทรสาร ๐ ๗๔๒๘ ๖๔๒๑

## ภาคผนวก ก

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามของผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) และหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

## 1. เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

## 2. อายุ.....ปี

## 3. ศาสนา

( ) พุทธ

( ) อิสลาม

( ) คริสต์

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

## 4. สถานภาพสมรส

( ) คู่

( ) โสด

( ) หม้าย

( ) หย่าหรือแยกกันอยู่

## 5. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา

( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา

( )ปริญญาตรี

( ) สูงกว่าปริญญาตรี

## 6. อาชีพ

- ( ) ทำงานบ้าน
- ( ) ค้าขาย
- ( ) รับจ้าง
- ( ) เกษตรกร
- ( ) รับราชการ/วิสาหกิจ โปรตระบุ.....
- ( ) ไม่ได้ทำงานหรือทำงานไม่ได้
- ( ) อื่นๆ โปรตระบุ.....

## 7. ค่าใช้จ่ายในการรักษา

- ( ) จ่ายเงินเอง
- ( ) เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด
- ( ) ประกันสังคม
- ( ) บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ ( ท.74 )
- ( ) สังคมสงเคราะห์

## 8. สาเหตุจากการบาดเจ็บ

- ( ) โดนยิง
- ( ) จากการวางระเบิด
- ( ) จากการวางเพลิง
- ( ) โดนแทง

## 9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

## 10. โรคประจำตัวของผู้บาดเจ็บ

- ( ) มี คือ.....
- ( ) ไม่มี

## 11. อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) มีสายให้อาหาร
- ( ) มีความจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน  
รูปแบบออกซิเจนที่ได้รับโปตระบุ.....
- ( ) มีสายสวนปัสสาวะ
- ( ) มีถุงถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง
- ( ) มีสายให้อาหารทางหน้าท้อง
- ( ) มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวก โปรตระบุชนิด.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ / ผู้พิการ

### ของบาร์เทล ( Barthel Index Score ) ( ผู้วิจัยให้คะแนน)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกรจริงของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

แบ่งระดับความรุนแรง Barthel ADL Index เป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน 0 – 4	คะแนน	ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
คะแนน 5 – 8	คะแนน	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
คะแนน 9 – 11	คะแนน	ต้องพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง
คะแนน 12	คะแนนขึ้นไป	มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อย/ช่วยเหลือตัวเองได้

#### 1. รับประทานอาหาร

(0) ตักอาหารไม่ได้ ต้องป้อนให้หรือต้องให้อาหารทางสายให้อาหารหรืออาหารทางหลอด  
เลือดดำ

(1) ต้องช่วยเหลือ เช่น ตักอาหารเป็นชิ้น

(2) ตักอาหารรับประทานได้เอง

#### 2. การแต่งตัว : ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ฯลฯ

(0) ต้องการความช่วยเหลือ

(1) ทำได้เอง (รวมถึงทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

#### 3. การลุกนั่งจากที่นอน

(0) ลุกนั่งไม่ได้ นั่งจะล้ม ใช้คนช่วยพยุงนั่ง 2 คน

(1) ต้อง การคนช่วยพยุงนั่ง 1 – 2 คน จึงจะนั่งอยู่ได้

(2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง / ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

(3) ลุกนั่งได้เอง

•

•

## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์

ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

คำชี้แจงแบบสอบถามฉบับนี้มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

( ) คู่ ( ) โสด ( ) หม้าย ( ) หย่า หรือแยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

( ) ทำงานบ้าน ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง ( ) เกษตรกรรม

( ) รับราชการ/ วิชากิจ โปรดระบุ..... ( ) ออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

( ) เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ( ) เพียงพอ มีหนี้สิน

( ) ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ( ) ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน

10. ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

11. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

12. ลักษณะครอบครัว ( ) ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน

( ) ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน

13. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร (ตามความรู้สึกของผู้ดูแลเอง)  
 แข็งแรงดีมาก       แข็งแรงดี       แข็งแรงพอควร       ไม่ค่อยแข็งแรง
14. โรคประจำตัว  
 ไม่มี  มี คือ .....
15. ระยะเวลาในการดูแล.....
16. ผู้ดูแลร่วม  
 ไม่มี       มี โปรดระบุ.....
17. กิจกรรมที่ทำให้ได้พบปะกับบุคคลอื่น  
 มี คือ .....  
 ไม่มี

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย โดยระบุคุณลักษณะของท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่แสดงระดับของคุณลักษณะเรียงจากมากที่สุดไปขยายน้อยมาก

แบบสำรวจพลังสุขภาพจิตของมณีรัตน์ (2011) ซึ่งมาจากกรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) มีข้อความ 24 ข้อ ดังนี้

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านพอสมควร
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นเป็นจริง หรือตรงกับตัวท่านค่อนข้างน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง หรือไม่ตรงกับตัวท่านเลย

ข้อ	ข้อความ
	ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
1	ท่านเป็นคนที่ชอบพูดคุยกับผู้อื่น ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
2	ทุกวันนี้ ท่านมีโอกาสดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มกับเพื่อนบ่อยครั้ง ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
3	ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน สนุกสนาน แม้ในยามมีทุกข์ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
•	
•	
•	
	ความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่
7	ท่านรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ของท่านทุกวันนี้ มีคุณค่า ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
8	ท่านเป็นคนที่มีความอดทนต่อความยากลำบากได้ดี ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
•	
•	
•	
	การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม
12	ทุกวันนี้ ท่านมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านรู้สึกไว้วางใจได้เสมอ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
13	ทุกวันนี้ ท่านมีคนอย่างน้อย 1 คน ที่ท่านหวังพึ่งด้านสิ่งของ หรือเงินทองได้ตลอดเวลา ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
	การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ
15	ทุกวันนี้ ท่านมีกลุ่มเพื่อนคอยเป็นกำลังใจ หรือคอยช่วยเหลือในยามที่ท่านมีทุกข์ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
•	
•	

ข้อ	ข้อความ
18	เมื่อมีความทุกข์ ท่านมีที่พึงพอใจที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
19	ท่านนำหลักคำสอนทางศาสนา หรือในสิ่งที่เคารพนับถือมาปฏิบัติเมื่อมีความทุกข์ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย
•	
•	
•	
24	ท่านสามารถเล่าความทุกข์ให้กับคนที่ท่านไว้วางใจฟังได้ ( ) เห็นด้วยมากที่สุด ( ) เห็นด้วยมาก ( ) เห็นด้วยน้อย ( ) ไม่เห็นด้วย

**ส่วนที่ 5** แบบวัดการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านทำในระหว่างการดูแลผู้ป่วย งานแต่ละอย่างอาจใช้เวลาและความยากลำบากที่ต่างกัน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกจริงของท่านมากที่สุด โปรดอ่านในแต่ละข้อแล้ววงรอบตัวเลขที่ตรงกับปริมาณเวลาที่ท่านใช้และระดับความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

ความหมาย

การใช้เวลา หมายถึง ปริมาณด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ตามความรู้สึกจากประสบการณ์จริงของผู้ดูแล

ไม่ใช่เลย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลาเลย
น้อย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลาน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลापานกลาง
มาก	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลามาก
มากที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลามากที่สุด

ความยากลำบาก หมายถึง ความยุ่งยากในการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย  
ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบ ตามความรู้สึกรู้สึกจากประสบการณ์จริงของผู้ดูแล

ไม่เลย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่มีความยุ่งยากเลย
น้อย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากปานกลาง
มาก	หมายถึง	กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากมาก
มากที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากมากที่สุด

กิจกรรมการดูแล	ปริมาณเวลาที่ใช้					ระดับความยากลำบาก				
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (เช่น ทำแผล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน (เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. การช่วยเหลือในการพยุงตัวผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียง รถเข็น หรือช่วยในการพยุงตัวในขณะที่เดินหรืออื่นๆ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. การให้กำลังใจ ปลอบใจ และการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. การเฝ้าระวังอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
.										
.										
.										
.										
15. การติดต่อกับแพทย์พยาบาลเพื่อสอบถามอาการและขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## ภาคผนวก จ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. สนธยา มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คุญฉวีบัณฑิต สาขาการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
3. คุณกิตติชัย บุญศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์) และผู้จัดการศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลปัตตานี

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวมณีวรรณ สุวรรณมณี		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310421038		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2549
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน			
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ		
สถานที่ทำงาน	แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริรินทร์ หาดใหญ่		

## ประสบการณ์การนำเสนอผลงาน

Suwanmanee, M. (2012). *Resilience and Perceived Care Burden Among Caregivers of Injured Persons From Unrest Situations in Southern Bordered Provinces of Thailand*. “Kunming International Nursing Conference 2012” 18 - 20 October, 2012. Yijing Garden Resort & Spa Hotel.

มณีวรรณ สุวรรณมณี. (2555). *ปัจจัยทำนายการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย*. ในการประชุมวิชาการ ประจำปี 2555 ของศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศวชต.มนร.). ณ ลันตารีสปอร์ต จ.กระบี่. วันที่ 8-10 ธันวาคม 2555; หน้า 21-31.