อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVER OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS

พิริยณัฐ มูลยศ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2567

อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

พิริยณัฐ มูลยศ

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVER OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS

PIRIYANATH MUNYOD

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of MASTER OF ARTS

(Developmental Psychology)

Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University

2024

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ของ

พิริยณัฐ มูลยศ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อุสา สุทธิสาคร)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญา ลี้ศัตรูพ่าย)

ชื่อเรื่อง	อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน
ผู้วิจัย	พิริยณัฐ มูลยศ
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2567
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน และเพื่อศึกษาอิทธิพลส่งผ่านของความต้องการพื้นฐานทางจิตระหว่างความสัมพันธ์ของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตบนพื้นฐานของทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 265 คน ที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ผ่านการหาคุณภาพที่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เส้นทางเพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดสมมุติฐานการวิจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี โดยทุนทางจิตวิทยาและความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพล พบว่า ความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบบางส่วนระหว่างความสัมพันธ์ของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต ผลการศึกษาที่ได้รับนี้แสดงให้เห็นว่าควรให้ความสำคัญกับความต้องการพื้นฐานทางจิตควบคู่ไปกับการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : สุขภาวะทางจิต, ทุนทางจิตวิทยา, ความต้องการพื้นฐานทางจิต, ผู้ดูแลผู้ป่วย, โรคหลอดเลือดสมอง

Title	EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVER OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS
Author	PIRIYANATH MUNYOD
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2024
Thesis Advisor	Associate Professor Sittipong Wattananonsakul , Ph.D.

This study examines the causal model of psychological capital influencing psychological well-being among adult informal caregivers of stroke patients with basic psychological needs as a mediating variable. It also investigates the mediating role of basic psychological needs in the relationship between psychological capital and psychological well-being based on the Basic Psychological Needs Theory. The participants included 265 adult informal caregivers of stroke patients, selected through convenience sampling based on inclusion criteria. Data was collected using a validated measurement tool designed for this study. Path analysis was employed to estimate and analyze the causal relationships among the variables. The findings indicated that the proposed causal model fit well with the empirical data. Both psychological capital and basic psychological needs, including autonomy, competence, and relatedness, positively influenced the psychological well-being of the participants. Moreover, basic psychological needs partially mediated the relationship between psychological capital and psychological well-being. These findings emphasize the significance of addressing basic psychological needs while fostering psychological capital to enhance the psychological well-being of stroke caregivers.

Keyword : Psychological Well-being, Psychological Capital, Basic Psychological Needs, Caregivers, Stroke

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ทางผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

การศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนงานวิชาการกรมการแพทย์ (ด้านพัฒนาบุคลากร) ทางผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตาและความกรุณาอย่างมากจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล ที่ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ คอยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา การใช้ชีวิต และการทำปริญญานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง อีกทั้งมีความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้วิจัยได้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อุสา สุทธิสาคร ประธานสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญา ลี้ศัตรูพ่าย ผู้เป็นอาจารย์ที่ปรึกษารุ่น กรรมการสอบเค้าโครง และกรรมการสอบปากเปล่า ที่ได้สละเวลามาให้คำแนะนำที่ดีอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย อาจารย์ ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส และคุณนภาศิริ ทนันชัย ที่กรุณามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบวัด และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ช่วยให้ผู้วิจัยมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณมารดาที่เป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงซันเดย์ น้องแมวของผู้วิจัยที่คอยเป็นกำลังใจและคอยอยู่เคียงข้างผู้วิจัยขณะทำโครงร่างการวิจัยในทุกคืน

ขอขอบคุณ BNK48 รุ่นที่ 1 ที่ทำให้ผู้วิจัยมีแรงผลักดันและมีเป้าหมายในการทำวิจัยให้สำเร็จ ในวันที่สมาชิกวง BNK48 จบการศึกษา พวกเขาได้กล่าวประโยคหนึ่งที่สำคัญ ถึงวันที่ผู้วิจัยจะได้กล่าวแล้วเช่นกัน "ผม นายพิริยณัฐ มูลยศ ขอจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอบคุณครับ"

สุดท้ายนี้ประโยชน์ที่ได้รับจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดมา ขอบคุณครับ

พิริยณัฐ มูลยศ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญรูปภาพ ..... ฎ

บทที่ 1 1

บทนำ 1

ที่มาและความสำคัญ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 7

ความสำคัญของการวิจัย 7

ขอบเขตของการวิจัย 8

ตัวแปรในการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 8

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ 9

บทที่ 2 12

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 12

ตอนที่1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Caregiver of Stroke patients) 12

ตอนที่2 มโนทัศน์เบื้องต้นเกี่ยวกับวัยผู้ใหญ่ (Adult) 17

ตอนที่3 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) 20

ตอนที่4 ทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital หรือ PsyCap) 31

ตอนที่5 ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory)..... 38
ตอนที่6 ความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs)..... 44
ตอนที่7 บทบาทของตัวแปรส่งผ่านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 46
ตอนที่8 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)..... 51
บทที่ 3..... 53
ระเบียบวิธีวิจัย..... 53
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 53
2. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย..... 54
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 55
4.ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 68
5. การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล..... 69
บทที่ 4..... 72
ผลการศึกษา..... 72
ตอนที่1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง..... 73
ตอนที่2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา..... 76
ตอนที่3 ผลการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยา ความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) และสุขภาวะทางจิต..... 77
ตอนที่4 ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน..... 80
บทที่ 5..... 83
สรุป และอภิปรายผลการศึกษา..... 83
สรุปผลการศึกษา..... 84

อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย 86
ข้อจำกัดในการศึกษา 92
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ 92
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต 94
บรรณานุกรม 95
ภาคผนวก 105
ประวัติผู้เขียน 132

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดทุนทางจิตวิทยา..... 58

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน 61

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถ 63

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น..... 65

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดสุขภาวะทางจิต 67

ตาราง 6 ค่าสถิติและเกณฑ์การวัดระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลสมมติฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Wattananonsakul, 2023) 71

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (*n* = 265) 74

ตาราง 8 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (*n* = 265) 76

ตาราง 9 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรในโมเดล (*n* = 265)..... 79

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (Total Effect) อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)..... 81

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 52

ภาพประกอบ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน 82

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง(stroke) ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษารายงานขององค์กรอัมพาตโลก พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 80 ล้านราย และมีอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 12.2 ล้านคนต่อปี (World Stroke Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในปีพ.ศ.2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 278,490 ราย จากนั้นในปีพ.ศ.2565 มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 330,720 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการของบุคคล ความรุนแรงของอาการที่ตามมาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีหลายระดับ ร้อยละ 20 มักหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอีกร้อยละ 20 ต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลาจากความบกพร่องที่คงค้างอยู่ ทำให้เกิดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมในการดูแลตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลมักขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพความบกพร่อง และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้ดูแลจึงต้องสร้างสมดุลชีวิตทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและการใช้ชีวิตของตนเอง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องใช้เวลา ใช้ความทุ่มเท ใช้ความพยายาม และความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลอย่างมาก (Forster, 2005)

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความพิการที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมในการดำเนินชีวิตอื่น ๆ ด้วยตนเองได้ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างผู้ที่ได้รับการดูแลและผู้ให้การดูแล โดยไม่ได้รับสิ่งตอบแทนหรือเงิน แต่ยังต้องให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลประเภทนี้มักมีความสัมพันธ์สนิทกับผู้ที่ได้รับการดูแล อาจได้รับหรือไม่ได้รับการฝึกอบรมทักษะด้านการดูแล เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง ญาติ หรือเพื่อน (Khatti Dizabadi et al., 2013; Plöthner et al., 2019; กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2561) ดังนั้นการมีกำลังใจและกลไกทางจิตที่มีความยืดหยุ่นจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาก่อนหน้านี้ต่างกล่าวถึงความสำคัญของสุขภาวะทางจิตที่เป็นปัจจัยป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่ายหรือหมดไฟ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลนั้นเป็นงานที่ยากลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลที่ไม่ได้

รับการฝึกฝนที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การดูแลยังต้องใช้ระยะเวลามากและทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสูง ผู้ดูแลก็อาจมีปัญหาของตนในเรื่องต่าง ๆ และเมื่อผ่านไปภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า หรือหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (Kumar et al., 2015; O'BRIEN, 2000; Penning & Wu, 2016) ผลกระทบจากภาระในการดูแลผู้ป่วยยังส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบต่อผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลที่ลดลง คุณภาพชีวิตลดลง เกิดปัญหาทางสุขภาวะทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Liu et al., 2020) จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาทางสุขภาพจิตถึงร้อยละ 34-52 เนื่องจากความบกพร่องของผู้ป่วย ภาระของผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย และกิจกรรมทางสังคมที่ลดลงของผู้ดูแล (Han & Haley, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบได้ง่ายในกลุ่มผู้ดูแล ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาวะที่ไม่ดีตามมา (Perkins et al., 2013; Persson et al., 2015; Jennum et al., 2015; Em et al., 2017 cited in Panzeri et al., 2019) นอกจากนี้ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเป็นอันตรายต่อสุขภาวะของผู้ดูแลและส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพที่ผู้ดูแลรับรู้นอกจากจะส่งผลต่อความคงทนในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นปัจจัยที่กำหนดการฟื้นตัวและการกลับมารักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย (Green and King., 2010; McLennon, Habermann and Davis., 2010; Wang, Wenzhi, et al., 2017 cited in Cheng et al., 2022)

ประเด็นปัญหาวิจัยจึงพิจารณาจากเอกสารและการศึกษาก่อนหน้านี้ที่เล็งเห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) จึงได้รับการศึกษาโดยถือเป็นตัวแปรคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ส่วนบุคคล การตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิต และการจัดการความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ประกอบไปด้วยความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ความสำเร็จในชีวิต และอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกและทางลบของบุคคล (Deci & Ryan, 2008; Diener, 1984; Diener et al., 2009; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) สุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปพร้อมกับความรู้ด้านการดูแลเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในอนาคต สุขภาวะทางจิตช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข มีความรู้สึกในทางบวกและทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูงย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุข ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ดี (Huppert, 2009) การเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตนั้นเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้อง จากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้าพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยา

ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล และรายได้ของครอบครัว (Leonardi & Harsono, 2022; สุพัตรา บำรุงจิตร, 2561) ใกล้เคียงกับการศึกษาที่พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ที่ให้การดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Kim & Kim, 2005) และการศึกษาของกาญจนา กิ่งมะลิ (2561) ที่พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาและความสามารถในการดูแลของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้จากที่กล่าวมาเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนใหญ่ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตมาจากปัจจัยภายในของบุคคล ปัจจัยภายในของบุคคลนั้นเกิดมาจากแรงจูงใจหรือปัจจัยทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs theory)

ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs theory) เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในกลุ่มทฤษฎีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของมนุษย์และความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ ที่ศึกษาถึงความต้องการพื้นฐานทางจิตภายในของมนุษย์ทั้ง 3 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพ (relatedness needs) การมีความสามารถ (competence needs) และการมีอิสระแห่งตน (autonomy needs) ความต้องการเหล่านี้เป็นแรงจูงใจภายในที่ช่วยให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามและมีความสุขในการทำสิ่งต่าง ๆ และการใช้ชีวิต เป็นพลังที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000, 2017) ความพึงพอใจต่อความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน ร่วมกับบริบทแวดล้อมที่ให้การสนับสนุนช่วยเพิ่มสุขภาวะที่ดีและคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลได้ (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste et al., 2020) มีการศึกษาพบว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความต้องการส่วนบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองเชิงบวกจะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิต (Deci & Ryan, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การมีความสามารถและการมีสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อสุขภาวะที่ดีในกลุ่มนักศึกษาภายใต้ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (León & Núñez, 2013) แรงจูงใจที่เกิดจากอิสระแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย (Dombestein et al., 2020) และความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจอิสระแห่งตนที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุชาวจีนและชาวฝรั่งเศส (Tang et al., 2021) ในบริบทของการเป็นตัวแปรส่งผ่านของความต้องการพื้นฐานทางจิต จากการศึกษาของ Hite (2015) พบว่าการมีสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตมากที่สุด นอกจากนี้จาก

การศึกษาของ Gerber and Anaki (2021) พบว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตช่วยป้องกันหรือลดระดับของตัวแปรเชิงลบได้ ในทางเดียวกันยังช่วยเพิ่มระดับของตัวแปรเชิงบวกได้ด้วยเช่นกัน

ทฤษฎีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของมนุษย์ยังกำหนดตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตวิทยาที่พัฒนามาพร้อมกับบุคคลตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต นั่นคือทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital) ที่เป็นสภาวะของการรับรู้ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกเชิงบวกที่สามารถพัฒนาได้ในแต่ละคน ประกอบไปด้วย ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) ทุนทางจิตวิทยานั้นช่วยให้บุคคลสามารถมุ่งสู่เป้าหมายและปรับเปลี่ยนหนทางในการไปสู่เป้าหมายได้ สร้างมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับปัจจุบันและอนาคต เกิดความมั่นคงและการตอบสนองที่เหมาะสมในยามที่มีปัญหาและต้องเผชิญกับความยากลำบาก และมีความเชื่อมั่นในความพยายามเพื่อประสบความสำเร็จในสิ่งที่ท้าทาย (Luthans & Youssef-Morgan, 2017) สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการกำหนดตนเอง มีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทุนทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันเมื่อต้องเผชิญกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ช่วยสนับสนุนกลไกทางความคิด การจดจ่อ การตีความ การจดจำที่จำเป็นต่อการเกิดประสบการณ์และความพึงพอใจ รวมถึงช่วยกระตุ้น อารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ทางสังคม และช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและประสิทธิภาพการทำงานให้เกิดความเหมาะสม (Avey et al., 2010; Avey et al., 2011; Diener et al., 2009; Hansen et al., 2015; Manzano-Garcia & Ayala, 2017; Newman et al., 2014; Prasath et al., 2022; Sweetman et al., 2011) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิต มีการศึกษาก่อนหน้าระบุว่าจะสามารถทำนายสุขภาวะทางจิตของบุคคลได้ดีขึ้นเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาโดยรวมแทนที่จะพิจารณาแต่ละองค์ประกอบโดยอิสระจากกัน (Luthans, Youssef, et al., 2007; Youssef-Morgan & Luthans, 2015) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่เป็นความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถ และทักษะที่ตนเองมีอยู่เพื่อใช้จัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ (Luthans, Youssef, et al., 2007) อาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการมีความสามารถ (Competence needs) ที่เป็นแรงจูงใจของบุคคลในการสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการ มีความปรารถนาถึงผลสำเร็จ รวมถึงมีความต้องการในการใช้ทักษะของตนอย่างเต็มประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ เป็นสิ่งที่นำพาบุคคลไป

แสวงหาความท้าทายในชีวิต และความท้าทายมักอยู่ในขอบเขตตามการรับรู้ความสามารถของบุคคล (Ryan & Deci, 2000, 2017) ที่เป็นองค์ประกอบของความต้องการพื้นฐานทางจิต

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับช่วงวัยของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (Adult) ตามทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่สมบูรณ์พร้อมและมีภารกิจพัฒนาการที่เด่นชัด ทั้งชีวิตครอบครัว การทำงาน ชีวิตทางสังคม การปรับตัว และการดูแลพ่อแม่ที่สูงวัยหรือสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีบทบาทที่มากกว่าช่วงวัยอื่น (เจษฎา อังกาบสี, 2561; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, 2565; สุชา จันทน์เอม, 2540) การดูแลพ่อแม่ที่สูงวัย คู่ชีวิต หรือบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นหนึ่งในภารกิจพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ หากสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยที่เรื้อรังขึ้นย่อมเกิดผลกระทบตามมา โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มักมีอาการขึ้นมาอย่างฉับพลันโดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เตรียมรับมือมาก่อน ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้ดูแลตามมา (Liu et al., 2020) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางจิตวิทยาในวัยผู้ใหญ่พบว่าสุขภาวะทางจิตเป็นหัวข้อที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่หลากหลาย การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสุขภาวะทางจิตของบุคคลในช่วงวัยผู้ใหญ่มีความผันแปร สุขภาวะทางจิตจะเสถียรมั่นคงในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น จากนั้นลดลงในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลางและกลับมาเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป (Blanchflower & Oswald, 2008) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lachman et al. (2015) ที่พบว่าอารมณ์ทางบวกของบุคคลมีความมั่นคงตั้งแต่ช่วงอายุ 20 ปีตอนกลาง ถึง 30 ปีตอนปลาย และเกิดการลดลงในระหว่างช่วงอายุ 30 ปี ถึง 40 ปี แล้วกลับมาเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 50 ปี ถึง 60 ปี และเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปี ถึง 69 ปี

จากที่กล่าวมาข้างต้น สุขภาวะทางจิตเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในหลากหลายด้าน จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยก่อนหน้าพบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต ทุนทางจิตวิทยาเป็นหนึ่งในปัจจัยเหล่านั้น ทุนทางจิตวิทยาเป็นทรัพยากรภายในที่เกี่ยวกับสภาวะของการรับรู้ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของบุคคลในการต่อสู้และปรับตัวต่อภาวะความยากลำบากทางจิตใจที่เกิดขึ้น ปัจจัยภายในของบุคคลก็มีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับสุขภาวะทางจิตในลักษณะของความต้องการพื้นฐานทางจิตด้วยเช่นกัน นอกจากนี้บุคคลในช่วงวัยผู้ใหญ่มีภารกิจพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว การงาน ชีวิตทางสังคม การบรรลุความเป็นผู้ใหญ่ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่าหรือดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้ช่วงวัยนี้มีการ

เปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นของบทบาทภาระหน้าที่อันนำมาสู่ปัญหาในด้านต่าง ๆ จากความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นจากเดิม ถ้าหากบุคคลในช่วงวัยนี้ไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ อาจส่งผลทำให้สุขภาวะลดลง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยก่อนหน้าบ่งชี้ให้เห็นถึงการเชื่อมโยงตัวแปรที่ศึกษา อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านการศึกษาตัวแปรในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (mediating variable) ยังเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญด้วยข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากส่วนใหญ่การศึกษาก่อนหน้านี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทำให้ขาดการศึกษาในลักษณะตัวแปรส่งผ่าน หรือโมเดลความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ซับซ้อน นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศที่ระบุความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ทำการศึกษาตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิตเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้ตอบประเด็นคำถามการวิจัย การศึกษานี้จึงทำการศึกษาความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ตัวแปร ในลักษณะตัวแปรส่งผ่าน เพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุมมากขึ้นและสามารถอธิบายการเกิดสุขภาวะทางจิตของบุคคลได้ละเอียดมากขึ้น ดังนั้นจากเอกสารและทฤษฎีงานวิจัยก่อนหน้า ทางผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรเชิงสาเหตุในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ทุนทางจิตวิทยาโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวแปรส่งผ่านไปยังสุขภาวะจิต บนพื้นฐานของทฤษฎีการกำหนดตนเอง ตามหลักการความต้องการพื้นฐานทางจิตส่วนบุคคลที่ต้องการเติมเต็ม ทำการเก็บข้อมูลในผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้ทำการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่กำหนดไว้ เพื่อทำให้ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรที่สันนิษฐานว่าเป็นสาเหตุต่อตัวแปรที่เป็นผลหรือไม่ โดยใช้ค่าสถิติที่บ่งบอกถึงอิทธิพลของตัวแปรที่เป็นสาเหตุที่ทำให้อีกตัวแปรหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ผลของการศึกษาในครั้งนี้อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาลในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการประยุกต์และสร้างโปรแกรมหรือกรอบแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่เป็นผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยก็มีผลโดยตรงต่อผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้ป่วย ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ อันมีความสำคัญ ดังนี้

1. ด้านทฤษฎี การศึกษาวิจัยนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ทำให้ทราบถึงอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจต่อความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง

2. ด้านการนำไปใช้ จากโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาล ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาครอบคลุมถึงผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการหรือสมาชิกภายในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย โดยการให้การสนับสนุนและส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงให้แก่นักวิชาชีพทางด้านสุขภาพหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการประยุกต์และสร้างโปรแกรมหรือกรอบแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทำการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ณ สถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 265 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผ่านกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรตาม (Dependent variable)
    1.1 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being)
2. ตัวแปรอิสระ (Independent variable)
    2.1 ทุนทางจิตวิทยา (Psychological capital)
3. ตัวแปรส่งผ่าน (Mediation variable)
    3.1 ความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs)
    3.2 ความต้องการมีความสามารถ (Competence needs)
    3.3 ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 21-65 ปี ที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำด้วยความสมัครใจ โดยไม่ได้รับเงินค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน แต่ยังต้องให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อาจได้รับหรือไม่ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลหรือนักวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรืออุดตัน ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง และมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital) หมายถึง สภาวะของการรับรู้ ความคิดอารมณ์และความรู้สึกเชิงบวกของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีการค้นหาแนวทางที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายให้สำเร็จ มีมุมมองในด้านดีต่อสถานการณ์ที่เผชิญ มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำงานต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ แม้ว่าต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถยืนหยัดและฟื้นคืนตนเองให้กลับมาได้สำเร็จ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถ ความรู้และทักษะที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ

1.2 ความหวัง (Hope) หมายถึง ความคิดมุ่งมั่นและปรารถนาในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นความพยายามที่เกี่ยวพันกับพลังหรือแรงจูงใจที่ต้องการบรรลุเป้าหมาย และทำการกำหนดแนวทางและทางเลือกที่ไปสู่เป้าหมายนั้น

1.3 ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการจัดการหรือรับมือกับอุปสรรค ปัญหาหรือสถานการณ์กดดันที่เผชิญ สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

1.4 การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การมีทัศนคติหรือมุมมองในเชิงบวกที่ดีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงการยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ว่าไม่ได้เกิดจากบริบทแวดล้อมหรือตัวบุคคลเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นการมองตนเอง มองบริบทภายนอก และมองสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริง

การศึกษานี้วัดตัวแปรทุนทางจิตวิทยาด้วยมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Luthans, Avolio, et al. (2007) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ 4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมากแสดงว่ามีทุนทางจิตวิทยาสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า

2. ความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs) หมายถึง ความต้องการภายในหรือแรงจูงใจภายในของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเพื่อเอื้อต่อการเกิดความสมบูรณ์พร้อม ความงอกงาม และการมีสุขภาวะที่ดี โดยมีความสัมพันธ์ร่วมกันขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs) หมายถึง ความต้องการมีอิสระในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ มีการตัดสินใจ การจัดการ และการสนับสนุนที่เกิดขึ้นจากตนเอง ไม่ได้ถูกควบคุมหรือกดดันจากบุคคลอื่น แม้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก แต่ก็เกิดจากความสนใจที่มาจากปัจจัยภายในด้วย

2.2 ความต้องการมีความสามารถ (Competence needs) หมายถึง ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ มีความปรารถนาถึงผลของความสำเร็จ รวมถึงมีความต้องการในการใช้ทักษะของตนอย่างเต็มประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ เป็นสิ่งที่นำพาบุคคลไปสู่การแสวงหาความท้าทายในชีวิตภายใต้ขอบเขตความสามารถของตน

2.3 ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs) หมายถึง ความต้องการของบุคคลในการมีอารมณ์หรือความรู้สึกถึงความใกล้ชิด มีความเชื่อมโยง หรือมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น เกิดการรับรู้ถึงการมีส่วนร่วม ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง เป็นที่ยอมรับ รู้สึกถึงการสนับสนุนหรือความห่วงใยจากบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากบุคคลอื่น และมีความผูกพันกับบุคคลอื่นในสังคม

การศึกษานี้วัดตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิตด้วยมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ryan and Deci (2017) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ 4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมากแสดงว่าได้รับการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า

3. สุขภาวะทางจิต (Psychological Well-being) หมายถึง ลักษณะของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา นำไปสู่ทักษะในการจัดการกับความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ทั้งอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกและทางลบ และความพึงพอใจ โดยมีความสอดคล้องขององค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

3.1 การยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง การเชื่อมั่นในความสามารถของตน มองชีวิตในทางบวกและมีความพึงพอใจในชีวิต มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความรู้สึกหรืออารมณ์ทางบวก และสามารถยอมรับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเองทั้งในด้านดีและด้านที่ไม่ดีได้

3.2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relation with others) หมายถึง การมีการแบ่งปันความรักและมิตรภาพให้กับผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี มีความเข้าใจในการให้และการรับในความสัมพันธ์ที่มีร่วมกัน และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

3.3 ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง การที่มีอิสระในการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองภายใต้บรรทัดฐานความถูกต้อง มีการเปิดกว้างความคิดของตนเองและสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ไม่โอนเอียงตามกระแสทางสังคมในการคิดหรือการทำสิ่งต่าง ๆ

3.4 การจัดการบริบทแวดล้อม (Environment mastery) หมายถึง ความสามารถในการจัดการหรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์และสภาพแวดล้อมรอบตัว การใช้บริบทแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความสามารถในการเลือกหรือสร้างบริบทแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการและเป้าหมายของตน

3.5 การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และตั้งเป้าหมายในชีวิต มีความพยายามเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายและบรรลุความต้องการตามที่วางแผนไว้ เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกถึงความหมายของชีวิตในปัจจุบันรวมถึงเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีต

3.6 การมีความงอกงามในตนเอง (Personal growth) หมายถึง ความรู้สึกว่าตนเองเติบโตและมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ มีการตระหนักรู้ถึงหนทางในการปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น และมีความพยายามที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความสามารถของตนเอง

การศึกษานี้วัดตัวแปรสุขภาวะทางจิตด้วยมาตรวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ryff and Keyes (1995) เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ 4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมากแสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่อง อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการศึกษา กำหนดกรอบแนวคิด สมมติฐาน และแนวทางการดำเนินงานวิจัย ได้ดังนี้

ตอนที่1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Caregiver of Stroke patients)

ตอนที่2 มโนทัศน์เบื้องต้นเกี่ยวกับวัยผู้ใหญ่ (Adult)

ตอนที่3 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being)

ตอนที่4 ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Psychological Capital)

ตอนที่5 ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination theory)

ตอนที่6 ความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs)

ตอนที่7 บทบาทของตัวแปรส่งผ่านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่8 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ตอนที่1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Caregiver of Stroke patients)

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident หรือ Stroke) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อันมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาการแสดงที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ (พิศักดิ์ ชินชัย และทศพร บรรยมาก, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sacco et al. (2013) ที่บอกว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดหรือภาวะที่มีเลือดออกภายในสมอง อาจเกิดจากภาวะแตก ตีบ หรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง และการศึกษาของ Camak (2015) ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากหลอดเลือดสมองถูกลิ่มเลือดอุดตันหรือการที่หลอดเลือดสมองแตกส่งผลให้มีเลือดออกในสมอง ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองส่วนที่ขาดเลือดจึงถูกทำลายทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทางด้านร่างกาย มีความผิดปกติในการสื่อสาร และมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้ (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2560)

1.โรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ80 ของทั้งหมด เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มักจะเกิดร่วมกับภาวะเส้นเลือดตีบแข็งที่มีสาเหตุจากการมีไขมันเกาะตามผนังหลอดเลือด

2.โรคหลอดเลือดสมองจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้ประมาณร้อยละ 20 เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้มีเลือดไหลเข้าไปภายในสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างมีอาการที่เกิดขึ้นหลากหลาย ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของสมองที่ได้รับผลกระทบ อาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ มีภาวะอ่อนแรงหรือมีภาวะอัมพฤกษ์/อัมพาตของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง มีอาการชาหรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายบางส่วน มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น ไม่เข้าใจคำพูด พูดไม่ได้ พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น นั่งทรงท่าไม่ได้ หรือมีอาการวิงเวียนเมื่อเปลี่ยนท่าทาง มีอาการมองเห็นภาพซ้อนหรือสูญเสียลานสายตาบางส่วน เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางครั้งอาจเป็นอาการเตือนที่เกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไป หรือเกิดขึ้นหลายครั้งก่อนจะมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว (transient ischemic attack/TIA) พบได้ประมาณร้อยละ15 หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพ ร้อยละ20 มักหายเป็นปกติ ร้อยละ60 ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาจากความพิการที่เกิดขึ้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ความพิการที่หลงเหลืออยู่หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ดังนี้ (ณฐกร นิลเนตร, 2562)

1.ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดภาวะความพิการทำให้มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน การรับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายที่ไม่สามารถขับเสมหะได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้

โดยไม่มีเหตุผล ความพิการที่หลงเหลืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดา สามี หรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่น ร่วมกับมีการสื่อสารบกพร่อง ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นให้เข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด อาจเกิดผลกระทบต่อการดูแลของบุคคลในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีอาการโรคซึมเศร้า มักพบในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคแล้วมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงจึงทำได้ยาก

3.ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ คือ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือทำหน้าที่ได้ลดลงอาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ขณะเดียวกันบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษาค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวันผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ที่ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองถูกลิ่มเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมอง ส่งผลทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองส่วนที่ขาดเลือดจึงถูกทำลายทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทางร่างกาย มีความผิดปกติในการสื่อสาร และมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว หลังจากได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยส่วนหนึ่งมักพบความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยบางส่วนต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาจากการที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ดังนั้นจึงทำให้เกิดภาระของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว ตามมา

1.2 **ผู้ดูแลผู้ป่วย** (Caregiver)

คำว่า ผู้ดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษ คือ Carer หรือ Caregiver มักใช้เรียกในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน มากกว่าใช้เรียกในกลุ่มที่เป็นนักวิชาชีพ ผู้ดูแลมีหลายประเภท สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ

1.ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) คือ นักวิชาชีพหรือผู้ที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ โดยได้รับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทนจากการให้บริการ อาจมีความสัมพันธ์แต่ไม่ใกล้ชิดหรือไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลประเภทนี้มักได้รับการศึกษาหรือฝึกอบรมทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

2.ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยไม่ได้ค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน ผู้ดูแลประเภทนี้มักมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาจได้รับหรือไม่ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรือญาติ (กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2561) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการนั้นสามารถแบ่งตามลักษณะได้ ดังนี้

2.1ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วย (Family caregiver/carers) เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่พบบ่อยที่สุด มักเป็นสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลลักษณะนี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น บางคนดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย บางคนรับหน้าที่พาไปโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถนัดหรือความสะดวกในแต่ละบุคคล เป็นต้น

2.2ผู้ช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการ (Informal helper) เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่ใช่ครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย อาจเป็นเครือญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน การช่วยเหลือที่ให้อาจมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนสิ่งที่ผู้ป่วยเคยมีมาให้ก่อนในอดีต (เวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ, 2560)

ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) หมายถึง ความเครียดและอาการทางจิตอื่น ๆ ที่สมาชิกในครอบครัวและผู้ที่ให้การดูแลประสบจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการหรือความบกพร่องทางจิตใจหรือทางร่างกาย (APA Dictionary of Psychology, 2023) ภาระจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลนั้น เป็นงานที่ยากลำบาก ใช้เวลามากและอาจทำให้เกิดภาวะเครียดสูง นอกจากนี้ผู้ดูแลก็อาจมีปัญหาของตนในเรื่องต่าง ๆ และเมื่อผ่านไปก็อาจเกิดความเหนื่อยล้าหรือหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (O'BRIEN, 2000) Montgomery et al. (1985) พบว่าภาระในการดูแลประกอบไปด้วย ภาระเชิงปรนัย (objective burden) ที่เป็นภาระที่เกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลที่เกิดจากการทำงานและการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ที่เป็นภาระทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และมุมมองของผู้ดูแลเมื่อเผชิญกับอุปสรรคในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Zarit et al. (1980)

ที่กล่าวว่าภาระในการดูแลเป็นสิ่งที่ส่งผลเสียต่อผู้ดูแลอย่างรอบด้าน โดยเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในการดูแล สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.ทางกาย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อย เวลาในการทำกิจวัตรต่าง ๆ ลดลง และอาจขาดการดูแลตนเอง จนอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

2.ด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอยรับมือกับสภาวะอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นประจำ ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายหรือความยากลำบากในการดูแล รวมถึงอาจรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือมากกว่าความเป็นจริง

3.ด้านสังคม ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลพบปะเพื่อนฝูงหรือสังคมน้อยลง ผู้ดูแลมักรู้สึกว่าไม่สะดวกที่จะออกไปพบปะกับคนอื่นหรือสังคม และรู้สึกว่าเวลาชีวิตส่วนตัวน้อยลง

4.ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่สามารถทำงานตามปกติได้หรือบางคนจำเป็นต้องออกจากงานที่ทำอยู่ ส่งผลให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายตามมา อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความรู้สึกถึงภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าผลกระทบของภาระในการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่งผลทางลบต่อผู้ดูแลและกระบวนในการดูแล ได้แก่ (Liu et al., 2020)

1.การลดลงของการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาระในการดูแลโดยขาดการสนับสนุนหรือทรัพยากรที่เพียงพอ ส่งผลทำให้คุณภาพในการดูแลลดลง

2.คุณภาพชีวิตลดลง มีหลากหลายการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลอย่างมาก และการลดภาระของผู้ดูแลสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของพวกเขาได้ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทุกวัน กิจวัตรประจำวันของพวกเขาจึงทำได้อย่างจำกัด และมีเวลาจำกัดในการดูแลความต้องการของตนเอง อาจสรุปได้ว่าผู้ดูแลมีภาระจากการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

3.ปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาและพลังงานจำนวนมากเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้พวกเขาไม่ค่อยใส่ใจตัวเอง เนื่องจากไม่มีเวลาพักผ่อน ผู้ดูแลจึงมักละเลยการดูแลตัวเองแม้ในขณะที่ป่วย และไม่ค่อยขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ผู้ดูแลในครอบครัวของมากกว่าร้อยละ50 พบปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น ปัญหาหัวใจและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังประสบกับระดับความเหนื่อยล้าทางร่างกายที่แตกต่างกันและปัญหาสุขภาพที่ลดลงหลังจากการดูแลระยะยาว

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการขึ้นมาอย่างฉับพลันโดยที่ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เตรียมรับมือมาก่อน ผลกระทบจากโรคนั้นไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลไปถึงผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ได้แก่ ครอบครัว คู่สมรส บิดา/มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรือญาติ ที่ต้องเผชิญกับวิกฤติการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและส่วนใหญ่ทำให้เกิดผลกระทบในเชิงลบตามมา ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลนั้นเป็นงานที่ยากลำบาก ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

ตอนที่2 มโนทัศน์เบื้องต้นเกี่ยวกับวัยผู้ใหญ่ (Adult)

วัยผู้ใหญ่ (Adult) เป็นช่วงวัยที่มนุษย์มีพัฒนาการอย่างเต็มที่ ทั้งด้านสภาพร่างกายที่สมบูรณ์ ความสามารถทางสติปัญญา เชาว์อารมณ์ มีความเติบโตทางด้านวุฒิภาวะ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีสภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง ต้องการความสำเร็จในชีวิต มีความมั่นใจ มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีอาชีพและหน้าที่การงานที่เหมาะสมกับตนเอง มีครอบครัว มีการสร้างรากฐานของชีวิต และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ และสังคม (เจษฎา อังกาบสี, 2561; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, 2565) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม 8 ขั้นของแอริคสัน ระบุว่าวัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18-34 ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 35-59 ปี และผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (Erikson & Erikson, 1998) สอดคล้องกับ Havighurst (1972) ที่แบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ช่วง คือ ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 19-30 ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 30-60 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่นักวิชาการได้ระบุช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่ไว้ สุชา จันทน์เอม (2540) แบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21–40 ปี และผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40–60 ปี ศรีเรือน แก้วกังวาล (2553) แบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21–40 ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40–65 ปี และผู้สูงอายุ อายุ 60-65 ปีขึ้นไป และเจษฎา อังกาบศรี (2561) แบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20–40ปี ผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40–60ปี และวัยชรา อายุ 60ปีขึ้นไป

บุคคลในวัยผู้ใหญ่นั้นย่อมมีประสบการณ์ทั้งในด้านความสำเร็จ ความล้มเหลว ความสุข และความผิดหวัง ผู้ใหญ่ที่ประสบความสำเร็จในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจะเป็นคนที่ได้รับการยอมรับและได้รับการยกย่องนับถือจากคนอื่น อันส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมที่ดูแลรับผิดชอบตนเอง ครอบครัว และช่วยเหลือสังคม ในทางตรงกันข้ามผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ในชีวิตส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นความล้มเหลวหรือผิดพลาด มักส่งผลทำให้บุคคลนั้น

ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้ารับผิดชอบ จึงอาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาในช่วงชีวิตของวัยผู้ใหญ่นั้นมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล (นลินี มิ่งมณี, 2549)

2.1 **พัฒนาการของวัยผู้ใหญ่** (เจษฎา อังกาบสี, 2561)

1.พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical Development) ร่างกายของวัยผู้ใหญ่นั้นจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางต่าง ๆ ตลอดทั้งช่วงวัย อาจเป็นทั้งการพัฒนาทางร่างกายที่สมบูรณ์เต็มที่และการเสื่อมถอยของร่างกายในขณะเดียวกัน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านรูปร่าง ผิวพรรณ น้ำหนักตัว และระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

2.พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional Development) บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีสภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้น คิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น มีการพัฒนาด้านอารมณ์รัก การใช้อารมณ์รุนแรงหรือความหุนหันพลันแล่นลดลง ใช้การตอบสนองด้วยเหตุผลมากขึ้น รู้จักการให้อภัย มีลักษณะบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่ มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม แต่ในวัยกลางคนบางคนก็อาจมีอารมณ์เศร้าที่เกิดจากการที่บุตรแยกตัวออกไปสร้างครอบครัว หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรส หรือผิดหวังจากบุตร เป็นต้น

3.พัฒนาการด้านสังคม (Social Development) ตามทฤษฎีจิตสังคมของอีริคสัน ช่วงวัยผู้ใหญ่อยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 6 การมีความสัมพันธ์และความโดดเดี่ยว (Intimacy vs Isolation) และขั้นพัฒนาการขั้นที่ 7 การบำรุง/ส่งเสริมผู้อื่นหรือการพะวงเฉพาะตน (Generativity VS Self Absorption) วัยผู้ใหญ่นั้นมีการพัฒนาด้านสังคมขึ้นอย่างสมบูรณ์ จะมีการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมมากขึ้น มีการสร้างความผูกพัน มีการแบ่งปัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และช่วยเหลือบุคคลอื่น จะมีความสัมพันธ์กับทั้งเพื่อน คนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง รวมทั้งมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แต่ในวัยกลางคนบางคนที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จะรู้สึกท้อแท้ รู้สึกตัวเองด้อยค่า และอาจมีอาการซึมเศร้าตามมา

4.พัฒนาการด้านสติปัญญาหรือด้านการรู้คิด (Cognitive Development) บุคคลในวัยผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดี สามารถหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบเจอได้เหมาะสมมากขึ้น มีความคิดเป็นเหตุเป็นผลและเป็นระบบ มีความคิดเปิดกว้างและยืดหยุ่น รู้จักคิดแบบประสานข้อขัดแย้งและความแตกต่าง มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการปัญหา ตลอดจนปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

2.2 ภารกิจพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่

ในแต่ละช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่จะมีแบบแผนพัฒนาการที่เรียกได้ว่าเป็นภารกิจที่ควรกระทำให้บรรลุในแต่ละช่วงวัยหรือที่เรียกว่า ภารกิจพัฒนาการ (Developmental tasks) ภารกิจพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเกี่ยวข้องกับครอบครัว การงาน และชีวิตทางสังคม ในด้านครอบครัวจะเกี่ยวกับการหาคู่ครอง การเรียนรู้ที่จะอยู่กับคู่ชีวิตแต่งงาน การมีบุตรและการอบรมเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการจัดการครอบครัวและบ้านของตน ภารกิจพัฒนาการที่ใช้เวลายาวนานในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการทำงาน ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและงานอาจมีความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ เนื่องจากเวลาและพลังงานของบุคคลนั้นมีจำกัด ดังนั้นจึงอาจเลื่อนภารกิจหนึ่งออกไปเพื่อรักษาความสำเร็จของอีกภารกิจหนึ่ง เช่น อาจจะละทิ้งหรือลดความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อให้เวลากับครอบครัวมากขึ้น เป็นต้น ในด้านชีวิตทางสังคม บุคคลยังต้องเผชิญกับการสร้างมิตรภาพใหม่ๆ อีกด้วย ในขณะที่ภารกิจพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเกี่ยวข้องกับการบรรลุความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ การรักษามาตรฐานการครองชีพ การช่วยเหลือลูกในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การปรับตัวต่อพ่อแม่ที่สูงวัย การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาร่างกาย และการปรับตัวต่อการจากไปของลูกในการไปสร้างรากฐานชีวิตของตน กล่าวได้ว่าภารกิจพัฒนาการในช่วงวัยกลางคนนั้นประกอบไปด้วย การยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การมีความรับผิดชอบต่อสังคมและหน้าที่พลเมือง การพัฒนาความสนใจในกิจกรรมยามว่างแบบผู้ใหญ่แทนที่กิจกรรมทางครอบครัว การสร้างและรักษามาตรฐานการใช้ชีวิตที่มั่นคง การปฏิบัติต่อตนเองและคู่ครองอย่างเสมอภาค การปรับตัวต่อพ่อแม่ที่สูงวัย และการช่วยเหลือลูกให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบและมีความสุข (ธีระชน พลโยธา, 2565; สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล, 2565)

สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) เป็นประเด็นทางจิตวิทยาที่มีการศึกษาอย่างหลากหลายในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า บุคคลวัยผู้ใหญ่มีความผันแปรของสุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตมีความมั่นคงในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น จากนั้นลดลงในช่วงผู้ใหญ่ตอนกลางและหลังจากอายุ 50 ปีขึ้นไปจะกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้ง (Blanchflower & Oswald, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lachman et al. (2015) ที่พบว่าอารมณ์ทางบวกของบุคคลมีความมั่นคงในช่วงอายุ 20 ปีตอนกลาง ถึง 30 ปีตอนปลาย เกิดการลดลงระหว่างช่วงอายุ 30-40 ปี แล้วกลับมาเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงอายุ 50-60 ปี และมากที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในหลายด้าน และมีภารกิจพัฒนาการที่เด่นชัด ทั้งชีวิตครอบครัว การทำงาน ชีวิตทางสังคม การ

ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการดูแลพ่อแม่ที่สูงวัยหรือสมาชิกภายในครอบครัว รวมไปถึงหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่มากกว่าช่วงวัยอื่น ในงานวิจัยนี้จึงกำหนดให้ประชากรเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสมบูรณ์พร้อมของพัฒนาการ สามารถรับรู้ ตัดสินใจ และวางแผนเกี่ยวกับตนเองได้ มีประสบการณ์ในชีวิตและผ่านการเรียนรู้และปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาทางสุขภาวะที่เกิดจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ทับซ้อนระหว่างการเลี้ยงดูลูกและการดูแลพ่อแม่ที่สูงวัย ตามภารกิจพัฒนาการ อีกด้วย

ตอนที่3 สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being)

3.1 ความหมายของสุขภาวะทางจิต

Bradburn and Caplovitz (1965) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นสภาวะของจิตใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต ประกอบด้วย ความรู้สึกเชิงบวก (Positive affect) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจ อารมณ์เบิกบาน และความรู้สึกเชิงลบ (Negative affect) ได้แก่ ความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ความเหงา และอารมณ์ซึมเศร้า ในแต่ละบุคคลมีการตอบสนองและรับรู้สุขภาวะทางจิตที่แตกต่างกัน

Andrews and Withey (1976) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตประกอบไปด้วย ความพึงพอใจ และความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบ ความรู้สึกเกิดจากอารมณ์และการตอบสนองของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ แต่ความพึงพอใจเกิดจากความคิด ความเข้าใจ และการตัดสินใจในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล

Campbell (1976) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล เมื่อสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากที่พบเจอได้ และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์นั้น เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ประกอบไปด้วยความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ

Diener (1984) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ และการตัดสินใจจากประสบการณ์ของตนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นองค์รวมที่มาจากอารมณ์และความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ

Ryff and Keyes (1995) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะทางบวกของจิตใจและความพึงพอใจต่อการประสบความสำเร็จของบุคคล ที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา

Deci and Ryan (2008) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นกรอบความคิดที่เป็นการผสมผสานบางอย่างของความรู้สึกทางบวกเช่น ความสุข (มุมมองความสุขในชีวิต) และการดำเนินชีวิตตามลักษณะที่แท้จริงของบุคคลทั้งในชีวิตส่วนตัวและสังคม (มุมมองประสิทธิภาพของมนุษย์)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปและให้ความหมายว่า สุขภาวะทางจิตเป็นลักษณะของความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิต นำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ ประกอบด้วยอารมณ์ความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ และความพึงพอใจ สุขภาวะทางจิตเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ท้าทายและเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านั้นเพื่อนำมาตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ

3.2 แนวคิดและองค์ประกอบเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิต (Psychological Well-being) เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการมีสภาวะทางจิตใจที่ดีและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่มุ่งเน้นไปยังคุณลักษณะทางบวกของจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการพัฒนาของบุคคล สุขภาวะทางจิตแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลมีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่สมบูรณ์ มั่นคง มีการรับรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับในตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีเป้าหมายในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้างได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสมดุลทางจิต ช่วยให้สามารถเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) จากทบทวนการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้เพื่ออ้างอิงอย่างกว้างขวาง มีดังนี้

3.2.1 แนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Dupuy (1977) ทำการศึกษาเพื่อขยายความจากแนวคิดเดิมของ Bradburn และ Caplovitz สุขภาวะทางจิตตามแนวคิดนี้เป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญ เป็นความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น ทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1.ภาวะวิตกกังวล (anxiety) เป็นภาวะที่เกิดจากความไม่มั่นใจในเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อเหตุการณ์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกกระวนกระวายใจ วิตกกังวล และความกลัวในสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น โดยแสดงออกผ่านอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม

2.ภาวะซึมเศร้า (depressed mood) เป็นอาการผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ หรือความรู้สึก อาจมีอาการแสดงผ่านทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ร่วมกับอาการแสดงอื่นๆ เช่น รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร วอกแวกง่าย เป็นต้น

3.สุขภาวะทางบวก (sense of positive well-being) เป็นอารมณ์เชิงบวกที่เกิดจากความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ การตระหนักถึงความสุขในชีวิต และคุณค่าของชีวิต เป็นต้น

4.การควบคุมตัวเอง (self-control) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการกระทำ เพื่อให้ตนสามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.ความมีชีวิตชีวา (vitality) เป็นความรู้สึกสดชื่น ร่าเริง มีพลังกาย พลังใจ และมีกำลังใจในการทำสิ่งต่าง ๆ

6.ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health) เป็นภาวะความผิดปกติหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกายแล้วส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความทุกข์ รู้สึกไม่มีความสุข และมีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

3.2.2 แนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Diener (1984) ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตจากการศึกษาก่อนหน้า โดยมีพื้นฐานมาจากความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) พบว่าการศึกษาตามแนวคิดดังกล่าวมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1.การศึกษาโดยดูจากบริบทภายนอก พิจารณาจากสุขภาวะทางจิตของบุคคลผ่านทางปัจจัยภายนอกที่มีผู้อื่นสามารถรับรู้ เช่น ความน่าเคารพนับถือ หรือการที่ดูเป็นคนที่มีความซื่อสัตย์ ซื่อตรง

2.การศึกษาโดยดูจากบริบทภายใน พิจารณาจากสุขภาวะทางจิตของบุคคลผ่านทางการรับรู้ของตนเอง มีความข้องเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต และเป็นการประเมินความสุขของชีวิตโดยรวมของตน

3.การศึกษาโดยดูจากบริบทของอารมณ์ทางบวกและทางลบ ผ่านทางการประเมินประสบการณ์ส่วนตัว บุคคลที่มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตควรมีอารมณ์ทางบวกสูงกว่าอารมณ์ทางลบ

สุขภาวะทางจิตตามแนวคิดของ Diener นั้นเป็นความสุขที่มาจากภายในตนเอง โดยมีความสมดุลระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ และความพึงพอใจ Diener et al. (1985) ได้นิยามสุขภาวะทางจิตว่าเป็นลักษณะของความพึงพอใจในชีวิตของตน เป็นการใช้การรับรู้ ความคิดความเข้าใจ และสติปัญญาในการประเมินความพึงพอใจภายใต้เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ตนได้ตั้งมาตรฐานหรือที่ตั้งเป้าหมายไว้ กล่าวคือ ความพึงพอใจในชีวิตขึ้นอยู่กับการตั้งมาตรฐานหรือตั้งเป้าหมายไว้ว่าสิ่งนั้นควรเป็นอย่างไร และในความเป็นจริงแตกต่างจาก

ที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังไว้มากน้อยเพียงใด หากมีความแตกต่างมาก ทำให้ตนเองมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง องค์ประกอบของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบนั้นเป็นองค์ประกอบที่เป็นอิสระแยกออกจากกัน การที่มีอารมณ์ทางบวกนั้นแสดงถึงการมีความตื่นตัวดี (Alert) และมีความกระตือรือร้น (Enthusiastic) และหากมีอารมณ์ทางบวกในระดับสูงจะทำให้เกิดความรู้สึกถึงพลังเต็มเปี่ยม (Energy) มีสมาธิจดจ่อ (Concentration) และสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยความเต็มใจ (Pleasurable Engagement) ส่วนผู้ที่มีอารมณ์ทางบวกในระดับต่ำจะเป็นผู้ที่มีภาวะเศร้า (Sadness) และเฉื่อยชา (Lethargy) และหากมีอารมณ์ทางลบในระดับสูงมักจะเป็นคนที่มีความก้าวร้าว (Aggression) โกรธ (Anger) และขี้กลัว (Fear) Diener และคณะ (Diener & Biswas-Diener, 2011; Diener et al., 2009; Diener et al., 2010) ได้ทำการพัฒนาแบบวัดสุขภาวะทางจิตเพิ่มเติม เนื่องจากควรมีการวัดสุขภาวะทางจิตในด้านมิติอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อให้การวัดมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องตามความเป็นจริง ดังนั้นในการวัดสุขภาวะทางจิตนั้นจึงควรวัดจากความสุขในชีวิตที่เกิดจากทั้ง 3 ด้าน คือ

1.ด้านประสบการณ์เชิงบวกและลบ (Positive and Negative Experience) มีพื้นฐานมาจากการวัดอารมณ์และความรู้สึกที่บุคคลต้องเผชิญในช่วงเวลานั้น

2.ด้านสุขภาวะทางจิตหรือความสุขสมบูรณ์ในชีวิต (Psychological well-being or Flourishing life) นำการวัดสุขภาวะทางจิตจากหลากหลายแนวคิดมาทำการพิจารณาใหม่ และสรุปเอาเฉพาะคุณลักษณะที่สำคัญมาใช้ ได้แก่ การมีความหมายของชีวิต (Meaning of Life) หมายถึง การที่บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความต้องการสร้างสิ่งที่เกิดประโยชน์ขึ้นมา การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม (Positive Social Relationship) หมายถึง การที่มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความเป็นมิตรกับผู้อื่น รวมถึงการช่วยเหลือผู้อื่นด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกหรือมีทัศนคติว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นว่าตนเองได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการมีศักยภาพและความเชี่ยวชาญ (Competence and Mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการสร้างสรรค์หรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมรอบตัวให้ตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองต้องการได้

3.ด้านการคิดเชิงบวก (Positive Thinking) หมายถึง การที่บุคคลมีมุมมองต่อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในเชิงบวกอย่างสร้างสรรค์

3.2.3 แนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Ryff (1989) ทำการศึกษาและนิยามเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตว่าเป็นความสุขและความพึงพอใจในชีวิตขณะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมความสุขที่แท้จริง เนื่องจากในชีวิตแต่ละช่วงนั้นบุคคลมีการมุ่งหาความสุขในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาตนเองและปรับตัวอยู่เสมอ รวมถึงเป็นการบูรณาการจากแนวคิดต่าง ๆ ได้แก่ แนวคิดการบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) ของมาสโลว์ แนวคิดการเป็นผู้ที่สุขสมบูรณ์ (Fully functioning person) ของโรเจอร์ แนวคิดการพัฒนาอัตลักษณะแห่งตน (Formulation of individuation) ของจุง แนวคิดการมีวุฒิภาวะ (Maturity) ของอัลพอร์ต แนวคิดมุมมองตามช่วงชีวิต (Life span developmental perspectives) ที่บุคคลในแต่ละช่วงวัยต้องเผชิญแตกต่างกันไป และแนวคิดขั้นทางจิตสังคม (Psychosocial stage model) ของอิริคสัน โดยสุขภาวะทางจิตมาจากความสอดคล้องขององค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1.การยอมรับในตนเอง (self-acceptance) เป็นการที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน มองชีวิตในทางบวกและมีความพึงพอใจในชีวิต มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีสภาวะจิตทางบวก และสามารถยอมรับชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเองทั้งในด้านดีและด้านที่ไม่ดีได้

2.การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relation with others) เป็นการที่บุคคลแบ่งปันความรักและมิตรภาพให้กับผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี มีความเข้าใจในสัมพันธภาพที่มีร่วมกัน และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3.ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เป็นการที่บุคคลมีอิสระในการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองภายใต้ความถูกต้อง มีการเปิดกว้างความคิดของตน และสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองได้ ไม่โอนเอียงตามกระแสทางสังคมในการคิดหรือการทำสิ่งต่างๆ

4.การจัดการบริบทแวดล้อม (environment mastery) เป็นความสามารถในการจัดการหรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์และสภาพแวดล้อม และความสามารถในการเลือกหรือสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการและเป้าหมายของตน

5.การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) เป็นความสามารถในการรับรู้และตั้งเป้าหมายในชีวิต มีความพยายามที่ไปให้ถึงเป้าหมายและบรรลุความต้องการตามที่วางแผนไว้ เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกถึงความหมายของชีวิตในปัจจุบันรวมถึงเรื่องราวที่ผ่านมาในอดีตด้วย

6.การมีความงอกงามในตนเอง (personal growth) เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงการเติบโตและการพัฒนาศักยภาพทั้งร่างกายและจิตใจของตนอย่างต่อเนื่อง พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ มีการตระหนักรู้ถึงหนทางในการปรับปรุงตนเอง และมีความพยายามที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความสามารถของตน

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต

จากทบทวนการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยหลากหลายทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ (อ้างถึงใน สุพัตรา บำรุงจิตร, 2561)

1.การมองโลกในแง่ดี เป็นลักษณะของการมีมุมมองต่อโลกในทางบวก มีความรู้สึกนึกคิดในทางที่ดี แสดงออกมาในลักษณะของความสุข และไม่มีความวิตกกังวลในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีชีวิตชีวา ไม่เครียด เกิดสุขภาวะทางจิตได้

2.ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่มีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์กับบุคคลอื่น มีคนเคารพยกย่อง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลทำให้รู้สึกมีความสุข เกิดสุขภาวะทางจิตได้

3.ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นความเข้มแข็งทางใจ มีความแข็งแกร่ง อดทน ไม่ย่อท้อ เป็นความสามารถของบุคคลในการฟื้นคืนหรือกลับมาใช้ชีวิตตามปกติภายหลังจากเจอวิกฤตการณ์ในชีวิตได้ เป็นสิ่งที่ช่วยทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี อันส่งผลต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

4.การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินของบุคคลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่สมบูรณ์ มีความสมดุลกัน หากมีการรับรู้สุขภาพที่ดี ส่งผลทำให้บุคคลไม่เกิดความวิตกกังวล ภาวะความเครียดลดลง สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

5.ความเป็นปราชญ์โดยรวม เป็นการที่บุคคลมีความรู้อย่างลึกซึ้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะทางความคิด ส่งผลทำให้เกิดประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต เกิดความเชี่ยวชาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถเอาชนะอุปสรรคในการดูแล ส่งผลทำให้สุขภาวะทางจิตสูงขึ้นได้

6.ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง มักได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทการดูแลและเกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และเบื่อหน่าย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการปรับตัวและความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้สามารถคงสุขภาวะทางจิตไม่ให้ลดต่ำลงได้ ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

7.รายได้ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเป็นสิ่งที่กำหนดความพึงพอใจในชีวิต บุคคลที่

มีรายได้สูงมักมีกำลังทรัพย์ในการสนับสนุนความต้องการของตนและทำให้ตนเองมีความสุข รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องประกอบไปด้วย (อ้างถึงในกาญจนา กิ่งมะลิ, 2561)

1.ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในบทบาทของการดูแล เนื่องจากหลังเกิดการเจ็บป่วยแล้วนั้นบุคคลมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลง ทำให้ครอบครัวต้องช่วยดูแลอย่างมาก สมาชิกในครอบครัวจึงต้องมีทักษะในการดูแล/ช่วยเหลือ ทั้งในด้านการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ลดภาระในการดูแล ไม่เกิดความเครียด หากครอบครัวสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว หรือสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์หรือภาระในการดูแลได้ ทำให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นไปด้วยดี บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทอย่างมากในการช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของครอบครัว หากผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดความเครียดหรือมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ นำไปสู่การเกิดวิกฤตภายในครอบครัว ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม ช่วยทำให้ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ความสามารถของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการได้รับบริการให้ความรู้ทางสุขภาพของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าหากญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นเพื่อให้ครอบครัวดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข ส่งผลทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีของครอบครัวต่อไป

2.สัมพันธภาพภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพภายในที่ดี สมาชิกภายในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยเอื้ออาทร และพร้อมที่ช่วยเหลือกันและกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่กระบวนการจัดการของครอบครัวที่สมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระของสมาชิกทุกคนที่ต้องช่วยกัน หากครอบครัวมีสัมพันธภาพภายในที่ขัดแย้งกัน สมาชิกมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในการ

จัดการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องรับภาระในการจัดการดูแลเพียงผู้เดียว เนื่องจากสมาชิกเชื่อว่าเป็นภาระของผู้ดูแลหลักที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้เกิดความเข้าอกเข้าใจ ต้องการช่วยเหลือ และมีความสามัคคีระหว่างสมาชิก การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกันและกันเพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ส่งผลทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีของครอบครัวต่อไป

3.การสนับสนุนทางสังคม การที่สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันและกัน และความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ทางสังคม ทั้งในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของหรือการให้บริการ ล้วนช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ทั้งยังช่วยลดความเครียดภายในครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถทำตามบทบาทหน้าที่ และจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดหรือความเปราะบางของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมอันนำไปสู่สุขภาวะของครอบครัวต่อไป มีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านหน้าที่ บทบาททางสังคม และภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดการปรับตัวของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถและเกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้น หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ก็เป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 54 นอกจากนี้การสนับสนุนในครอบครัวทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่อง การยอมรับ และการเห็นคุณค่า ทำให้สมาชิกภายในครอบครัวเกิดความผูกพันกันมากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาวะของครอบครัวด้วยเช่นกัน

4.การเผชิญปัญหาของครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว คือ พฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อลดหรือจัดการกับปัญหา โดยมีนักวิจัยได้ทำการศึกษาและระบุองค์ประกอบของการเผชิญปัญหาของครอบครัวไว้ 4ด้าน คือ 1.วิธีแก้ปัญหาของครอบครัวหรือการตอบสนองของครอบครัว เพื่อกำจัด

หรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2.การจัดการกับภาวะความเครียดของครอบครัว 3.การแสวงหาการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ของครอบครัว และ4.การให้ความหมายทางบวกของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถยอมรับและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหาของครอบครัวนั้น สมาชิกภายในครอบครัวควรใช้ความพยายามร่วมกันในการจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และเพื่อรักษาสมดุลภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลทำให้ครอบครัวเกิดการปรับตัวที่ดี และนำมาสุขภาวะในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและสุขภาวะของครอบครัวไทยในเขตเมืองพบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของครอบครัว

3.4 **การวัดหรือการประเมินสุขภาวะทางจิต**

การประเมินสุขภาวะทางจิตนั้นสามารถประเมินได้หลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิด ทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีเครื่องมือที่ถูกใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต ดังนี้

1.The Affect Balance Scale (ABS)

แบบวัดนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 โดย Bradburn แบบวัดประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ ผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีต้องมีความสมดุลของทั้ง 2 องค์ประกอบ แบบวัดมีทั้งหมด 10ข้อ แบ่งเป็นข้อวัดความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบอย่างละ 5ข้อ มีลักษณะการตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ มีการให้คะแนนเป็น 2ค่า แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อบ่งชี้ถึงปฏิกิริยาทางจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบในกลุ่มบุคคลทั่วไป แต่จากการศึกษาคุณภาพเครื่องมือพบว่า มีความตรงและความเที่ยงมากที่สุดเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ (Bowling, 2004; McDowell, 2006)

2.The General Well-being Schedule (GWB)

แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ.1977 โดย Dupuy ได้พัฒนามาจากแบบสอบถาม U.S. Health and Nutrition Examination Survey (HANES) ที่มีข้อคำถามเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่จริง ได้แก่ ความรู้สึกเป็นสุขและความพึงพอใจในชีวิต แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 18ข้อ แบ่งเป็น 2ประเภท คือ แบบเลือกตอบ 6คำตอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0-5 จำนวน 14ข้อ และแบบมาตรประมาณค่า 10ระดับ จำนวน 4ข้อ เพื่อใช้วัดสุขภาวะทางจิตทั้งทางบวกและทางลบในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จากนั้นเขาก็ได้มีการพัฒนา

แบบวัดอย่างต่อเนื่องอีกหลายฉบับ และแบบวัดฉบับสุดท้ายเป็นการพัฒนาร่วมกันของ Dupuy และ Ware (1984) คือ The Psychological General Well-being (PGWB) Index เป็นแบบวัดที่มีข้อวัด 22ข้อ ใช้สำหรับประเมินตนเอง ให้เลือกตอบตามความเป็นจริง ใช้ในการศึกษาสุขภาวะทางจิตของบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยชาวอเมริกัน ประกอบด้วยความรู้สึกทางบวกและทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพ สุขภาวะทางบวก การควบคุมตนเอง และ ความรู้สึกมีชีวิตชีวา (Bowling, 2004; McDowell, 2006) ทั้งนี้ในปี ค.ศ.2006 Grossi และคณะ ได้นำแบบวัดข้างต้นมาพัฒนาต่อ ทำการปรับลดจำนวนข้อวัดเหลือองค์ประกอบละ 1ข้อ แบบวัดมีคำถามทั้งหมด 6ข้อ แล้วนำไปทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียน และผู้ป่วยในประเทศอิตาลี จากการศึกษาพบว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมานี้ได้รับการยอมรับและมีค่าความตรงที่ดี (Grossi et al., 2006)

3.Positive and negative affect scale (PANAS)

แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ.1988 โดย Watson และคณะ เป็นแบบประเมินตนเองที่ประกอบด้วยคำถาม 20ข้อ ใช้วัดความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบด้านละ 10ข้อ ให้ประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เช่น ความรู้สึกของตนเอง ในสัปดาห์ที่แล้ว เดือนที่แล้ว เป็นต้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1994 Watson and Clark ได้พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้นมาใหม่แล้วใช้ชื่อว่า PANAS-X ได้เพิ่มองค์ประกอบของคำถามให้มากขึ้น และเพิ่มจำนวนคำถามเป็น 60ข้อ และเวลาที่ใช้ในการทำแบบวัดกำหนดไว้ไม่เกิน 10นาที นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 2004 Crawford and Henry ได้นำแบบวัด PANAS ของ Watson และคณะ มาตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มนักศึกษาชาวอังกฤษ พบว่า มีค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (Crawford & Henry, 2004; McDowell, 2006)

4.Scale of Psychological Well-being (SPWB)

แบบวัดนี้สร้างขึ้นมาในปี ค.ศ.1989 โดย Ryff แบบวัดประกอบด้วยข้อวัดทั้งทางบวกและทางลบ ครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของสุขภาวะทางจิต ทั้งการยอมรับในตนเอง (Self-acceptance) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relations with others) ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การจัดการสถานการณ์แวดล้อม (environment mastery) การมีเป้าหมาย (purpose in life) และการมีความงอกงามในตนเอง (Personal growth) แบบวัดนี้ได้ถูกนำมาพัฒนาหลายครั้ง ฉบับแรกมีข้อวัดในแต่ละด้านจำนวน 20ข้อ หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาแบบวัดโดยปรับลดข้อวัดลงตามความเหมาะสม ในปี ค.ศ.1995 Ryff & Keyes ได้พัฒนาแบบวัดนี้อีกครั้งโดยปรับลดเหลือข้อวัดด้านละ 3ข้อ รวมทั้งหมด 18ข้อ (Bowling, 2004; McDowell, 2006) ทั้งนี้แบบวัดสุขภาวะทางจิตนี้ได้รับการยอมรับและถูกพัฒนาไปใช้ในภาษาต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย

5.Psychological Well-being (PWB)

แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 2009 โดย Diener และคณะ แบบวัดประกอบไปด้วยข้อวัด 8ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ในทางบวก รวมทั้งความหมายและเป้าหมายในชีวิต จากนั้นในปี ค.ศ. 2010 Diener และคณะ ได้ทำการพัฒนาแบบวัดนี้เพิ่มเติม เนื่องจากพวกเขาคิดว่าควรมีการวัดในด้านมิติอื่นๆ ร่วมด้วย จึงทำให้การวัดสุขภาวะทางจิตมีความครบถ้วน ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องตามสภาพความเป็นจริงในชีวิต โดยวัดจากความสุขในชีวิตที่เกิดจาก 3องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ทางบวกและทางลบ (Positive and Negative Experience) องค์ประกอบด้านสุขภาวะทางจิตหรือความสุขสมบูรณ์ในชีวิต (Psychological well-being or Flourishing life) และองค์ประกอบด้านการคิดเชิงบวก (Positive Thinking) (Diener & Biswas-Diener, 2011; Diener et al., 2010)

6.The questionnaire for eudaimonic well-being (QEWB)

แบบวัดนี้พัฒนาขึ้นมาในปี ค.ศ. 2010 โดย Waterman และคณะ แบบวัดมีจำนวนทั้งหมด 21ข้อ ประกอบไปด้วย 7ด้าน ได้แก่ การค้นพบตัวตน (Self-discovery) การบรรลุถึงศักยภาพของลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพของตนเอง (Self-realization) การตระหนักถึงศักยภาพที่ดีที่สุดของตน (Perceived development one's best potential) การตระหนักถึงเป้าหมายและความหมายชีวิตของตน (A sense of purpose and meaning in life) การพยายามอย่างแน่วแน่เพื่อไปให้ถึงความดีเลิศ (Investment of significant effort in pursuit of excellence) การมีส่วนร่วมในการกระทำอย่างเต็มที่ (Intense involvement in activities) และความเพลิดเพลินของการได้ทำกิจกรรมที่แสดงถึงอัตลักษณ์แห่งตน (Enjoyment of activities as personally expressive) แบบวัดเป็นลักษณะประเมินตนเอง เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Waterman et al., 2010)

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาตามแนวคิดของ Ryff เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในมุมมองทางพัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะเชิงบวก เช่น การมีอิสระในการตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง การมีเป้าหมายชีวิต การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และการมีความงอกงามในตนเอง สิ่งเหล่านี้ส่งผลทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา ทั้งในด้านการดำเนินชีวิต ครอบครัว การทำงาน และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษา เนื่องจากมีความเหมาะสมตามที่กล่าวมา

ตอนที่4 ทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital หรือ PsyCap)

4.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับทุนทางจิตวิทยา

Luthans, Avolio, et al. (2007) นิยามว่าทุนทางจิตวิทยาคือ คุณลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอยู่ในบุคคลแต่ละคนที่สามารถพัฒนาได้ มีความเป็นเอกลักษณ์ และส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต ทุนทางจิตวิทยาพัฒนามาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychological) ของนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน Martin Seligman แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความหวัง (Hope) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)

Avey et al. (2010) กล่าวว่าทุนทางจิตวิทยาคือ ทุนทางจิตวิทยาในด้านบวกที่มีมุมมองต่าง ๆ ในทางบวกและมีความเข้าใจในการจัดการในสิ่งต่าง ๆ ในทางที่ดี

Peterson et al. (2011) กล่าวว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นความสามารถภายในที่มีการศึกษาพบว่ามีความสำคัญต่อแรงจูงใจ กระบวนการรับรู้ความคิดความเข้าใจ และการขวนขวาย เพื่อความสำเร็จและผลลัพธ์ที่ต้องการ

สิริพร วงษ์โทน (2554) กล่าวว่าแนวคิดทุนทางจิตวิทยาเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากการศึกษาพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก มีพื้นฐานมาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก แนวคิดทุนทางจิตวิทยาเป็นการศึกษาที่ประยุกต์ใช้คุณสมบัติหรือคุณลักษณะที่ดีและเป็นด้านบวก ได้แก่ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความยืดหยุ่นทางจิตใจ

พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์ (2555) กล่าวว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นลักษณะทางจิตใจที่แสดงถึงศักยภาพทางจิตใจ แม้ว่าบุคคลจะต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ก็สามารถเกิดพฤติกรรมทางบวกได้ คือ ความหวัง ความมั่นใจในตนเองว่าสามารถหาหนทางแก้ปัญหาได้

ธัญญามาศ ปัญญายิ่ง (2560) กล่าวว่าทุนทางจิตวิทยาคือ แนวคิดของบุคคลในทางบวก ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ไปสู่ความสำเร็จ รวมทั้งการมีพฤติกรรมทางบวกในการปฏิบัติหน้าที่การงานและการดำเนินชีวิตต่าง ๆ

ชาติวุฒิ วังวล (2564) กล่าวว่าทุนทางจิตวิทยาคือ สภาวะจิตใจเชิงบวกที่สามารถพัฒนาได้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การมีความมั่นใจในความพยายามทำสิ่งที่ท้าทายให้สำเร็จ การสร้างการมองโลกทางบวกเกี่ยวกับความสำเร็จที่อาจจะเกิดขึ้น การมีความมุ่งมั่นเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายและค้นหาเส้นทางสู่เป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความสำเร็จ และความสามารถในการยืนหยัดและฟื้นคืนกลับมาเพื่อให้ประสบความสำเร็จเมื่อต้องพบเจอปัญหาหรืออุปสรรค

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ทางผู้วิจัยจึงสรุปและให้ความหมายได้ว่า ทุนทางจิตวิทยา หมายถึง การมีสภาวะจิตใจในด้านบวก มีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตน มี

การค้นหาแนวทางที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายให้สำเร็จ มีมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในเชิงบวก มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ แม้ว่าต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถฟื้นคืนตนเองให้กลับมาได้สำเร็จ

4.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทุนทางจิตวิทยา

ในช่วงเริ่มต้นนั้นนักวิจัยศึกษาทุนทางจิตวิทยาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทในการทำงานมากกว่าบริบทในด้านอื่นๆ โดยมีการนำเอาแนวคิดทุนทางจิตวิทยามาอธิบายทรัพยากรในการทำงานว่า คุณเป็นใคร (Who you are?) พิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 4ด้านของทุนทางจิตวิทยา ถือเป็นแนวคิดใหม่ที่แตกต่างจากมุมมองแบบเดิมในการอธิบายทุนทางทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น มุมมองแนวคิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่พิจารณาจากสิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลมี (What you have?) มุมมองแนวคิดทรัพยากรมนุษย์ที่พิจารณาจากองค์ความรู้หรือทักษะต่าง ๆ ที่บุคคลมี (What you know?) หรือต้นทุนทางสังคมพิจารณาจากสัมพันธภาพทางสังคมที่บุคคลมี (Who you know?) แนวคิดทุนทางจิตวิทยานั้นเป็นการพิจารณาจากศักยภาพของมนุษย์ในฐานะที่บุคคลหนึ่งมีและพัฒนาได้ จึงทำให้แตกต่างจากแนวคิดพื้นฐานในการพิจารณาทรัพยากรในการทำงานที่เคยมีมาก่อน (Luthans & Youssef, 2004)

ทุนทางจิตวิทยานั้นเริ่มมาจากแนวคิดด้านการศึกษาจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ของ Martin Seligman จากนั้นในปี ค.ศ. 2007 Luthans และคณะ ได้พัฒนาและนำเสนอแนวคิดทุนทางจิตวิทยาขึ้นมาและนิยามว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นคุณลักษณะทางบวกของบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ มีความเป็นเอกลักษณ์ และส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต โดย Luthans ได้เลือกองค์ประกอบจากพฤติกรรมองค์กรเชิงบวกมาศึกษา ได้แก่ ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) เขานำเอาองค์ประกอบทั้งหมดเหล่านี้มาศึกษารวมกันเป็นตัวแปรเดียวที่เรียกว่า “ทุนทางจิตวิทยา” หรือ “PsyCap” ที่สามารถใช้ในการคาดการณ์ผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิมที่ทำการศึกษาองค์ประกอบแยกในแต่ละส่วน จากการศึกษาได้เสนอคุณลักษณะของทุนทางจิตวิทยาไว้ ดังนี้ (Luthans, Youssef, et al., 2007)

1.ทุนทางจิตวิทยามีคุณค่ามากกว่าทุนมนุษย์ (PsyCap goes beyond human capital) นั่นคือ ทุนทางจิตวิทยามีมโนทัศน์มากกว่าความรู้ ทักษะ หรือความสามารถต่าง ๆ ที่ได้มาจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ หรือการฝึกอบรมของบุคคล โดยมีมุมมองว่าเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการถ่ายทอด ปลูกฝัง และขัดเกลาจากสังคมอย่างเฉพาะเจาะจง นำไปสู่องค์ความรู้ภายในของบุคคล (Tactic Knowledge)

2.ทุนทางจิตวิทยามีคุณค่ามากกว่าทุนทางสังคม (PsyCap goes beyond social capital) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยาแสดงให้เห็นถึงการที่ได้รับโอกาสใหม่ๆ เป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่าแค่การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เท่านั้น

3.ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่เป็นแนวคิดเชิงบวก (PsyCap is positive) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยาเกิดจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ที่ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายเมื่อเกิดโรค (pathology) รวมถึงความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาหรือข้อด้อยที่ไม่ได้มีมาตั้งแต่กำเนิดของบุคคล ทำให้ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเชิงบวก

4.ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน (PsyCap is unique) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยานั้นนำไปสู่แนวคิดใหม่ๆ ที่มีเอกลักษณ์ โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง การวัด และโปรแกรมการพัฒนาบุคคลที่แปลกใหม่ แต่อย่างไรก็ตามกรอบโครงสร้างอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป

5.ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีและการวิจัย (PsyCap is theory and research base) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยามาจากพื้นฐานหลากหลายแนวคิดและทฤษฎี เช่น Social Cognitive Theory ของ Bandura ทฤษฎี Hope ของ Snyder เป็นต้น

6.ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้ (PsyCap is measurable) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรที่สามารถทำการวัดการประเมินคุณสมบัติทางจิตวิทยาได้ เนื่องจากมีการศึกษาลักษณะการวัดออกมาเป็นแบบประเมินทางจิตวิทยา (psychological assessment) ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของการวัด

7.ทุนทางจิตวิทยามีลักษณะเป็นสภาวะที่สามารถพัฒนาได้ (PsyCap is state - like and therefor open to development) กล่าวคือ ทุนทางจิตวิทยามีความเป็นสภาวะ (State-like) สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทแวดล้อมรอบตัว และสามารถนำไปพัฒนาได้ แตกต่างจากตัวแปรแบบอุปนิสัย (Trait-like) ที่เป็นลักษณะที่ค่อนข้างแน่นอนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโดยง่าย

8.ทุนทางจิตวิทยาเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการทำงาน (PsyCap is impactful on work- related performance) มีงานวิจัยหลากหลายที่สนับสนุนว่า พฤติกรรมในการทำงานและผลสัมฤทธิ์ของงานมีความสัมพันธ์แปรตามทุนทางจิตวิทยา

4.3 **องค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยา**

ทุนทางจิตวิทยาเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล โดยมีความเฉพาะเจาะจง สามารถทำการวัดและพัฒนาได้ มีองค์ประกอบ 4ส่วน ดังนี้

1.การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) เป็นภาวะของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถ ความรู้และทักษะที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะมีความต้องการในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ด้วยความพึงพอใจ ความเต็มใจ ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ก็พยายามในการแสดงพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำก็ไม่สนใจที่แสดงพฤติกรรมนั้น (Luthans, Youssef, et al., 2007) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory) ของ Albert Bandura เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ เขาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการกระทำหรือการมุ่งไปสู่เป้าหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้ทรัพยากรทางความคิดและแรงจูงใจ ตามบริบทแวดล้อมที่บุคคลต้องเผชิญในขณะนั้น (Bandura, 1994) ความเชื่อนี้มีอิทธิพลช่วยทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง สามารถปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการได้ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองนั้นมีความสามารถ บุคคลนั้นสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ดี สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ของตนในการจัดการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวได้ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจึงไม่ได้หมายถึงแค่สิ่งที่บุคคลต้องการกระทำ แต่หมายถึงสิ่งที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าสามารถทำได้ ความเชื่อมั่นนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้นักจิตวิทยาเข้าใจและทำนายได้ว่าบุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใด นอกจากนี้ Bandura ได้แบ่งลักษณะทางการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติความทนทาน (Strength) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองยังมีความสามารถอยู่ แม้ว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นก็ตาม มิติการรับรู้ระดับความสามารถ (Magnitude) หมายถึง การรับรู้ระดับความสามารถของตนเองที่สามารถเอาชนะความยากของอุปสรรคนั้นได้ และมิติทั่วไป (Generality) หมายถึง การรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพตามปกติทั่วไปของตนเอง ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบไปด้วย การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง (Mastery experiences) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experiences) การได้รับแรงจูงใจทางสังคม (Social persuasion) และสภาวะทางร่างกายและจิตใจของตนเอง (psychological and physiological state)

2.ความหวัง (Hope) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีความคิดมุ่งมั่นและปรารถนาในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นความพยายามของบุคคลที่เกี่ยวพันกับพลังหรือแรงจูงใจที่ต้องการบรรลุเป้าหมาย แล้วทำการกำหนดแนวทางและทางเลือกที่ไปสู่

เป้าหมายนั้น (Luthans, Youssef, et al., 2007) ความหวังเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทุนทางจิตวิทยา เป็นลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงด้านบวกของบุคคลในการพยายามไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แนวคิดเกี่ยวกับความหวังพัฒนาขึ้นโดย Snyder ในช่วงทศวรรษที่ 21 และต่อมา Luthans ได้นำมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบของแนวคิดทุนทางจิตวิทยา Snyder and Lopez (2001) ให้คำนิยามของความหวังไว้ว่าเป็นความคิดของบุคคลที่มีตัวกระตุ้นคือเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อหาวิธีการหรือแนวทางที่ไปให้ถึงเป้าหมายนั้น แนวคิดเรื่องความหวังนี้ก็มักถูกนำไปเปรียบเทียบกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดการมองโลกในแง่ดี หรือแม้แต่แนวคิดความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลล้วนมีเป้าหมายชีวิตที่แตกต่างกัน วิธีการหรือแนวทางที่ไปให้ถึงเป้าหมายก็แตกต่างกัน แต่ทั้งสองอย่างก็ล้วนเป็นแรงจูงใจที่ช่วยขับเคลื่อนให้บุคคลประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนต้องการ การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมมุ่งมั่นต่อเป้าหมายได้นั้นต้องผ่านกระบวนการคิดและมีความหวังก่อน Snyder แบ่งองค์ประกอบของความหวังออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การมีพลังในการขับเคลื่อนหรือความมุ่งมั่น (Agency) เป็นความปรารถนาและพลังใจที่พยายามกระทำเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ การแสวงหาแนวทาง (Pathways) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสร้างแนวทางที่หลากหลายเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ อาจเป็นแนวทางใหม่หากแนวทางเดิมนั้นพบเจอกับอุปสรรคหรือปัญหา และเป้าหมายของความสำเร็จที่ไปให้ถึง (Goal) เป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดก็ตามที่บุคคลต้องการได้รับ เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และไม่แน่นอน Snyder กล่าวว่าการคิดแบบมุ่งมั่นตั้งใจ (Agency thinking) และการคิดแบบตามแนวทาง (Pathway thinking) นั้นมีผลสนับสนุนกันและกันในการทำให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อเรามีความพยายามในการคิดหาแนวทางต่าง ๆ ก็มีความมุ่งมั่นมากขึ้น เช่นเดียวกันนั้นถ้าเรามีความมุ่งมั่นมากขึ้นก็ส่งผลให้เพิ่มแนวทางมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ความหวังนั้นเป็นภาวะที่เกิดจากแรงกระตุ้นทางบวกที่ต่างไปจากการมองโลกในแง่ดี (Optimism) การมีความหวังคือบุคคลต้องมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและมีพลังใจในการหาแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ให้สำเร็จ

3.ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) เป็นความสามารถหรือคุณลักษณะในการแสดงออกหรือรับมือของบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ อุปสรรคหรือความกดดัน สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกหรือปรับเปลี่ยนลักษณะการแสดงออก เข้าใจความคิด อารมณ์และความต้องการของผู้อื่น สามารถจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้สามารถฟื้นกลับคืนได้อย่างรวดเร็ว (Luthans, Youssef, et al., 2007) สอดคล้องกับ Masten (2001) ที่ให้ความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจว่าเป็นความสามารถในการฟื้นคืนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ร้ายแรงให้กลับเข้าสู่สภาวะปกติ โดยที่สถานการณ์เหล่านั้นอาจเป็นความ

ยากลำบาก ความเครียด สถานการณ์ร้ายแรง ปัญหาสุขภาพหรือครอบครัว ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคล ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านเรื่องราวเหล่านี้ไปได้ ความยืดหยุ่นทางจิตใจนั้นเป็นทักษะที่ไม่สามารถสร้างขึ้นมาได้เองในทันที แต่ต้องผ่านการสั่งสมมาจากประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็กที่ได้ก้าวข้ามผ่านความพ่ายแพ้ ล้มเหลว ความไม่สมหวัง และสภาวะทางอารมณ์ที่เคยท้อแท้และหมดกำลังใจมาก่อน จากการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจพบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นศักยภาพของบุคคลในการเผชิญปัญหาอุปสรรคหรือความยุ่งยากต่าง ๆ จนเมื่อผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้ทำให้บุคคลนั้นมีความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย สิ่งที่ฉันมี (I have) เป็นปัจจัยภายนอกที่มีส่วนสนับสนุนบุคคล เช่น การเลี้ยงดูจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และสังคมรอบข้าง ที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อถือ มีความรัก มีความมั่นคงปลอดภัย ตลอดจนการมีตัวแบบที่ดีให้บุคคลได้เรียนรู้และปฏิบัติตาม เป็นต้น สิ่งที่ฉันเป็น (I am) เป็นปัจจัยที่มีอยู่ภายในใจหรือจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก ทัศนคติและความเชื่อในทางบวกที่ช่วยสนับสนุนให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ และสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) เป็นปัจจัยที่บุคคลเรียนรู้จากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ได้รับจากสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยสนับสนุนความยืดหยุ่นทางจิตใจของบุคคล ปัจจัยทั้ง 3สิ่งนั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากทั้งตนเอง บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด จึงทำให้บุคคลเกิดความสามารถฟื้นคืนพลังทางจิตใจ (Grotberg, 1995 cited in Harland et al., 2005)

4.การมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีทัศนคติหรือมุมมองในเชิงบวกที่ดีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงการยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ว่าไม่ได้เกิดจากบริบทแวดล้อมหรือตัวบุคคลเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง คนที่มองโลกในแง่ดีมักเป็นคนที่มีสุขภาพจิตดี และมีความมั่นคงทางอารมณ์ การมองโลกในแง่ดีถือเป็นเป็นการมองตนเอง มองบริบทภายนอก และมองสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีความหวังบนพื้นฐานของความเป็นจริง กล่าวคือ คนที่มองโลกในแง่ดีมีความคาดหวังว่าจะมีเหตุการณ์หรือสิ่งที่ดีเกิดขึ้นกับตน ดังนั้นคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี เนื่องจากในขณะที่คนอื่นมองว่าเป็นปัญหา แต่คนที่มองโลกในแง่ดีมองว่าเป็นโอกาส และสามารถจัดการได้ดีมากกว่า นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดีส่งผลให้เกิดกำลังใจ ไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค ทำให้เกิดสติปัญญาในการรับมือกับปัญหา (Luthans, Youssef, et al., 2007) สอดคล้องกับ Carver และ Scheier ที่ได้อธิบายการมองโลกในแง่ดีว่าเป็นความคาดหวังของบุคคลถึงสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต ตรงกันข้ามกับการมองโลกในแง่ร้ายที่เป็นความคาดหวังของบุคคลถึงสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตัวเองในอนาคต โดยทั้งสอง

คุณลักษณะนี้มีความแตกต่างกัน และเป็นสิ่งที่สำคัญต่อมุมมองในการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านการรับมือหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และความสำเร็จที่บุคคลได้รับจากการรับมือหรือจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกัน (Snyder & Lopez, 2001) การมองโลกในแง่ดี ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุกด้าน ทั้งเรื่องของความอยู่ดีมีสุข การจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Seligman (Luthans & Youssef-Morgan, 2017) ได้กล่าวว่าการมองโลกในแง่ดี เป็นลักษณะของวิธีการคิดหรือมุมมองในแต่ละบุคคล (Explanatory style) ภายใต้สถานการณ์ที่เผชิญ ในแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันออกไปในมุมมองและการอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถระบุได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองเกี่ยวกับชีวิตในลักษณะบวกหรือลบ มุมมองในลักษณะบวกและลบส่งผลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา คนที่มองโลกในแง่ดีคิดว่าสถานการณ์ที่ดีมีโอกาสเกิดขึ้นกับตนเองได้บ่อยครั้ง (Stable) คิดว่าเป็นปัจจัยที่เกิดมาจากตน (Internality) และคิดว่ามันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั่วไป (Globality) ส่วนสถานการณ์ที่ไม่ดี คนที่มองโลกในแง่ดีคิดว่าเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นแบบบังเอิญ ไม่ได้เกิดเป็นประจำ (Unstable) น่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอก (External) และคิดว่ามันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง (Specific) แม้ว่าการมองโลกในแง่ดีดูคล้ายกับว่าเป็นลักษณะนิสัยที่ติดตัวมาในแต่ละบุคคลต่างจากสภาวะต่าง ๆ ที่สามารถกระตุ้นหรือสร้างให้เกิดการพัฒนาขึ้นมาได้จากกระบวนการต่าง ๆ อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาพบว่าการประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตที่ผ่านมาในอดีตช่วยสร้างความเชื่อในการมองโลกในแง่ดีได้ ดังนั้นการฝึกฝนเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และการได้รับผลลัพธ์เชิงบวกช่วยเสริมสร้างและพัฒนาคุณลักษณะของการมองโลกในแง่ดีได้เช่นกัน (Folkman & Moskowitz, 2000)

4.4 การวัดการประเมินทุนทางจิตวิทยา

ทุนทางจิตวิทยาเป็นทรัพยากรภายในตนเองที่มีลักษณะเป็นสภาวะ สามารถพัฒนาและเป็นสิ่งที่วัดได้ แบบวัดทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital Questionnaire: PCQ-24) เป็นมาตรวัดที่ได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลาย มีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report) ที่ถูกนำมาใช้เป็นส่วนใหญ่ในการศึกษาและงานวิจัยเกี่ยวกับทุนทางจิตวิทยา แบบวัดนี้มีคำถาม 6 ข้อในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของทุนทางจิตวิทยา รวมทั้งหมดมี 24 ข้อ แบบวัดทุนทางจิตวิทยา PCQ-24 นี้ถูกพัฒนาขึ้นมาจากการนำแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญของแต่ละองค์ประกอบในทุนทางจิตวิทยามาสร้าง มาตรวัดด้านความหวังมาจากแนวคิดของ Snyder และคณะ มาตรวัดด้านการรับรู้ความสามารถในตนเองมาจากแนวคิดของ Parker มาตรวัดด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจมาจากแนวคิดของ Wagnild และ Young และมาตรวัดด้านการมองโลก

ในแง่ดีมาจากแนวคิดของ Scheier และ Carver (Luthans, Avolio, et al., 2007) ดังนั้นแบบวัดทุนทางจิตวิทยา PCQ-24 จึงมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือในการนำไปใช้ เนื่องจากได้นำเอาแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรวัด และได้นำข้อวัดมาปรับเนื้อหาข้อความเพื่อให้มีขอบเขตการวัดที่เฉพาะตามบริบท หลังจากนั้นมีการพัฒนาแบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบย่อขึ้นมา มีทั้งหมด 12 ข้อ (Short Psychological Capital Questionnaire: PCQ-12) เป็นมาตรวัดที่ได้รับความนิยมรองลงมา มาตรวัดแบบย่อนี้มีข้อวัดน้อยลงและได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้ว มาตรวัดได้รับการดัดแปลงและพัฒนามาจากมาตรวัดเดิม มีมาตรวัดด้านความหวัง 4 ข้อ มาตรวัดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3 ข้อ มาตรวัดด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ 3 ข้อ และมาตรวัดด้านการมองโลกในแง่ดี 2 ข้อ แบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบย่อ นอกจากมีข้อได้เปรียบกว่าแบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบเดิมในทางปฏิบัติที่เห็นได้ชัด คือ ด้านข้อวัดที่น้อยลงเพื่อให้ได้รับความร่วมมือมากขึ้นและลดความเหนื่อยล้าของผู้ตอบแบบวัดแล้ว แบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบย่อ ยังไม่มีข้อวัดแบบคะแนนย้อนกลับ ข้อวัดดังกล่าวมักเป็นปัญหาของแบบวัดโดยทั่วไป นอกจากนั้นแบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบย่อยังมีข้อวัดที่มีความเหมาะสมในการนำไปแปลและใช้งานด้านการวัดการประเมินที่ข้ามวัฒนธรรม เห็นได้จากจำนวนภาษาที่แบบวัดนั้นได้ถูกนำไปแปลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน สุดท้ายนี้แบบวัดทุนทางจิตวิทยาแบบย่อก็ได้รับการปรับให้เข้ากับบริบทอื่น ๆ นอกเหนือจากบริบทการทำงาน เช่น ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ และชีวิตทั่วไปโดยรวม เช่นเดียวกันกับแบบวัดทุนทางจิตวิทยาฉบับเต็ม (Luthans & Youssef-Morgan, 2017)

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เห็นได้ว่าทุนทางจิตวิทยาตามแนวคิดของ Luthans นั้นเป็นคุณลักษณะทางบวกที่มีลักษณะเป็นสภาวะของบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ มีความเป็นเอกลักษณ์และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต Luthans เลือกองค์ประกอบจากพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การมีความหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ มาทำการศึกษารวมกันเป็นตัวแปรเดียวที่เรียกว่า ทุนทางจิตวิทยา เนื่องจากทุนทางจิตวิทยานี้เป็นตัวแปรที่มาจากพฤติกรรมเชิงบวก จึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดของตัวแปรนี้มาทำการศึกษาวิจัย

ตอนที่5 ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory)

ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory หรือ SDT) เป็นทฤษฎีที่สำคัญในทางจิตวิทยาที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1980 โดย Ryan และ Deci ทฤษฎีนี้กล่าวถึงแรงจูงใจและบุคลิกภาพของมนุษย์ที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาเชิงประจักษ์และกระบวนทัศน์ที่มองมนุษย์ในเชิง

อินทรีย์คือ มองว่าธรรมชาติของมนุษย์มีความกระตือรือร้นและมีความคิดริเริ่มในการลงมือทำสิ่งต่าง ๆ ทำการศึกษาถึงความต้องการพื้นฐานทางจิตภายในของมนุษย์ 3 ด้าน คือ การมีสัมพันธภาพ (relatedness needs) การมีความสามารถ (competence needs) และการมีอิสระแห่งตน (autonomy needs) ความต้องการเหล่านี้เป็นแรงจูงใจภายในที่ช่วยให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามและมีความสุขในการทำสิ่งต่าง ๆ และการใช้ชีวิต เป็นพลังที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้วพลังนั้นมีมาตั้งแต่เกิดหรือเกิดจากความต้องการที่ได้รับจากการเรียนรู้ ทฤษฎีการกำหนดตนเองนั้นมีความสำคัญทั้งในด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ เนื่องจากสามารถทำให้ตระหนักถึงพื้นฐานของกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสังคม การพัฒนาและการเบี่ยงเบนของมนุษย์ ทฤษฎีนี้ยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์และดำเนินการในสภาพแวดล้อมทางสังคมต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ห้องเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและการเติบโตที่เหมาะสมของมนุษย์ ทำให้ทฤษฎีการกำหนดตนเองมีความสำคัญทั้งในด้านการศึกษาทางวิทยาศาสตร์และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของบุคคลและองค์กรต่าง ๆ โดยที่ Ryan และ Deci กล่าวว่าทฤษฎีการกำหนดตนเอง เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับแรงจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและมีความน่าเชื่อถือ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในกลุ่มทฤษฎีความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของมนุษย์และความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ ทฤษฎีการกำหนดตนเองมุ่งเน้นไปที่ระดับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลโดยมีแรงจูงใจในตนเองและการตัดสินใจด้วยตนเอง แรงจูงใจอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติก็ได้ แรงจูงใจตามทฤษฎีการกำหนดตนเองอาจแบ่งแยกความแตกต่างได้ตามเหตุผลและเป้าหมายที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ประกอบไปด้วย (Ryan & Deci, 2000, 2017)

1. การไม่มีแรงจูงใจ (Amotivation) เป็นสภาวะของการขาดการกำหนดตนเองในการกระทำ เมื่อไม่มีแรงจูงใจบุคคลไม่ทำสิ่งต่าง ๆ หรือทำโดยปราศจากความตั้งใจ เป็นเพียงแค่การเคลื่อนไหวเท่านั้น ผลจากการไม่มีแรงจูงใจคือการไม่เห็นคุณค่าของสิ่งที่ทำ ไม่เกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการทำสิ่งนั้นได้หรือไม่ได้ และไม่เกิดความคาดหวังต่อการได้รับผลลัพธ์ใดๆ

2. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) เป็นการกระทำที่มาจากความสนใจ หรือความต้องการในการทำพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ควบคุมการกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิด มีความเป็นอิสระแห่งตนสูง และเป็นลักษณะของการกำหนดด้วยตนเอง แรงจูงใจภายในส่งผลกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ว่าจะไม่ได้รับการควบคุมจากสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก

3. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นการกระทำที่นำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างที่ต้องการโดยมีแรงขับหรือปัจจัยภายนอกมากดดันและมีลักษณะแตกต่างกันไปตามลักษณะการกำหนดตนเอง ประกอบไปด้วย การควบคุมจากภายนอก (external regulation) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความพึงพอใจที่มาจากความต้องการภายนอกหรือสิ่งตอบแทน เป็นพฤติกรรมที่ได้รับแรงจูงใจภายนอกที่มีความเป็นอิสระแห่งตนน้อยที่สุด การควบคุมด้วยการแทรกแซง (introjected regulation) เป็นรูปแบบของแรงจูงใจที่มีการแทรกแซงด้วยการควบคุมบางส่วนจากภายนอกเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อหลีกหนีความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล หรือเพื่อบรรลุตัวตน(ego) เช่น การแสดงความสามารถเพื่อทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นการกระทำเพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ถึงแม้ว่าแรงจูงใจประเภทนี้เป็นแรงขับภายใน แต่พฤติกรรมการแทรกแซงที่เกิดขึ้นยังคงมีสาเหตุจากภายนอก และไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความต้องการของตนอย่างแท้จริง การควบคุมจากลักษณะของบุคคล (identified regulation) เป็นรูปแบบของแรงจูงใจในการกระทำที่เกิดจากค่านิยมหรือความต้องการเฉพาะของบุคคล เป็นรูปแบบของแรงจูงใจภายนอกที่มีความเป็นอิสระแห่งตนหรือการกำหนดด้วยตนเองมากขึ้น เป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการตระหนักในคุณค่าของเป้าหมาย และสุดท้าย การควบคุมด้วยการบูรณาการให้เข้ากับบุคคล (Integration regulation) เป็นรูปแบบของแรงจูงใจในการกระทำที่เกิดจากทั้งค่านิยมส่วนบุคคลและการสังเคราะห์ค่านิยมและความเชื่ออื่นๆ เป็นแรงจูงใจภายนอกที่เป็นรูปแบบที่มีความเป็นอิสระแห่งตนมากที่สุด เป็นแรงจูงใจที่เกิดต่อเนื่องจากการควบคุมจากลักษณะของบุคคล (identified regulation) เกิดขึ้นเมื่อเกิดการควบคุมจากลักษณะของบุคคล (identified regulation) ได้อย่างสมบูรณ์ มีความสอดคล้องกลมกลืนเข้ากับตัวเอง ได้รับการประเมินค่าและมีความสอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการจำเป็นของตนแล้ว เมื่อบุคคลยึดมั่นในการควบคุมและซึมซับการควบคุมเหล่านั้นแล้วบุคคลก็มีความเป็นอิสระแห่งตนในการกระทำมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ทฤษฎีการกำหนดตนเองยังอธิบายเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองได้ภายใต้แนวคิดที่ว่ามนุษย์มีการเรียนรู้ มีความสามารถ มีการพัฒนาตนเอง มีประสบการณ์ และมีสุขภาวะทางจิตมาตั้งแต่กำเนิด พัฒนาไปตามศักยภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้จากบริบทแวดล้อมทางสังคมและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา ทั้งหมดพัฒนากลายเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล แรงจูงใจและบริบทแวดล้อมทางสังคมนั้นมีผลกระทบต่อมุมมองและพฤติกรรมของบุคคล การเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจภายในและความหลากหลายของแรงจูงใจภายนอกมีบทบาทสำคัญในกระบวนการทางจิตวิทยาและมีผลต่อการมีพฤติกรรมของบุคคล บุคคลแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันในการแสดงพฤติกรรม เนื่องจาก

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมหรือวัฒนธรรม และความรู้สึกที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น อันทำให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาวะที่ดี อีกทั้งทฤษฎีการกำหนดตนเองยังกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเอื้อต่อการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ที่มีอิสระ ความสามารถ และการคงอยู่ที่ได้รับการสนับสนุน ทำให้เพิ่มความตั้งใจและลักษณะของแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาและเติบโตของบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความจำเป็นต่าง ๆ ในการสร้างแรงจูงใจและประสบการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมและสุขภาวะที่ดีนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ความรู้ดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับครอบครัวและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการรับรู้ความคิดความเข้าใจและบุคลิกภาพ เนื่องจากเป็นความรู้ที่กล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในด้านข้อมูลข่าวสารและการควบคุมพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต่อนักจิตบำบัดและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เนื่องจากแรงจูงใจอาจเป็นตัวแปรสำคัญต่อการเกิดความเปลี่ยนแปลงที่ถาวร ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อความสมดุลของการสนับสนุนหรือการลดทอนความต้องการพื้นฐานทางจิต ที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จและสุขภาวะของบุคคลได้ (Ryan & Deci, 2000)

ในภาพรวมของทฤษฎีการกำหนดตนเองกล่าวได้ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับความเป็นอิสระและการรับรู้ความสามารถของบุคคล การแสดงพฤติกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมทางสังคม เป็นพื้นฐานในการทำนายการกำหนดตนเองที่แสดงพฤติกรรมและการพัฒนาตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมาย ทฤษฎีการกำหนดตนเองแบ่งย่อยออกเป็น 6 ทฤษฎีย่อย ประกอบไปด้วย (Ryan & Deci, 2017)

1.ทฤษฎีการประเมินการรับรู้ความคิดความเข้าใจ (Cognitive evaluation theory: CET) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงบริบทแวดล้อมทางสังคมที่เป็นปัจจัยในการส่งเสริมหรือยับยั้งการเกิดแรงจูงใจภายในที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่น ความเพลิดเพลิน ความสนใจ และความผูกพัน นอกจากนี้ยังระบุถึงผลกระทบของบริบทแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อแรงจูงใจภายใน เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถ ความเป็นอิสระ และการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การเปรียบเทียบกับผู้อื่นและการสนับสนุนของบริบทแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจภายในและการควบคุมพฤติกรรม แรงจูงใจจากภายในนำไปสู่พฤติกรรมของบุคคลที่ขับเคลื่อนด้วยความสนใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ และความเหมาะสม จำเป็นสำหรับการกำหนดตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2.ทฤษฎีการปรับตัวเข้ากับบริบท (Organismic integration theory: OIT) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสนใจตามความคิดที่อยู่ภายในตัวบุคคล โดยมีอิทธิพลของแรงจูงใจภายนอกที่ส่งผลต่อองค์ประกอบที่อยู่ภายในตัวบุคคล กล่าวคือ การที่บุคคลเลือกที่จะทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น

เป็นผลมาจากแรงจูงใจภายนอก เช่น การที่บุคคลทำสิ่งที่ไม่ตรงกับความต้องการของตนเอง แต่หากได้รับแรงจูงใจภายนอก เช่น รางวัล หรือ คำชม สิ่งที่ตามมาคือบุคคลนำแรงจูงใจภายนอกมายึดเป็นพฤติกรรมที่ตนเลือกในการทำสิ่งนั้น ผลต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความต่อเนื่องของแรงจูงใจภายนอกที่ได้รับในแต่ละบุคคล

3.ทฤษฎีปฐมเหตุ (Causality orientation theory: COT) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความแตกต่างของบุคคลไม่ว่าเป็นลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ หรือความสนใจ ที่นำไปสู่การสร้างแรงจูงใจและการกำหนดตนเอง มีลักษณะการหล่อหลอมภายในตัวบุคคลที่จำเป็นต้องพิจารณา (Causality orientations) ดังนี้ การหล่อหลอมด้านการมีอิสระแห่งตน (Autonomy orientation) เกี่ยวกับความต้องการและความสนใจของตนเอง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมตามความต้องการของตนมักพบความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลิกภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น การหล่อหลอมจากแนวการควบคุม (Control orientation) เกี่ยวกับการได้รับรางวัลหรือความยอมรับ เป็นการปฏิบัติตนตามความต้องการของบุคคลอื่น และการหล่อหลอมแบบไม่เกี่ยวกับบุคคลหรือการไม่มีแรงจูงใจ (Impersonal or amotivated orientation) เป็นสิ่งที่มาจากการตระหนักถึงเหตุผล และความกังวลต่อความสามารถ แรงจูงใจภายในตนเองจึงมีความสัมพันธ์ร่วมกับพฤติกรรมการมีอิสระแห่งตน

4.ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic psychological needs theory: BPNT) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการภายในหรือแรงจูงใจภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อเอื้อต่อการเจริญเติบโต ความสมบูรณ์พร้อม และการมีสุขภาวะที่ดี โดยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกในกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการในการมีสุขภาวะที่ดี และความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า บุคคลมีความต้องการมีความสามารถ (Competence needs) จึงมีการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะที่นำไปสู่จุดหมาย บุคคลต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs) จึงมีการผูกมิตรกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย นอกจากนี้บุคคลยังมีความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs) ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ความต้องการมีอิสระในตนเองนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นในการสนับสนุนและกระตุ้นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง การรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อนำไปสู่ความท้าทาย การเรียนรู้ และการพัฒนา ในขณะที่ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นเป็นความพึงพอใจในการเชื่อมโยงและความใกล้ชิดร่วมกับบุคคลอื่นและการมีส่วนร่วมในบริบทแวดล้อมทางสังคม บริบทแวดล้อมทางสังคมมีผลต่อการสนับสนุนหรือ

ขัดข้องความต้องการพื้นฐานทางจิตและส่งผลต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี ความต้องการเหล่านี้ถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการมีสุขภาวะที่ดีในกระบวนการทางจิตวิทยา

5.ทฤษฎีความพึงพอใจในเป้าหมาย (Goal content theory: GCT) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความแตกต่างระหว่างแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญงอกงามและพฤติกรรมของบุคคล ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและข้อมูลของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่นต่อเป้าหมาย แตกต่างจากความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานและการมีสุขภาวะที่ดี เป้าหมายจากแรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการได้รับผลตอบแทนและการได้รับการเติมเต็มความพึงพอใจในความต้องการทางจิต เช่น เป้าหมายในการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นจากแรงบันดาลใจหรือความสนใจของบุคคล รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และความเจริญงอกงามภายในตัวบุคคล ในทางตรงกันข้ามการมีเป้าหมายจากแรงจูงใจภายนอกนั้นอาจเกี่ยวข้องกับการได้รับรางวัล การเป็นที่ยอมรับ และความพึงพอใจที่มาจากสิ่งที่เป็นรูปธรรม

6.ทฤษฎีแรงจูงใจสัมพันธ์ (Relationship motivation theory: RMT) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการในความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กันโดยสมัครใจของบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการมีแรงจูงใจภายในจากสาเหตุของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ความสัมพันธ์ลดน้อยลง เช่นเดียวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบหากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดขาดความเป็นอิสระในการเชื่อมโยงความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตมีความสัมพันธ์กับความผูกพันที่ปลอดภัย ความถูกต้อง และความเชื่อมั่นทางอารมณ์ รวมถึงความมีชีวิตชีวาและความสมบูรณ์แข็งแรง ทฤษฎีนี้เสนอว่าความต้องการที่พึงพอใจและความคับข้องใจส่วนใหญ่เป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางจิต การได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นอิสระจากผู้ที่มีความสัมพันธ์ด้วยช่วยสนับสนุนในการตอบสนองความต้องการของผู้รับ นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังกล่าวว่าการให้การสนับสนุนอย่างเป็นอิสระแก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดยังเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ให้ ช่วยเพิ่มสุขภาวะของผู้ให้มากกว่าและเหนือกว่าสิ่งที่มาจากการได้รับการสนับสนุน ดังนั้น การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและกันจึงช่วยสนับสนุนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตของบุคคลและความสัมพันธ์เชิงบวกที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นสรุปได้ว่า ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination) มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับแรงจูงใจของบุคคล บุคคลมักถูกจูงใจให้ทำหรือแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การหาที่อยู่อาศัย หรือตอบสนอง

ความต้องการขั้นสูงกว่า เช่น ความต้องการในการประสบความสำเร็จ ความต้องการได้รับคำชม หรือการมีอำนาจ และรวมไปถึงการมีสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดี แรงจูงใจนั้นเกิดขึ้นมาจากทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน แรงจูงใจภายในเป็นสิ่งที่สะท้อนความเป็นตัวตน แนวคิด บุคลิกภาพ และศักยภาพของบุคคล ผ่านออกมาทางการกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ในการศึกษาวิจัยนี้ ทางผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic psychological needs theory) ภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory) มาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของสุขภาวะทางจิตที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ จึงมีความน่าสนใจในการนำมาศึกษาร่วมกับตัวแปรที่สนใจในผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่6 ความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs)

ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic psychological needs theory) เป็นทฤษฎีที่อยู่ภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory) ความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นความต้องการภายในหรือแรงจูงใจภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อเอื้อต่อการเกิดความสมบูรณ์พร้อม ความงอกงาม และการมีสุขภาวะที่ดี โดยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกในกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการในการมีสุขภาวะที่ดี และความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในความต้องการในการกำหนดชีวิตของตนอย่างอิสระ ความต้องการเป็นคนที่มีความสามารถและประสบความสำเร็จ และความต้องการในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นและบริบทแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดแรงจูงใจ พฤติกรรม และการพัฒนาในตนเองของบุคคลในกระทำสิ่งต่าง ๆ ความต้องการพื้นฐานทางจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ (Ryan & Deci, 2017)

1.ความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับอิสระในการกำหนดชีวิตของตนเอง อำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองในการทำสิ่งต่าง ๆ และความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ความต้องการมีอิสระแห่งตนเกิดจากความต้องการของบุคคลในการทำพฤติกรรมหรือตัดสินใจกระทำตามสิ่งที่ตนเองชื่นชอบและสนใจ เป็นความต้องการในการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ มีการตัดสินใจ การจัดการ และการสนับสนุนที่เกิดขึ้นจากตนเอง ไม่ได้ถูกควบคุมหรือกดดันจากบุคคลอื่น แม้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก แต่ก็เกิดจากความสนใจที่มาจากปัจจัยภายในด้วย

2.ความต้องการมีความสามารถ (Competence needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของบุคคลในการสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ มีความปรารถนาถึงผลของความสำเร็จ รวมถึงมีความต้องการในการใช้ทักษะของตนอย่างเต็ม

ประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ ความต้องการมีความสามารถเป็นสิ่งที่นำพาบุคคลไปแสวงหาความท้าทายในชีวิต และความท้าทายมักอยู่ในขอบเขตตามความสามารถที่ตนเองรับรู้ในแต่ละบุคคล ความสามารถจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับโอกาสในการฝึกฝนในความท้าทายที่เหมาะสมกับความสามารถของตน ถ้ายากเกินไปหรือง่ายเกินไปความรู้สึกที่มีต่อความสามารถของตนจะลดลง นอกจากนี้การเติมเต็มความต้องการมีความสามารถยังส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความมั่นใจในการกระทำหรือพฤติกรรมของตนอีกด้วย ความต้องการมีความสามารถสะท้อนถึงความต้องการที่เป็นธรรมชาติในบุคคล การแสดงพฤติกรรมตามความสามารถของตนเองนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่ รับรู้ถึงสิ่งที่ตนสนใจ จึงเกี่ยวข้องกับความต้องการที่บุคคลรับรู้ ความรู้สึกที่มีต่อความสามารถของตนเอง หรือการใช้ความสามารถอย่างเต็มประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมกับบริบทแวดล้อมนั้น ส่งผลดีต่อความพยายามในการทำให้สิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ

3.ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs) เป็นความต้องการของบุคคลในการมีอารมณ์หรือความรู้สึกถึงความใกล้ชิด มีความเชื่อมโยง หรือมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น เกิดการรับรู้ถึงการมีส่วนร่วม ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง เป็นที่ยอมรับ รู้สึกถึงการสนับสนุนหรือความห่วงใยจากบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากบุคคลอื่น และมีความผูกพันกับบุคคลอื่นในสังคม

ตามทฤษฎีการกำหนดตนเอง การเติมเต็มความต้องการครบทั้ง 3 ด้าน จะทำให้เกิดกระบวนการทางจิตวิทยาที่ดีที่สุด เมื่อความต้องการพื้นฐานทางจิตได้รับการสนับสนุนหรือเมื่อความต้องการทั้ง 3 ด้านได้รับการเติมเต็ม บุคคลจะรู้สึกมีแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือเกิดการแสดงออกถึงพฤติกรรมด้วยตนเองและสามารถช่วยทำให้บุคคลมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอีกด้วย (Vansteenkiste & Ryan, 2013) สุขภาวะทางจิตของบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน คือ การมีความสามารถ การมีสัมพันธภาพ และการมีอิสระแห่งตน ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้านเป็นปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาวะ ความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นสิ่งสำคัญในการเติบโตและเจริญงอกงามของบุคคล ในขณะที่ความไม่พึงพอใจนั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญของความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตต่อสุขภาวะ บางการศึกษาเป็นการศึกษาความแตกต่างของความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตเพื่อทำนายสุขภาวะทั้งหมดและความพึงพอใจในชีวิต และมีหลากหลายการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตในบริบท

ต่าง ๆ เช่น การทำงาน กีฬา หรือโรงเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ การวิเคราะห์ระหว่างบุคคลสำรวจการแปรผันของความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตในช่วงเวลาหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันเพื่อทำนายสุขภาวะและสุขภาพในทางเชิงบวก ทฤษฎีนี้มองว่าสุขภาวะที่ดีไม่เพียงแต่มีการรับรู้อารมณ์ในเชิงบวกเท่านั้น แต่ยังมีการแสดงถึงความมีอิสระแห่งตนและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา คนที่มีความพึงพอใจในความต้องการของตนเองมีการตระหนักรู้ มีการบูรณาการ และมีความสุขมากขึ้น ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าความแปรผันของความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการเจริญงอกงามและสุขภาวะของบุคคล (Ryan & Deci, 2000, 2017)

สำหรับการวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตนั้นเครื่องมือที่ใช้วัดเรียกว่า Basic Psychological Need Satisfaction Scales (BPNSS) แบบวัดนี้ประกอบไปด้วยคำถาม 21ข้อที่ใช้ประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นอิสระแห่งตน ความสามารถ และความมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Deci & Ryan, 2000; Gagné, 2003) แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปใช้และได้รับการพัฒนาให้มีความเหมาะสมในหลากหลายบริบท ไม่ว่าเป็นบริบทการทำงาน การออกกำลังกาย หรือในโรงเรียน ในปี ค.ศ. 2012 ได้มีการพัฒนาแบบวัดความต้องการทางจิตที่สมดุล (The Balanced Measure of Psychological Needs: BMPN) ขึ้น แบบวัดนี้ไม่เพียงแต่แบ่งแยกความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 องค์ประกอบออกจากกัน แต่ยังวัดความต้องการทางจิตต่อความพึงพอใจหรือความคับข้องใจอีกด้วย (Sheldon & Hilpert, 2012) และล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 แบบวัดความพึงพอใจและความคับข้องใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต (The Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale: BPNSFS) ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Chen และคณะ เพื่อใช้วัดความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตที่เป็นสากล สามารถใช้ได้โดยทั่วไป เช่นเดียวกันกับองค์ประกอบความต้องการเฉพาะของความพึงพอใจและความคับข้องใจในบริบทต่าง ๆ (Chen et al., 2015)

ตอนที่7 บทบาทของตัวแปรส่งผ่านและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ประกอบไปด้วยตัวแปรต้นเหตุของความสัมพันธ์ที่เรียกว่าตัวแปรอิสระ (independent variable) และตัวแปรผลที่เกิดจากความผันแปรของตัวแปรต้นเหตุเรียกว่าตัวแปรตาม (dependent variable) ลักษณะของตัวแปรที่ทำหน้าที่ส่งผ่านอิทธิพลจากตัวแปรอิสระไปยังตัวแปรตามนั้นเรียกว่าตัวแปรส่งผ่าน (mediating variable) หรือตัวส่งผ่าน (mediator) ตัวแปรส่งผ่านทำหน้าที่รับอิทธิพลจากตัวแปรต้นเหตุและส่งต่อไปถึงตัวแปรผล ลักษณะการทำหน้าที่ของตัวแปรส่งผ่านมี

2 แบบ ได้แก่ การส่งผ่านแบบสมบูรณ์ (full mediation) เป็นสภาวะที่อิทธิพลจากตัวแปรต้นเหตุมีต่อตัวแปรผลโดยส่งผ่านตัวแปรส่งผ่านเพียงอย่างเดียว ไม่มีอิทธิพลทางตรง และการส่งผ่านแบบบางส่วน (partial mediation) เป็นสภาวะที่อิทธิพลจากตัวแปรต้นเหตุมีต่อตัวแปรผลโดยส่งผ่านตัวแปรส่งผ่าน และตัวแปรต้นเหตุก็มีอิทธิพลทางตรงถึงตัวแปรผลโดยไม่ผ่านตัวแปรส่งผ่านด้วยเช่นกัน ตัวแปรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านมีเงื่อนไข ดังนี้ 1.ตัวแปรต้นเหตุต้องมีอิทธิพลต่อตัวแปรส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.ตัวแปรส่งผ่านต้องมีอิทธิพลต่อตัวแปรผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.เมื่อเส้นทางในข้อ 1 และ 2 ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นเหตุไปยังตัวแปรผลจะไม่มีนัยสำคัญอีกต่อไป (ยุวรี ผลพันธิน, 2561)

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิต

Hite (2015) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยา ความต้องการพื้นฐานทางจิต (ความมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ) สุขภาวะทางจิตและศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักแสดงจำนวน 103 คน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตโดยมีองค์ประกอบของความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน และเมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลทางอ้อมอย่างเฉพาะเจาะจงพบว่าองค์ประกอบการมีสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อสุขภาวะทางจิต

Manzano-Garcia and Ayala (2017) ทำการศึกษาบทบาทของความเหนื่อยหน่ายในฐานะตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิต เป็นการศึกษาตามช่วงเวลาที่รวบรวมข้อมูลสามช่วง ในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีภาวะออทิสติกจำนวน 56 คน ทำการทดสอบแบบจำลองสมมุติฐานโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง ผลการศึกษาที่ได้รับแสดงให้เห็นว่าทุนทางจิตวิทยาส่งผลทำให้การเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง ในทางกลับกันทำให้ระดับสุขภาวะทางจิตในกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสำคัญในการทำงานและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาเพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่ายและเกิดสุขภาวะทางจิตที่มากขึ้น

Chiracu et al. (2023) ทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยา คุณภาพชีวิต และสุขภาวะของมารดาที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะดาวน์ซินโดรม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 98 คน ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์บทบาทของตัวแปรส่งผ่านพบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตน ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะ ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อ

สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตสามารถเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะในกลุ่มตัวอย่างได้

ณัฐวุฒิ อรินทร์ (2555) ทำการศึกษาเพื่อทดสอบการวิเคราะห์ของตัวแปรกลุ่มงานที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรภายในกลุ่มงาน และเพื่อพัฒนาและทดสอบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของปัจจัยบุคคลและปัจจัยกลุ่มงานที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 531 คน และ 120 กลุ่มงาน ผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิเคราะห์แบบจำลองพหุระดับ พบว่าทุนทางจิตวิทยาสามารถทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านไปยังสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมได้

7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น)

Ataee and Bagheri (2019) ทำการศึกษาเพื่อหาความสามารถในการทำนายทุนทางจิตวิทยาของความเชื่อพื้นฐานและความต้องการพื้นฐานทางจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่แต่งงานแล้ว 260 คน ที่ผ่านการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก รวบรวมข้อมูลโดยใช้มาตราวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตของ Guardia และ Deci และ Ryan (2000) มาตรวัดความเชื่อพื้นฐานของ Katelin และ Epstein (1992) และมาตรวัดทุนทางจิตวิทยาของ Luthans et al. (2007) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานด้วยโปรแกรม SPSS ผลการศึกษาที่ได้รับจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณ แสดงให้เห็นว่าความเชื่อพื้นฐานและความต้องการพื้นฐานทางจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุนทางจิตวิทยาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความเชื่อพื้นฐาน ($p < 0.01$) และความต้องการพื้นฐานทางจิต ($p < 0.01$) มีความสามารถในการทำนายทุนทางจิตวิทยาของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อนำผลการวิจัยไปใช้และพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยานั้น ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเชื่อพื้นฐานและความต้องการพื้นฐานทางจิตด้วย

Plessis and Altintas (2024) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยา แรงจูงใจ และสุขภาวะ ในสถานการณ์การลาออก กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานบริษัท 250 คน รวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามที่เกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) ทุนทางจิตวิทยา การควบคุมแรงจูงใจ และสุขภาวะ (ความภาคภูมิใจในตนเอง อารมณ์เชิง

บวก ความคิดเชิงบวก และความมีชีวิตชีวา) ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของทุนทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่เป็นอิสระที่นำไปสู่การเกิดสุขภาวะที่สูงขึ้น

Baluku et al. (2024) ทำการศึกษาเพื่อตรวจสอบว่าความเชื่อในความยุติธรรมของโลก และทุนทางจิตวิทยา สามารถเป็นทรัพยากรของบุคคลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อ HIV ได้หรือไม่ ทำการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 227 คน และกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา จำนวน 187 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อในความยุติธรรมของโลกมีความสัมพันธ์เชิงบวกโดยตรงกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต ความคับข้องใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา และความงอกงามทางสุขภาพจิต ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อ HIV ทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต และความงอกงามทางสุขภาพจิต ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ตอนต้นที่ติดเชื้อ HIV ทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา เท่านั้น และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคับข้องใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา การวิเคราะห์ทางสถิติแบบอนุกรมแสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของความเชื่อในความยุติธรรมของโลกต่อความงอกงามทางสุขภาพจิต ได้รับการไกล่เกลี่ยโดยทุนทางจิตวิทยาและความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต อิทธิพลของความเชื่อในความยุติธรรมของโลกต่อความทุกข์ได้รับการไกล่เกลี่ยโดยทุนทางจิตวิทยาและความคับข้องใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตวิทยา ในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) กับสุขภาวะทางจิต

León and Núñez (2013) ทำการศึกษาระยะยาวใน 2 ช่วงเวลาเพื่อสร้างลำดับเชิงสาเหตุระหว่างความต้องการพื้นฐานทางจิตและตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิต (ความเป็นอยู่ที่ดี ความภาคภูมิใจในตนเอง และความพึงพอใจในชีวิต) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาจำนวน 272 คน ผลการศึกษาที่ได้รับพบว่า ตัวแปรการมีสัมพันธภาพมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิตทั้งหมด ตัวแปรการมีความสามารถมีผลลัพธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิต (ความเป็นอยู่ที่ดี และความพึงพอใจในชีวิต) ในขณะที่ตัวแปรการมีอิสระแห่งตนไม่มีผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิต จึงสรุปได้ว่าการมีความสามารถและการมีสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะที่ดีภายใต้ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต

Hite (2015) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยา ความต้องการพื้นฐานทางจิต(ความมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ) สุขภาวะทางจิต และศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักแสดง 103 คน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตโดยมีองค์ประกอบของความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน และเมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลทางอ้อมอย่างเฉพาะเจาะจงพบว่าองค์ประกอบการมีสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อสุขภาวะทางจิต

Dombestein et al. (2020) ทำการศึกษาเพื่ออธิบายและทบทวนการศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามมุมมองของทฤษฎีการกำหนดตนเอง ผ่านการสังเคราะห์งานวิจัยแบบบูรณาการด้วยการค้นหาอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาที่ได้รับคัดเลือกทั้งหมดนั้นพบว่าความพึงพอใจในความต้องการขั้นพื้นฐานทางจิตวิทยาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ มีความสำคัญในการทำนายแรงจูงใจและสุขภาวะของผู้ดูแล โดยแรงจูงใจที่เป็นอิสระแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาวะของผู้ดูแล

Tang et al. (2021) ทำการศึกษาอิทธิพลของการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตที่มีต่อสุขภาวะทางจิตผ่านแรงจูงใจที่เป็นอิสระแห่งตนภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตนเองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวจีนจำนวน 510คน และชาวฝรั่งเศส 170คน ผลการศึกษาที่ได้รับจากแบบจำลองสมการโครงสร้างระบุว่าความพึงพอใจในความต้องการเอื้อให้เกิดแรงจูงใจที่เป็นอิสระแห่งตนที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตได้ จากการวิเคราะห์การกลั่นกรองยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในความสามารถและสุขภาวะทางจิต พบว่าการมีส่วนร่วมของความพึงพอใจในความสามารถต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีพบในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนมากกว่าผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธนาทิพย์ บุญเจริญผล (2565) ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้บรรยากาศในองค์กรที่มีต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีองค์ประกอบของความต้องการพื้นฐานทางจิต ได้แก่ การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมจำนวน 210 คน ผลการศึกษาที่ได้รับพบว่า โมเดลสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่า การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ เป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศในองค์กรและสุขภาวะทางจิตได้

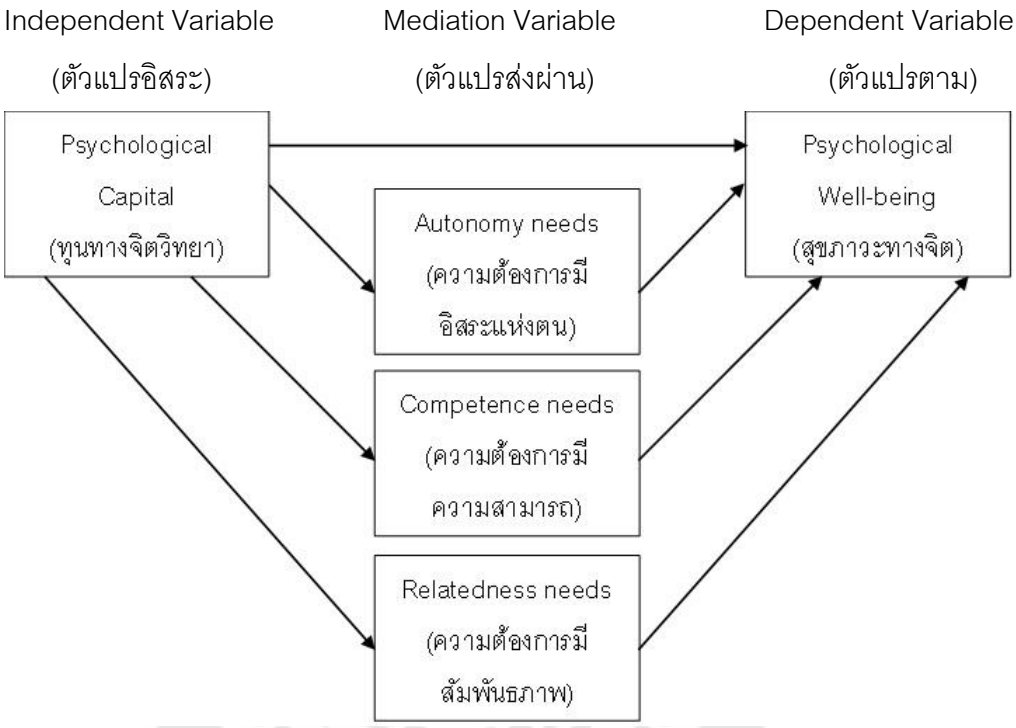
ตอนที่8 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

8.1 ที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนการศึกษาและงานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้สังเกตเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในศึกษาเพื่อนำมาใช้อ้างอิงในการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตัวเองได้ดังนี้

สุขภาวะทางจิตเป็นลักษณะของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิต และการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและเหตุการณ์ที่เผชิญ ถือว่าสุขภาวะทางจิตเป็นสิ่งที่ได้รับมาจากการสนับสนุนของแรงจูงใจภายในบุคคล ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความต้องการภายในหรือแรงจูงใจภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นเพื่อเอื้อต่อการเกิดความสมบูรณ์พร้อม ความงอกงาม และการมีสุขภาวะที่ดี โดยมีความสัมพันธ์กับกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการมีสุขภาวะที่ดีและความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิต ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า บุคคลต้องการมีความสามารถ (Competence needs) จึงมีการเรียนรู้ฝึกฝนทักษะที่นำไปสู่จุดหมาย บุคคลต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relatedness needs) จึงมีการผูกมิตรกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย นอกจากนี้บุคคลยังมีความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs) ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ส่วนทุนทางจิตวิทยานั้นเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในหรือสภาวะภายในของบุคคลที่เป็นปัจจัยภายในเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเชิงบวก การรับรู้ความคิดความเข้าใจ และการปรับตัวต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้เกิดสุขภาวะทางจิตตามมา เป็นไปตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต กล่าวได้ว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตมีบทบาทในความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิต จากการทบทวนการศึกษาก่อนหน้าบ่งชี้ให้เห็นถึงการเชื่อมโยงตัวแปรที่ศึกษา อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านการศึกษาตัวแปรในฐานะตัวแปรส่งผ่าน (mediating variable) ยังเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญด้วยข้อจำกัดด้านการวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากส่วนใหญ่การศึกษาก่อนหน้าเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ทำให้ขาดการศึกษาในลักษณะตัวแปรส่งผ่านหรือโมเดลความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ซับซ้อน นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศที่ระบุความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ทำการศึกษาตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิตเพียงตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้ตอบประเด็นคำถามการวิจัย การศึกษานี้จึงทำการศึกษาความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน ในลักษณะตัวแปรส่งผ่าน เพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างครอบคลุมและสามารถอธิบายการเกิดสุขภาวะทางจิตของบุคคลได้ชัดเจนมากขึ้น

การศึกษาวิจัยนี้เพื่อหาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีตัวแปรส่งผ่านคือความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถและความต้องการมีสัมพันธภาพ ตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตัวเอง จึงมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

8.2 สมมติฐานการวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทำการศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีกระบวนการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 21-65 ปี ที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล โดยไม่ได้ค่าตอบแทน อาจได้รับหรือไม่ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ใช่ผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลหรือนักวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์หนึ่ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุ (Path analysis) จึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความจัดเจน (Rule of thumb) ที่ระบุว่าให้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนต่อการประมาณค่า 1 พารามิเตอร์ (Hair et al., 2019) ในการศึกษานี้ประกอบด้วยพารามิเตอร์ที่ประมาณค่าตามตัวแปร 6 พารามิเตอร์ ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรภายใน 4 พารามิเตอร์ รวมเป็น 10 พารามิเตอร์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ 10x25 = 250 คน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมทั้งหมดเป็น 265 คน ทำการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างผ่านการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria)

เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 21-65 ปี ที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี สามารถตอบแบบวัดได้เอง สามารถพูดคุยสื่อสารเข้าใจ และมีความยินดีในการให้ข้อมูลและยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก(Exclusion criteria)

เป็นผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน ผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแล หรือนักวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่เข้าข่ายกลุ่มเปราะบาง เช่น สตรีมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการตอบแบบวัด

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria)

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจ ไม่ต้องการตอบคำถามต่อไป หรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ขอออกจากงานวิจัย

สถานที่ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

สถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

2. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-672025 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ทำการศึกษา เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่67013 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและจรรยาบรรณของนักวิจัยโดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และสิทธิที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ในการเข้าร่วมการวิจัยมีการลงนามยินยอมโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบวัดหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ หยุดพักรอจนพร้อมตอบแบบวัดหรือสามารถนัดหมายใหม่อีกครั้ง และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมและออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น สามารถออกจากการ

เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา หากมีข้อสงสัยในงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล เป็นความลับ ไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล หรือระบุตัวตน ผลการศึกษาที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และเสนอในภาพรวม เพื่อผลของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวผู้ตอบ อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ได้รับ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยและการตรวจสอบ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ (Standard Operating Procedures)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนงานวิจัยและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด

ตอนที่2 มาตรวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ประกอบไปด้วย มาตรวัดทุนทางจิตวิทยา มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิต และมาตรวัดสุขภาวะทางจิต

ขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาข้อวัดบางข้อจากมาตรวัดตามแนวคิดของตัวแปรที่ทำการศึกษา และสร้างข้อวัดเพิ่มเติมขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ด้านโครงสร้าง แนวคิด ทฤษฎี ภาษา และการวัดที่ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (Index of item-objective congruence: IOC) คัดเลือกข้อวัดที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .50 ขึ้นไป แล้วนำเครื่องมือที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงแล้วมาทดลองใช้กับผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .70 ขึ้นไป และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง

คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .20 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขจนแบบวัดมีคุณภาพดีแล้ว จึงจัดพิมพ์เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การสร้างเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหรือมาตรวัดต่าง ๆ ที่ใช้ในงานวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัดมีลักษณะให้เลือกคำตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำถาม ดังนี้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของฉัน

1.เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2.อายุ ..... ปี

3.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง

4.ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.

☐ ระดับปริญญาตรี ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี

ตอนที่2 การพัฒนามาตรวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

2.1 มาตรวัดทุนทางจิตวิทยา

เป็นมาตรวัดสภาวะของการรับรู้ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกเชิงบวกของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีการค้นหาแนวทางที่ชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมายให้สำเร็จ มีมุมมองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในด้านดี มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำงานต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ แม้ว่าต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็สามารถยืนหยัดและฟื้นคืนตนเองให้กลับมาได้สำเร็จ มาตรวัดประกอบไปด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความหวัง (Hope) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และการมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ 4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมาก

แสดงว่ามีทุนทางจิตวิทยาสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า ข้อวัดพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Luthans, Avolio, et al. (2007)

ค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ .33 ถึง 1.00 จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ มาตรวัดทุนทางจิตวิทยามีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของข้อวัดตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

ตัวอย่างมาตรวัดทุนทางจิตวิทยา

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย $\surd$ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อที่	ข้อวัด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
x	ฉันมั่นใจในการใช้ความสามารถของตนในการทำสิ่งต่าง ๆ					
xx	ฉันมั่นใจว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้					
xxx	ฉันมั่นใจว่าสามารถคิดวางแผนเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายได้					

ค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดทุนทางจิตวิทยา

ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดทุนทางจิตวิทยาด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .41 ถึง .80 ทุกข้อวัดมีอำนาจจำแนกสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ .20 แสดงว่าข้อวัดในมาตรวัดสามารถใช้วัดทุนทางจิตวิทยาและสามารถจำแนกผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ วัยผู้ใหญ่ที่มีระดับทุนทางจิตวิทยาสูงออกจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับทุนทางจิตวิทยาต่ำ รายละเอียดของค่าอำนาจจำแนกแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดทุนทางจิตวิทยา

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 13)		ต่ำ (n = 12)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
1	ฉันมั่นใจในการใช้ความสามารถของตนในการทำสิ่งต่าง ๆ	4.85	.38	3.58	.67	5.76*	.66
2	ฉันมั่นใจว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้	4.62	.65	3.42	.51	5.08*	.57
3	ฉันมั่นใจว่าสามารถคิดวางแผนเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายได้	4.77	.44	3.50	.67	5.53*	.63
4	ฉันคิดว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ตามบริบทได้อย่างเหมาะสม	4.69	.63	3.75	.62	3.76*	.48
5	ฉันมั่นใจว่าสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการรับมือกับอุปสรรคได้	4.54	.88	3.17	1.03	3.59*	.41
6	ฉันคิดว่าตนเองสามารถหาข้อมูลที่เหมาะสมในการรับมือกับอุปสรรคได้	4.69	.48	3.50	.52	5.95*	.65
7	ฉันมีแรงจูงใจที่จะพยายามทำสิ่งที่ท้าทายให้ประสบความสำเร็จ	4.62	.51	3.58	.67	4.37*	.59
8	ฉันคิดว่าความพยายามของตนในการทำสิ่งต่าง ๆ จะส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา	5.00	.00	3.83	.39	10.38*	.63
9	ฉันเชื่อว่าการคิดหาวิธีที่หลากหลายจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้	4.77	.44	3.67	.49	5.92*	.64
10	ฉันคิดว่าจะประสบความสำเร็จ เมื่อมีการวางแผนในการทำสิ่งต่าง ๆ	4.69	.63	3.58	.67	4.27*	.42
11	ฉันคิดว่าเมื่อตั้งเป้าหมายในการทำสิ่งต่าง ๆ ฉันจะประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ	4.62	.51	3.58	.52	5.05*	.56
12	แม้ว่ายังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ต้องการ ฉันก็จะพยายามทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ	4.85	.38	3.67	.49	6.69*	.70
13	เมื่อเจอกับปัญหา ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกแย่ๆ ที่เกิดขึ้นได้	4.54	.52	3.33	.65	5.14*	.51

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดทุนทางจิตวิทยา (ต่อ)

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 13)		**ต่ำ** (n = 12)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
14	ฉันสามารถดึงให้อารมณ์ตนเองให้กลับมาเป็นปกติได้แม้จะเจอเรื่องร้าย ๆ มาในแต่ละวัน	4.69	.48	3.50	.67	5.13*	.52
15	แม้ว่าฉันจะพบเจออุปสรรค ฉันก็มองเห็นว่าตนเองมีต้นทุนชีวิตอะไรบ้างที่จะสามารถเอาชนะและก้าวผ่านไปได้	4.85	.38	3.42	.79	5.68*	.61
16	แม้ว่าเจอกับความอึดอัดใจในการทำบางสิ่ง ฉันก็สามารถจัดการแล้วผ่านพ้นมันไปได้	4.62	.51	3.75	.45	4.49*	.56
17	ฉันรู้ว่าตนเองจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากทางจิตใจได้อย่างไร	4.77	.44	3.33	.65	6.51*	.80
18	เมื่อรู้สึกจิตใจอ่อนล้า ฉันสร้างกำลังใจให้แก่ตนเองได้	4.77	.44	3.25	.62	7.11*	.73
19	ฉันคิดอยู่เสมอว่าทุกปัญหาย่อมมีทางออก	5.00	.00	3.75	.45	9.57*	.79
20	ฉันคิดว่าทุกปัญหาที่เกิดขึ้น ล้วนทำให้ฉันได้เรียนรู้	4.77	.44	3.92	.67	3.80*	.49
21	ถ้าต้องพบเจอกับปัญหาในการทำสิ่งต่าง ๆ ฉันเชื่อว่าตนเองจะผ่านพ้นไปได้ด้วยดี	5.00	.00	3.75	.62	6.97*	.73
22	ฉันเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จได้อย่างราบรื่น	4.69	.48	3.42	.67	5.51*	.75
23	ฉันคิดว่าผลลัพธ์ที่ต้องการจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้	4.62	.65	3.33	.49	5.52*	.69
24	ฉันคิดว่าหากมีความพยายามก็จะสามารถทำสิ่งที่ยากลำบากให้สำเร็จได้	4.85	.38	3.75	.45	6.61*	.76

2.2 มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิต

เป็นมาตรวัดเกี่ยวกับการได้รับการเติมเต็มความต้องการภายในหรือแรงจูงใจภายในของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเพื่อเอื้อต่อการเกิดความสมบูรณ์พร้อม ความงอกงาม และการมีสุขภาวะที่ดี โดยมีความสัมพันธ์ร่วมกันของ

ความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs) ความต้องการมีความสามารถ (Competence needs) และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ 4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมากแสดงว่าได้รับการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า ข้อวัดพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ryan and Deci (2017) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.2.1 มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน

เป็นมาตรวัดเกี่ยวกับการได้รับการเติมเต็มความต้องการในการกำหนดชีวิตของตนเองและการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีการสนับสนุน การจัดการ และการตัดสินใจที่เกิดจากตนเอง ไม่ได้ถูกควบคุมหรือกดดันจากบุคคลอื่น ถึงแม้ว่าอาจเป็นผลที่มาจากปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดพฤติกรรม แต่ก็มีความสนใจที่มาจากภายในของตนเองด้วย

ค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ .67 ถึง 1.00 จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตนมีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของข้อวัดตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

ตัวอย่างมาตรวัด

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย $\surd$ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อวัด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
x	ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีความกดดันในการใช้ชีวิต					
xx	ฉันไม่รู้สึกกังวลในการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง					
xxx	ฉันคิดว่าตนเองมีโอกาสในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ					

ค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน

ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตนด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .42 ถึง .80 ทุกข้อวัดมีอำนาจจำแนกสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ .20 แสดงว่าข้อวัดในมาตรวัดสามารถใช้วัดและสามารถจำแนกผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตสูงออกจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตต่ำ รายละเอียดของค่าอำนาจจำแนกแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 14)		**ต่ำ** (n = 12)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
1	ฉันคิดว่าตนเองสามารถตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ	4.64	.63	3.00	.74	6.11*	.68
2	ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีความกดดันในการใช้ชีวิต	4.14	.95	2.83	.72	3.91*	.47
3	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ฉันมีส่วนร่วมได้อย่างอิสระ	4.71	.47	3.75	.75	3.98*	.42
4	ฉันมักจะทำในสิ่งที่ฉันอยากทำมากกว่าสิ่งที่คนรอบข้างบอกให้ฉันทำ	4.57	.51	2.83	.58	8.13*	.77
5	ฉันคิดว่าตนเองสามารถแสดงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้	4.29	1.14	2.83	.84	3.65*	.50
6	ฉันไม่รู้สึกกลัวหรือกังวลในการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง	4.57	.51	3.00	.60	7.18*	.80
7	ฉันคิดว่าตนเองมีโอกาสในการเลือกที่จะทำหรือ ไม่ทำสิ่งต่าง ๆ	4.64	.50	3.00	.60	7.62*	.80

2.2.2 มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถ

เป็นมาตรวัดเกี่ยวกับการได้รับการเติมเต็มความต้องการในการสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ มีความปรารถนาถึงความสำเร็จ รวมถึงมีความต้องการในการใช้ทักษะของตนอย่างเต็มประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ ความต้องการมีความสามารถเป็นสิ่งที่นำพาบุคคลไปแสวงหาความท้าทายในชีวิต และความท้าทายมักอยู่ในขอบเขตความสามารถที่ตนเองรับรู้ในแต่ละบุคคล

ค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ .33 ถึง .67 จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถมีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของข้อวัด ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ตัวอย่างมาตรวัด

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย $\surd$ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	ข้อวัด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
x	ฉันคิดว่าสามารถใช้ศักยภาพของตนทำสิ่งต่าง ๆ ได้หลากหลาย					
xx	ฉันคิดว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี					
xxx	ฉันคิดว่าควรเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่จำเป็นให้ได้อย่างรวดเร็ว					

ค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถ

ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .28 ถึง

.85 ทุกข้อวัดมีอำนาจจำแนกสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ .20 แสดงว่าข้อวัดในมาตรวัดสามารถใช้วัดและสามารถจำแนกผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตสูงออกจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตต่ำ รายละเอียดของค่าอำนาจ จำแนกแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีความสามารถ

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 16)		**ต่ำ** (n = 12)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
8	ฉันคิดว่าสามารถใช้ศักยภาพของตนทำสิ่งต่าง ๆ ได้หลากหลาย	4.94	.25	3.50	.52	8.81*	.79
9	ฉันคิดว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี	4.81	.40	3.25	.45	9.64*	.85
10	ฉันคิดว่าควรเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่จำเป็นให้ได้อย่างรวดเร็ว	4.25	1.34	3.33	.78	2.11*	.28
11	ฉันสามารถหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้	4.88	.34	3.33	.65	7.47*	.84
12	ฉันคิดว่าการพัฒนาตนเองจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้	4.94	.25	3.75	.45	8.20*	.69
13	ฉันคิดว่าตนเองมีโอกาสในการแสดงให้เห็นถึงทักษะในการทำสิ่งต่าง ๆ	4.81	.40	3.25	.45	9.64*	.83
14	ฉันมักแสวงหาความท้าทายในชีวิตเพื่อพัฒนาตนเอง	4.56	.51	3.17	.58	6.76*	.69

2.2.3 มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น

เป็นมาตรวัดเกี่ยวกับการได้รับการเติมเต็มความต้องการของบุคคลในการมีความรู้สึกถึงความใกล้ชิด ความเชื่อมโยง หรือมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น เกิดการรับรู้ถึงการมีส่วนร่วม ความเป็นส่วนหนึ่ง ความเป็นที่ยอมรับ รู้สึกถึงการสนับสนุนหรือความห่วงใยจากบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดจากบุคคลอื่นและมีความผูกพันกับบุคคลอื่นในสังคม

ค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ .67 ถึง 1.00 จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและ

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ มาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของข้อวัดตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ตัวอย่างมาตรวัด

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย $\surd$ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	ข้อวัด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
x	ฉันและผู้คนรอบข้างมักคิดถึงความรู้สึกของกันและกัน					
xx	ผู้คนรอบข้างเชื่อมั่นในความคิดเห็นของฉัน					
xxx	ฉันรู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้คนรอบข้าง					

ค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น

ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .57 ถึง .78 ทุกข้อวัดมีอำนาจจำแนกสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ .20 แสดงว่าข้อวัดในมาตรวัดสามารถใช้วัดและสามารถจำแนกผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตสูงออกจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความต้องการพื้นฐานทางจิตต่ำ รายละเอียดของค่าอำนาจจำแนกแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดความต้องการพื้นฐานทางจิตด้านความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 14)		**ต่ำ** (n = 12)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
15	ฉันรู้สึกพึงพอใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้คนรอบข้าง	4.50	.65	3.25	.45	5.59*	.68
16	ฉันคิดว่าตนเองสามารถร่วมมือกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการได้	4.71	.47	3.58	.52	5.86*	.65
17	ฉันมักได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นในการสิ่งที่ฉันทำ	4.64	.50	3.33	.49	6.73*	.62
18	ฉันและผู้คนรอบข้างมักคิดถึงความรู้สึกของกันและกัน	4.86	.36	3.33	.49	8.85*	.57
19	ฉันคิดว่าตนเองมีผู้ที่พร้อมให้ความช่วยเหลือหากต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบาก	4.43	.51	3.33	.49	5.52*	.71
20	ผู้คนรอบข้างมีความเชื่อมั่นในความคิดเห็นของฉัน	4.64	.50	3.17	.39	8.48*	.77
21	ฉันรู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้คนรอบข้าง	4.43	.51	2.83	.58	7.46*	.78

2.3 มาตรวัดสุขภาวะทางจิต

เป็นมาตรวัดลักษณะของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ส่วนตัวในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และการจัดการกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ประกอบไปด้วยความรู้สึกหรืออารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ และความพึงพอใจในชีวิต โดยมีความสอดคล้องขององค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการจัดการบริบทแวดล้อม การมีเป้าหมายในชีวิต และการมีความงอกงามในตนเอง เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก และแปลผลค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 ระดับต่ำ 1.81-2.60 ระดับค่อนข้างต่ำ 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับค่อนข้างสูง และ

4.21-5.00 ระดับสูง ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดมากแสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตสูงกว่า ผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัดน้อยกว่า ข้อวัดพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ryff and Keyes (1995)

ค่าดัชนีความสอดคล้องภายใน (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าตั้งแต่ .33 ถึง 1.00 จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขข้อวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ มาตรวัดสุขภาวะทางจิตมีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

ตัวอย่างมาตรวัดสุขภาวะทางจิต

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย $\surd$ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อที่	ข้อวัด	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
x	ฉันมั่นใจในความคิดของตน แม้ว่าจะแตกต่างจากผู้อื่น					
xx	ฉันมีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
xxx	ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเกิดการเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					

ค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดสุขภาวะทางจิต

ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกของข้อวัดในมาตรวัดสุขภาวะทางจิตด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .34 ถึง .76 ทุกข้อวัดมีอำนาจจำแนกสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่ .20 แสดงว่าข้อวัดในมาตรวัดสุขภาวะทางจิตสามารถใช้วัดและสามารถจำแนกผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับสุขภาวะทางจิตสูงออกจากผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับสุขภาวะทางจิตต่ำ รายละเอียดของค่าอำนาจจำแนกแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดสุขภาวะทางจิต

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 13)		ต่ำ (n = 13)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
1	ฉันพึงพอใจในความสามารถของตน	4.77	.44	3.46	.66	5.95*	.72
2	ฉันพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมาในอดีต	4.46	.66	3.15	.69	4.94*	.64
3	ฉันพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อยก็ตาม	4.77	.44	3.85	.38	5.77*	.70
4	ฉันสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้ เมื่อฉันพยายามทำสิ่งนั้นอย่างเต็มที่แล้ว แต่ก็ยังทำได้ไม่สำเร็จ	4.69	.63	3.62	.51	4.80*	.63
5	ฉันสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับผู้อื่นได้	4.77	.44	3.62	.51	6.21*	.49
6	ฉันมีเพื่อนหรือผู้คนรอบข้างที่สามารถระบายความรู้สึกได้	4.38	.65	3.46	.52	4.00*	.45
7	ฉันและผู้คนที่ใกล้ชิดมีความไว้วางใจต่อกัน	4.69	.63	3.46	.52	5.44*	.61
8	ผู้อื่นมักบอกว่าฉันเป็นคนที่มีน้ำใจและสามารถพึ่งพาได้	4.77	.44	3.62	.51	6.21*	.65
9	ฉันยืนหยัดตั้งมั่นในสิ่งที่ตนเองตัดสินใจทำ	4.85	.38	3.77	.44	6.73*	.61
10	ฉันมั่นใจในความคิดของตน แม้ว่าจะแตกต่างจากผู้อื่น	4.62	.65	3.38	.51	5.38*	.63
11	ฉันตัดสินตนเองจากสิ่งที่ฉันทำ ไม่ใช่จากสิ่งที่ผู้อื่นกำหนด	4.77	.44	3.62	.51	6.21*	.71
12	ฉันให้ความสำคัญกับความสุขของตนเองมากกว่าสิ่งที่ได้รับจากผู้อื่น	4.15	.80	3.15	.90	3.00*	.34
13	ฉันสามารถจัดการกับบริบทแวดล้อมที่ทำให้ฉันไม่มีความสุขให้ดีขึ้นได้	4.54	.66	3.31	.63	4.86*	.68
14	ฉันสามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้	4.69	.48	3.54	.66	5.10*	.60
15	ฉันสามารถสร้างบริบทแวดล้อมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของตนได้	4.46	.66	3.00	.41	6.79*	.71

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ของมาตรวัดสุขภาวะทางจิต (ต่อ)

ข้อที่	ข้อวัด	กลุ่ม				t	CITC
		สูง (n = 13)		ต่ำ (n = 13)		(n = 50)	(n = 50)
		M	*SD*	*M*	*SD*		
16	ฉันสามารถใช้บริบทแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรับมือกับสถานการณ์	4.46	.52	3.15	.56	6.21*	.70
17	ฉันมีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	4.69	.48	3.77	.44	5.12*	.70
18	ฉันมีจุดมุ่งหมายในอนาคตเกี่ยวกับตนเอง	4.92	.28	3.54	.52	8.49*	.76
19	ฉันมีความต้องการในทำสิ่งต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ให้สำเร็จ	4.85	.38	3.62	.51	7.04*	.76
20	ฉันมักวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง	4.77	.44	3.38	.77	5.65	.67
21	ฉันคิดว่าการได้ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพัฒนาศักยภาพของตนเอง	4.77	.44	3.62	.51	6.21*	.67
22	ฉันคิดว่าการได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยสนับสนุนความสามารถของตนเอง	5.00	.00	3.77	.73	6.12*	.76
23	ฉันพยายามที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น	4.77	.44	3.77	.44	5.81*	.62
24	ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเกิดการเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.77	.44	3.92	.28	5.88*	.64

4.ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในการขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เข้าหากลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ทำการชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่พัฒนาขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่

ต้องการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบวัด 20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้

3. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบวัด หากข้อมูลใดขาดหายไม่ครบถ้วนขอความร่วมมือทำแบบวัดเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

5. การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1.ผู้วิจัยเตรียมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ ตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบวัด และตรวจสอบข้อมูลที่ขาดหาย พร้อมทั้งแทนค่าที่ขาดหายด้วยค่าเฉลี่ย พร้อมให้รหัสในแบบวัดตามที่กำหนดไว้

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ใช้สถิติบรรยายสำหรับอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (*M*) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เพื่อใช้ในการอธิบายถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (*M*) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) คะแนนสูงสุด (Max) คะแนนต่ำสุด (Min) ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) เพื่อดูการกระจายตัวของข้อมูลที่ได้รับ

3.การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (The Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรในการวิจัยนี้

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อประมาณค่าอิทธิพลทางตรง (direct effect) และทางอ้อม (indirect effect) ของตัวแปรที่สันนิษฐาน ว่าเป็นสาเหตุต่อตัวแปรผลหรือไม่ และหาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (path coefficient) ใช้ค่าสถิติที่แสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่ทำให้ตัวแปรอีกตัวหนึ่งเปลี่ยนไป (Cohen et al., 2003) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และศึกษาอิทธิพลทางตรงของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต และอิทธิพลทางอ้อมของทุนทางจิตวิทยาที่มีการส่งผ่านความต้องการพื้นฐานทางจิตทั้ง 3 ด้าน คือ การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ ไปยังสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง ทำการตรวจสอบสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความสอดคล้องของโมเดลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐาน มีดังนี้ (Hair et al., 2019)

3.2.1 ค่าไค-สแควร์ (chi-square) เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความกลมกลืนของโมเดลตามสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานศูนย์ (Null Hypothesis) ว่าโมเดลสมมติฐานไม่แตกต่างจากข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นในการทดสอบโมเดล ค่าไค -สแควร์จึงต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) และเมื่อนำค่าไค-สแควร์ มาหารด้วยค่าองศาอิสระ (*df*) ควรมีค่าน้อยกว่า 2 เพื่อยืนยันว่าโมเดลตามสมมุติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกัน แต่ถ้าค่าไค-สแควร์มีค่าสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยต้องทำการปรับข้อมูลเพื่อให้ค่าไค-สแควร์มีค่าต่ำลงและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หากปรับแล้วยังพบนัยสำคัญทางสถิติให้พิจารณาค่าสถิติอื่นประกอบ

3.2.2 ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของความแตกต่างโดยประมาณ (root mean squared error of approximation : RMSEA) เป็นดัชนีจากข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับค่าไค-สแควร์ว่าโมเดลตามสมมุติฐานมีความเที่ยงตรงสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อเพิ่มพารามิเตอร์อิสระแล้วค่าสถิติจะมีค่าลดลง เนื่องจากค่าสถิติขึ้นอยู่กับประชากรและค่าองศาอิสระ ค่าดัชนี RMSEA จะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าดัชนี RMSEA ต่ำกว่า .05 แสดงว่าโมเดลตามสมมุติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี ถ้าอยู่ระหว่าง .05 – .08 แสดงว่าพอใช้ ถ้าอยู่ระหว่าง .08 – .10 แสดงว่าไม่ค่อยดี และถ้ามากกว่า .10 แสดงว่าไม่ดีหรือไม่กลมกลืน

3.2.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index: GFI) เป็นดัชนีที่แสดงถึงความสอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างโมเดลตามสมมติฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าดัชนี GFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลตามสมมุติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนี GFI ควรมีค่าสูงกว่า .90

3.2.4 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (adjusted goodness of fit index: AGFI) เป็นการนำค่าดัชนี GFI มาปรับแก้ โดยคำนึงถึงค่าดัชนีองศาอิสระ จำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนี AGFI มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับค่าดัชนี GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าดัชนี AGFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลตามสมมุติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าดัชนี AGFI ควรมีค่าสูงกว่า .90

ตาราง 6 ค่าสถิติและเกณฑ์การวัดระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลสมมติฐานและข้อมูลเชิงประจักษ์ (Wattananonsakul, 2023)

ค่าสถิติ	**เกณฑ์การพิจารณา**
การทดสอบไค-สแควร์	p>.05
chi-square /*df*	< 2
ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Squared Error of Approximation : RMSEA)	< .05 = สอดคล้องกลมกลืนดี .05 - .08 = สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ได้ .08 - .10 = สอดคล้องกลมกลืนไม่ค่อยดี > .10 = ไม่สอดคล้องกลมกลืน
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	> .90
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit index: AGFI)	> .90

บทที่ 4

ผลการศึกษา

เนื้อหาในบทนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (*M*) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

ตอนที่2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (*M*) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าคะแนนสูงสุด (Max) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis)

ตอนที่3 ผลการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น และสุขภาวะทางจิต

ตอนที่4 ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำเสนอและแปลความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติ และอักษรย่อแทนความหมายต่าง ๆ ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ดังนี้

M	หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนของตัวแปร
SD	หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร
n	หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
Max	หมายถึง ค่าคะแนนสูงสุด
Min	หมายถึง ค่าคะแนนต่ำสุด
SE	หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
C.V.	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย
Sk	หมายถึง ค่าความเบ้ (Skewness)
Ku	หมายถึง ค่าความโด่ง (Kurtosis)
Chi-square	หมายถึง ค่า ไค-สแควร์

R หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

R^2 หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย

df หมายถึง ค่าองศาอิสระ (Degree of Freedom)

p หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

BE หมายถึง ค่าอิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร (Beta)

GFI หมายถึง ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index)

AGFI หมายถึง ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index)

RMSEA หมายถึง ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (Root Mean Squared Error of Approximation)

RMR หมายถึง ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (Root Mean Squared Residual)

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)

IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

TE หมายถึง อิทธิพลรวม (Total Effect)

PsyCap หมายถึง ทุนทางจิตวิทยา (Psychological Capital)

BPN1 หมายถึง ความต้องการมีอิสระแห่งตน (Autonomy needs)

BPN2 หมายถึง ความต้องการมีความสามารถ (Competence needs)

BPN3 หมายถึง ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness needs)

PWB หมายถึง สุขภาวะทางจิต (Psychological Well-being)

ตอนที่1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.93) มีอายุเฉลี่ย 45.66 ปี (*SD* = 12.02) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.45) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.43) ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.42) ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 10,001 – 20,000 บาท (ร้อยละ 23.77) กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 33.59) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 12 เดือน (*SD* = 10.65) มีจำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 10.85 ชั่วโมง (*SD* = 4.84) ส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยรวม 3 ด้าน (ร้อยละ 44.15) ได้แก่ พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 93.58)

ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ร้อยละ 90.57) และดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 84.53) ตามลำดับ แสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (*n* = 265)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	32.07
หญิง	180	67.93
ช่วงอายุ		
อายุ 21-35 ปี	68	25.66
อายุ 36-50 ปี	104	39.25
อายุ 51-65 ปี	93	35.09
M ± SD = 45.66±12.02		
สถานภาพ		
โสด	110	41.51
สมรส	139	52.45
หม้าย/อย่าร้าง	16	6.04
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	21	7.93
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	69	26.04
ระดับปริญญาตรี	131	49.43
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	44	16.60
อาชีพ		
รับราชการ	54	20.38
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	5.28
พนักงานบริษัทเอกชน	39	14.71
ธุรกิจส่วนตัว	70	26.42
เกษตรกรรม	12	4.53
รับจ้าง	46	17.36
ว่างงาน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	11.32

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (*n* = 265) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	22	8.30
10,001 – 20,000 บาท	63	23.77
20,001 – 30,000 บาท	55	20.76
30,001 – 40,000 บาท	30	11.32
40,001 - 50,000 บาท	35	13.21
มากกว่า 50,001 บาท	60	22.64
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พ่อ/แม่	25	9.44
สามี/ภรรยา	89	33.59
บุตร	59	22.26
ญาติ	56	21.13
เพื่อน/เพื่อนบ้าน/คนรับใช้	36	13.28
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
1-6 เดือน	101	38.11
7-12 เดือน	81	30.57
1ปี 1เดือน-2ปี	53	20.00
มากกว่า 2ปี	30	11.32
M ± SD = 12.00±10.65		
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ดูแลผู้ป่วย		
1-5 ชั่วโมง	53	20.00
6-10 ชั่วโมง	74	27.92
11-15 ชั่วโมง	95	35.85
มากกว่า 15 ชั่วโมง	43	16.23
M ± SD = 10.85±4.84		

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 265) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1.พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล	248	93.58
2.ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	118	44.53
3.ช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยที่บ้าน	224	84.53
4.ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	240	90.57
จำนวนด้านในการดูแลผู้ป่วย		
1 ด้าน	9	3.40
2 ด้าน	43	16.23
3 ด้าน	117	44.15
4 ด้าน	96	36.22

ตอนที่2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรในโมเดลทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น และสุขภาวะทางจิต ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติต่าง ๆ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนสูงสุด (Max) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดตามตาราง 8 ดังนี้

ตาราง 8 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (*n* = 265)

ตัวแปร	Min	Max	*M*	*SD*	C.V.	Sk	Ku
PsyCap	3.00	5.00	4.30	.55	.30	-.49	-.56
Basic Psychological Needs							
BPN1	2.00	5.00	4.20	.79	.63	-.52	-.83
BPN2	2.00	5.00	4.32	.68	.47	-.65	-.10
BPN3	2.00	5.00	4.25	.72	.51	-.66	.07
PWB	2.17	5.00	4.35	.56	.32	-1.11	1.56

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ทุนทางจิตวิทยา มีค่าเฉลี่ย (*M*) เท่ากับ 4.30 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เท่ากับ .55 ค่าคะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 3.00 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) เท่ากับ .30

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความต้องการมีอิสระแห่งตน มีค่าเฉลี่ย (*M*) เท่ากับ 4.20 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เท่ากับ .79 ค่าคะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 2.00 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) เท่ากับ .63

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความต้องการมีความสามารถ มีค่าเฉลี่ย (*M*) เท่ากับ 4.32 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เท่ากับ .68 ค่าคะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 2.00 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) เท่ากับ .47

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย (*M*) เท่ากับ 4.25 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เท่ากับ .72 ค่าคะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 2.00 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) เท่ากับ .51

ผลการวิเคราะห์ พบว่า สุขภาวะทางจิต มีค่าเฉลี่ย (*M*) เท่ากับ 4.35 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เท่ากับ .56 ค่าคะแนนสูงสุด (Max) เท่ากับ 5.00 ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) เท่ากับ 2.17 และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (C.V.) เท่ากับ .32

ตอนที่3 ผลการวิเคราะห์เมทริกซ์สหสัมพันธ์ตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยา ความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) และสุขภาวะทางจิต

การวิเคราะห์นี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม รวมทั้งพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตรวจสอบความตรงของโมเดลสมมุติฐานการวิจัย ผลการวิเคราะห์ พบว่า ทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ ตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิต แสดงดังตาราง 9

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างทุนทางจิตวิทยากับสุขภาวะทางจิต พบว่าทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .67 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างความต้องการมีอิสระแห่งตนกับสุขภาวะทางจิต พบว่าความต้องการมีอิสระแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .57 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างความต้องการมีความสามารถกับสุขภาวะทางจิต พบว่าความต้องการมีความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .71 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีความสามารถเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นกับสุขภาวะทางจิต พบว่า ตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .63 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น สุขภาวะทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรทุนทางจิตวิทยากับความต้องการมีอิสระแห่งตน พบว่า ตัวแปรทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .52 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น ความต้องการมีอิสระแห่งตนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรทุนทางจิตวิทยากับความต้องการมีความสามารถ พบว่า ตัวแปรทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีความสามารถ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .63 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น ความต้องการมีความสามารถมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรทุนทางจิตวิทยากับความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น พบว่า ตัวแปรทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .51 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น ความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตนกับความต้องการมีความสามารถ พบว่า ตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีความสามารถ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .54

แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้น การเติมเต็มความต้องการมีความสามารถมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตนกับความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น พบว่า ตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .47 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้น การเติมเต็มความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายคู่ระหว่างตัวแปรความต้องการมีความสามารถกับความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น พบว่า ตัวแปรความต้องการมีความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 มีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .53 แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการเติมเต็มความต้องการมีความสามารถเพิ่มขึ้น การเติมเต็มความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตาราง 9 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรในโมเดล (n = 265)

	PsyCap	BPN1	BPN2	BPN3	PWB
PsyCap	1				
Basic Psychological Needs					
BPN1	.52**	1			
BPN2	.63**	.54**	1		
BPN3	.51**	.47**	.53**	1	
PWB	.67**	.57**	.71**	.63**	1
M	4.30	4.20	4.32	4.25	4.35
SD	.55	.79	.68	.72	.56

** $p < 0.01$

เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ ตัวแปรทุนทางจิตวิทยา ตัวแปรความต้องการมีอิสระแห่งตน ตัวแปรความต้องการมีความสามารถ และตัวแปรความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น พบว่ามีขนาดความสัมพันธ์ .47 ถึง .63 มีขนาดความสัมพันธ์ไม่เกิน .80 (Hair et al., 2019) แสดงว่า ตัวแปรอิสระในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้ไม่เกิดภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ผู้วิจัยจึงนำเมทริกซ์สหสัมพันธ์นี้ไปวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์

เชิงสาเหตุของสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดล แสดงรายละเอียดในตอนที่ 4

ตอนที่4 ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่า ค่า Chi-square มีค่าเท่ากับ 1.30 ที่องศาอิสระเท่ากับ 1 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .255 ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของความแตกต่างโดยประมาณ (Root squared error of approximation : RMSEA) เท่ากับ .033 ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (Root mean squared residual: RMR) เท่ากับ .009 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of fit index: GFI) เท่ากับ .998 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ .970

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ระหว่างตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น กลุ่มตัวแปรอิสระดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิต คิดเป็นร้อยละ 64.7

เมื่อพิจารณาอิทธิพลระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อกลุ่มตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ดังนี้ ความต้องการมีความสามารถ (BE= .63, p<.001) ความต้องการมีอิสระแห่งตน (BE= .53, p<.001) และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (BE= .52, p<.001)

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (BE= .25, p<.001) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (BE= .42, p<.001) ความต้องการมีอิสระแห่งตนมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (BE= .13, p<.01) ความต้องการมีความสามารถมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (BE= .35, p<.001) และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (BE= .26, p<.001)

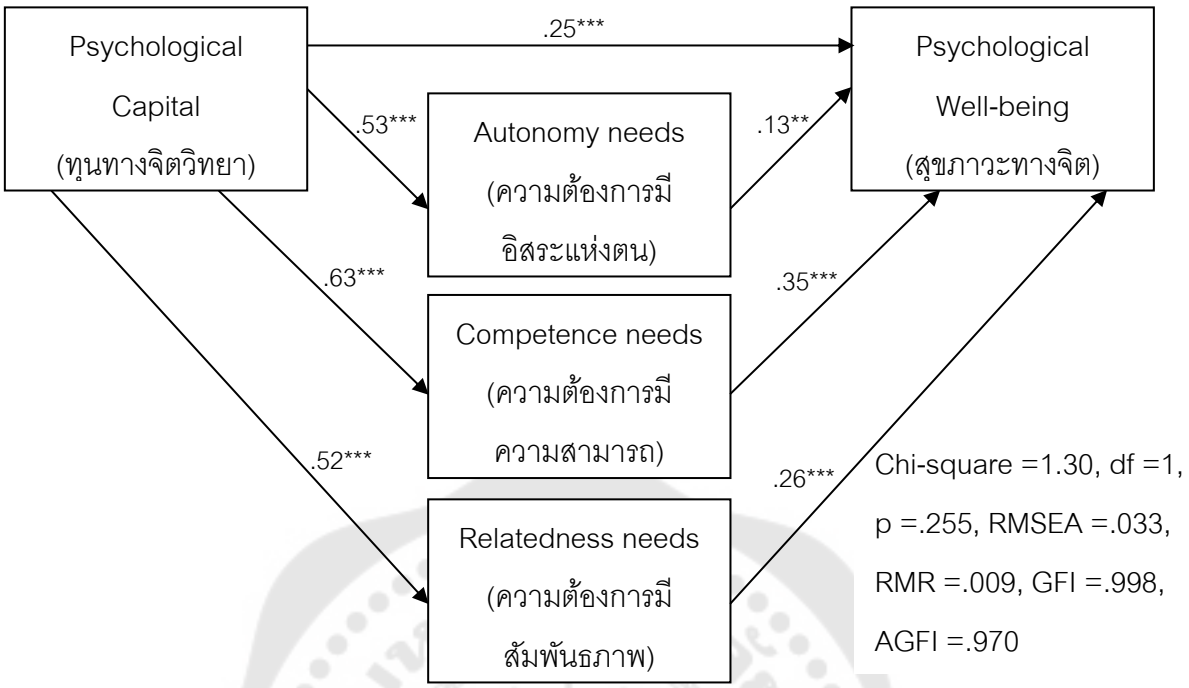
และเมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping (bootstrap = 10000) เพื่อทดสอบการมีนัยสำคัญของอิทธิพลทางอ้อม พบว่า ตัวแปรทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลการส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แบบบางส่วน (partial mediating effect) เนื่องจากมีค่าอยู่ในช่วงความเชื่อมั่น 95% ไม่ครอบคลุมเลขศูนย์ โดย confidence intervals (CI) มีค่าอยู่ระหว่าง 95%CI = [.34 - .51] (Carrión et al., 2017)

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวม (Total Effect) อิทธิพลทางตรง (Direct Effect) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

ตัวแปรสาเหตุ / ตัวแปรผล		PsyCap	BPN1	BPN2	BPN3	R^2
BPN1	DE	.53***				.277
		(.08)				
	IE	-				
	TE	.53***				
BPN2	DE	.63***				.269
		(.06)				
	IE	-				
	TE	.63***				
BPN3	DE	.52***				.402
		(.07)				
	IE	-				
	TE	.52***				
PWB	DE	.25***	.13**	.35***	.26***	.647
		(.05)	(.03)	(.04)	(.04)	
	IE	.42***	-	-	-	
	TE	.67	.13	.35	.26	

Chi-square =1.30, *df* =1, *p* =.255, RMSEA =.033, RMR =.009, GFI =.998 , AGFI =.970

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$, ***$p < .001$ และค่าที่อยู่ในวงเล็บคือ ค่า SE: Standard Error



ภาพประกอบ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

สมมุติฐานการวิจัย

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ณ สถาบันการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบวัดอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต ประกอบไปด้วย แบบวัดทุนทางจิตวิทยา แบบวัดความต้องการพื้นฐานทางจิต และแบบวัดสุขภาวะทางจิต แบบวัดทั้งสามมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .86 ถึง .95 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ .34 ถึง .82 จากนั้นทำวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis)

การนำเสนอผลการศึกษา

1. สรุปผลการศึกษา
2. การอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

1.ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่า Chi-square เท่ากับ 1.296 ที่องศาอิสระ(*df*) เท่ากับ 1 ระดับนัยสำคัญ(*p*) เท่ากับ .255 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ .033 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .998 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .970 ผลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้สามารถสรุปได้ว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ทุนทางจิตวิทยา และตัวแปรส่งผ่าน ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานทางจิต (ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะทางจิต คิดเป็นร้อยละ 64.7

2.ผลการศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) และอิทธิพลรวม(Total Effect) พบว่าตัวแปรทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตได้ร้อยละ 64.7 (R^2= .647)

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อความต้องการมีอิสระแห่งตนเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .53 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อความต้องการมีความสามารถเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .63 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .52 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม พบว่า อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .25 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อิทธิพลของความต้องการมีอิสระแห่งตนต่อสุขภาวะทางจิตเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .13 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อิทธิพลของความต้องการมีความสามารถต่อสุขภาวะทางจิตเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .35 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอิทธิพลของความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นต่อสุขภาวะทางจิตเป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .26 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม พบว่า อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิต เมื่อผ่านตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิต (ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) เป็นอิทธิพลทางบวก มีค่าเท่ากับ .42 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาอิทธิพลรวม (Total Effect) ของสุขภาวะทางจิต ที่ได้รับจากตัวแปรทุนทางจิตวิทยา ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น พบว่ามีค่าอิทธิพลเท่ากับ .67 โดยตัวแปรข้างต้นมีอิทธิพลทางบวกกับสุขภาวะทางจิต กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาให้เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่สุขภาวะทางจิตจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เช่นเดียวกับเมื่อผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิต (ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) เพิ่มขึ้น สุขภาวะทางจิตก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

จากผลการวิเคราะห์ที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) อย่างมีระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต (ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น) เป็นตัวแปรส่งผ่าน

อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จากผลการวิจัย เมื่อพิจารณาค่าดัชนีต่าง ๆ ที่ชี้วัดความสอดคล้องกลมกลืน (model fit indices) ระหว่างโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การพิจารณาของ Hair et al. (2019) ที่ระบุว่า การทดสอบ Chi-square ต้องการให้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) และเมื่อนำ Chi-square /*df* มีค่าน้อยกว่า 2 ดัชนีรากค่าเฉลี่ยกำลังสองของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่าน้อยกว่า .05 จะอยู่ในระดับดี ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว(AGFI) มีค่ามากกว่า .90 โดยค่าดัชนีที่ชี้วัดความสอดคล้องกลมกลืนที่คำนวณได้จากงานวิจัยนี้พบว่ามีค่า Chi-square เท่ากับ 1.296 ที่องศาอิสระ(*df*) เท่ากับ 1 ระดับนัยสำคัญ (*p*) เท่ากับ .255 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ .033 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .998 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .970 มีความสอดคล้องและเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณา แสดงให้เห็นว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จากความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามการพิจารณาจากค่าสถิติข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโมเดลสมมติฐานตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs Theory) ที่เป็นทฤษฎีในกลุ่มทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ที่ศึกษาถึงแรงจูงใจภายในและความต้องการพื้นฐานทางจิตใจภายในของบุคคล ความต้องการพื้นฐานทางจิตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกในกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการในการมีสุขภาวะที่ดีและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐาน โดยเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดแรงจูงใจ พฤติกรรม และการพัฒนาในตนเอง

(Ryan & Deci, 2017) ทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) เป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่พัฒนามาพร้อมกับพัฒนาการของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในหรือสภาวะภายในของบุคคล เป็นปัจจัยภายในที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกเชิงบวก และการปรับตัวต่อความยากลำบากที่เกิดจากการรับรู้และความคิดความเข้าใจที่เกิดขึ้น (Avey et al., 2011) การตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานทางจิตที่เกิดขึ้นจากทั้งแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกช่วยส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางจิตที่ดี การที่บุคคลรู้สึกถึงการได้รับอิสระในการตัดสินใจและการทำสิ่งต่าง ๆ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ และสามารถประสบความสำเร็จได้ รวมถึงรู้สึกถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นจะช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิต เนื่องจากบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพและรับรู้ถึงความสำเร็จของเป้าหมาย รู้สึกว่าตนเองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคมและได้รับการสนับสนุน จึงมีความสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Deci & Ryan, 2000) ที่กล่าวว่าการได้รับการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสุขภาวะทางจิตและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hite (2015) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยา ความต้องการพื้นฐานทางจิต(ความมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ) สุขภาวะทางจิตและศักยภาพ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณและโมเดลสมการตัวแปรส่งผ่าน พบว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตหรืออาจเรียกได้ว่ามีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยองค์ประกอบการมีสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตมากที่สุด และการศึกษาของ Dombestein et al. (2020) ที่ได้ทำการทบทวนการศึกษาเชิงประจักษ์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามมุมมองของทฤษฎีการกำหนดตนเอง ผ่านการสังเคราะห์งานวิจัยแบบบูรณาการด้วยการค้นหาอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตสามารถทำนายแรงจูงใจและสุขภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นไปตามทฤษฎีที่ระบุว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นกลไกทางการรู้คิดที่เป็นกระบวนการมาจากปัจจัยภายในบุคคลก่อนนำไปสู่อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวกต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากความต้องการในการตอบสนองทางจิตวิทยา

สมมุติฐานที่ 2 ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

2.1 ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .25 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทุนทางจิตวิทยานั้นเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต เนื่องจากผู้ที่มีทุนทางจิตวิทยาในระดับสูงจะมีการรับรู้ในทางบวก มีความมั่นใจในความสามารถ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และมีความยืดหยุ่นในการเผชิญกับปัญหา ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดีตามมา ทุนทางจิตวิทยาประกอบไปด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยทุกองค์ประกอบจะร่วมกันทำงานเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องและเกื้อหนุนการทำงานซึ่งกันและกันอย่างเป็นวงจร (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) จากผลการศึกษาอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการและแก้ไขปัญหาจะมีสุขภาวะทางจิตที่ดี เนื่องจากความเชื่อมั่นในตนเองช่วยให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้ดียิ่งขึ้น การมีความหวังในชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น ความหวังช่วยให้ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมองหาเป้าหมายและเส้นทางการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจจะสามารถฟื้นตัวจากความยากลำบากและความเครียดได้ดี ทำให้สุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้น และผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมุมมองที่ดีต่ออนาคตและเชื่อมั่นในความสามารถของตนถึงความสำเร็จจะช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิต นอกจากนี้จากการศึกษาก่อนหน้ายังพบว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนกลไกทางความคิด การจดจ่อ การตีความ และการจดจำที่จำเป็นต่อการเกิดประสบการณ์และความพึงพอใจ รวมถึงช่วยกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก และการรับรู้ อันนำไปสู่การเกิดสุขภาวะทางจิต (Avey et al., 2010; Diener et al., 2009; Newman et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Avey et al. (2011) ที่ทำการศึกษาผ่านการวิเคราะห์เชิงอภิมาน พบว่าทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Manzano-Garcia and Ayala (2017) ที่พบว่าทุนทาง

จิตวิทยาส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง ในทางกลับกันทำให้ระดับสุขภาวะทางจิตสูงขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรสำคัญและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาเพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่ายและทำให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่มากขึ้น การศึกษาของ Rabenu et al. (2017) ที่พบว่า ทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งและมีอิทธิพลโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาวะของบุคคล และการศึกษาของ Chiracu et al. (2023) ที่พบว่า องค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง และความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต และการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิต โดยทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาวะทางจิต

2.2 ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิต เป็นตัวแปรส่งผ่าน

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .42 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้อิทธิพลรวม (Total Effect) ของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .67 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ พบว่ามีอิทธิพลในเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .53, .63 และ .52 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ระหว่างความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ การมีสัมพันธภาพ และสุขภาวะทางจิต พบว่ามีอิทธิพลในเชิงบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .13, .35 และ .26 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ แสดงให้ว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลในการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตได้ และการได้รับการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตมีอิทธิพลที่นำไปสู่การเกิดสุขภาวะทางจิตได้ สอดคล้องและเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs theory) ที่ระบุว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกในกระบวนการทางจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการในการมีสุขภาวะที่ดีและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐาน โดยเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดแรงจูงใจ พฤติกรรม และการพัฒนาในตนเอง (Ryan & Deci, 2017)

และการได้รับการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสุขภาวะทางจิตและความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล (Deci & Ryan, 2000)

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดตัวแปรส่งผ่านของ ยุวรี ผลพันธิน (2561) พบว่าเส้นทางอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทั้งอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) และอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลส่งผ่านทางความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ แบบบางส่วน (Partial Mediating Effect) และทำให้ความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านแบบบางส่วน (Partial Mediator) ระหว่างทุนทางจิตวิทยาและสุขภาวะทางจิต ผลการศึกษาที่ได้รับนี้แสดงให้เห็นถึงกลไกอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต สามารถอธิบายได้ว่านอกจากทุนทางจิตวิทยาจะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังสุขภาวะทางจิตแล้ว ทุนทางจิตวิทยายังสามารถส่งอิทธิพลไปส่งเสริมความต้องการพื้นฐานทางจิต จากนั้นความต้องการพื้นฐานทางจิตจะส่งต่ออิทธิพลไปยังสุขภาวะทางจิต แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาจะเกิดการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ อันไปสู่การเพิ่มขึ้นของสุขภาวะทางจิต อาจกล่าวได้ว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตนั้นเป็นปัจจัยที่สนับสนุนอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs theory) ที่เป็นทฤษฎีในกลุ่มทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-determination theory) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานทางจิต ได้แก่ ความต้องการมีอิสระแห่งตน ความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าเป็นปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อสุขภาวะทางจิต และความต้องการพื้นฐานทางจิตยังทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับสุขภาวะทางจิตอีกด้วย บทบาทการเป็นตัวแปรส่งผ่านของความต้องการพื้นฐานทางจิตได้รับการทดสอบในบริบทที่หลากหลาย (Ryan & Deci, 2017) ทุนทางจิตวิทยานั้นเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่พัฒนามาพร้อมกับพัฒนาการของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในหรือสภาวะภายในของบุคคล การเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกจะช่วยส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาวะทางจิตที่ดี เนื่องจากบุคคลจะมีความรู้สึกถึงอิสระในการควบคุมตนเอง มีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ León and Núñez

(2013) ที่พบว่าความต้องการมีความสามารถ และความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ที่เป็นตัวแปรความต้องการพื้นฐานทางจิต มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อการมีสุขภาวะที่ดีภายใต้ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต การศึกษาของ Hite (2015) ที่พบว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตมีบทบาทสำคัญในการส่งผ่านอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิต การเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตสามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตได้ การศึกษาของ Tang et al. (2021) ที่พบว่าความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางจิตช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจที่เป็นอิสระแห่งตนที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิต และการศึกษาของธนาทิพย์ บุญเจริญผล (2565) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อสร้างและพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการรับรู้บรรยากาศในองค์กรที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยมีความมีอิสระแห่งตน ความสามารถ และสัมพันธภาพ เป็นตัวแปรส่งผ่าน พบว่าโมเดลสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่าความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ เป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศในองค์กรและสุขภาวะทางจิตได้

จากทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความสอดคล้องและเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิต (Basic Psychological Needs theory) แสดงให้เห็นว่า ทุนทางจิตวิทยามีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยส่งผ่านความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ ผลการศึกษาที่ได้รับนี้นอกจากจะยืนยันว่าทุนทางจิตวิทยาและความต้องการพื้นฐานทางจิต (การมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ) มีผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังขยายให้เห็นถึงกลไกของอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิต ทุนทางจิตวิทยาสามารถส่งอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกไปเพิ่มสุขภาวะทางจิตได้ ในขณะเดียวกันทุนทางจิตวิทยาก็ยังสามารถส่งอิทธิพลทางอ้อมในเชิงบวกผ่านความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ ไปเพิ่มสุขภาวะทางจิตได้เช่นกัน โดยทุนทางจิตวิทยาจะส่งอิทธิพลไปส่งเสริมความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ

จากนั้นความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพ จะส่งต่ออิทธิพลไปยังสุขภาวะทางจิต ทำให้อิทธิพลทางอ้อมของทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะทางจิตโดยส่งผ่านความต้องการพื้นฐานทางจิตในด้านการมีอิสระแห่งตน การมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพนั้น เป็นการส่งผ่านอิทธิพลแบบบางส่วน (Partial Mediating Effect) นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ยังช่วยสนับสนุนและแสดงให้เห็นว่าควรพิจารณาความสำคัญของความต้องการพื้นฐานทางจิตควบคู่ไปกับการส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาเพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ผลการศึกษาที่ได้รับในการศึกษาวิจัยนี้มาจากการเก็บข้อมูลในสถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เพียงแห่งเดียว นอกจากนี้กระบวนการในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสุ่มตามสะดวกที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรที่แท้จริง

2. การศึกษาวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ค่อนข้างกว้าง โดยมีระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุดอยู่ที่ 1 เดือน ระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดอยู่ที่ 4 ปี 2 เดือน (50 เดือน) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12 เดือน และข้อมูลมีการกระจุกตัวของอยู่ฝั่งซ้ายของตาราง คือช่วง 1 เดือนถึง 18เดือน อาจส่งผลต่อข้อมูลที่ได้รับจากแบบวัด

3. การศึกษาวิจัยนี้ยังขาดการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในบางประเด็นที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การรับรู้ภาระในการดูแล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะในการดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการผู้ป่วย เป็นต้น

4. แบบวัดมีข้อคำถามและข้อวัดรวมทั้งหมด 80 ข้อ เป็นลักษณะคำถามที่ใช้ประเมินความคิดเห็นของตนเอง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความเหนื่อยล้าทางจิตใจในการตอบแบบวัดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาครอบคลุมถึงผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการหรือสมาชิกภายในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย โดยการให้การสนับสนุนและส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาควบคู่ไปกับความต้องการพื้นฐานทางจิตเพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงให้แก่นักวิชาชีพทางด้านสุขภาพหรือผู้ที่เกี่ยวข้องใน

การประยุกต์และพัฒนาโปรแกรมหรือกรอบแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ ตัวอย่าง เช่น

1. พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา ได้แก่

1.1 การฝึกการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Training) จัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เช่น การช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและท้าทายอย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำและการสนับสนุนจากนักวิชาชีพในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.2 การฝึกการสร้างความหวัง (Hope Training) สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมองหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

1.3 การฝึกความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience Training) จัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวและฟื้นตัวจากความยากลำบากหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลหรือการรักษาสมดุลการใช้ชีวิต เช่น การฝึกการจัดการความเครียด การฝึกการควบคุมสติและส่งเสริมการใช้เวลาว่างในการพักผ่อนและกิจกรรมที่สนใจ

1.4 การฝึกการมองโลกในแง่ดี (Optimism Training) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมองหาความสำเร็จและประสบการณ์ที่ดีจากสิ่งที่ต้องเผชิญ การฝึกการมองเห็นโอกาสในสถานการณ์ที่ยากลำบาก และการส่งเสริมการคิดแง่บวก

2. สร้างสภาวะแวดล้อมที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานทางจิต

2.1 การส่งเสริมความมีอิสระแห่งตน (Autonomy) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างอิสระ และมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแล

2.2 การส่งเสริมความสามารถ (Competence) จัดให้มีการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การให้ความท้าทายและโอกาสในการแสดงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

2.3 การส่งเสริมการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น (Relatedness) ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับผู้อื่น จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และชุมชน

นอกจากนี้อาจรวมไปถึงการสร้างแอปพลิเคชั่นหรือเทคโนโลยีในการส่งเสริมและติดตามสุขภาวะทางจิต โดยประยุกต์ใช้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้รับจากการศึกษา เช่น

แพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชั่นการให้คำปรึกษาทางออนไลน์ และอาจนำผลการศึกษาที่ได้รับมาใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงให้แก่ผู้ที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีความใกล้เคียง เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อหาแนวทางหรือกรอบแนวคิดที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษาในอนาคตอาจทำการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษานี้ โดยพิจารณาประยุกต์ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานทางจิตภายใต้ทฤษฎีการกำหนดตนเอง พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาและความต้องการพื้นฐานทางจิต อาจทำการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงค่าอิทธิพลที่ยั่งยืนของตัวแปรที่นำมาศึกษา และอาจทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย การตระหนักถึงภาระในการดูแล ทักษะในการดูแลของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ นอกจากนี้อาจศึกษาความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา เพื่อหาค่าอิทธิพลของตัวแปร อันนำไปสู่แนวทางการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาและการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานทางจิตที่เหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social Indicators of Well-Being. *Springer US*.

APA Dictionary of Psychology. (2023). *Caregiver burden*. Retrieved 7 February 2566 from https://dictionary.apa.org/caregiver-burden

Ataee, S., & Bagheri, N. (2019). The Prediction of Psychological Capital Based on the Basic Beliefs and Basic Psychological Needs of Married Women Referring to Health Centers in District 3. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, *13*(4).

Avey, J. B., Luthans, F., & Youssef, C. M. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of management*, *36*(2), 430-452.

Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta‐analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human resource development quarterly*, *22*(2), 127-152.

Baluku, M. M., Ouma, S., Iredale, B., Nsereko, G. M., Nangendo, J., Kwikiriza, S., & Kiweewa, J. (2024). Linking belief in a just world and psychological capital to psychological basic needs satisfaction and mental health of young adults living with HIV: A comparative analysis. *PLOS Mental Health*, *1*(4), e0000055.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*, *4*, 71-81. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], Encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press, 1998)

Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social science & medicine*, *66*(8), 1733-49.

Bowling, A. (2004). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Third edition*. McGraw-Hill Education.

Bradburn, N. M., & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: A pilot study of behavior related to mental health*.

Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of clinical nursing*, *24*(17-18), 2376-82.

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, *31*(2), 117.

Carrión, G. C., Nitzl, C., & Roldán, J. L. (2017). Mediation analyses in partial least squares structural equation modeling: Guidelines and empirical examples. *Partial least squares path modeling: Basic concepts, methodological issues and applications*, 173-195.

Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., & Mouratidis, A. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and emotion*, *39*, 216-236.

Cheng, H. Y., Li, Y., Chau, J. P.-C., & Chair, S. Y. (2022). Influence of psychological responses of caregiving on the perceived health of family caregivers to acute stroke survivors. *Medicine*, *101*(38).

Chiracu, A., Cosma, G.-A., Stepan, A. R., Cosma, M. A., Corlaci, I., Calugaru, E. D. C., Voinea, F., Zavaleanu, M., Burileanu, H. A., & Avramescu, T. (2023). Psychological capital, quality of life, and well-being in mother caregivers of individuals with down syndrome. *Frontiers in Psychology*, *14*.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). Applied multiple correlation/regression analysis for the behavioral sciences. In: Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non‐clinical sample. *British journal of clinical psychology*, *43*(3), 245-265.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The" what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, *9*, 1-11.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. *Handbook of theories of social psychology*, *1*(20), 416-436.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*(3), 542.

Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2011). *Happiness: Unlocking the mysteries of*

psychological wealth. John Wiley & Sons.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*(1), 71-5.

Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., & Oishi, S. (2009). New Measures of Well-Being. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 247-266). Springer Netherlands.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-w., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*, 143-156.

Dombestein, H., Norheim, A., & Lunde Husebø, A. M. (2020). Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self‐determination theory: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(2), 267-279.

Dupuy, H. J. (1977). General well-being schedule. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*.

Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton & Company.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, *55*(6), 647.

Forster, A. (2005). Caregiver burden in stroke. *Stroke Review*, *9*(1), 127-131.

Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and emotion*, *27*, 199-223.

Gerber, Z., & Anaki, D. (2021). The role of self-compassion, concern for others, and basic psychological needs in the reduction of caregiving burnout. *Mindfulness*, *12*, 741-50.

Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone, G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health and quality of life outcomes*, *4*, 1-8.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., Black, W., & Anderson, R. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning EMEA.

Han, B., & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke: review and

analysis. *Stroke*, *30*(7), 1478-1485.

Hansen, A., Buitendach, J. H., & Kanengoni, H. (2015). Psychological capital, subjective well-being, burnout and job satisfaction amongst educators in the Umlazi region in South Africa. *SA Journal of Human Resource Management*, *13*(1), 1-9.

Harland, L., Harrison, W., Jones, J. R., & Reiter-Palmon, R. (2005). Leadership behaviors and subordinate resilience. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, *11*(2), 2-14.

Havighurst, R. J. (1972). Developmental tasks and education . New York: David McKay Company. *Inc. I l979*.

Hite, B. C. (2015). *Positive psychological capital, need satisfaction, performance, and well-being in actors and stunt people.* [Walden Dissertations and Doctoral Studies., Walden University]. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/1539

Huppert, F. A. (2009). Psychological well‐being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied psychology: Health and well-being*, *1*(2), 137-164.

Khatti Dizabadi, F., Yazdani, J., Eftekhar Ardebili, H., Batebi, A., & Shojaezadeh, D. (2013). The status of caregiving among informal caregivers of community-dwelling elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *23*(100), 31-41.

Kim, J. H., & Kim, O. S. (2005). Influencing factors that affect the psychological well-being in family caregivers of stroke patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *35*(2), 399-406.

Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2015). Pattern of Burden and quality of life among caregivers of stroke survivors. *International Journal of Health Sciences and Research*, *5*(4), 208-214.

Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International journal of behavioral development*, *39*(1), 20-31.

León, J., & Núñez, J. L. (2013). Causal ordering of basic psychological needs and well-being. *Social Indicators Research*, *114*, 243-253.

Leonardi, M. C., & Harsono, Y. T. (2022). The Relationships Between Psychological Capital and Psychological Well-being of MSME Owners in Tempursari Village. *KnE Social*

Sciences, 13–33.

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, *7*(4), 438-445.

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, *60*(3), 541-572.

Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, *4*, 339-366.

Luthans, F., & Youssef, C. M. (2004). Human, Social, and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, *33*(2), 143-160.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.

Manzano-Garcia, G., & Ayala, J.-C. (2017). Relationship between psychological capital and psychological well-being of direct support staff of specialist autism services. The mediator role of burnout. *Frontiers in Psychology*, *8*, 2277.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227.

McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford university press.

Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 19-26.

Newman, A., Ucbasaran, D., Zhu, F., & Hirst, G. (2014). Psychological capital: A review and synthesis. *Journal of organizational behavior*, *35*(S1), S120-S138.

O'BRIEN, J. (2000). Caring for caregivers. *American Family Physician*, *62*(12), 2584-87.

Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., & Vidotto, G. (2019). Interventions for psychological health of stroke caregivers: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, *10*, 20-45.

Penning, M. J., & Wu, Z. (2016). Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving

relationship and gender. *The Gerontologist*, *56*(6), 1102-1113.

Peterson, S. J., Luthans, F., Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: A latent growth modeling approach. *Personnel Psychology*, *64*(2), 427-450.

Plessis, C., & Altintas, E. (2024). We can be heroes at work: the relationship between psychological capital, motivation and well-being during the great resignation. *Journal of Organizational Change Management*(ahead-of-print).

Plöthner, M., Schmidt, K., De Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC geriatrics*, *19*(1), 1-22.

Prasath, P. R., Xiong, Y., Zhang, Q., & Jeon, L. (2022). Psychological capital, well-being, and distress of international students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *44*(3), 529-549.

Rabenu, E., Yaniv, E., & Elizur, D. (2017). The relationship between psychological capital, coping with stress, well-being, and performance. *Current Psychology*, *36*, 875-887.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford publications.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719.

Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J., Culebras, A., Elkind, M. S., George, M. G., Hamdan, A. D., & Higashida, R. T. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *44*(7), 2064-2089.

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol.

55). American Psychological Association.

Sheldon, K. M., & Hilpert, J. C. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and emotion*, *36*, 439-451.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford university press.

Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J. B., & Luthans, B. C. (2011). Relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, *28*(1), 4-13.

Tang, M., Wang, D., & Guerrien, A. (2021). The Contribution of Basic Psychological Need Satisfaction to Psychological Well-Being via Autonomous Motivation Among Older Adults: A Cross-Cultural Study in China and France [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, *12*.

Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of psychotherapy integration*, *23*(3), 263.

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and emotion*, *44*, 1-31.

Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Ravert, R. D., Williams, M. K., Bede Agocha, V., Yeong Kim, S., & Brent Donnellan, M. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The journal of positive psychology*, *5*(1), 41-61.

Wattananonsakul, S. (2023). Validation of a Measurement Model for Psychosocial Developmental Characteristics among Adolescent Students and the Study of Invariance across Age Groups. *Journal of Research and Curriculum Development*, *13*(2), 23-38.

World Stroke Organization. (2022). *Facts and Figures about Stroke*. Retrieved cited 20 Jan 2024 from https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-

matters/learn-about-stroke

Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological capital and well-being. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, *20*(6), 649-655.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการประเมินสถานพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดสมอง. Retrieved 7 กุมภาพันธ์ 2566 from https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/publish/publish28062019110601.pdf

กาญจนา กิ่งมะลิ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (*Factors Influencing Family Well–Being among Families with Stroke Patients)* [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา]. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920264.pdf

กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน The developing direction for long-term care giver in community. *Journal of Nursing and Health Care*, *36*(4), 15-24.

เจษฎา อังกาบสี. (2561). จิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 1). คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ชาติวุฒิ วังวล. (2564). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อความยึดมั่นผูกพันในงานของพนักงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านความหลากหลายทางเพศ [ปริญญานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาประยุกต์), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. http://thesis.swu.ac.th/swudis/App_Psy/Chatwut_W.pdf

ณฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *20*(2), 51-57.

ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2555). การศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้ [ปริญญานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. http://thesis.swu.ac.th/swudis/App_Beh_Sci_Re/Natthawut_A.pdf

ธนาทิพย์ บุญเจริญผล. (2565). อิทธิพลของการรับรู้บรรยากาศในองค์กรที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตโดย

มีอิสระแห่งตน ความสามารถและสัมพันธภาพเป็นตัวแปรส่งผ่าน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมแห่งหนึ่ง [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาประยุกต์), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/handle/123456789/2153

ธัญญามาศ ปัญญายิ่ง. (2560). อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาด้านบวกและความผูกพันต่อองค์การที่ส่งผลต่อความตั้งใจลาออก จากงานของพนักงานกลุ่มธุรกิจให้คำปรึกษา. *MBA-KKU Journal*, *10*(1), 22-41.

ธีระชน พลโยธา. (2565). เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นลินี มิ่งมณี. (2549). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง [สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev_Psy/Nalinee_M.pdf

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา = *Development and validation of research instruments : psychometric properties*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. (2560). โรคหลอดเลือดสมอง (*stroke)*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. Retrieved 10 มี.ค. 2566 from http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/106_2017-08-19.pdf

พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์. (2555). ทุนทางจิตวิทยา Psychological capital. วารสารพัฒนาเทคนิคการศึกษา, *25 (84)*, 34-39.

พิศักดิ์ ชินชัย และทศพร บรรยมาก. (2560). กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านระบบประสาท (*Occupational Therapy for Persons with Neurological Conditions)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สยามพิมพ์นานา จำกัด,.

ยุวรี ผลพันธิน. (2561). บทบาทการส่งผ่านของตัวแปร: หลักการและการนำไปใช้ (The Mediating Roles: Principle And Applied). *Veridian E-Journal*, *11(3)*.

เวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ. (2560). การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ *3):* การจัดการความรู้และศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของ แกนนำครอบครัวและชุมชนหลังได้รับการพัฒนาตามรูปแบบเพื่อ

การดูแลผู้สูงอายุ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 9 แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, *39*(2), 39-46.

สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล. (2565). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2). พริ้นคอร์เนอร์.

สิริพร วงษ์โทน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวก ความผูกพันต่อองค์การและผลการปฏิบัติงาน : กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:120124

สุชา จันทน์เอม. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 4.. ed.). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

สุพัตรา บำรุงจิตร. (2561). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (*Factors predicting Psychological Well–Being among Caregiver of Patients with Schizophrenia)* [ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา]. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/56920191.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. อ.ดร.ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย

อาจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. อ.ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส

อาจารย์ประจำหลักสูตรพัฒนาการมนุษย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ นภาศิริ ทนันชัย

นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และอาจารย์ประจำหลักสูตรกิจกรรมบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

AF19-03-03.1
August, 2023

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อโครงการวิจัย : อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นายพิริยณัฐ มูลยศ

หน่วยงานต้นสังกัด : คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หมายเลขรับรองโครงการวิจัย : SWUEC-672025

รายการเอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณา	ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 24 มกราคม 2567
2. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์	ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 23 มกราคม 2567
3. เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร	ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 21 มกราคม 2567
4. แบบบันทึกข้อมูล	ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 21 มกราคม 2567
5. ประวัติผู้วิจัย	

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม Declaration of Helsinki, Belmont Report, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP), International Guidelines for Human Research ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยนี้ได้

วันที่รับรอง : 8 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่หมดอายุ : 7 กุมภาพันธ์ 2568

๘๘/๒๖ ซ.บำราศนราดูร
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๑-๕๔๕๕
โทรสาร ๐-๒๕๙๑-๑๗๖๖

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขที่ ๖๗๐๑๓

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย : อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS

นักวิจัย/หน่วยงานที่สังกัด : นายพิริยณัฐ มูลยศ นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารที่รับรอง :

- ☑ รายละเอียดโครงการ
- ☑ แบบเก็บข้อมูล / แบบสอบถาม
- ☑ ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย
- ☑ ใบแสดงข้อมูลชี้แจงผู้ป่วย
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่รับรอง: - 2 พ.ค. 2567

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย/หรือภาษาอังกฤษ มีมติ รับรองให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ลงนาม ..... ประธานคณะอนุกรรมการฯ
(นางจุไรรัตน์ บัวภิบาล)

ลงนาม ..... เลขานุการฯ
(นางสาวสาริณี แก้วสว่าง)

รับรองตั้งแต่วันที่ - 2 พ.ค. 2567 ถึงวันที่ - 1 พ.ค. 2568

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อการวิจัย : อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน (EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVER OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS)

ผู้วิจัยหลัก : นายพิริยณัฐ มูลยศ

สังกัด : คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน (EFFECT OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADULT INFORMAL CAREGIVER OF STROKE PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS) โดยข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้ นายพิริยณัฐ มูลยศ นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้วิจัยหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน และเพื่อศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีความต้องการพื้นฐานทางจิตเป็นตัวแปรส่งผ่าน ดังนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้รับจะมีประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาลในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงให้แก่นักวิชาชีพทางด้านสุขภาพหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการประยุกต์และสร้างโปรแกรมหรือกรอบแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอความกรุณาให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับข้อคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมทั้งมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือผู้ป่วยในความดูแลแต่ประการใด

ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อผลของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าดูข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยและการตรวจสอบ

ทั้งนี้ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายพิริยณัฐ มูลยศ งานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ โทรศัพท์มือถือ 092-7187557

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ "**หน่วยจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ชั้น 17 อาคารนวัตกรรม ศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี** เลขที่ **114 ถนนสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์ 02-6495000 ต่อ 17501, 17505 โทรสาร 02-2042590** อีเมล **swuec@g.swu.ac.th**" เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับสากล

จากข้อความข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัครโดยตลอด ได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากนักวิจัย และมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ นักวิจัยได้รับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้ในที่ปลอดภัย และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมซึ่งเป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

"ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ" และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับและพึงได้รับในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับอาสาสมัครนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารนี้

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย _____ วัน-เดือน-ปี _____

(_____)

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม _____ วัน-เดือน-ปี _____

(นายพิริยณัฐ มูลยศ)

No. .....

แบบสอบถามอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของฉัน

1.เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่น ๆ

2.อายุ ..... ปี

3.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง

4.ระดับการศึกษา

☐ ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ☐ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.

☐ ระดับปริญญาตรี ☐ สูงกว่าระดับปริญญาตรี

5.อาชีพ

☐ รับราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัทเอกชน

☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6.รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

☐ ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 10,001 – 20,000 บาท ☐ 20,001 – 30,000 บาท

☐ 30,001 – 40,000 บาท ☐ 40,001 - 50,000 บาท ☐ มากกว่า 50,001 บาท

7.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ☐ พ่อ/แม่ ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร

☐ ญาติ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ .....

8.ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย .....ปี..... เดือน

9.จำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน..... ชั่วโมง

10.หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (สามารถตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

☐ พาผู้ป่วยพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล

☐ ดูแลช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

☐ ดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่บ้าน

☐ ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

SWU-EC APPROVED

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และโปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับฉันอย่างมาก
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับฉัน
ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความดังกล่าวมีบางส่วนที่ตรงและไม่ตรงกับฉัน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับฉัน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับฉันอย่างมาก

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
	ทุนทางจิตวิทยา					
1	ฉันมั่นใจในการใช้ความสามารถของตนในการทำสิ่งต่าง ๆ					
2	ฉันมั่นใจว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้					
3	ฉันมั่นใจว่าสามารถคิดวางแผนเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายได้					
4	ฉันคิดว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ตามบริบทได้อย่างเหมาะสม					
5	ฉันมั่นใจว่าสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการรับมือกับอุปสรรคได้					
6	ฉันคิดว่าตนเองสามารถหาข้อมูลที่เหมาะสมในการรับมือกับอุปสรรคได้					
7	ฉันมีแรงจูงใจที่จะพยายามทำสิ่งที่ท้าทายให้ประสบความสำเร็จ					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
8	ฉันคิดว่าความพยายามของตนในการทำสิ่งต่าง ๆ จะส่งผล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา					
9	ฉันเชื่อว่าการคิดหาวิธีที่หลากหลายจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้					
10	ฉันคิดว่าจะประสบความสำเร็จ เมื่อมีการวางแผนในการทำสิ่งต่าง ๆ					
11	ฉันคิดว่าเมื่อตั้งเป้าหมายในการทำสิ่งต่าง ๆ ฉันจะประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ					
12	ถึงแม้ฉันจะพบเจออุปสรรคในการทำบางสิ่ง ฉันก็จะพยายามทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ แม้ว่ายังไม่เห็นผลที่ต้องการ					
13	เมื่อเจอกับปัญหา ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกแย่ๆ ที่เกิดขึ้นได้					
14	ฉันสามารถดึงให้อารมณ์ตนเองให้กลับมาเป็นปกติได้แม้จะเจอเรื่องร้าย ๆ มาในแต่ละวัน					
15	แม้ว่าฉันจะพบเจออุปสรรค ฉันก็มองเห็นว่าตนเองมีต้นทุนชีวิตอะไรบ้างที่จะสามารถเอาชนะและก้าวผ่านไปได้					
16	แม้ว่าจะเจอกับความอึดอัดใจในการทำบางสิ่ง ฉันก็สามารถจัดการแล้วผ่านพ้นมันไปได้					
17	ฉันรู้ว่าตนเองจะสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากทางจิตใจได้อย่างไร					
18	เมื่อรู้สึกจิตใจอ่อนล้า ฉันสร้างกำลังใจให้แก่ตนเองได้					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
19	ฉันคิดอยู่เสมอว่าทุกปัญหาย่อมมีทางออก					
20	ฉันคิดว่าทุกปัญหาที่ เกิดขึ้น ล้วนทำให้ฉันได้เรียนรู้					
21	ถ้าต้องพบเจอกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำสิ่งต่าง ๆ ฉันเชื่อว่าตนเองจะผ่านพ้นไปได้ด้วยดี					
22	ฉันเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จได้อย่างราบรื่น					
23	ฉันคิดว่าผลลัพธ์ที่ต้องการจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้					
24	ฉันคิดว่าหากมีความพยายามก็จะสามารถทำสิ่งที่ยากลำบากให้สำเร็จได้					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
ความต้องการพื้นฐานทางจิต						
ด้านความต้องการมีอิสระแห่งตน						
1	ฉันคิดว่าตนเองสามารถตัดสินใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ					
2	ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีความกดดันในการใช้ชีวิต					
3	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่ฉันมีส่วนร่วมได้อย่างอิสระ					
4	ฉันมักจะทำในสิ่งที่ฉันอยากทำมากกว่าสิ่งที่คนรอบข้างบอกให้ฉันทำ					
5	ฉันคิดว่าตนเองสามารถแสดงความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมาต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้					
6	ฉันไม่รู้สึกกลัวหรือกังวลในการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง					
7	ฉันคิดว่าตนเองมีโอกาสในการเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ					
ด้านความต้องการมีความสามารถ						
8	ฉันคิดว่าสามารถใช้ศักยภาพของตนทำสิ่งต่าง ๆ ได้หลากหลาย					
9	ฉันคิดว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี					
10	ฉันคิดว่าควรเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่จำเป็นให้ได้อย่างรวดเร็ว					
11	ฉันสามารถหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
12	ฉันคิดว่าการพัฒนาตนเองจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้					
13	ฉันคิดว่าตนเองมีโอกาสในการแสดงให้เห็นถึงทักษะในการทำสิ่งต่าง ๆ					
14	ฉันมักแสวงหาความท้าทายในชีวิตเพื่อพัฒนาตนเอง					
ด้านความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น						
15	ฉันรู้สึกพึงพอใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับผู้คนรอบข้าง					
16	ฉันคิดว่าตนเองสามารถร่วมมือกับผู้อื่นเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการได้					
17	ฉันมักได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นในการสิ่งที่ฉันทำ					
18	ฉันและผู้คนรอบข้างมักคิดถึงความรู้สึกของกันและกัน					
19	ฉันคิดว่าตนเองมีผู้ที่พร้อมให้ความช่วยเหลือหากต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบาก					
20	ผู้คนรอบข้างมีความเชื่อมั่นในความคิดเห็นของฉัน					
21	ฉันรู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับผู้คนรอบข้าง					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
สุขภาวะทางจิต						
1	ฉันพึงพอใจในความสามารถของตน					
2	ฉันพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมาในอดีต					
3	ฉันพึงพอใจในการบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อยก็ตาม					
4	ฉันสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้ เมื่อฉันพยายามทำสิ่งนั้นอย่างเต็มที่แล้ว แต่ก็ยังทำได้ไม่สำเร็จ					
5	ฉันสามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับผู้อื่นได้					
6	ฉันมีเพื่อนหรือผู้คนรอบข้างที่สามารถระบายความรู้สึกได้					
7	ฉันและผู้คนรอบข้างที่ใกล้ชิดมีความไว้วางใจต่อกัน					
8	ผู้อื่นมักบอกว่าฉันเป็นคนที่มีน้ำใจและสามารถพึ่งพาได้					
9	ฉันยืนหยัดตั้งมั่นในสิ่งที่ตนเองตัดสินใจกระทำ					
10	ฉันมั่นใจในความคิดของตน แม้ว่าจะแตกต่างจากผู้อื่น					
11	ฉันตัดสินตนเองจากสิ่งที่ฉันทำไม่ใช่จากสิ่งที่ผู้อื่นกำหนด					
12	ฉันให้ความสำคัญกับความสุขของตนเองมากกว่าสิ่งที่ได้รับจากผู้อื่น					
13	ฉันสามารถจัดการกับบริบทแวดล้อมที่ทำให้ฉันไม่มีความสุขให้ดีขึ้นได้					

SWU-EC APPROVED

ข้อที่	ข้อวัด	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
14	ฉันสามารถจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้					
15	ฉันสามารถสร้างบริบทแวดล้อมเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของตนได้					
16	ฉันสามารถใช้บริบทแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ					
17	ฉันมีความมุ่งมั่นในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้					
18	ฉันมีจุดมุ่งหมายในอนาคตเกี่ยวกับตนเอง					
19	ฉันมีความต้องการในทำสิ่งต่าง ๆ ที่วางแผนไว้ให้สำเร็จ					
20	ฉันมักวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง					
21	ฉันคิดว่าการได้ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดพัฒนาศักยภาพของตนเอง					
22	ฉันคิดว่าการได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยสนับสนุนความสามารถของตนเอง					
23	ฉันพยายามที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น					
24	ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันเกิดการเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					

ขอบคุณครับ

SWU-EC APPROVED

ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการวิจัย ด้วยโปรแกรม AMOS

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Competance	<---	AvgPsyCap	.778	.058	13.312	***	par_1
Relatedness	<---	AvgPsyCap	.666	.068	9.852	***	par_2
Autonomy	<---	AvgPsyCap	.756	.075	10.064	***	par_6
AvgPWB	<---	Autonomy	.088	.033	2.711	.007	par_3
AvgPWB	<---	Competance	.290	.042	6.968	***	par_4
AvgPWB	<---	Relatedness	.205	.036	5.753	***	par_5
AvgPWB	<---	AvgPsyCap	.254	.052	4.910	***	par_7

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
Competance	<---	AvgPsyCap	.634
Relatedness	<---	AvgPsyCap	.518
Autonomy	<---	AvgPsyCap	.527
AvgPWB	<---	Autonomy	.125
AvgPWB	<---	Competance	.351
AvgPWB	<---	Relatedness	.259
AvgPWB	<---	AvgPsyCap	.250

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
AvgPsyCap	.000
Autonomy	.277
Relatedness	.269
Competance	.402
AvgPWB	.647

Matrices (Group number 1 - Default model)

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.756	.000	.000	.000
Relatedness	.666	.000	.000	.000
Competance	.778	.000	.000	.000
AvgPWB	.683	.088	.205	.290

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.527	.000	.000	.000
Relatedness	.518	.000	.000	.000
Competance	.634	.000	.000	.000
AvgPWB	.673	.125	.259	.351

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.756	.000	.000	.000
Relatedness	.666	.000	.000	.000
Competance	.778	.000	.000	.000
AvgPWB	.254	.088	.205	.290

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.527	.000	.000	.000
Relatedness	.518	.000	.000	.000
Competance	.634	.000	.000	.000
AvgPWB	.250	.125	.259	.351

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.000	.000	.000	.000
Relatedness	.000	.000	.000	.000
Competance	.000	.000	.000	.000
AvgPWB	.429	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.000	.000	.000	.000
Relatedness	.000	.000	.000	.000
Competance	.000	.000	.000	.000
AvgPWB	.423	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects - Lower Bounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.000	.000	.000	.000
Relatedness	.000	.000	.000	.000
Competance	.000	.000	.000	.000
AvgPWB	.344	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects - Upper Bounds (BC) (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	.000	.000	.000	.000
Relatedness	.000	.000	.000	.000
Competance	.000	.000	.000	.000
AvgPWB	.512	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects - Two Tailed Significance (BC) (Group number 1 - Default model)

	AvgPsyCap	Autonomy	Relatedness	Competance
Autonomy	...	...	...	...
Relatedness	...	...	...	...
Competance	...	...	...	...
AvgPWB	.000	...	...	...

Minimization History (Default model)

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	2		-.138	9999.000	422.135	0	9999.000
1	e	0	12.024		.844	74.007	18	.911
2	e	0	20.935		.426	16.557	2	.000
3	e	0	15.796		.157	2.249	1	1.101
4	e	0	14.841		.027	1.313	1	1.082
5	e	0	14.489		.004	1.296	1	1.015
6	e	0	14.798		.000	1.296	1	1.000

Pairwise Parameter Comparisons (Default model)

Variance-covariance Matrix of Estimates (Default model)

	par_1	par_2	par_3	par_4	par_5	par_6	par_7	par_8	par_9	par_10	par_11	par_12	par_13	par_14
par_1	.003													
par_2	.001	.005												
par_3	.000	.000	.001											
par_4	.000	.000	.000	.002										
par_5	.000	.000	.000	.000	.001									
par_6	.001	.001	.000	.000	.000	.006								
par_7	.000	.000	.000	-.001	.000	.000	.003							
par_8	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000						
par_9	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001					
par_10	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001				
par_11	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.002			
par_12	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001		
par_13	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
par_14	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

Correlations of Estimates (Default model)

	par_1	par_2	par_3	par_4	par_5	par_6	par_7	par_8	par_9	par_10	par_11	par_12	par_13	par_14
par_1	1.000													
par_2	.246	1.000												
par_3	.000	.000	1.000											
par_4	.000	.000	-.255	1.000										
par_5	.000	.000	-.202	-.182	1.000									
par_6	.303	.261	.000	.000	.000	1.000								
par_7	.000	.000	-.224	-.423	-.248	.000	1.000							
par_8	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000						
par_9	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.217	1.000					
par_10	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000				
par_11	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.398	.342	.000	1.000			
par_12	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.340	-.017	.000	.059	1.000		
par_13	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	-.021	.272	.000	.034	-.061	1.000	
par_14	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000

Summary of Bootstrap Iterations (Default model)

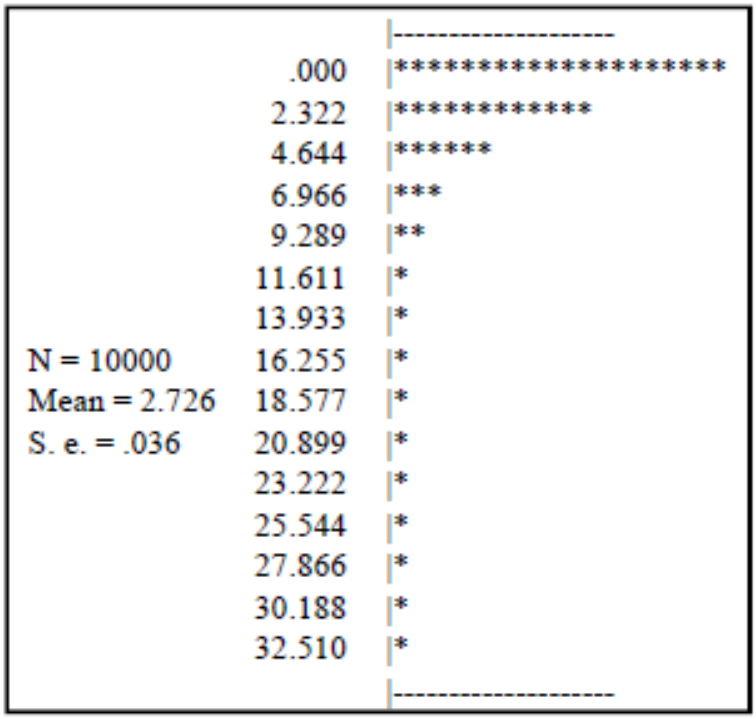
(Default model)

Iterations	Method 0	Method 1	Method 2
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	67	0
5	0	1752	0
6	0	4813	0
7	0	2681	0
8	0	617	0
9	0	69	0
10	0	1	0
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
14	0	0	0
15	0	0	0
16	0	0	0
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
Total	0	10000	0

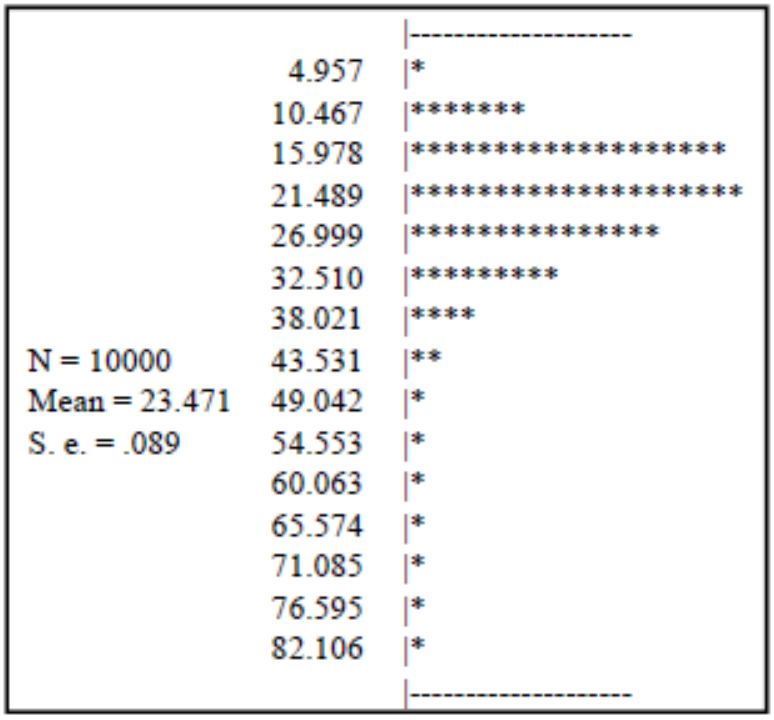
0 bootstrap samples were unused because of a singular covariance matrix.
0 bootstrap samples were unused because a solution was not found.
10000 usable bootstrap samples were obtained.

Bootstrap Distributions (Default model)

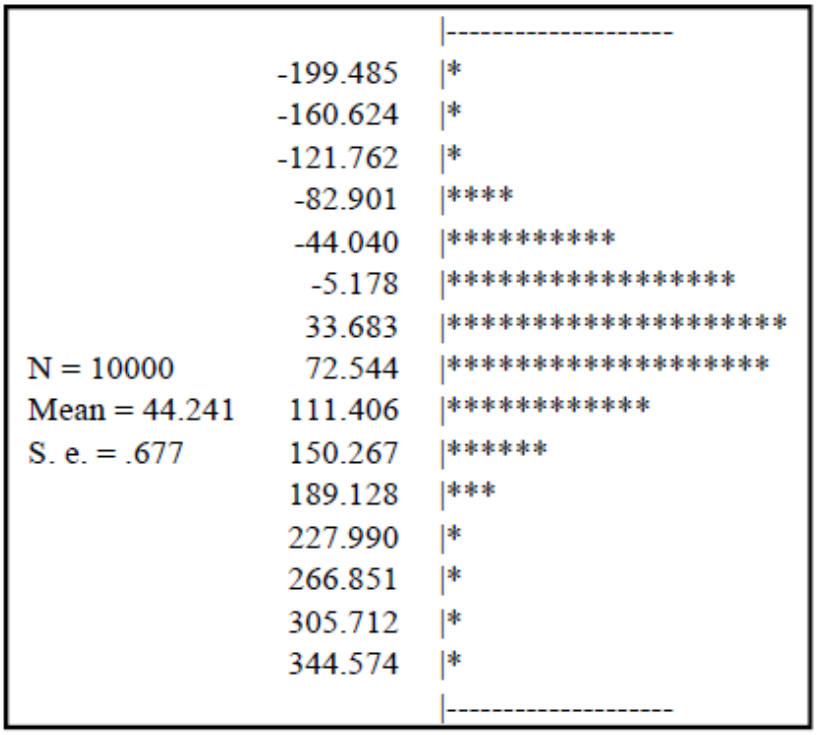
ML discrepancy (implied vs sample) (Default model)



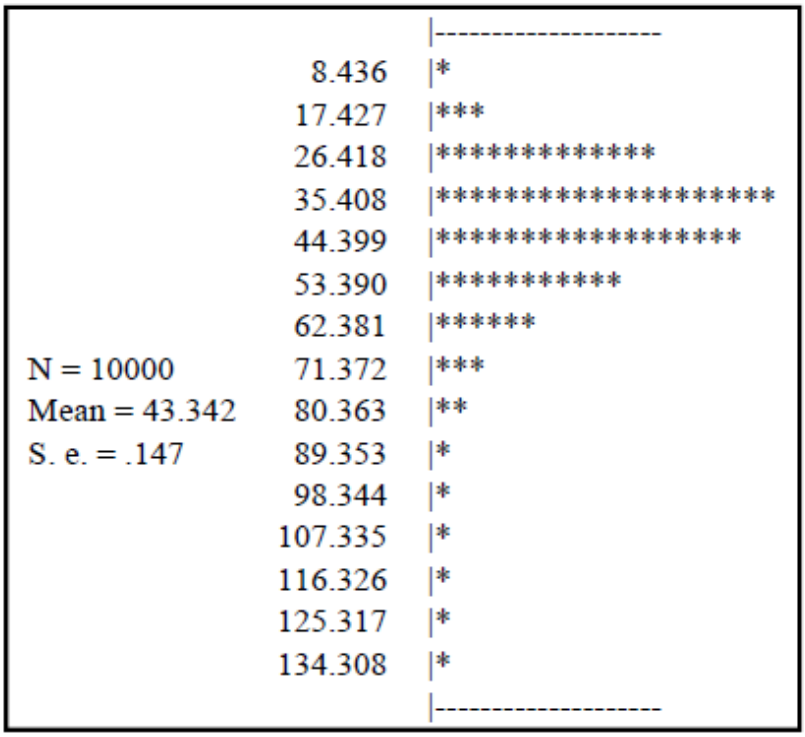
ML discrepancy (implied vs pop) (Default model)



K-L overoptimism (unstabilized) (Default model)



K-L overoptimism (stabilized) (Default model)



Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	14	1.296	1	.255	1.296
Saturated model	15	.000	0		
Independence model	5	641.957	10	.000	64.196

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.009	.998	.970	.067
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.204	.424	.135	.282

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	.998	.980	1.000	.995	1.000
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.100	.100	.100
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	.296	.000	7.744
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	631.957	552.592	718.723

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.005	.001	.000	.029
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	2.432	2.394	2.093	2.722

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.033	.000	.171	.398
Independence model	.489	.458	.522	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	29.296	29.947	79.412	93.412
Saturated model	30.000	30.698	83.696	98.696
Independence model	651.957	652.189	669.856	674.856

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	.111	.110	.139	.113
Saturated model	.114	.114	.114	.116
Independence model	2.470	2.169	2.798	2.470

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	783	1352
Independence model	8	10

ประวัติผู้เขียน