ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

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

มณีวรรณ สุวรรณมณี พย.บ. (Maneewan Suwanmanee, B.N.S.)[1]
วิภา แซ่เซี้ย Ph.D. (Wipa Sae-sia, Ph.D.)[2]
ประณีต ส่งวัฒนา Ph.D. (Praneed Songwattana, PhD.)[3]

บทคัดย่อ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้มีมากมาย เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และสภาพร่างกาย อาการของผู้บาดเจ็บที่ไม่แน่นอน ในขณะเดียวกันผู้ดูแลยังคงเผชิญอยู่กับสถานการณ์โหดร้ายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกวัน พลังสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบจำนวน 100 ราย ในจังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และ 4 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล 3) แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแล ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วย ครอนบาคของแอลฟ่าเท่ากับ .99 .85 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ดังนั้นพยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลให้คงไว้ในระดับสูงต่อไป และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีการรับรู้ภาระการดูแลให้อยู่ในระดับที่ต่ำ เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลผู้บาดเจ็บในระดับที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต ผู้ดูแล ภาระการดูแล สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

The impacts of assault from unrest situation in the southern border provinces of Thailand are tremendous, especially for the caregivers of the victims, caregivers face with unexpected events, physical emotional impairment, and uncertainty of symptoms of the victims. At this time caregivers still face with crisis situations continually every day. Resilience is an important characteristic for caregivers to overcome the crisis. The purpose of this study was to examine the relationship between resilience and perceived care burden among caregivers who were taking care of persons injured from assault in the unrest situation, southern border provinces of Thailand. One hundred of caregivers were recruited. The questionnaires consisted of 1) Activity of Daily Living Form, 2) Family Resilience Questionnaire, and 3) Perceived Caregiving Burden Questionnaires. The Chonbach's alpha Coefficients of all 3 instruments are .99, .85, and .96, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson Product Moment Correlation.

The results showed that the overall mean score and each dimension of caregiver resilience was at a high level. Overall mean score and each dimension of perceived caregiver burden was at a moderate level. Caregivers resilience was not related to perceived care burden among caregivers. Therefore nurses need to develop guidelines to promote or maintain resilience in this group of caregivers and implement strategies to reduce caregiver burden to a lower level in order to sustain an appropriate level of care for the victims.

Keywords : Resilience, Caregiver, Perceive care burden, Unrest situation in the Southern Border Provinces of Thailand

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 สถานการณ์มีความรุนแรงมากขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และขยายพื้นที่ใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา คือ จะนะ เทพา นาทวี และสะบ้าย้อย สถานการณ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความรุนแรงมากขึ้นจนเป็นปัญหาระดับชาติ ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก จากสถิติตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 รายงานว่า มีเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เกิดขึ้น 15,956 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 5,755 ราย ผู้บาดเจ็บ 10,201 ราย (ศรีสมภพ จิตร์ภิรมย์ศรี, 2556)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลกระทบเพียงแต่ผู้บาดเจ็บเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเกิดความพิการ อัมพาต มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลงเมื่อกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน ผู้บาดเจ็บไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากความพิการ (Brackbill, Thorpe, DiGrande, Perrin et al., 2006) บางรายเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า (Heru & Drury, 2011) หรือไม่สามารถทำงานได้ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้มีปัญหาเศรษฐกิจตามมา ดังนั้นผู้บาดเจ็บต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ต้องตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (กันตพร ยอดใชย, ปิ่นทิพย์ นาคคำ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2549) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลที่เกิดขึ้น โดย Oberst (1990) กล่าวว่าการรับรู้ภาระการดูแลมี 2 มิติ คือ การรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแล 3 ด้าน คือ การดูแลโดยตรง เป็นการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

การช่วยในการเคลื่อนไหว การดูแลระหว่างบุคคล เป็นการดูแลด้านจิตใจ และการดูแลทั่วไป การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการสื่อสาร ดังนั้นกิจกรรมที่เกิดขึ้นมากมายถือเป็นบทบาทใหม่ของผู้ดูแลซึ่งต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อย ล้า และไม่ทราบระยะสิ้นสุดในการดูแลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ (Sales, 2003)

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตท่ามกลางสถานการณ์ที่โหดร้ายได้ ผู้ดูแลมีกลไกอย่างไรในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดเพื่อให้ดำรงชีวิตต่อไป สิ่งนั้นคือพลังสุขภาพจิต (Greeff & Wentworth, 2009) พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต (Grotberg, 1995) ซึ่งเป็นวิธีการของบุคคลในการเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะมีส่วนช่วยให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Heru & Drury, 2011) แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลหรือไม่อย่างไร ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขได้วางแผนให้การดูแลผู้ดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) และการรับรู้ภาระการดูแลที่พัฒนาโดย Oberst (1990) ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของมนุษย์ในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิต เพื่อให้สามารถเผชิญและปรับตัวสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2552; Grotberg, 1995) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวเพื่อก้าวผ่านพ้นความยากลำบากของชีวิตได้นั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Grotberg, 1995) ซึ่งเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บพิการ สูญเสียอวัยวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลและถือเป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ โดยกิจกรรมการดูแลเหล่านี้ถือเป็นภาระที่ก่อให้ผู้ดูแลเกิดความกดดัน ความเครียด ภาวะบีบคั้นในชีวิตหรือภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งถือเป็นความยากลำบากที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลต้องเผชิญและจัดการเพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งในแต่ละคนจะมีวิธีการในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ภาวะวิกฤตนั้น ซึ่งก็คือพลังสุขภาพจิต หากผู้ดูแลมีระดับพลังสุขภาพจิตสูงก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นได้ และการรับรู้ภาระการดูแลก็ลดลงด้วยเช่นกัน ทำให้มีพลังในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสงขลาในอำเภอเทพา สะบ้าย้อย นาทวี และจะนะ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติดังนี้



1) อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) พักอาศัยบ้านเดียวกับผู้บาดเจ็บ 3) ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักใกล้ชิดผู้บาดเจ็บมากที่สุด และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแล 4) สามารถเข้าใจภาษาไทยหรือสามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 และค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด (พวงแก้ว แสนคำ, 2549) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย แต่ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ประเมินโดยใช้เครื่องมือของ Maneerat (2011) ซึ่งใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม การมีชีวิตอยู่ด้วยด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา ซึ่งข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย, 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย, 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ผ่านการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .85

3. แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาโดย Oberst (1990) ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลและดัดแปลง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล และ 2) ความยากลำบากในการดูแล มี 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลโดยตรง การดูแลทั่วไป และการดูแลระหว่างบุคคล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาระการดูแลสูงทั้งปริมาณเวลาที่ใช้ และความยากลำบากในการดูแล ผ่านการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .96

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละโรงพยาบาล แต่ละหน่วยงานเพื่อทำการนัดวัน เวลา ในการลงพื้นที่ ไว้ล่วงหน้า และมีการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อยืนยันในการลงพื้นที่อีกครั้งก่อนเดินทาง

2. ผู้วิจัยเดินทางไปยังโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะแจ้งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทราบก่อน เมื่อเข้าไปในพื้นที่เพื่อไปบ้านกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเดินทางไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสลามไม่สามารถพูดภาษาไทยได้จะมีเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาลแปลเป็นภาษามลายูให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ระดับพลังสุขภาพจิตและระดับการรับรู้ภาระการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแล ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติดังกล่าว นักวิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การกระจายของตัวแปรพลังสุขภาพจิตและการรับรู้ภาระการดูแลเป็นโค้งปกติและตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร มีความสัมพันธ์ลักษณะเชิงเส้นตรง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ

ผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยเป็นเพศชายร้อยละ 81 มีอายุเฉลี่ย 41.46 ปี (S.D. = 11.47) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาสร้อยละ 40 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 66 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 65 สาเหตุการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากการถูกยิง ร้อยละ 59 ผู้บาดเจ็บมีระยะเวลาการบาดเจ็บโดยเฉลี่ย 3.34 ปี (S.D. = 2.34) ผู้บาดเจ็บร้อยละ 83 ไม่มีโรคประจำตัว ผู้บาดเจ็บร้อยละ 71 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดีมาก ตามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และผู้บาดเจ็บร้อยละ 26 ต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ข้อมูลผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83 อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 40 มีอายุโดยเฉลี่ย 41.46 ปี (S.D. = 11.47) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 66 โดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นภรรยาของผู้บาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 44 ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้บาดเจ็บโดยเฉลี่ย 2.05 ปี (S.D. = 0.69) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	17.00
หญิง	83	83.00
อายุ (ปี) ($\overline{X}$ =41.46, S.D. = 11.47, Min = 15, Max = 75)		
อายุ 15 - 30 ปี	22	22.00
อายุ 31 - 45 ปี	40	40.00
อายุ 46 - ≥60 ปี	38	38.00
ศาสนา		
พุทธ	34	34.00
อิสลาม	66	66.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	75	75.00
โสด	13	13.00
หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่	12	12.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บ		
ภรรยา	44	44.00
สามี	5	5.00
บุตร	18	18.00
เครือญาติ	33	33.00
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) ($\overline{X}$ = 2.05, S.D. = 0.69, Min = 8 วัน, Max = 8 ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	21	21.00
1 – 5 ปี	53	53.00
6 – 8 ปี	26	26.00

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พลังสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้านของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ได้แก่ ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา และด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 100)

พลังสุขภาพจิต	$\overline{X}$	S.D.	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**

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

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

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 100)

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้		ความยากลำบาก		ภาระการดูแล		ระดับ
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
1. การดูแลโดยตรง	2.92	1.11	2.45	1.25	2.62	1.09	ปานกลาง
2. การดูแลระหว่างบุคคล	3.02	0.97	2.49	1.12	2.70	0.98	ปานกลาง
3. การดูแลทั่วไป	2.64	0.91	2.38	1.01	2.48	0.91	ปานกลาง
รวม	**2.79**	**0.86**	**2.42**	**1.00**	**2.79**	**0.86**	**ปานกลาง**

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับสูง และผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

พลังสุขภาพจิต

จากการศึกษา พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พลังสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่อยู่ในระดับสูง เกิดจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก

ปัจจัยภายในที่อาจเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในระดับสูง ได้แก่ ความเลื่อมใสศรัทธาและความเชื่อมั่นในศาสนา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเชื่อว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพระเจ้าเป็นผู้ประทานให้ ดังนั้นการที่เป็นผู้ดูแลพระเจ้าก็ได้กำหนดและประทานให้เช่นกัน ดังนั้นผู้ดูแลต้องยอมรับและการให้ดูแลผู้บาดเจ็บเป็นอย่างดีก็จะได้บุญและเข้าถึงพระเจ้า (อาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล, 2551) ด้วยหลักความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีทางเลือกอื่นและยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า มี 1 ใน 5 มิติของพลังสุขภาพจิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ดูแลมีการนำหลักคำสอน และการปฏิบัติทางศาสนามาช่วยให้ตนเองเผชิญกับความเครียดและ

ภาวะวิกฤตของชีวิตได้ นอกจากนั้นศาสนายังเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ดูแลเลือกมาปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียดและแก้ไขปัญหา

อายุ ก็เป็นปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 41.46 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน วัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ที่มีทักษะกระบวนการคิดอย่างมีเหตุมีผล มีประสบการณ์ชีวิต มีวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว รวมถึงมีการรู้จักนำทรัพยากรมาประยุกต์ใช้ (ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, มณีรัตน์ ภาคฐูป, และนุจรี ไชยมงคล, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า มี 1 ใน 5 มิติของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับที่สอง คือ ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งมิตินี้จะเกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการคิด ประสบการณ์ชีวิต และความสามารถในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ซึ่งจะพบได้ในวัยผู้ใหญ่

ปัจจัยภายนอก เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับของพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การปลอบใจ การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ญาติหรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีทั้ง แหล่งสนับสนุนภายใน และแหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัว ซึ่งพบว่าแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังในการก้าวผ่านความยากลำบากหรือภาวะวิกฤตของชีวิตได้ (Phavech, 2002) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ไว้วางใจได้ ช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งด้านการดูแลผู้บาดเจ็บและช่วยเหลือด้านเงินรวมถึงสามารถพูดคุยปรับทุกข์ได้ มีคนช่วยเหลือแบ่งเบาภาระทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน และทำให้ไม่รู้สึกว่าเผชิญความยากลำบากเพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยไม่มีผลต่อระดับพลังสุขภาพจิต แต่ความเข้มแข็งในครอบครัวมีผลทำให้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Wells, 2010) ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวมีความสำคัญมาก ในขณะเดียวกันแหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัว ก็เป็นอีกหนึ่งพลังที่สำคัญไม่น้อยในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ การได้รับเงินสนับสนุนในการประกอบอาชีพ การได้รับเงินยังชีพ การได้รับทุนการศึกษาแก่บุตรผู้ได้รับผลกระทบ (วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับความยืดหยุ่นของครูที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ครูมีระดับพลังสุขภาพจิตสูง เนื่องจากมีแหล่งสนับสนุนจากภายนอก 6 ด้าน คือ 1) กำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รัก 2) การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ 3) ความสามัคคีจากเพื่อนร่วมงาน 4) ความช่วยเหลือจากรัฐบาล 5) ความห่วงใยจากสถาบันกษัตริย์ และ 6) การมีแบบอย่างที่ดีของบรรพบุรุษ (สยาภรณ์ เดชดี, 2552) จะเห็นได้ว่าปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้พลังสุขภาพจิตสูง และดำเนินชีวิตอยู่ได้ท่ามกลางภาวะวิกฤตของชีวิต

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้อยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน เนื่องจากปัจจัย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง อธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บ จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 71) ส่งผลให้ผู้ดูแลช่วยเหลือเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถทำงานหรือทำกิจกรรมของตนเองได้เหมือนเดิม มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย บุญศรี (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ อายุของผู้ดูแล ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลร้อยละ 40 เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.46 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และมีประสบการณ์ชีวิต ส่งผลให้มีทักษะในการเผชิญปัญหา ปรับตัวกับเหตุการณ์เลวร้ายได้ มีเหตุมีผล และมีความสามารถในการนำแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม (ชนัญญา กาสินพิลา, 2550; ธีรภัทร์ นาชิต, 2547)

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 58 รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดีซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัว แสดงถึงความพร้อมในการดูแล การทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้บาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีสามารถรับรู้ภาระการดูแลได้ลดลง (วราภรณ์ จิธานนท์, 2547) เพศของผู้ดูแล อีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 83 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่แสดงถึงความพร้อมและการเรียนรู้บทบาทของผู้ดูแลได้ดีกว่าเพศชาย ยินดีให้การดูแลบุคคลในครอบครัว (อรอนงค์ กูลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2555) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บรับรู้ภาระการดูแลลดลง แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้มีปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลง แต่ก็ยังมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูงเช่นกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษา พบว่า การดูแลเกี่ยวกับด้านจิตใจ ปลอบใจและการอยู่เป็นเพื่อนผู้บาดเจ็บ ใช้เวลาเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย โมโหง่าย บางรายพยายามทำร้ายตนเอง (วชิรญาณ์ วัฒนศิริวนิชช์, 2555) อันเนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พิการ ทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการอยู่เป็นเพื่อนผู้บาดเจ็บมากขึ้น เพื่อให้กำลังใจ ปลอบใจและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเหนื่อย ท้อแท้ และรับรู้ว่าใช้เวลามากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาทำกิจกรรมอื่น ทำให้รับรู้ภาระการดูแลมากขึ้น (อาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล, 2551) การดูแลด้านความปลอดภัย จากการศึกษาพบว่า การดูแลระหว่างบุคคล ในหัวข้อการเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้บาดเจ็บปฏิบัติกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงเป็นลำดับที่สอง เนื่องจากผู้บาดเจ็บมีความพิการ เคลื่อนไหวได้น้อยหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้เคลื่อนไหวไม่ถนัด เสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้ม ทำให้ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547) ด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ มีความพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือมีการเปลี่ยนอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของมนทกานต์ เพ็งสกุล (2555) พบว่าผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ภายหลังบาดเจ็บไม่มีอาชีพร้อยละ 43 และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นในการหารายได้ เนื่องจากประมาณจากหนึ่งในสามของผู้บาดเจ็บไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพตามลำพัง ส่งผลต่อภาวะการเงินภายในครอบครัวที่ฝืดเคือง (กันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคคำ, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2549; Joshi & O Donnell, 2003) นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ความไม่สงบยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหวาดระแวง ต้องหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนเส้นทางในการประกอบอาชีพ และที่สำคัญการมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าพาผู้บาดเจ็บมาพบแพทย์ในเวลากลางคืน หรือเจ้าหน้าที่ไม่กล้าลงพื้นที่เนื่องจากกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น (พัชรี พุทธชาติ, 2550) ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาแนวทางในการดูแลผู้บาดเจ็บมากขึ้น ส่งผลให้รับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น

ดังนั้นถึงแม้การดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้จะมีปัจจัยเกื้อหนุนหลายประการ แต่ก็ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเช่นกันที่เป็นปัจจัยรบกวนดังที่กล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

ผลการศึกษา พบว่า พลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ซึ่งอธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 66 นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อมั่นศรัทธาในหลักศาสนา ยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป และในขณะเดียวกัน

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็เป็นภรรยา ดังนั้นทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้บาดเจ็บ และมีความตระหนักว่า การดูแลผู้บาดเจ็บเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล เป็นการตอบแทนพระคุณของผู้มีพระคุณ เป็นการแสดงออกถึงความรัก และเป็นบททดสอบของพระเจ้า เป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดมา จึงทำให้ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีทั้งปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้บาดเจ็บ ทำให้คะแนนทั้ง 2 ตัวแปรไม่กระจายโดยคะแนนทั้ง 2 ตัวแปรส่วนใหญ่เกาะกลุ่มกัน (restricted range of score) ส่งผลให้ในเชิงสถิติไม่พบความสัมพันธ์ นอกจากนั้นอาจยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษา จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย แต่อย่างไรก็ตามพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ดีและควรส่งเสริมให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูงเพื่อให้สามารถเผชิญกับความยากลำบาก และภาวะวิกฤตของชีวิต ดังเช่นการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องต้องหาแนวทางเพื่อดำรงไว้ให้พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลสูงต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. สภาพพื้นที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหามากหรืออาการหนัก

2. ไม่สามารถระบุจำนวนผู้ได้รับผลกระทบที่แน่ชัดได้และไม่สามารถเข้าถึงได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายมีรายชื่อในทะเบียนบ้าน แต่เมื่อไปถึงบ้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ย้ายออกนอกพื้นที่ไปนานแล้ว

3. เครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิต อาจจะไม่สะท้อนถึงสภาพที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ จากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย แต่เครื่องมือนี้ก็สามารถประเมินได้ในเพียงมิติทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ครอบคลุมการประเมินพลังสุขภาพจิตได้ทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทีมสุขภาพควรให้การส่งเสริม และดำรงไว้ให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บให้มีพลังสุขภาพจิตสูงต่อไป โดยการสร้างให้ผู้ดูแลรู้สึกคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการนำหลักความเชื่อศรัทธาเป็นแหล่งจิตเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น เพื่อคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิตที่สูงต่อไป

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหาแนวทางหรือนโยบายในการบรรเทาการรับรู้ภาระการดูแล เช่น การวางแผนการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย การวางแผนอบรมการดูแลเฉพาะรายของผู้บาดเจ็บให้แก่ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลร่วม

3. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษา เชิงทำนายเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการรับรู้ภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

รายการอ้างอิง

กิตติชัย บุญศรี. (2552). **การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสภาพทางอารมณ์ ของผู้ดูแลบุคคลอัมพาตท่อนล่าง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กันตพร ยอดไชย ปิ่นทิพย์ นาคคำ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2549). ประสบการณ์การบาดเจ็บผลกระทบและการจัดการการบาดเจ็บของผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 25**(3), 211-222.

กรมสุขภาพจิต. (2552). **เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดีพลังสุขภาพจิต.** สำนักงานสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). **ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ มณีรัตน์ ภาคธูป และนุจรี ไชยมงคล. (2554). ความเข้มแข็งในการมองโลกของวัยรุ่นในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3**(1), 1-15.

ธีรภัทร์ นาชิต. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.** การค้นคว้าอิสระ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

พัชรี พุทธชาติ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 25**(1), 29 - 37.

พวงแก้ว แสนคำ. (2549). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนทกานต์ เพ็งสกุล. (2555). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วชิรญาณ์ วัฒนศิริวณิชช์. (2555). **ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บไทยพุทธจากเหตุการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนใต้.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). **สุภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีสมภพ จิตร์ภิรมย์ศรี. (2556). **ไฟใต้กับการริเริ่มสันติภาพแห่งเดือนรอมฎอน 2556: ความรุนแรงที่ยืดเยื้อ. ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ สถานวิจัยความขัดแย้งและความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้.** ค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2556, จาก www.deepsouthwatch.org.

สยาภรณ์ เดชดี. (2552). **ความหยุ่นตัวของครูที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.** สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล. (2551). **ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย.** หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรอนงค์ กูลณรงค์ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมในโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4**(1), 14-27.

Brackbill, M. R., Thorpe, E. L., DiGrande, L., et al. (2006). **Surveillance for world trade center disaster health effects among survivors of collapsed and damaged buildings.** Retrieved November14, 2010, From www.google.co.th/search?hl=en&redir_e.

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_.

Heru, A. & Drury, ML., (2011). Developing family resilience in chronic psychiatric llinesses. **Medicine & Health, 92**(2), 45-46.

Joshi TP., & O Donnell AD. (2003) Consequences of child exposure to war and terrorism. **Clinical Child and Family Psychology Review, 6**, 275-292.

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.

Oberst, M. T. (1990). **Caregiver burden scale.** Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.

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.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. **Quality of Life Research, 12**(1), 33-41.

Slottje, P., Anke, B., Witteveen, W. R., 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.

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.