



FACTORS AFFECTING HAPPINESS AMONG FAMILY CAREGIVERS OF
PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

TIDARAT SEEON

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
(INTERNATIONAL PROGRAM)

IN PSYCHIATRIC & MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา



ธิดารัตน์ สีอ่อน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(หลักสูตรนานาชาติ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS AFFECTING HAPPINESS AMONG FAMILY CAREGIVERS OF
PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE



TIDARAT SEEON

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
(INTERNATIONAL PROGRAM)

IN PSYCHIATRIC & MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

The Thesis of Tidarat Seon has been approved by the examining committee to be partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Nursing Science (International Program) in Psychiatric & Mental Health Nursing of Burapha University

Advisory Committee

Examining Committee

Principal advisor

.....
(Associate Professor Dr. Pornpat Hengudomsub)


.....

(Assistant Professor Dr. Choochart Wong-anuchit)

Principal examiner

..... Member
(Associate Professor Dr. Pornpat Hengudomsub)

..... Member
(Associate Professor Chintana Wacharasin)

..... Dean of the Faculty of Nursing
(Assistant Professor Dr. Pornchai Jullamate)

This Thesis has been approved by Graduate School Burapha University to be partial fulfillment of the requirements for the Master Degree of Nursing Science (International Program) in Psychiatric & Mental Health Nursing of Burapha University

..... Dean of Graduate School
(Associate Professor Dr. Nujjaree Chaimongkol)

62910206: MAJOR: PSYCHIATRIC & MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC & MENTAL HEALTH NURSING)
KEYWORDS: HAPPINESS, FAMILY CAREGIVERS, PERSONS WITH ALCOHOL
DEPENDENCE, PERCEIVED HEALTH STATUS, OPTIMISM, HEALTH
LITERACY, FAMILY RELATIONSHIP, SOCIAL SUPPORT
TIDARAT SEEON : FACTORS AFFECTING HAPPINESS AMONG FAMILY
CAREGIVERS OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE. ADVISORY COMMITTEE:
PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. 2023.

Providing care for persons with alcohol dependence could make their family caregivers feel overwhelmed. This would lead to the decrease of family caregivers' happiness. The objectives of this study were to study the happiness and its predicting factors among the family caregivers of persons with alcohol dependence. Five factors consisted of the family caregivers' perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support. The sample included 116 caregivers of persons with alcohol dependence who accompanied their care recipients for follow-up at the outpatient department of the psychiatric hospital, located in the Northeastern region of Thailand. This sample was recruited using simple random sampling technique. Data collection was conducted between March and August 2022. Instruments for data collection included 1) personal information of the persons with alcohol dependence and the family caregivers 2) perceived health status of the caregivers 3) optimism 4) health literacy questionnaire 5) family relationship questionnaire, 6) social support questionnaire ; and 7) happiness questionnaire. The reliabilities using Cronbach's Alpha Coefficients of the questionnaires 2-7 were .80 , .82 , .80 , .81 , .82 and .87, respectively. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients and multiple regression analysis were employed for data analyses.

The results showed that the family caregivers had a mean happiness score of 2.47 (SD = 0.46), which was classified as a low happiness level. These five factors could together explained variance of happiness for 66.5 percent. The significant predictors of happiness ordered from highest through lowest were social support ($\beta = .464$, $p < 0.001$), optimism ($\beta = .337$, $p < 0.001$), and health literacy ($\beta = .142$, $p < 0.01$), respectively. While the caregivers perceived health status ($\beta = .085$, $p > 0.05$) and family relationships ($\beta = .086$, $p > 0.05$) had no statistically significant influence on happiness of caregivers of persons with alcohol dependence.

The results of this research provide preliminary information about the happiness and its predicting factors among family caregivers of persons with alcohol dependence. Programs or activities to enhance the happiness of these caregivers should be developed by taking into account its significant influencing factors including social support, optimism, and the health literacy of these caregivers.

ACKNOWLEDGEMENTS

First and foremost, I would like to extend my sincere gratitude to my research advisor, Associate Professor Dr.Pornpat Hengudomsub for her selfless effort in guiding me throughout the entire process of my study. The study would not have taken its shape without her unwavering support and motivation. I would also like to thank my research participants at Phrasimahaphot Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province, the northeastern region of Thailand for their contributions in assisting me for data collection.

Moreover, I would like to thank my examining committee members for their valuable guidance and feedback. My work would not be possible without the help of these experienced people. Their insightful suggestions have contributed immensely to the quality of my study.

I would like to extend my gratitude to the Faculty of Nursing , Burapha University, for providing me the scholarship to pursue my Master program in nursing. My entire years of study in this faculty would not have been a blessing and enriched journey without this valued support. My friends and family are also the ones who were there to encourage me throughout the tough time in research contributions and especially during the COVID-19 pandemic crisis. Last but not least, my sincere appreciation goes to all family caregivers who participated in this study.

Tidarat Seeon

TABLE OF CONTENTS

	Page
ABSTRACT.....	D
ACKNOWLEDGEMENTS.....	E
TABLE OF CONTENTS.....	F
List of Table.....	H
List of Figures.....	I
CHAPTER 1 INTRODUCTION.....	1
Background and Significance.....	1
Research Objectives.....	9
Scope of Study.....	9
Conceptual Framework.....	10
Definition of Terms.....	11
CHAPTER 2 LITERATURE REVIEW.....	13
Concept of Alcohol Dependence.....	13
The Alcohol Dependence in Thailand.....	13
Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence.....	19
Concept of Happiness.....	21
Factors Influencing Happiness.....	26
Summary.....	33
CHAPTER 3 RESEARCH METHODOLOGY.....	34
Research Setting.....	34
Population and Sample.....	34
Research Instruments.....	35
Validity.....	39
Reliability.....	39
Ethical Consideration.....	39

Data Collection Procedures	39
Data Analysis.....	40
CHAPTER 4 RESULTS	42
Part 1: Demographic characteristics of the persons with alcohol dependence	42
Part 2: Demographic characteristics of the family caregivers	46
Part 3: Happiness of the family caregivers	49
Part 4: Factors related to happiness	52
Part 5: Correlation of the studied variables	52
Part 6: Factors influencing happiness	53
CHAPTER 5 DISCUSSION.....	57
Summary of the results	57
Discussion.....	58
Implications of the study findings	63
Limitations in this study	64
Recommendation for future research.....	64
REFERENCES	65
APPENDIX.....	86
Appendix A Questionnaires and scales	87
Appendix B Permission to use instruments	101
Appendix C Participants information sheet and consent form	114
Appendix D Ethical approval letters.....	117
BIOGRAPHY	125

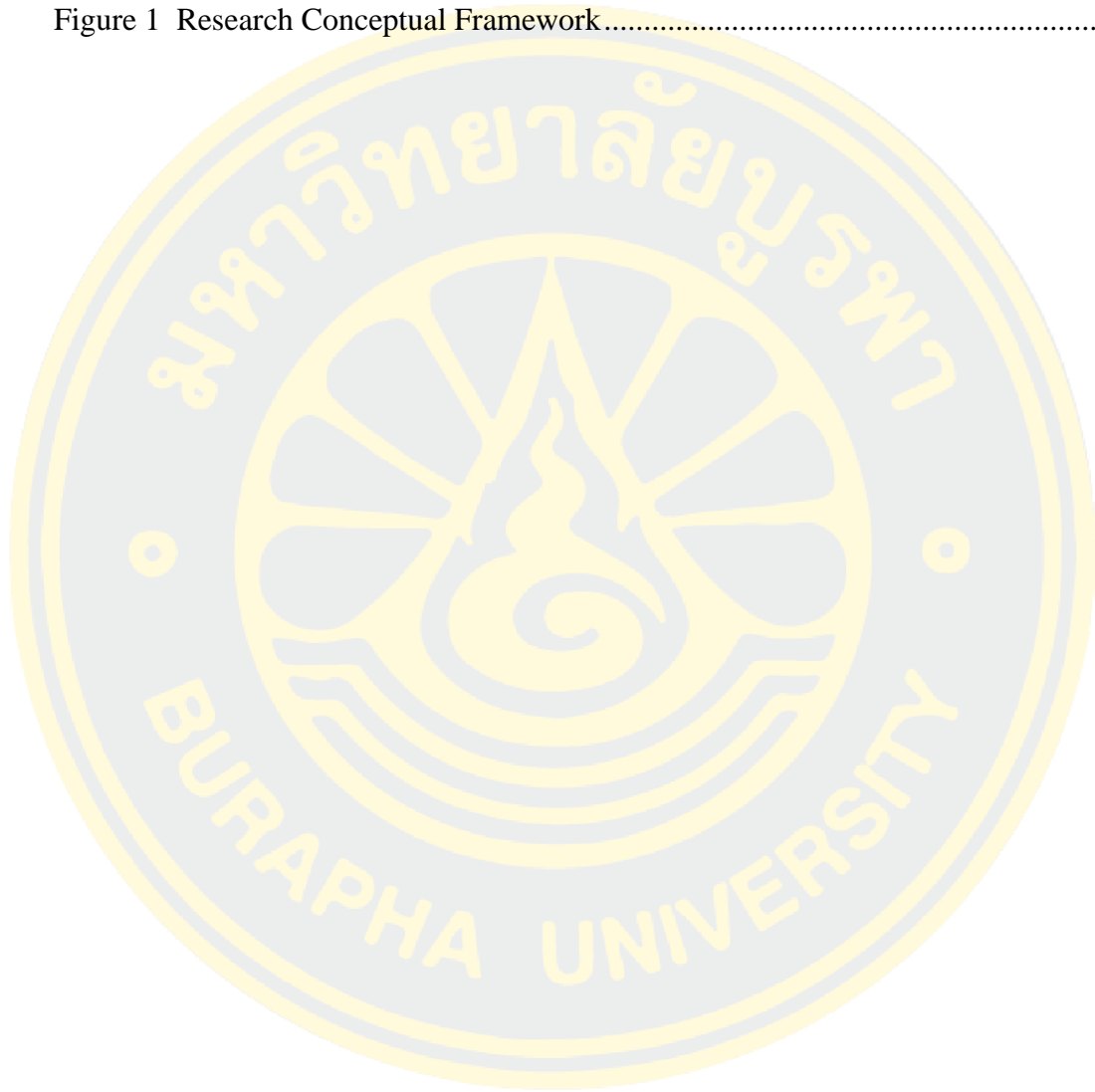
List of Table

	Page
Table 1 Characteristics of persons with alcohol dependence (n = 116)	43
Table 2 Characteristics of the family caregivers (n = 116).....	46
Table 3 Means and Standard Deviations (SD), score ranges, and levels of happiness among the family caregivers (n = 116).....	49
Table 4 Means and Standard Deviation (SD) of happiness questionnaires in each item (n = 116).....	50
Table 5 Mean, Standard Deviation (SD), and the range of studied variables (n = 116)	52
Table 6 Pearson Correlations between studied variables (n = 116).....	53
Table 7 The influence of factors affecting happiness (n = 116)	55

List of Figures

Page

Figure 1 Research Conceptual Framework.....11



CHAPTER 1

INTRODUCTION

Background and Significance

Alcohol dependence included a variety of cognitive, behavioral, and physiological syndromes, the main feature of which was “preoccupation with alcohol overriding other interests, persistent drinking despite obvious harm and withdrawal symptoms on stopping” (Gonzalez, Neilson, Lenihan, and Drapek, 2010).

. The DSM-IV describes two different disorders, referring to alcohol dependence and alcohol abuse, each with distinct criteria. Later in DSM-5, alcohol dependence and alcohol abuse as two DSM-IV disorders were combined into an individual disorder named Alcohol Use Disorders (AUD) and subclassified as mild, moderate, and severe.

○ The effects of alcohol dependence contributed substantially to the global burden of disease in which 4.1% of global disability-adjusted life years were assigned to these difficulties (Rehm, Hasan, Imtiaz, and Neufield, 2017). According to the annual report of the Department of Mental Health in the fiscal years of 2011 to 2012, the number of people with alcohol dependence which was classified by gender, it was appeared to be males 58,864 and 67,929; and females 6,175 and 7,337 respectively. In the survey conducted with the sample from all over Thailand in 2013, it was found that 18 percent of the Thai population, or approximately 9.3 million people, had at least one alcohol-related disorder during their lifetime. Among this Thai population, 4.1 percent (2.1 million people) suffer from alcohol dependence. in the past life and the prevalence of alcohol-related disorders in the past 12 months was 5.3 percent, or approximately 2.75 million people, with the prevalence of alcohol dependence in the last 12 months was 1.8 percent which accounted for the population of 9.1 hundred thousand people (Tanaree et al., 2017). The increasing number showed that people with alcohol dependence have been increasing dramatically (Department of Mental Health, 2012). Thailand was one of the countries in ASEAN that reported high alcohol consumption in which 40 percent of the drinkers were residing in the North-

East region (Center for Alcohol Studies, 2013). Furthermore, most countries emphasized providing welfare resources to ease the burden of alcohol addiction.

In a study conducted by (Statista, 2018) found that about 17 million drinkers 35 percent of Thai people aged 15 years and over consumed alcohol regularly. In addition, from the statistics of substance and drug addiction, among the patients who received hospital rehabilitation from Years 2015 to 2019, it was found that the patients with mental and behavioral disorders caused by substance abuse received services as outpatients were the most common. The highest number was the alcoholic patients; accounting for 64.67, 61.64, 52.58, 50.04, and 46.37 percent, respectively. The second highest number of patients were the patients who used substance/amphetamine; accounting for 16.75, 18.89, 26.16, 29.11, and 18.14 percent, respectively. The third highest number of patients were found among those who used multiple substances; accounting for 16.64, 17.76, 19.31, 18.63, and 19.30 percent, respectively. Although from 2018 to 2020, there were 2306 cases of alcohol dependence patients admitted to treatment according to the hospital records, the outpatient department services reported to have approximately 60-68 cases of alcohol dependence patients per month (Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, 2020).

Alcohol use disorder became in reality an aggregate of alcohol-associated clinical situations characterized through alcohol abuse or alcohol dependence (American Psychiatric Association, 2013). Drinking alcohol among persons with alcoholism not only affected the drinkers themselves, but also those who cared for them such as their families, and also society as a whole. This effect could cause tremendous negative effects when counted in the fiscal values (Department of Health Policy Research, 2016). Alcohol dependence had been a major social and personal threat in most countries. Patients with alcohol dependence were more likely to be socially excluded and had increasing levels of physical comorbidities (Rehm et al., 2015). Especially, during the COVID-19 situation, many countries encountered lockdowns which caused more difficulties for many alcohol drinkers to buy and drink alcohol regularly, particularly the heavy drinkers who are more prone of having alcohol withdrawal symptoms. Alcohol was one of the most significant leading-risk factors for diseases and injuries in comparison with other risk factors. Alcohol was the cause of many ailments, and this could affect society and nation's economy,

including its association with non-communicable diseases (Prutipinyo, Maikeow, and Sirichotiratana, 2012).

In consideration of the caregivers of alcoholics, families have played an important role in the care of people with mental illness, patients with alcohol dependence in particular. They accompanied and supported the patients along the journey to stop drinking or reduce their alcohol consumption (Dumrongchai, 2000). It could be said that alcohol dependence was determined a “family disease.” Having a family member addicted to alcohol affected the drinkers themselves and those surrounding them associated with occupational and social dysfunction, physical and mental stress, and economic strain. All of these have had a great impact on the lives of important others as well (Sen, Victor, and Saxena, 2016). If the caregivers were not well prepared or not ready for taking their roles in providing care for patients with alcohol dependence especially when the patients were discharged from the hospital to stay at home, this might cause the family caregivers to feel distressed such as unhappiness, tension and stress. This also had an impact on the quality of the care provided to the patients (Kopachon, 2002).

According to Global Status Report on Alcohol (2018, Alcohol Use Disorders (AUDs) accounted for 1.4% of the global burden of disease. There were many impacts from alcohol dependence and family in the society which somehow regarded alcohol as the way of life. This was one of the causes for the increment in alcohol dependence. Alcohol dependence involved with alcohol consumption, illness and mortality (Rehm et al., 2017). The recent study conducted by Moss, Baron, Hardie, and Vanyukov (2001) examined predictors of spousal alcohol-related operating and a depressive indication of illness. The results showed that elderly spouses whose alcohol problems were in remission in later life were able to achieve normal functioning. Nevertheless, elderly spouses who continued to have alcohol problems into their late life suffered from persistent deficiency. (Moss et al., 2001).

According to the retrospective analysis study examining the effects of alcoholism on the mental health of spouses of lifelong at-risk drinkers, the results indicated that greater levels of female spouse distress were higher among male lifetime-risk drinkers in the general population. Lifetime risk drinking was a risk element for spousal emotional distress (R. Tempier, Boyer, Lambert, and Mosier,

2006).. Caregivers of people with alcohol use disorders who had a high caregiver burden were more potential to experience depression and anxiety. The nursing burden could predict the caregivers' anxiety (Vadher et al., 2020).

Many individuals might find themselves in the role of an informal (unpaid) caregiver during the course of their lives. The role of family caregivers was another important role for people whose loved ones were in sickness. Happiness was one of the significant indicators which reflected the caregivers' psychological well-being and worth of to be investigating among the family caregivers for persons with alcohol dependence. According to Argyle and Martin (1991), happiness contains both cognitive and emotional components. The cognitive component was related to the person's thoughts towards life satisfaction, and emotional components included both positive emotions such as cheerful, and delightful; and negative emotions such as depression, and anxiety. Happy individuals were those who were found to have more positive emotions than negative emotions.

Happiness was important not only to people's personal lives but also to the global society. The vital value of happiness is immense. Happiness has led to success, achievement, contentment, excellent health, and longevity. The significance of happiness is also associated with the improvement of personal ambitions and targets that people aspire to. Regarding Dhammananda (2011), happiness assists humanity to live a more compassionate, creative, energetic, and successful life (Dhammananda, 2011). The other possible reason why happiness was important was that it involved a healthy body since positive emotions change the chemicals in the body to produce chemicals that strengthen immunity and cell repair. (Bekhet, Zauszniewski, and Nakhla, 2008). There was no limit towards the the desires for money and wealth. Nevertheless, money cannot buy happiness, and people may not have been happy even after becoming rich. Thus, the increased desire and demand to cross borders and the failure to meet this desire carry the risk of mental and psychiatric illness.

The World Health Organization ;WHO (2013) emphasized the importance of happiness and placing the emphasis on finding ways to enhance happiness. The happiness of family caregivers was important. This helped enhance the nursing quality for people with alcohol dependence as well. From the results of quasi-experimental research conducted by Chuyingsakultip, Koolnaphadol, and Inang

(2019), showed that assimilative integrated family counseling programs could enhance family burden management and family happiness of stroke patients. Happiness among family caregivers was related to multiple factors both internal and external factors. From literature reviews, selected factors affecting happiness among these family caregivers included perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support. These factors were selected to be examined in this study.

Perceived Health status was one of the happiness-affecting factors. Generally, when the family caregivers had a good perception of their health status, this would affect their psychological well-being, particularly their happiness. On the other hand, if the family caregivers had a less well perception of their health status, this would affect the quality of care and their happiness. According to the study of Sirapo-Ngam (1996), caregivers with health problems were more prone to feel stress, which often occurred if the caregivers were unable to control their health problems. The caregivers might feel threatened and might feel frustrated, depressed, or unhappy. Some of them might end up using inappropriate coping methods that affected the quality of care and rehabilitation of the care recipients (Davis et al., 2009). Furthermore, Sirapo-Ngam (1996), developed a transitional nursing program for discharged stroke patients and caregivers. This study used the Transitional Care Model developed by Naylor (2006) as a framework. In comparison to the 1-month post-discharge period and the 3-month post-discharge period, the intervention group reported better adjustment and standard of living than those in the control group. Home visits and phone tracking were a source of empowerment and encouragement for serving as caregivers at home (Sirapo-Ngam, 1996).

Optimism was another factor that contributed to happiness among the family caregivers. People who have positive expectations for the future, expect good things to happen in their lives and tend to believe that desired results are achievable and sustainable in striving toward their goals would also found to be happier. This also could apply to the family caregivers of persons with alcohol dependence.

Carver and Scheier (1994) defined temperamental optimism and pessimism as generalized outcome expectations of good or bad results in human beings. Their definition comes from a more general framework of behavioral self-regulation, in

which people's behavior is strongly influenced by their beliefs about the likelihood of their behavior. Expectation has been considered the main determinant of the division between classes: to keep trying or to give up. People with positive expectations for the future believed that good things would happen in their lives, believed that desired outcomes were achievable, and were more likely to continue striving toward their goals.

Recent research in Thailand conducted a Quasi-Experiment to test the effectiveness of individual counseling programs to increase optimism about authentic well-being among caregivers of chronically ill patients, the results indicated the caregivers in the experimental group participated in an individualized counseling program to increase nursing satisfaction with chronically ill patients. Those who were involved in the program informed higher levels of happiness than before the experiment, at a statistical significance level of 0.01 (Bunyapanasarn, 2018).

Health literacy was another significant factor that could predict happiness. It reflected the family caregivers' health competency and skills.

In the current review, it is defined and operationalized as the personal characteristics and social resources that enable individuals to access, understand, evaluate, and utilize information and services related to their health (Sorensen et al., 2012; World Health Organization, 1998). Health literacy has been viewed as a multidimensional construct composed of individual skills, interpersonal components, and broader health system and community elements (Yuen et al., 2014). Poor health literacy among people with chronic health symptoms is associated with poorer self-management of illness (Zhang, Terry, and McHorney, 2014). From literature reviews, the studies regarding health literacy among patients had been widely investigated; nevertheless, there were a few numbers of studies conducted with the family caregivers, including its effects on happiness. Therefore, health literacy would serve as a significant predictor of happiness among family caregivers of persons with alcohol dependence.

Family caregivers who had positive relationships with their family members would also have more positive affects; happiness in particular. Kasemkijwattana (1993) studied the stress of caregivers in the role of a chronic patient's wife. She found that spouses who had a good relationship with each other: a wife taking care of her husband when he was sick could lead to positive situations and results during the

time of being assessed. On the other hand, if the spouses had a bad relationship, conflicts might occur. The lack of caring by heart would consequently affect the quality of care for the patients and improper coping methods.

Perceived social support was also another significant factor affecting the family caregivers' happiness. Despite the difficult role of being the family caregivers of patients with alcohol dependence, if the family caregivers had well support in terms of the information dissemination, and sentimental and material assistance; this would assist alleviate their hardship role in taking care of patients with alcohol dependence . It would help improve the quality of care and also reduced the load on caregivers of alcoholics. Social support indicated the number of social connections that are available as support for personal gain (Cohen, Gottlieb, and Underwood, 2000). Many studies have examined the positive effects of social support on health outcomes in patients with coronary heart disease. Mortality was four times higher in myocardial infarction patients who reported social isolation and higher stress than those who reported high social support and low stress (Burg et al., 2005). Social support has been demonstrated to have positive effects on physical health, psychological well-being, and social functioning (Wortman, 1984).

The persons with alcohol dependence should be monitored for medical adherence, patterns of alcohol consumption, and any possible alcohol withdrawal symptoms. Despite the fact that in some countries, alcohol has been recently legal, the domestic and international research has found that drinking alcohol had more negative effects than positive effects (World Health Organization, 2018). The guidelines for the treatment of alcohol dependence included both drug and non-drug use. Non-drug treatment was suitable for outpatients, and patients without severe symptoms and without complications, the method was palliative care with the provision of support and patient empowerment. Patients with alcohol dependence were encouraged to be aware of the harm of drinking, followed up and evaluated the effects of alcohol deficiency, and provided general medical care (Paenkaew, 2016).

Family caregivers are the significant people who played a vital role in providing care for the person with alcohol dependence as same as they have to pay attention and care towards themselves. The family caregivers should have both good physical and mental health so that they could manage possible substantial care

burdens. They also deserved the right to be happy and less worried. Presently, there were limited studies on happiness of family caregivers of alcoholics. A study conducted by Vagharseyyedin and Molazem (2013) showed associations with stress, resilience, and well-being in caregivers of these patients. The results showed a significant negative correlation between stress and resilience ($r=-0.361$, $p<0.001$) and between stress and happiness ($r=-0.248$, $p<0.05$). Education level, happiness, and age were predictors of caregiver burden.

The primary roles of caregivers in supporting alcoholic family members consist of financial support, disease symptom management, and patient involvement and adherence to treatment. (Provencher, Perreault, St-Onge, and Rousseau, 2014). This demands many resilience and motivation from the caregivers to provide comprehensive psychosocial care to relatives of alcoholic, especially in the case of frequent relapses among these kinds of patients. Previous research results also indicated that caregiving itself could be an independent risk component for mortality (Schulz and Beach, 1999). Refraining from seeking help from caregivers delays planned addiction treatment interventions, further increasing the burden of worsening conditions. A study of the effects of partner drinking on women's physical and mental health was conducted by Dawson, Grant, Chou, and Stinson (2007). These women were found to suffer from mood disorders and depressive episodes more often than women whose partners did not have alcohol problems. Tempier, Boyer, Lambert, Mosier, & Duncan (2006) investigated the effects of alcoholism on the mental health of spouses and found that wives of male risk drinkers had higher levels of emotional distress. Research has shown that emotional distress associated with the care of alcoholics requires the attention of healthcare and mental health professionals (Rospenda, Minich, Milner, and Richman, 2010). Caregivers of alcoholics reported higher strain in the "Patient's behaviour" domains. Presumably, their destructive behavior is due to the fact that they are associated with episodes of binge drinking, which are seen as preventable and unanticipated consequences (Hyder, Chenganakkattil, and Babu, 2016).

From the previous reviews mentioned thus far, most of the studies were conducted with the caregivers of patients with other chronic diseases such as dementia, and schizophrenia etc. These emphasized the need for conducting studies

focusing on happiness and the affecting ingredients among the family caregivers of patients with alcohol dependence who deserved more attention. In this study, data collection was performed with the family caregivers of patients with alcohol dependence. These patients came to receive treatment and follow-up services at the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in the Northeastern Thailand. This hospital was a treatment centre for alcohol and other drug treatments. The majority of the care recipients were people residing in the Northeastern Thailand. The results obtained from this study could help generate baseline information regarding happiness as well as its predicting factors among family caregivers of persons with alcohol dependence. By knowing which factors could predict happiness, it could be used to further develop an effective intervention for happiness enhancement by taking into account the significant predictors. This would, in turn, help promote quality of care provision and also the quality of life in both the patients and the family caregivers.

Research Objectives

1. To examine happiness among family caregivers of persons with alcohol dependence.
2. To examine factors influencing happiness among family caregivers of persons with alcohol dependence including perceived health status, optimism, health literacy, family relationships and social support.

Research Hypotheses

The family caregivers' perceived health status, optimism, health literacy, family relationships and social support would together predict happiness among caregivers of persons with alcohol dependence.

Scope of Study

This study was conducted with the 116 family caregivers who accompanied their care recipients for follow-up at the out-patient department of the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in the Northeastern of Thailand. from April to July, 2022. Male and female major family caregivers aged 18 years and over were recruited for data collection.

Conceptual Framework

The research conceptual framework of this study was synthesized from the literature reviews, and the happiness concept postulated by Argyle and Martin (1991). Happiness contained both cognitive and emotional components. The cognitive component was reflected by the individual satisfaction with his or her life. Whereas the emotion component contained both positive emotions such as cheerful, and delightful; and negative emotions such as depression, and anxiety. Happy individuals would be those who had better life satisfaction and had more positive emotions than negative emotions. Happiness was related to various factors. In this study, selected factors affecting happiness among the caregivers of patients with alcohol dependence would be examined including perceived health status, optimism, health literacy, family relationships and social support. The family caregivers with higher happiness would be those who had more confidence in their abilities to manage and conduct behaviors in order to achieve the desired goals. Those who had better perceived health status, health literacy, looking at situations or events positively as well as having good expectation towards the future, having good family relationships and social support would feel happier. These selected factors could affect the happiness of family caregivers with alcohol dependence as presented in Figure 1.

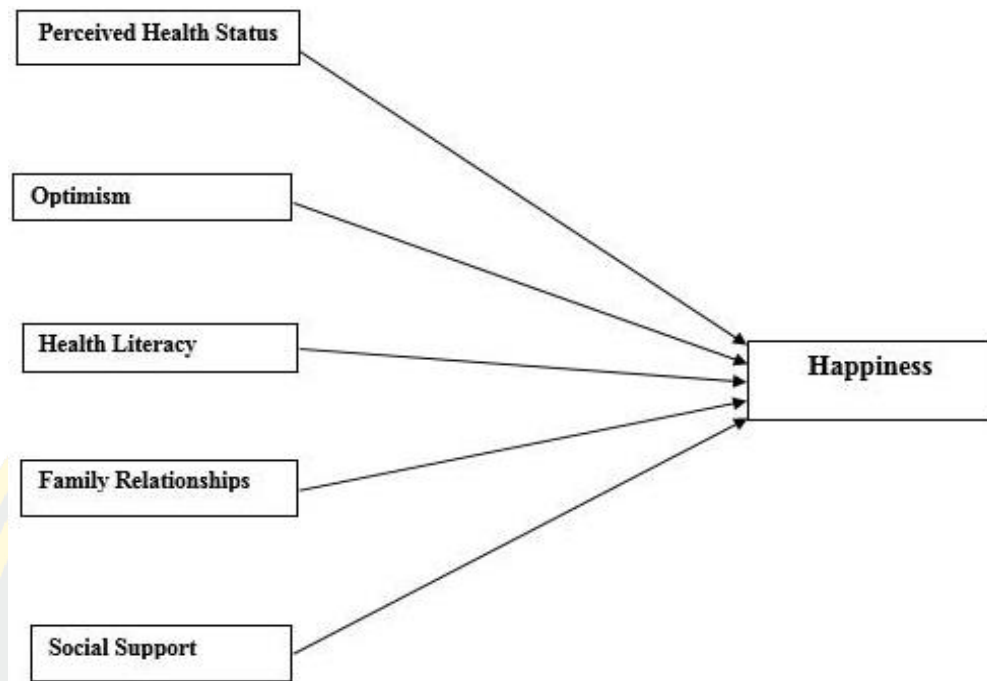


Figure 1 Research Conceptual Framework

Definition of Terms

The definitions of variables in this study were as follows:

Persons with Alcohol Dependence referred to patients who have been diagnosed with Alcohol Dependence by physicians based on the ICD-10 criterion diagnosis. These persons had an internal drive of drinking alcohol until it was an addiction to alcohol, and it had a negative impact on the person's health and responsibility.

Family Caregivers referred to male and female family caregivers who had major roles in providing care for the persons with alcohol dependence without payment.

Happiness referred to the positive emotion of family caregivers, having good relationships with others, accepting other persons, and having positive self-value and self-respect. Happiness would be measured by using the 29-item Oxford Happiness Questionnaire (OHQ) which was developed by Hills and Argyle (2002) in Thai- version and was translated by Jetmanorom (2003).

Perceived Health Status referred to family caregivers' perception towards their health conditions in the past, present and future, awareness of their disease

resistance, their illness susceptibility, their anxiety, their attention relevant to health, and understanding of the illness. A perceived health status questionnaire developed by Limachan (2006) was used in this study.

Optimism referred to the family caregivers' positive views of situations or events, having good expectations towards the future, positively believing that good things would happen in their lives, and being able to adapt themselves appropriately to the changing environment. This study will use a measure of optimism developed by Carver and Scheier (1994) that was translated into Thai language and was used in the study conducted by Kulprasutidilok, Jirawongnusorn, Chitmanasak, and Supawantanakul (2014).

Health Literacy referred to the ability and skills of family caregivers to acquire knowledge, understand, analyze, interpret, evaluate health information and access health services. This health literacy encompassed 6 components which included knowledge and understanding towards health, access to health information and services, health communication, self-health management, media literacy, and health decision making. Health literacy was measured by using Health Literacy Questionnaire developed by Srithanee (2017).

Family Relationships referred to the family caregivers' perception regarding their relationship with the other family members in terms of helping and caring for each other, including having the sense of being respected and supported. This family relationship was measured by using the family relationship questionnaire developed by Lawang, Sunsern, and Rodjarkpai (2005).

Social Support referred to the family caregivers' perception of the support they received including 1) provision of intimacy; 2) social integration and being an integral part of a group; 3) opportunity for nurturing behavior; 4) reassurance of worth as an individual and in role accomplishments; and 5) the availability of informational, emotional, and material assistance. Personal Resource Questionnaire which was developed by Weinert (2003) and translated into Thai version by Tungmephon (2005) was used to assess social support in this study.

CHAPTER 2

LITERATURE REVIEW

The literature review was organized into five major parts which included 1) Concept of alcohol dependence, 2) Family caregivers of persons with alcohol dependence, 3) Concept of happiness, 4) Factors influencing happiness and summary of the literature review.

Concept of Alcohol Dependence

In this part, details regarding the concept of alcohol dependence were organized into five parts which included the alcohol dependence in Thailand, pattern of alcohol drinking, definition of alcohol dependence, signs and symptoms of alcohol dependence and treatment for alcohol dependence.

The Alcohol Dependence in Thailand

Alcohol addiction has become a major cause of welfare concerns in Thailand due to the negative effects of traffic accidents, injuries, and domestic violence against women in the home (CAS, 2013; Sivak & Schoettle, 2015; Waleewong, et al., 2015). Adult alcohol consumption in Thailand increased dramatically from 0.3 liters per year in 1961 to 8.5 liters in 2001 (Institute of Alcohol Studies, 2017; World Health Organization, 2014). Thailand had the highest per capita consumption in the WHO's South-East Asia Region, with a current consumption of 7.2 liters (Waleewong, 2017). Alcohol use during pregnancy, drunk driving, and other unfavorable outcomes were all caused by this consumption, and 82 percent of respondents claimed that someone else's drinking had harmed them (Waleewong et al., 2015).

In Thailand, drinking increased the risk of domestic violence by four times, and alcohol use was a factor in two out of every five crimes committed by young people (Department of Child and Adolescent Correction and Protection, 2008). Thailand has implemented the "triangle that moved the mountain" to slow the increase in alcohol consumption and address the negative effects of alcohol (Waleewong,

2017). The triangle included research, social movement, and political participation. Thais were estimated to consume 8.3 liters of alcohol per year in 2018, and there was an increase of 8 percent from 2010 (Statista, 2020). Research has shown that excessive alcohol consumption had both psychological and physical consequences. During the New Year's holiday in January 2021, over 384 accidents and 30 percent of total accidents were attributed to drunk driving (The Thaiger, 2021). Over 67 percent of a sample group reportedly drank alone and with family members on occasion, making it the most prevalent drinking behavior associated with alcohol dependence in Thailand (Assanangkornchai et al., 2020).

The Department of Mental Health's 2011-2012 annual report revealed that there were 58,864 males and 67,929 females with alcohol dependence between fiscal years 2011 and 2012. This meant that the number of people who were dependent on alcohol has gone up tremendously (Department of Mental Health, 2012). The effects of alcohol consumption on alcoholics affected the alcoholics themselves, their families, and their communities (Department of Health Policy Research, 2016). The level of dopamine in the bodies of those with alcoholism would be altered leading to the development of psychotic symptoms, including illusion, paranoia, delusion, and hallucination. Northern Thailand residents aged 15 and older were estimated to have the highest rate of alcohol consumption in 2018 (Thai Health Promotion Foundation, 2018). Analysis of the burden of diseases in Thailand in 2004 revealed that alcohol dependence and harmful use contributed the most Years Lived with Disabilities (YLD) among men in all diseases (17.9 percent or 314,000 YLDs). In terms of Disability-Adjusted Life Years (DALY), it was ranked the third after HIV and traffic accidents and was equal in rank to stroke (5.8 percent of all illnesses or 332,000 DALYs) (International Health Policy Program, 2007).

From the statistics of substance and drug addiction patients receiving hospital rehabilitation from 2015 to 2019, it was found that patients with mental and behavioral disorders caused by substance abuse received services as outpatients, which were the most common. The highest number was the alcoholic patients accounted for the percentage of 64.67, 61.64, 52.58, 50.04 and 46.37, respectively. The second highest number of patients were found on patients who were using substance and amphetamine accounted for 16.75, 18.89, 26.16, 29.11 and 18.14

percent, respectively. The third highest number of patients were found to use a combination of drugs accounted for 16.64, 17.76, 19.31, 18.63 and 19.30 percent, respectively. Although from 2018 to 2020, there were 2,306 cases of alcohol dependence patients admitted to having treatment according to the hospital records, the out-patient department served approximately 60-68 cases of patients with alcohol dependence per month (Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, 2020).

The Pattern of Alcohol Drinking

Edwards and Gross (1976) and Guggenmos and colleagues (2018) found that being dependent on alcohol and drinking excessively without control were linked to heart disease, cancer, and dementia. Schwarzingler and colleagues (2018) scanned the brains of 119 samples between the ages of 20 – 66 years with and without alcohol dependence by using a computer. In the brain control area, alcohol-dependent patients had less gray matter. They also assessed severity by assessing alcohol dependence, harmful use, and consumption patterns. The pure alcohol units were 10–12 grams. Alcohol units were consumed. Although being controversial, 21 units per week for men and 14 for women were regarded as low risks. In a cross-sectional study conducted by Gupta and colleagues (2017) on 75 Indian patients with alcohol use disorder, they found that over half of them reported drinking alcohol "for relaxation", or "relieving tension", and around 40 percent of them for "recreational purposes" at night. Most of them drank at home, and they preferred domestic liquor, followed by Indian-made foreign liquor. Two third of them drank alcohol alone, and 75 percent of them with food and water or soda. Over half of the drinkers were "rather more" intoxicated in the past three months. 75 percent of ASSIST respondents had a high to moderate alcohol risk. Other studies from India showed that most people preferred drinking alone. Their main goal was intoxication, and they drank a variety of beverages on different occasions. Moreover, the type of drink, the place it was drunk, the way it was consumed, how close it was to food, and whether it was mixed with another drink often caused alcohol-related problems (Benegal, 2005; Brien et al., 2011; Ghosh et al., 2012; Studer et al., 2015; Vilamovska et al., 2009). These findings suggested that alcohol consumption was a complex behavior, and interventions should consider its contexts and influences. To understand the full scope of alcohol use, it was important to consider not only the quantity of alcohol consumed but also the

circumstances in which it was used. Additionally, interventions should focus on educating people on the potential risks associated with drinking in different contexts.

Definition of Alcohol Dependence

Alcohol dependence was not only a disorder in itself, but it was also a powerful way for people to keep drinking and deal with the effects of alcohol on their bodies and on their social lives (Drummond, 1990). The terms 'alcohol abuse' and 'alcohol dependence' were variously defined and constantly changed depending on the context. The study by Hasin and colleagues (1990) stated that these two terms were different. Alcohol abuse was used for several symptoms that had shown in conditions, whereas alcohol dependence depicted how alcohol influenced several aspects of the individuals. Alcohol consumption was responsible for over 2.5 million deaths in the world population each year (Clapp et al., 2014). The recent study conducted by Gans (2020) also stated that alcohol abuse could be categorized into many levels, which varied from mild to severe levels. It usually happened regarding socioeconomic issues of individuals such as personal problems, health issues, and social issues. Alcohol dependence usually showed several characteristics such as a need to take the same amount of alcohol regularly, and feeling uneasy without alcoholic beverages such as mood changes or abnormal sleep patterns. The condition could also influence the amount of alcohol intake of the patients, which made it less possible to withdraw (United Kingdom Rehabilitation Council, 2019). This could lead to serious health issues such as liver cirrhosis, high blood pressure, and heart disease. It was important to recognize the signs of alcohol abuse early in order to prevent further harm.

Signs and Symptoms of Alcohol Dependence

According to the literature reviews, signs and symptoms of alcohol dependence usually used DSM-V and ICD-10 diagnostic criteria in order to classify persons with alcohol dependence. World Health Organization (2011) showed symptoms that were classified into ten subsections relating to physical and psychological health. However, the type to put in the study was F10.2 - Alcohol dependence. According to Batra and colleagues (2016), the diagnosis which showed the signs being able to harm individuals as a result of alcohol use could be classified in F10.2. These patients usually had 3 or more symptoms together within a month or

during a 12-month period. The symptoms included having a strong need for alcohol usage, controlling problems of amount of alcohol intake, withdrawing from the deduction of substance use, losing interest or pleasure from normal activities if without drinking and less tolerance level, and having difficulty controlling anger.

The coding of ICD-10 on alcohol usage was differentiated in each group with ADS having multiple degrees and forms. F10 had the classification of F10: mental and behavioral disorders due to use of alcohol with the following subdivisions (Anderson, 2017). They represented Acute intoxication (F10.0), harmful use (F10.1), dependence syndrome (F10.2), withdrawal state with delirium (F10.3), psychotic disorder (F10.5), amnesic syndrome (F10.6), residual and late-onset psychotic disorder (F10.7), other mental and behavioral disorders (F10.8), and unspecified mental and behavioral disorder (F10.9).

The DSM-5 listed 11 symptoms that could be used to determine if an individual had an alcohol use disorder (National Institute, 2020).

- 1) Alcohol regularly taken in larger amounts or for longer period than had been intended;
- 2) A persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use;
- 3) A great deal of time being spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects;
- 4) Craving, or a strong desire or urge to use alcohol;
- 5) Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfil major role obligations at work, school, or home;
- 6) Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol;
- 7) Important social, occupational, or recreational activities being given up or reduced because of alcohol use;
- 8) Recurrent alcohol use in situations physically hazardous;
- 9) Alcohol use was continued despite having a persistent or recurrent physical or psychological problem likely to have been caused or exacerbated by alcohol;
- 10) Tolerance, as defined by either of the following: a) A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect, or b) A markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol; and
- 11) Withdrawal, as manifested by either of the following: a) The characteristic withdrawal syndrome for alcohol, b) Alcohol (or a closely related substance such as a benzodiazepine) was taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.

The presence of at least 2 of these symptoms indicated an alcohol use disorder (AUD). The severity of an AUD was classified into mild, moderate, or severe:

Mild: The presence of 2 to 3 symptoms. (F10.10)

Moderate: The presence of 4 to 5 symptoms. (F10.20)

Severe: The presence of 6 or more symptoms. (F10.20)

Treatment for Alcohol Dependence

Each treatment aimed to safely stop or cut back on alcohol use (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006). Service users might be hesitant to change their drinking habits or address their issues at first. Most alcoholics should aim for total abstinence (Schuckit, 2009). Abstinence was the best goal for those with severe psychiatric or physical comorbidities, but hazardous and harmful drinkers and those with low alcohol dependence could achieve moderate alcohol consumption (Raistrick et al., 2006). If a client had a goal of moderation, but the clinician believed that there were significant risks; the clinician should strongly advise abstinence. The patients should not deny the treatment after being advised to receive the treatment by the clinician (Raistrick et al., 2006). Next, a doctor might medicate alcohol withdrawal. People with severe alcohol dependence and/or significant physical or psychiatric comorbidity might need inpatient or residential alcohol withdrawal in an NHS or inpatient addiction treatment unit (Specialist Clinical Addiction Network, 2006). Most patients could withdraw from alcohol with their GP or in an outpatient or home-based program with professional and family support (Raistrick et al., 2006). Many needed long-term treatment before alcohol withdrawal.

Thus, withdrawal management might not be enough. Recently sober people with many unresolved co-occurring issues such as psychiatric comorbidity and social issues were at risk of relapse (Marlatt and Gordon, 1985). This phase would help in preventing relapse. Psychosocial, pharmacological, and co-occurring problem interventions should change drinking behavior. Individual therapy (MET, CBT), group and family-based therapies, community-based and residential rehabilitation programs, medications to reduce drinking or promote abstinence (naltrexone, acamprosate, or disulfiram), and social support and integration (SB) were used to prevent relapse. Patients with alcohol use disorder often had psychiatric comorbidity,

but it usually disappeared after a few weeks without the treatment (Petrakis et al., 2002). After assisting withdrawal, some people with psychiatric comorbidity—usually those whose mental disorder preceded alcoholism—might need psychosocial or pharmacological interventions. Alcoholics often killed themselves (Sher, 2006). Therefore, treatment staff needed to be trained to identify, monitor, and treat or refer patients with comorbidity who persisted beyond withdrawal and/or were at risk of self-harm or suicide. Trained staff were required to address complex psychological issues like trauma, sexual abuse, and bereavement (Raistrick et al., 2006). Post-withdrawal alcoholics struggled with finances and relationships. Thus, social support was needed. Homelessness, isolation, marital breakdown, and child care issues like parenting, abuse, and neglect required social care referral and liaison (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence

This part provided the detail regarding the definition and specific roles of the family caregivers in alcohol dependence patients.

Definition of Family Caregivers

Family caregivers supported family members in need and received payment for their services. Family caregivers usually cared for elders, but they could also care those with severe mental illnesses or addictions (Canam and Acorn, 1999; Stajduhar et al., 2010). Wolff and Jacobs (2015) defined family caregivers as disability assistants, whether blood-related or not. Furthermore, previous Thai studies on caregivers' adaptation, perception, and skills in caring for chronic mental illness have focused on primary caregivers. Buddhist beliefs shaped family mental illness caregiving (Burnard et al., 2007). Caregivers needed caregiving skills (Dangdomyouth et al., 2008) in adjusting to caregiving. One study suggested that psychiatric nurses could engage families by building trust, strengthening connections, promoting creative care, and supporting families (Kertchok et al., 2011). During hospitalization, family members and other caregivers provided additional assistance (White and Kline, 2002) which could be affected by family structure changes when the relative became ill (Strauss and Corbin, 1998).

Role of Family Caregivers in Caring for the Persons with Alcohol Dependence

Werner (2004) examined family caregivers of alcohol dependence. R. Schulz and Eden (2016) found "trajectories" of care for individuals in American family care. Family caregivers provided medical, housekeeping, and social support. Family caregivers often dealt with alcohol-dependent patients' health and mental health issues (Goit et al., 2021; Vaishnavi et al., 2017). Family and informal caregivers as well as those with informal careers treated alcohol-dependent patients (Suwanno, 1997). Personalities, social support networks, family status, and other responsibilities affected family caregivers. Home caregivers provided emotional, financial, nursing, social, and homemaking support to ill or disabled family members. Families could help alcohol dependence patients to stay in treatment and reduce alcohol use by understanding and promoting family roles (Bhatti et al., 1986). The therapy focused on building an alliance with caregivers, reducing an adverse family atmosphere, improving problem-solving, decreasing anguish and repentance, maintaining expectations, and changing behavior and beliefs. Moreover, O'Farrell and the team (1998) found poor communication, role functioning, leadership, and spouse abuse in most families. Family intervention therapy improved family functioning, including free and open communication, mutual warmth and support, role modeling, good leadership, cohesiveness, and sharing responsibilities. Individual alcoholism treatment with marital or family therapy improved compliance, drinking management, marital stability, and subjective well-being (O'Farrell et al., 1998). Brain dysfunction, psychological distress, lack of readiness to receive treatment, lack of family support for alcohol cessation, living in a drinking environment, an inadequate discharge planning assessment, and living in a dangerous environment caused post-treatment relapse. (Ratsamesuwiat, 2020). The other study also found no family support for alcohol cessation (Atadokhy et al., 2015). Thai men who believed drinking was part of their work culture and a way to socialize and celebrate were more likely to relapse (Hanpatchaiyakul et al., 2014). A 2014 systematic review found that heavy drinking culture increased relapse risk (Castaldelli-Maia and Bhugra, 2014). Thai alcoholics relapsed post-treatment due to poor discharge planning and assessment. This supported Thai studies which found that alcohol dependence discharge planning did

not adequately assess relapse risks (Jenkijjapaibool, 2010). Family members did not prevent alcohol relapse. This would leave the patients in the hospital and unable to quit. Family support helped improve alcohol dependence recovery in patients during hospitalization (Hanpatchaiyakul et al., 2014; Hanpatchaiyakul, 2014; Ratsamesuwiat et al., 2020).

Additionally, encouraging positive, adaptive communication and therapeutic intervention, family and environmental changes could help alcoholics recover. Follow-ups helped identify risk factors and prevent relapse. Moreover, family members could provide essential social and emotional support to the patient throughout their recovery process. This support could be further supplemented with cognitive-behavioral therapy and other psychosocial interventions.

Concept of Happiness

This section covered happiness's definition, importance, gross domestic happiness (GDH), and concept. Wellness was a person's positive feelings and satisfactions. Happiness was subjective, but it could also reflect others' emotions and responses. Everybody wanted to be happy. People had different definitions of happiness and the ways to achieve happiness (Abdel-khalek, 2005). Human happiness was not guaranteed because people made their own choices, which varied. Argyle (1987 cited in Bekhet et al., 2008) defined happiness as a positive inner experience, the highest good, and the ultimate motivator for all human behavior as well as an individual's overall life quality.

Definitions of Happiness

Personal well-being and satisfaction were regarded as the definitions. Many happiness-related terms made it hard to define. The word also described various situations (Ponocny et al., 2015). Happiness, quality of life, subjective well-being, life satisfaction, peak experiences, and health were often used interchangeably (Veenhoven, 2005; Bekhet et al., 2008). According to Oishi and colleagues' study (2013), happiness could mean life, positive emotions, and emotional comfort. Veenhoven (2005) found that happiness depended on individual conditions like interpersonal problems, surroundings, and quality of life, but not culture. Denmark, the happiest nation, was compared in the journal. However, some people still were

rated lower than 5 on the 1-10 scale, while a low-scoring nation might seem higher (Diener et al., 2010). Happiness was defined as "lasting, complete, and justified satisfaction with life as a whole" (Tatarkiewicz, 1976: 16). Moreover, Kraut (1979) defined happiness as "the belief that one is getting the important things one wants as well as certain pleasant effects that normally go along with this belief" (p. 170). Happiness has also been defined as a positive inner experience, the highest good, and the ultimate motivator for all human behavior (Argyle, 1987; Lu et al., 2001; Veenhoven, 1984: 22). Happiness was "the preponderance of positive affect over negative affect with a distinct focus on the affective evaluation of one's life situation" (Diener, 1984: 545). Hills and Argyle (2001) believed that happiness had emotional and cognitive components. Happiness was defined by frequent positive affect or joy, high average satisfaction, and the absence of negative feelings like depression and anxiety (Argyle and Crossland, 1987). Twelve research studies and scholarly papers were reviewed to define happiness. None of the literature was identical. All the reviewed literature had similar definitions. Five of the twelve reviewed literature which defined happiness as positive feelings, good emotions, experiences, and life enjoyments without anxiety or depression (Bekhet et al., 2008; Levett, 2010; Robbins et al., 2008; Shaw and Taplin, 2007; Sumngern et al., 2010). Three articles stated that human beings' ultimate goal was happiness (Bracho, 2005; Chiu et al., 2010; Abdel-khalek, 2005). The other two researchers stated that happiness was elusive for some people and not always achievable (Levett, 2010; Shaw and Taplin, 2007). The other three articles discussed happiness's differences and purposes. Happiness had different meanings and purposes in life (Rosenberg, 2010) and different ways to achieve it (Abdel-khalek, 2005; Tashi, 2005). Four reviewed literature defined happiness as satisfaction, success, quality of life, and desire fulfillment (Gray et al., 2008; Robbins et al., 2008; Sumngern et al., 2010; Veenhoven, 2008). Happiness consisted of five essential elements: 1) happiness encompassed positive feelings, good emotions, experiences, and enjoyments of life without negative feelings like anxiety and depression; 2) attaining happiness was the fundamental human aspiration, most important goal, and ultimate aim of human beings; 3) happiness was an elusive goal for some people and not always achievable; 4) happiness had different meanings and purposes in life to different people, including different ways to achieve and not

achieve it; and finally 5) happiness was satisfaction, success, and achievement of wants and desire. The five elements of happiness were important to understand as they could help individuals to identify and achieve their own happiness.

The Importance of Happiness

Happiness mattered to everyone. It was regarded as huge joy. Happiness brought success, satisfaction, health, and longevity. Happiness helped people achieve many personal goals, become more compassionate, creative, energetic, and successful (Dhammananda, 2011). True happiness was internal. True security began with mental strength, self-confidence, and feelings of happiness and security, which were essential to material happiness and security (Sasson, 2011). Happiness eased courtship and close friendships. Happier people were more attractive and had lifelong goals (Dhammananda, 2011; Yang, 2007). Happy people produced chemicals that boosted immunity and cell repair, making them healthy (Bekhet et al., 2008). Happy and satisfied people were healthier after two years (Gazella, 2009). Every happiness study asked what made people happy and healthy. Denmark researchers found that good relationships and life philosophy best reflected quality of life in 2008. Money, status, and work did not affect global quality of life or self-assessed health (Gazella, 2009). Success and customer satisfaction depended on workplace happiness and satisfaction (Scott, 2008). Because happiness was equal to success and vice versa, happy people were more creative, less likely to take days off, less likely to quit, more valuable to employers, and more likely to succeed in a competitive work environment (Pryce-Jones and Scott, 2009). When people put unrealistic pressure on themselves to earn more as they progressed in their careers, the popular belief that money and personal wealth made a person happier was untrue (Levett, 2010). Wealth was endless. Rich people were unhappy. Thus, excessive desire and demand and their dissatisfaction risked mental illness. Even though everything was better, the WHO predicted that depression would be the leading disease of the 21st century (World Health Organization, 2011). Success, satisfaction, health, and longevity required happiness. Happiness made people more compassionate, creative, energetic, employer-valued, less likely to quit, and more likely to succeed in a competitive workplace. Happier people were more attractive and had lifelong goals. Thus, to improve individual and societal well-being, happiness strategies had to be prioritized.

The Gross Domestic Happiness (GDH)

Our title, Gross Domestic Happiness (GDH), was the GDP-GDP value equilibrium (GDV). Even though US dominance, dictatorships, technocracy, and democratic capitalism had hurt smallholders, these terms may be a reaction against Thailand's business-dominated politics.

Concept of GDH

The following terms could be used to define GDH. Happiness originally referred to a good mood. A person might not be content if they had unmanageable debt. The community or village would be used by GDH as the fundamental social unit. It would place a high value on independence, and the capacity to raise healthy children who had the chance to live to fulfill lives. Humans had to be able to spontaneously create a spiritual dimension within themselves in order to connect it with any other external learnings in order to maximize their potential and elevate their own human values. Only then could they experience well-being or possess a calm state of mind (Wasi, 2004: 62). All in all, it could be elaborated the way of thinking further as follows:

Overall, the way of thinking could be further developed as follows: There were four different types of happiness: 1) physical well-being, which included the capacity to engage in physical activities and fulfill social roles without being constrained by physical limitations and bodily pain; 2) mental well-being, which was characterized by having low stress, feeling liberated and at ease, being hopeful and cheerful as well as being confident in oneself and being positive about the future; and 3) social well-being. Additionally, this encompassed human virtues such as mercy, eco-friendliness, environmental and natural resource conservation, and other non-monetary values. Examples of such virtues included kindness, peace, true happiness, contentment, mindfulness, self-sufficiency, frugality, and abundance (Krys et al., 2021).

Happiness could be characterized as the result of treating someone well. A study was done on the variables that predicted family caregivers' positive and negative experiences with caring for people with schizophrenia. It was discovered that the perceived seriousness of the illness and the perceived social support could account for 37.6 percent of the variance in the negative experiences that family caregivers had

when taking care of people who had schizophrenia (p .05). The perceived severity of the illness was a factor that negatively impacted family caregivers' experiences caring for individuals with schizophrenia in a statistically significant way ($\beta = .612$, p .001). The perceived seriousness of the illness and the perceived social support might both contribute to the variation in family caregivers' positive experiences in caring for people with schizophrenia (p .05). Family caregivers' positive experiences providing care for individuals with schizophrenia were positively impacted by perceived social support ($\beta = .303$, p .05.) (Lohacheewa and Chanapan, 2020).

The results of quasi-experimental research conducted by Chuyingsakutip and colleagues (2019) showed that an assimilation integrated family counseling program could improve the family happiness and burden management of stroke patients. A recent study conducted in Spain looked at the coping skills and social support as mediating factors. Other aspects of positive psychology that were related to happiness, life satisfaction, and quality of life have been discovered in family caregivers of Alzheimer patients. The significance between subjective burden and perceived physical health was lessened by the three variables. Particularly, life satisfaction and quality of life decreased the relationship's significance from p.001 to p.05, whereas happiness only decreased the relationship's significance from p.001 to p.01. The findings that were most pertinent to real-world applications concerned the partial mediating functions of happiness, quality of life, and life satisfaction variables between subjective burden and perceived physical health. In addition, psychological factors like happiness, quality of life, and life satisfaction have demonstrated a mediating role between Alzheimer's caregivers' perceptions of the burden in providing care and their physical health (Martínez and Tornal, 2017).

Based on the family resilience model, a multi-case study in Thailand that examined family adaptation among people with alcohol dependence discovered that the factors relating to stress and adjustment of six components included 1) the issue of alcohol dependence; 2) vulnerability with divorce and financial burden; 3) perceived lack of confidence in alcoholics; 4) the behavior pattern involving the alcoholics lacked the ability to take care of themselves; and 5) supportive sources (Salee and Virasiri, 2020).

This demonstrated that if a patient's family caregivers had a positive impact on family adaptation, this could be important for both family well-being and caregiver happiness. On the other hand, if the family caregivers were unable to transition into their new family roles after caring for patients with alcoholism, it would be the same as what Ratsamesuwiat and colleagues (2020) had discovered in their qualitative study regarding the reason for treatment relapse. According to the study, there were seven factors that could contribute to alcohol relapse: 1) brain dysfunction, 2) psychological distress, 3) lack of treatment readiness, 4) lack of family support for quitting drinking, 5) living in a drinking environment, 6) insufficient discharge planning assessment, and 7) resource limitations.

Happiness was related to multiple factors both internal and external factors. From literature reviews, selected factors affecting happiness including perceived health status, optimism, health literacy, family relationships and social support would be examined. Thus, this finding was an important step in the future development and implementation of intervention programs for caregivers that promoted variables with positive connotations because they would change the perception of their own burden and physical health, making them happier and with greater satisfaction and quality of life.

Factors Influencing Happiness

The happiness was one indicator to reduce the negative effect of caregivers burden according to the theory of Argyle and Martin (1991). Happiness was a combination of cognitive and emotional components and was related to various factors such as perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support. This study examined the factors that affected happiness among caregivers of people with alcohol dependence. The happiest family caregivers would be those who had more confidence in their abilities to manage and conduct behaviors, looked at a situation or event positively, had good expectation of the future, and had social support. The happiness concept guided the independent variables of interest. Based on the literature review, the happiness among family caregivers of patients with alcohol dependence could be affected by many factors. Additionally, other factors such as the amount of time spent caring for the patient, the level of stress experienced,

and the availability of resources could all play a role in determining a caregiver's happiness.

Perceived Health Status

Perceived health status was subjective reflection of a health condition, which could be called "perceived" or "subjective" health. It has been widely studied in survey research (Goldberg et al., 1997). Caregivers self-rated their general health as good, fair, or poor (Hung et al., 2012). Stroke survivors' physical, cognitive, and psychological recovery depended on the caregiver's health. Caregivers developed depression and social isolation from caring. Caregivers had trouble sleeping, headaches, and weight gain or loss (Bhattacharjee et al., 2012; S. Das et al., 2010). 84.3 percent of family caregivers were unhealthy, and 69.3 percent struggled to stay healthy (Watanabe et al., 2015). Kumar and colleagues (2015) found that stroke caregivers had physical and psychological limitations. This might affect their perception of their health while caring. 48 percent of caregivers reported good health, while 15 percent reported poor health (Hung et al., 2012). After controlling socioeconomic factors, Sabatini (2011) found that happiness was strongly correlated with perceived good health; while income, work status, and education and health inequalities were lower in Italy.

Additionally, in a recent study conducted by Cott (2001), he found that happiness was associated with greater grasping ability and more frequent attendance at group activities in the institution and the community. There were a few studies conducted to test the effects of perceived health status on happiness among caregivers of patients with chronic illness, but no studies examined the effects of perceived health status on happiness among family caregivers of patients with alcoholism. Given the fact that patients with alcohol dependence also needed to be taken care of for a long period of time as well. It would be useful to test the effect of perceived health status on happiness among patients with alcohol dependence as well.

Happiness was associated with improved comprehension and increased participation in community and institutional group activities. Few studies have examined the influence of perceived health status on happiness in family caregivers of chronic illness patients, but none of them has decided to look at patients with alcohol dependence. Alcohol-dependence patients' perceived health status and happiness

should be surveyed. Despite the fact that health and happiness were related to well-being, there were few methods for measuring and validating happiness levels (Veenhoven, 2008). According to Achdut and Sarid's study (2020) on Israeli adults' self-rated health, the section score (8.23) was high and correlated with the mental health mean (18.04), indicating that both variables were interdependent. The study also found a direct correlation between self-reported happiness and mental health ($r = .18, p < 0.01$). For better accuracy; as socioeconomic status increased, mental health influence could strengthen the self-happiness report score ($r = .36, p < 0.001$). According to literature reviews, perceived health status was positively correlated with happiness. This suggested that a higher socioeconomic status could increase one's perceived health status. This could lead to higher levels of happiness.

Optimism

Carver and Scheier's study (1994) on dispositional optimism and pessimism showed the generalization of the outcome expectancies of good versus bad outcomes in one's life. Expectancies were seen as a major determinant of the disjunction between two general classes of behaviors: continued striving and giving up. Individuals who held positive expectations for the future were assumed to believe that good things would occur in their lives and tended to see desired outcomes as attainable and persisted in their goal-directed efforts. A recent study conducted in Thailand found that an individual counselling program could enhance optimism on authentic happiness among caregivers of patients with a chronic illness. From the recent study conducted by Bunyapanasarn (2018), she found that the optimism significantly influenced the happiness of caregivers among patients with a chronic disease. This showed similar results as reported by Furnham and Cheng (2000) who found that in a sample of 233 participants (75 males and 159 females, mean age = 18 years), optimism and contentment were predictors of happiness. This suggested that having a brighter outlook and being content with what one had were related to happiness. Extraversion was also a direct and powerful predictor of happiness. Cheng and Furnham (2001) found that extraversion and optimistic attributional style in positive situations were strong predictors of self-reported happiness, accounting for 59 percent of the total variance in a sample of 120 first-year undergraduate students

(30 males and 90 females, mean age 19.84). Both studies used the OHI to measure happiness.

According to the recent study conducted by Trudel-Fitzgerald and colleagues (2020), women with an average age of 57.81 years who were married and had higher optimism levels had higher happiness levels than those with lower optimism levels by 39-40 percent. The observation showed that the lifestyle of selected women defined happiness as it helped to sustain a healthier lifestyle rather than groups with low to moderate levels of optimism. Furthermore, the survey conducted on 130 working women in India by Gorsy and Panwar (2016) also supported the research results. They stated that the correlation between both optimism and happiness levels was significantly correlated ($r = 0.89, p < .001$). This indicated that the positive result of optimism as an important factor could influence the happiness scale of the individuals. However, the study did not perform in the male group, which could make the observation less constant or accurate. From the literature reviews of recent studies, it was found that optimistic people had positive association with happiness.

Health Literacy

Health literacy referred to the ability to understand health information and treatments to make informed decisions. It included being able to complete tasks, basic knowledge on diseases and wellness, and understanding the healthcare system (Larsen, 2007).

According to the study conducted by Sangkhaphong, Dussadee, and Toonsiri (2019), they examined the family caregiver's health literacy of patients with chronic disease who lived in a community. They found that family caregivers of chronic disease patients had poor health literacy ($M = 61.37, SD = 12.72$). Education ($b = .564$), social support ($b = .211$), and age ($b = -.187$) predicted health literacy in chronic disease family caregivers. These predictors explained 58.6 percent of health literacy variance in chronic disease family caregivers ($R^2 = .586, p < .001$). Nurses and other health care providers should use these findings to develop the interventions or programs to promote health literacy among family caregivers of chronic disease patients by focusing on education and social support.

Schulz and Nakamoto (2013) suggested that high health literacy did not necessarily influence the happiness level as it also required assistance from health professionals and individual's participation and willingness to accept medical treatment regarding conditions. However, the study which was conducted on 383 patients by Angner and colleagues (2009) showed that the higher the level of health literacy was, the higher the happiness level was. This was because it gave patients more confidence in giving answers during questionnaires. The patients with lower health literacy levels were likely to be less happy (Preidt, 2009). However, it did also depend on several factors such as age < 65 ($p = .005$), poverty level, self-rated health, and health literacy ($p < .001$); all of which were significant factors to predict happiness. Based on the literature review, health literacy had positive association with happiness.

Family Relationships

Structural definitions of the family defined the characteristics of family members such as those who shared a place of residence or were related by blood ties or legal contracts. The Census Bureau defined a householder and one or more other persons living in the same household as being related by birth, marriage, or adoption (Census, 1990). Family types included traditional families, remarried families, dual-earner families, and single-parent families. Structural definitions included two or more persons related by birth, marriage, or adoption. (Ooms and Preister, 1988). This definition broadened the scope of "family" to include people who did not live together but were related biologically or through legal contracts. However, it still excluded some arrangements that many might recognize as legitimate families such as long-term foster families. It also excluded communal living arrangements, including gay and lesbian couples. Relationship with family members was important for well-being across the life course (Merz et al., 2009; Umberson et al., 2010). As individuals aged, family relationships became more complex and important for well-being. Stress process theory suggested that the positive and negative aspects of relationships could have a large impact on the well-being of individuals. Family relationships provided resources that could help an individual cope with stress, engage in healthier behaviors, and enhance self-esteem. However, poor relationship quality, intense caregiving for family members, and marital dissolution were all stressors. Family relationships also

changed over the life course with the potential to share different levels of emotional support and closeness, the levels of being taken care of when needed, including additional varying levels of stress to lives.

According to the study by Wu (2014) who studied 546 high school students in Guangdong province, China, it showed that the most influenced drive of happiness was Family with 53.7 percent ($r = .54, p > .97$) of total surveyed students, followed by health. However, the study concluded that the happiness matters varied in different demographics as the study merely conducted with the high school students. Thomas and the team (2017) added that the age of individuals could influence the complexity of relationship in the family as there were more details such as pressures and more responsibilities. There were both benefits and drawbacks of family relationship influence. Since it still played a big role in a person's well-being, it could indicate the level of emotional support and psychological health scale of individuals (Andayani, Ancok, and Wulan, 2018).

Kasemkijwattana (1993) studied stress in the role of a chronic patient's wife as a career. Results showed that spouses who had a good relationship with each other could lead to both positive and negative situations when being assessed. If the spouses had a bad relationship, conflicts might occur. Additionally, lack of caring by heart would affect the quality of patient care. According to the literature review, family relationships positively predicted the happiness.

Social Support

Social support provided the greatest environmental resources. It was a caring community that helped people handle stress. Friends and family supported almost every aspect of stress and coping. Social support also meant having a close group of family and friends, being able to share resources, and feeling supported (Hobfoll and Vaux, 1993).

Especially, the recent study, conducted by Thoits (1995), examined the complex bi-directional nature of social and its effects on other important caregiver variables. However, social support might help caregivers cope. Coping assistance has been suggested to help caregivers reinterpret situational demands, boost self-esteem or identity, and maintain a sense of mastery or competence (Thoits, 1995).

According to the study conducted by Coleman (2012), he investigated stress and adaptive coping in young grandmothers with custodial grandparents. He hypothesized that social support would mediate the relationship between parenting stress and caregiver depression, well-being, and health. Grandparents with higher subjective social support had better outcomes, including fewer depressive symptoms, according to the literature. However, subjective social support did not mediate the relationship between parenting stress and depression, well-being, and health status. Current findings might have multiple explanations. First, social support might be less important among young caregiving grandparents; and that appraisal, coping, and income mediated the relationship between parenting stress and caregiver outcomes. Grandparent caregivers with higher subjective social support had lower depressive symptoms, better well-being, and higher health ratings (Emick and Hayslip, 1999; Gerard et al., 2006; Kelley et al., 2000). Thus, it might be the case that subjective social support did, in fact, influence outcomes.

Musil and Ahmad (2002) used a global stress rating even though the more specific parental stress index was available. They also used a global health rating instead of the SF-36 composite scale, which was the standard way to measure health status in studies about grandparent caregivers. Therefore, it was unclear whether Musil's model truly reflected the specific constructions that had been postulated in the literature. Additionally, Musil and Ahmad (2002) discussed her findings as unexpected and alluded to the perspective of an earlier theorist who offered alternative explanations of the complex relationship of subjective support in the stress process model.

According to Papadopoulos and colleagues' study, social support had two different types. One was received support which referred to the support which a person received for a specific reason and circumstances. Another type was perceived support which was the support an individual could get whenever he/she needed. Social support was beneficial to individuals as it provided a positive outlook such as security, a sense of belonging, and feeling accepted in society (Siedlecki et al., 2013).

In the recent study conducted by Brajša-Žganec (2018), it showed that social support helped to enhance satisfaction and positive well being, which not only affected current mood, but also a longer life expectancy. Moeini and colleagues

(2018) conducted the study on elderly groups in Iran with a sample group of 411. It showed that the highest type of support driving happiness level was social support (Lara et al., 2020). The regression result of social support as a source of happiness was $r = .27, p < 0.01$ with optimism as a mediator. The correlations had a moderate relationship, indicating that the happiness factor could not directly determine the happiness level. A recent study found that social support had a positive association with happiness. (Lara et al., 2020)

Summary

Happiness was a positive psychological indicator which was vital in maintaining a person's health (Cohen, 2020). A few studies on its potential usefulness appeared in the nursing literature. This study placed an emphasis on exploring happiness and its affecting factors among the family caregivers of persons with alcohol dependence. The findings of this study could be usefully implemented in clinical practice aimed at developing nursing strategies and interventions to help people become happier and healthier, particularly family caregivers of people who were alcoholics. From what has been reviewed so far, happiness could be seen as a multi-dimensional positive inner experience that was important in maintaining health, boosting the immune system, and motivating human behaviors. There was also a growing emphasis on the prevention of mental illness and the promotion of mental health.

The literature review showed that happiness was associated with multiple factors. This study discovered that perceived good health, optimism, health literacy, family relationships, and social support were all possible predictors of happiness. Presently, there were only a few studies focusing on exploring happiness and its affecting factors among the family caregivers of patients with alcohol dependence. This emphasized the greater need to exploring this issue among family caregivers of alcohol dependence especially in the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in Northeastern region of Thailand. The hospital was the specialist center for diagnosis and treatment for persons with general psychiatric disorders, mental retardation, children with delayed development and forensic psychiatry and drug addiction.

CHAPTER 3

RESEARCH METHODOLOGY

This chapter explained the research setting, population and sample, instruments, ethical considerations, data collection procedures, and data analysis.

Research Setting

This research was conducted in Outpatient Department, Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani province, which was the centre hospital providing treatment for drug treatment and alcohol dependence. This Psychiatric Hospital has 600 beds. The clients in this hospital came from 5 provinces including Ubon Ratchathani, Sisaket, Yasothon, Amnat Charoen, and Mukdahan provinces. The persons with alcohol dependence came for follow-up service at the outpatient department of this hospital.

Population and Sample

Study Population

In this research, the population was the family caregivers of persons with alcohol dependence who accompanied the patients to receive health follow-up service at the outpatient department of the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in Northeastern Thailand. According to the hospital records, the outpatient department provided follow-up services for approximately 60-68 cases of patients with alcohol dependence per month. The service was closed on Saturday and Sunday.

Study Sample

In this research, the target sample was drawn from the population that included 116 family caregivers of persons with alcohol dependence who came for receiving psychiatric health follow-up service at the outpatient department of this Psychiatric Hospital. In this research, the sample included those who voluntarily participated and met the following criteria as described below

1. Age 18 years and older
2. Being the primary family caregivers with unpaid for the persons with alcohol dependence
3. Living in the same household with persons with alcohol dependence
4. Having at least 1 month of being the primary caregiver for the persons with alcohol dependence after receiving treatment and being discharged from the hospital

Sample Size

According to Burns and Grove (2009), the sample size for this research was defined by employing power analysis with G*power 3.1.9.2 software. A sample size; power; effect size; and alpha level were incorporated for calculation. One of the effect sizes was the extent to which a relationship exists in studies for predicting happiness. Given that this study aimed at examining the five predictors of happiness, the linear multiple regression was chosen as a type of static power program with an alpha of 0.05, a power of 0.90, and a medium effect size of 0.15. The required sample size was 116 participants. Thus, the data collection was performed with 116 participants.

Sampling Technique

The technique of simple random sampling was utilized in this research for recruiting the participant as described below:

Step 1. The researcher randomly selected the alcohol-dependent patients from the hospital list on each day of appointment in order to randomly select their family caregivers and then approached these family caregivers for inviting them to participate in this study.

Step 2. If the family caregivers met the inclusion criteria and were agreeable to involve in this study, they would be explained information relevant to this study and their human subject rights. Consent by each participant was sought prior to collecting data.

Research Instruments

The research tool was a set of questionnaires that were divided into 8 parts. The details were shown below:

Part I: Personal Information of Persons with Alcohol Dependence

The personal information of patients with alcohol dependence questionnaire was developed by the researcher to capture data relevant to patients' gender, age, marital status, educational level, marital and living status, religion, date of alcohol dependence diagnosis, previous follow-up history and other medical diseases (s) as diagnosed by the physicians.

Part II: Personal Information of Family Caregivers

The questionnaire of family caregivers in terms of personal information was developed by the researcher to gather data on the family caregivers regarding gender, age, marital status, educational level, family income, occupation, marital and living status, religion, relationship with the persons with alcohol dependence, number of the family members excluding the patient, average hours spent in taking care for persons with alcohol dependence per day, duration of being the patient's caregiver and underlying diseases.

Part III: The Perceived Health Status

A perceived health status questionnaire which was developed by Limachan (2006) based on the theory of Brook et al. (1979) was used in this study. This was a self-administered instrument. This questionnaire assessed the family caregivers' perception towards their health conditions in the past, present, and future; awareness of their disease resistance; illness susceptibility; their anxiety; their health concerns; and understanding of the illness. This scale was composed of 8 items with a 5-point rating scale response format from strongly disagree = 1 to strongly agree = 5. The highest score was 40, and the lowest score was 8. The higher scores indicated a better perception of the caregivers' health status. The Perceived health status questionnaire yielded good internal consistency with Cronbach's alpha at the level of 0.85. (Limachan, 2006). The reliability obtained from this study was 0.80.

Part IV: The Optimism

In this research, the optimism questionnaire which was developed by Carver and Scheier (1994) and translated into Thai version was used. It was a self-administered instrument. This questionnaire was utilized to explore family caregivers' positive view of a situation or event, having good expectations towards the future and positively believing that good things would happen in their lives, and being able to adapt

themselves appropriately to the changing environment. It was comprised of 8 levels with a 4-point rating scale. The levels could be answered from strongly disagree = 1 to strongly agree = 4. The highest score was 32, and the lowest score was 8. The higher scores indicated higher optimism. The reliability of this scale in the previous study was 0.93 (Paninakul, Hengudomsub, and Vatanasin, 2019) and the Cronbach's alpha coefficient in this research was 0.82.

Part V: The Health Literacy

The Health Literacy Questionnaire was developed by Srithanee (2017). This was a self-administered instrument comprised of 15 items with a 5-point rating scale that was developed to evaluate health literacy on 3 components which included information and health services access, health communication, and health media awareness. The instrument items were interpreted from rarely = 0, occasionally = 1, often = 2, quite often = 3 and regularly = 4. The score interpretation was divided into 3 levels: poor health literacy (0-29.99 points), moderate health literacy (30-44.99 points), and finally good health literacy (45.00-60.00 points). The highest score was 60, and the lowest score was 0. The higher scores indicated higher health literacy. Health literacy was positively correlated with health behaviour at a moderate level ($r = .508, p < .05$). Reliability of this scale was tested using Cronbach's alpha and yielded a value of .94. (Srithanee, 2017) and the Cronbach's alpha coefficient in this research was 0.80.

Part VI: The Family Relationships

In this research, the Family Relationships Questionnaire was designed by Lawang et al. (2005). It was a self-administered instrument. This scale contained 16 items with a 5-point Likert scale format. For positively worded items, it was interpreted from regularly = 5, quite often = 4, often = 3, occasionally = 2, and rarely = 1. The negatively worded items were interpreted from rarely = 5, occasionally = 4, often = 3, quite often = 2, and regularly = 1. This questionnaire was separated into positive items (No.1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, and 16) and negative items (No. 5, 10). The higher scores indicated higher family relationships.

In this scale, the reliability showed internal consistency with Cronbach's alpha as 0.90 which were tested with caregivers of patient with stroke (Prombutr,

Piaseu, and Sakunhongsopho, 2014) and the Cronbach's alpha coefficient in this research was 0.81.

Part VII: The Social Support

The Personal Resource Questionnaire, part II (PRQ; Brandt and Weinert (1981)) which was translated into Thai by Tungmophon (2005) was used. It was a self-administered instrument consisted of 15 levels, scored on a 7-point Likert scale that was developed to evaluate perceived social support. The item responses which were ranged from strongly disagree = 1 to strongly agree = 7 and scores for all 15 items were calculated to attain a total score for social support. Possible total scores range from 15 to 105, with higher scores indicating higher levels of perceived social support (Weinert, 2003). The reliability of Cronbach's alpha at the level of this scale in a previous study was 0.95 which was tested with mothers of autistic children (Toonsiri, Hengudomsub, Chaimongkol, and Photihung, 2019), and the Cronbach's alpha coefficient in this research was 0.82.

Part VIII: The Happiness

The Happiness Questionnaire by using the Oxford Happiness Questionnaire developed by Jetmanorom (2003) was used. This instrument composes of 29-items in a self-report questionnaire that applies a 6-point Likert scale which includes the numerical value ranging from 1 as strongly disagree to 6 as strongly agree, with the higher scores equivalent to higher levels of happiness. To calculate the total happiness score, there is the need to reverse code 12 items that are phrased negatively. The individual scores for each item are added together to obtain the total score. The score interpretation will be divided into

3 levels: a low level of happiness (1.00-2.67 points), a moderate level of happiness (2.68-4.34 points), and a good level of happiness (4.35-6.00points). The higher scores indicated higher happiness. (Phathong, 2006)

The Happiness Questionnaire is designed to evaluate overall personal happiness as a single, comprehensive concept and displays strong internal consistency, with Cronbach's alpha of 0.82 (Phathong, 2006), and in this research was 0.87.

Validity

Since all the instruments used for this study were all standardized instruments. These were used without any modification; therefore, instruments' validity was not tested in this study.

Reliability

The reliability of all instruments employed in this study was verified with 30 other family caregivers of patients with alcohol dependence at Psychiatric Hospital located in Nakhon Phanom province. The levels of internal consistency were acceptable when they were higher than .80 (Grove, Burns, and Gray, 2013).

Ethical Consideration

Prior to data collection, the approval of human subject was attained from the Institutional Review Board (IRB) for graduate studies of Burapha University, Thailand (G-HS 013/2564), the Research Ethical Board of Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province (COA No. 02/2565) for data collection. The Research Ethical Board of the Psychiatric Hospital in Nakhon Phanom with the code number (NPRPHEC 2565-002) for trying out the reliability. The researcher and her research assistant explained details such as study purposes, procedures, data collection procedures, and protection of human subject rights to the study participants. Each participant reviewed and signed in the consent form. The family caregivers were informed that they had the option to decline or exit the study at any point. Their privacy and anonymity were guaranteed, and their personal information was not shared with anyone. The information collected was kept in a secure location and would only be used for research purposes. The result was reported as group data.

Data Collection Procedures

After the research proposal, data collection was conducted and approved by the Institutional Review Board (IRB) for graduate studies of Burapha University, Thailand, and the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province. A letter of approval for data collection from the Dean of the Faculty of Nursing, Burapha

University was submitted to the Director of the Psychiatric Hospital. After granting approval, the researcher met the Director of this Psychiatric Hospital, the Deputy Director of Psychiatric Hospital (Nursing), and the Head nurse of the outpatient department of this hospital. The procedures of data collection were as follows:

1. Researcher checked the list of patients with alcohol dependence who came for follow-up service. Then, later the researcher approached their family caregivers and introduce herself and the research assistants to the family caregivers. During the interview the researcher kept wearing the mask and social distancing for covid-19 procedure prevention.

2. Researcher informed the family caregivers about the study details including the study's purposes, method, procedures, data collection procedure, and protection of human subject rights. The researcher made sure that the participants clearly understood the study and process of data collection before signing the consent form.

3. Researcher asked family caregivers of patients with alcohol dependence who voluntarily participated in this study to answer the questionnaires by themselves unless they were asked to interview in a private room. It consumed approximately 30-45 minutes to complete the questionnaire.

4. The data collection was conducted by the researcher herself and her research assistants who were registered nurses and had training in process of data collection. This study had two research assistants. By the way, data were collected on the weekdays at the outpatient department of the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in Northeastern Thailand.

Data Analysis

Total data were calculated by statistical software. The alpha level of statistical significance was determined at $\alpha = .05$. The details for data analysis were as follows: Descriptive statistics was used to describe general data of both the patients and the family caregivers, including the happiness and all affecting factors being examined. Multiple regression analysis (Enter method) was applied to identify the effects of the predictors which included perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support on happiness among the family caregivers of patients

with alcohol dependence at the outpatient department of the Psychiatric Hospital in Ubon Ratchathani province in Northeastern Thailand. Before analyzing the data with multiple regression statistics, assumption testing was preliminary examined.



CHAPTER 4

RESULTS

This study aimed to study happiness and the factors affecting the happiness among family caregivers of persons with alcohol dependence. These factors consisted of 5 elements: perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support. The data were collected from 116 family caregivers who were the caregivers of the patients receiving treatment services at the Outpatient Department of the particular Psychiatric Hospital located in Ubon Ratchathani Province. The research results were presented in 6 parts as follows:

- Part 1: Demographic characteristics of the persons with alcohol dependence
- Part 2: Demographic characteristics of the caregivers
- Part 3: Happiness of the caregivers
- Part 4: Factors related to happiness
- Part 5: Correlation of the studied variables
- Part 6: Factors influencing happiness

Part 1: Demographic characteristics of the persons with alcohol dependence

The Demographic characteristics of the individuals with alcohol dependence included gender, age, marital status, educational level, monthly income, occupation, living status, religion, period of diagnosis of alcohol dependence, duration of time since firstly diagnosis with alcohol dependence, and the presence of other co-morbidities; all of which were shown in Table 1.

Table 1 Characteristics of persons with alcohol dependence (n = 116)

Characteristics	Number	Percentage
Gender		
Male	103	88.80
Female	13	11.20
Age		
20-29 years old	22	18.97
30-39 years old	31	26.72
40-49 years old	27	23.28
50-59 years old	23	19.83
60 years and older	13	11.20
<i>M = 42.04, SD = 12.691, Min = 20, Max = 73 (years)</i>		
Marital Status		
Single	46	39.70
Married	47	40.50
Divorced	9	7.80
Separated	14	12.10
Educational Level		
Illiterate	9	7.76
Primary school	53	45.69
Secondary school	41	35.34
Vocational Certificate/High Vocational Certificate	9	7.76
Bachelor's degree	4	3.45
Monthly Income		
None	32	27.6
Below 10,000 baht	68	58.61
10,001-20,000 baht	11	9.48
Over 20,000 baht	5	4.31
<i>M = 5893.10, SD = 7805.30, Min = 0, Max = 43000 (Baht)</i>		

Table 1 (cont.)

Characteristics	Number	Percentage
Occupation		
Unemployed	41	35.30
Shopkeeper	14	12.10
Government service/state enterprise employee	4	3.40
Employee/company employee	17	14.70
Agriculturist	40	34.50
Living Status		
Living with spouse	37	31.90
Living with relatives	79	68.10
Religion		
Buddhism	115	99.14
Christianity	1	0.86
Period of Diagnosis with Alcohol Dependence		
Less than 1 year	38	32.80
>1-2 years	20	17.20
>2-3 years	13	11.20
>3-4 years	14	12.10
More than 5 years	31	26.70
$M = 4.72, SD = 5.49, \text{Min} = 0.08, \text{Max} = 37 \text{ (years)}$		
Duration of treatment since 1st diagnosis with alcohol dependence		
Less than 1 year	51	44.00
>1-2 years	21	18.10
>2.1-3 years	13	11.20
>3.1-4 years	3	2.60
>4.1-5 years	28	24.10
$M = 3.45, SD = 4.41, \text{Min} = 0.08, \text{Max} = 30 \text{ (years)}$		

Table 1 (cont.)

Characteristics	Amount	Percentage
Other Co-morbidities		
Yes	30	25.86
No	86	74.14

From Table 1, the results showed that the majority of participants were 103 males (88.80 percent) with an average age of 42.02 years (SD = 12.691), mostly of the participant were married for 47 persons (40.50 percent), single for 46 persons (39.70 percent), graduated from elementary school level for 53 persons (45.69 percent), average income was 5893.10 Thai Baht (SD = 7805.30), 41 persons were unemployed (35.30 percent), agriculturist for 40 persons (34.50 percent),resided with relatives for 79 persons (68.10 percent), resided with their spouses for 37 persons (31.90 percent), and all most for participants were Buddhist for 115 persons (99.14 percent). The average period of diagnosis of Alcohol Dependence was 4.72 years (SD = 5.49), and the longest period was 37 years. The average duration of treatment time since 1st diagnosis with alcohol dependence was 3.45 years (SD = 4.41). Mostly of participants didn't have any other co-morbidities disease for 86 persons (74.14 percent).

Part 2: Demographic characteristics of the family caregivers

Demographic characteristics of the family caregivers included gender, age, marital status, educational level, monthly income, occupation, living status, religion, family relationships, number of family members, duration of daily care provided to the patients, previous length of care for the patient, and presence of any medical diseases were presented in Table 2.

Table 2 Characteristics of the family caregivers (n = 116)

Characteristics	Number	Percentage
Gender		
Males	41	35.34
Females	75	64.66
Age		
Less than 20 years	2	1.70
20-29 years	6	5.20
30-39 years	14	12.10
40-49 years	31	26.70
50-59 years	33	28.40
60 years and older	30	25.90
M = 49.37, SD = 12.150, Min = 18, Max = 74		
Marital Status		
Single	19	16.38
Married	87	75.00
Divorced	8	6.90
Separated	2	1.72
Educational Level		
Illiterate	5	4.31
Primary School	59	50.86
Secondary School	29	25.00
Vocational Certificate/High Vocational Certificate	15	12.93
Bachelor's degree	8	6.90

Table 2 (cont.)

Characteristics	Amount	Percentage
Monthly Income		
Less than 5,000 baht	57	49.14
5,001-10,000 baht	23	19.83
More than 10,000 baht	36	31.03
<i>M</i> = 10,663.79, <i>SD</i> = 11031.55, Min = 0, Max = 50,000 (Bath)		
Occupation		
Unemployed	4	3.40
General Merchandiser	14	12.10
Government service/state enterprise employee	12	10.34
Employee/company employee	21	18.10
Agriculturist	65	56.06
Living Status (Apart from the patient)		
Living with spouse	46	39.66
Living with relatives	70	60.34
Religion		
Buddhism	115	99.14
Christianity	1	0.86
Relationship with the patient		
Father/Mother	36	31.03
Elder Brother/Sister	25	21.55
Younger Brother/Sister	10	8.62
Son/Daughter	5	4.30
Relatives	14	12.10
Husband/Wife	26	22.40

Table 2 (cont.)

Characteristics	Amount	Percentage
Number of Family Members		
1 member	8	6.90
2 members	21	18.10
3 members	44	37.94
4 members	21	18.10
5 members	12	10.34
More than 5 members	10	8.62
Duration of daily care for the patient		
1-4 hrs.	14	12.07
5-8 hrs.	68	58.62
9-12 hrs.	11	9.48
Longer than 12 hrs.	23	19.83
$M = 10.09, SD = 7.27, \text{Min} = 1$		
Duration of taking role as a family caregiver		
Less than 1 year	8	6.90
>1-2 years	16	13.80
>2.1-3 years	23	19.80
>3.1-4 years	18	15.50
>4.1-5 years	19	16.40
More than 5 years	32	27.60
$M = 4.90, SD = 5.16, \text{Min} = 0.08, \text{Max} = 30 \text{ (years)}$		
Having Medical Disease		
Yes	25	21.55
No	91	78.45

From Table 2, it was found that the family caregivers of persons with alcohol dependence were 41 males (35.34 percent), and 75 females (64.66 percent). The mean of their age was 49.37 years old ($SD = 12.150$). Most of the family caregivers were married: 87 persons (75.00 percent). Most of them graduated from

primary school level, accounting for 59 persons (50.86 percent). Additionally, the family caregivers earned an average income of 10663.79 baht ($SD = 11031.55$) monthly: the lowest earning was 0 baht, and the highest salary was 50,000 baht. 65 family caregivers were reported to be agriculturalists (56.06 percent). As for the living conditions, 70 family caregivers (60.34 percent) lived with their relatives ; lived with spouse for 46 persons (39.66 percent). Most of them were Buddhists with 115 persons (99.14 percent). Furthermore, the majority of the family caregivers had the relationship with the patient as parents accounting for 36 persons (31.03 percent) while another 26 persons (22.40 percent) was as husband/wife. It was found that most of them had 3 family members with a total of 44 persons (37.94 percent). The mean duration which they spent taking care of the patients was 10.09 hours ($SD = 7.27$). There were 23 family caregivers (19.80 percent) who had past experience in taking care of the patient for 2-3 years whereas the mean of caregiving years was 4.9 ($SD = 5.16$). Lastly, 25 persons (21.55 percent) of the family caregivers was shown to have medical disease as diagnosed by physicians while another 91 persons (78.45 percent) was reported to have none.

Part 3: Happiness of the family caregivers

The results of the analysis of family caregiver's happiness using means, standard deviation, score range of the levels of happiness among the family caregivers were presented in Table 3.

Table 3 Means and Standard Deviations (SD), score ranges, and levels of happiness among the family caregivers (n = 116)

Variables	n(%)	Mean	SD	Range		Levels
				Possible	Actual	
Happiness (overall)	116 (100)	2.47	0.46	1-6	1.24-3.48	Low
Happiness (classified by levels)						
- High	-	-	-	4.35-6.00	-	
- Moderate	37 (31.90)	3.03	0.21	2.68-4.34	2.69-3.48	
- Low	79 (68.10)	2.21	0.26	1.00-2.67	1.24-2.62	

From Table 3, it was found that 116 family caregivers who took care of persons with alcohol dependence had a mean happiness score of 2.47 ($SD = 0.46$), which was considered a low. In classifying by levels, it was found that 68.10 percent, which was the majority of the entire sample, had low level of happiness; and another 31.90 percent had moderate happiness. The details of the analysis of the sample's happiness in each item were shown in Table 4 as follows:

Table 4 Means and Standard Deviation (SD) of happiness questionnaires in each item (n = 116)

Happiness	Mean	SD	Level
1. You are satisfied with yourself. ¹⁵	3.96	1.13	Moderate
2. You care about the people around you. ⁴	4.29	0.94	Moderate
3. You feel that life is a precious gift. ⁹	4.20	1.07	Moderate
4. You are friendly to almost everyone you know. ¹	4.47	1.06	High
5. You wake up feeling refreshed. ²²	3.41	1.02	Moderate
6. You don't think the future is beautiful. ²¹	3.51	1.21	Moderate
7. You find your surroundings enjoyable. ⁹	4.20	1.07	Moderate
8. You are often asked and invited to attend events. ⁷	4.23	0.99	Moderate
9. You think life is the best. ³	4.35	1.03	High
10. You think the world is wonderful. ¹⁸	3.71	1.13	Moderate
11. You are easy to laugh. ²	4.42	1.15	High
12. You are quite satisfied with everything in your life. ¹³	4.06	1.08	Moderate
13. You find yourself interesting. ¹⁹	3.67	1.15	Moderate
14. Often time, there is no difference between what you want to do and what you have done. ²⁴	3.09	0.94	Moderate
15. You are very happy. ¹⁴	4.03	1.06	Moderate
16. You see beauty in the things around you. ¹³	4.06	0.95	Moderate
17. You always make others happy. ⁴	4.29	1.03	Moderate
18. You feel in harmony with what you want to be. ¹¹	4.12	0.97	Moderate
19. You feel that you can control the things in your life. ²³	3.24	1.15	Moderate
20. You feel that you can deal with things in life. ¹²	4.07	1.08	Moderate

Table 4 (cont.)

Happiness	Mean	SD	Level
21. You feel fully enthusiastic with everything. ⁶	4.24	1.00	Moderate
22. You always have fun and joyful experiences. ⁵	4.27	0.94	Moderate
23. You find it easy to make a decision. ²⁵	2.97	0.90	Moderate
24. You are certain about the meaning and purpose of life. ²²	3.41	1.11	Moderate
25. You feel energetic to do things. ⁸	4.22	0.88	Moderate
26. You can turn bad situations to good ones. ¹⁰	4.19	0.94	Moderate
27. You have fun with the people around you. ²⁰	3.59	1.20	Moderate
28. You feel like you are a strong person. ¹⁶	3.84	1.21	Moderate
29. You have good memories of the past. ¹⁷	3.72	1.21	Moderate

Note: The number at the end of each question was the rank of the mean scores ordered from highest to lowest (1-29).

According to Table 4, the happiness was presented by items: 3 of which were in high level; and 26 of which were in moderate level. The items with the highest mean was “You are friendly to almost everyone you know.¹” ($M = 4.47$, $SD = 1.06$), followed by “You are easy to laugh.²” ($M = 4.42$, $SD = 1.15$), and “You think life is the best.³” ($M = 4.35$, $SD = 1.03$). Meanwhile, the items with the lowest mean included “You find it easy to make a decision.²⁵” ($M = 2.97$, $SD = 0.90$), “Often time, there is no difference between what you want to do and what you have done.²⁴” ($M = 3.09$, $SD = 0.94$), and “You feel that you can control the things in your life.²³” ($M = 3.24$, $SD = 1.15$).

Part 4: Factors related to happiness

The results of the variable analysis consisted of 5 factors, namely the perceived health status ; optimism; health literacy; family relationships; and social support. These were shown in Table 5 as follows:

Table 5 Mean, Standard Deviation (SD), and the range of studied variables (n = 116)

Variables	Mean	Median	SD	Range	
				Possible	Actual
Perceived Health Status	25.62	26.00	3.96	8-40	14-35
Optimism	22.21	22.00	5.68	0-32	9-32
Health Literacy	31.73	31.00	9.92	0-60	8-60
Family Relationships	57.16	52.00	10.73	16-80	34-80
Social Support	77.22	76.00	14.99	15-105	44-105

From Table 5, the results of the analysis of the overall scores classified by each factor showed as follows: the family caregiver's perceived health status was 25.62 ($SD = 3.96$), optimism was 22.21 ($SD = 5.68$), health literacy was 31.73 ($SD = 9.92$), family relationships were 57.16 ($SD = 10.73$), social support was 77.22 ($SD = 14.99$), and happiness was 77.23 ($SD = 11.99$).

Part 5: Correlation of the studied variables

The correlation test of the variables used in the study consisted of 1) perceived health status, 2) optimism, 3) health literacy, 4) family relationships, 5) social support, and 6) happiness. The test used Pearson Product Moment Correlation as shown in Table 6 as follows:

Table 6 Pearson Correlations between studied variables (n = 116)

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Perceived health status	1.000					
2. Optimism	0.100	1.000				
3. Health literacy	0.076	0.374**	1.000			
4. Family relationships	0.052	0.368**	0.278**	1.000		
5. Social support	0.194	0.581**	0.385**	0.553**	1.000	
6. Happiness	0.054	0.683**	0.464**	0.501**	0.745**	1.000

Note: ** $p < 0.01$

From Table 6, the correlation analysis of the variables used in the study showed that all of the variables examined are not highly correlated greater than .80 with reflected multicollinearity. Based on the correlation results, the factors significantly associated with happiness ordered from highest through lowest were social support with positive correlation and statistical significance at the .01 level ($r = 0.745$), followed by optimism with positive correlation and statistical significance at the .01 ($r = 0.683$), family relationships with positive correlation and statistical significance at the .01 level ($r = 0.501$), and health literacy with positive correlation and statistical significance at the .01 ($r = 0.464$). However, the results showed that the perceived health status was positively correlated with no statistical significance ($r = 0.054$, $p > .05$).

Part 6: Factors influencing happiness

Through the use of multiple regression analysis (Enter method), the preliminary assumption testing was conducted first, it was found that it complied with the assumption in using multiple regression statistics as follows:

1. The independent variables and the dependent variable consisted of an Interval or Ratio measure. There were 5 variables used in this study which included 1) perceived health status, 2) optimism, 3) health literacy, 4) family relationships and

5) social support. All variables were evaluated using questionnaires, and the results were interpreted by combining the total scores of the questionnaires. If the score was high, it would mean that the variable value was also high. Most variables were measured with Interval or Ratio measurement.

2. The sample was obtained by random sampling. The sample used in this study was obtained from simple random sampling to represent the entire population.

3. The data was tested to fulfil the assumption of multiple regression which includes absence of outliers, normality of variables, linearity, homoscedasticity, no autocorrelation, and no multicollinearity. The independent and dependent variables were distributed in a normal curve (Normality). Each variable was then plotted in a histogram. The distribution characteristics of the data were in the shape of an inverted bell in which its shape was symmetrical with indicated normal distribution.

4. Independent variables and dependent variables had a linear relationship which could be tested by using a scatter plot graph plotted between the *ZPRED value (the predicted value obtained from the equation converted to Z-score) and the *ZRESID value (the error Z-score value, or the difference between the estimated values obtained from the real regression equation). It was found that the scatter plot graph was linear paralleling the horizontal axis. This showed that the variable had a linear relationship.

5. The variance of the tolerance was unified (Homoscedasticity). The distribution of the variance of the dependent variables had to be constant for all values of the independent variables. Considering the graph, the scatter plot was presented in parallel lines; therefore, the variance of the tolerance was unified.

6. The tolerances of the predictor variable and the criterion variable were independent (no autocorrelation). They were tested by using Durbin-Watson, equal to 1.739, which indicated that autocorrelation did not occur because the value was close to 2, or between 1.5-2.5. When compared to the value scope table Durbin-Watson, the obtained values were found in the non-correlated range, which meant that the tolerances of the two variables were independent of each other (Garson, 2012).

7. No multivariate outliers were tested by using the scatter plot graph between Y-values (the predicted variable from the regression equation) and the predicted tolerance value (or graph plotted between the two standard values). It was

found that the variance of the tolerances in predicting the predictor variables spread around the zero value.

8. All independent variables were independent (without multicollinearity) by considering the tolerances values approaching zero while the VIF values did not exceed 10. In this study, the tolerance values of all 5 variables were .96, .63, .81, .68, and .50. The VIF (Variance Inflation Factor) values for the five variables were 1.04, 1.58, 1.23, 1.46, and 2.00, indicating that they were all independent. According to the test of the correlation between variables with Pearson's correlation analysis, it was found that all variables were correlated at -.054, .683, .464, .501, and .745. All of these did not exceed .85; therefore, it was in accordance with the preliminary agreement.

The Enter multiple regression analysis was applied to determine the influence of happiness predictors. There were 5 variables used in the analysis: 1) perceived health status, 2) optimism, 3) health literacy, 4) family relationships, and 5) social support.

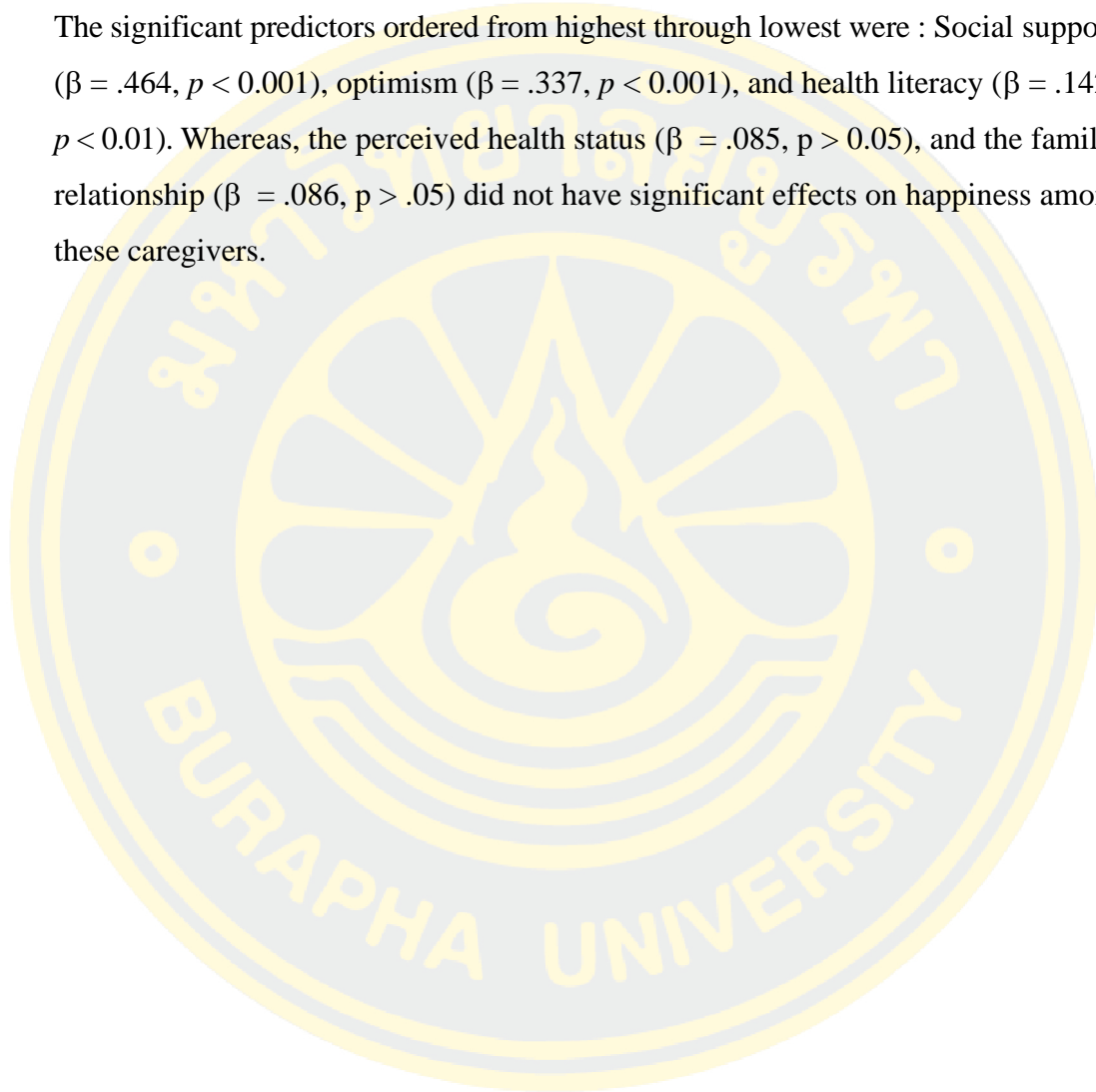
Table 7 The influence of factors affecting happiness (n = 116)

Variables	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Standardized Beta (β)</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Constant	3.18	6.915		.460	.647
Perceived health status	.286	.185	.085	1.546	.125
Optimism	.788	.158	.337	4.976	.000**
Health literacy	.189	.080	.142	2.365	.020*
Family relationships	.106	.081	.086	1.313	.192
Social support	.410	.061	.464	7.106	.000**

Note: $R = .824$, $R^2 = 0.680$, Adjust $R^2 = .665$, $F = 46.690$, $p < 0.001$

* $p < .05$, ** $p < .01$

Regarding Table 7, the results of the multiple regression analysis using enter method revealed that social support, optimism, and health literacy factors served as significant predictors of the caregiver's happiness. All these 5 variables could together explained 66.5 percent for the variance of happiness ($F = 46.690, p < 0.001$). The significant predictors ordered from highest through lowest were: Social support ($\beta = .464, p < 0.001$), optimism ($\beta = .337, p < 0.001$), and health literacy ($\beta = .142, p < 0.01$). Whereas, the perceived health status ($\beta = .085, p > 0.05$), and the family relationship ($\beta = .086, p > .05$) did not have significant effects on happiness among these caregivers.



CHAPTER 5

DISCUSSION

This chapter presents the summary and discussion of the study findings. Implications of the study findings, limitations, and recommendations for future research are addressed.

Summary of the results

The objectives of this study were to examine happiness and its predicting factors including perceived health status, optimism, health literacy, family relationships, and social support among family caregivers of persons with alcohol dependence. The sample included 116 caregivers of persons with alcohol dependence who came for follow-up at the Outpatient Department the particular Psychiatric Hospital located in the Northeastern region of Thailand.

For the family caregivers, the results showed that the majority of the family caregivers were females (64.66 percent) with an average age of 49.37 years ($SD = 12.15$), Buddhist (99.14 percent), married (75.00 percent), about half have elementary school education (50.86 percent), average income was 10,663.79 Thai Baht ($SD = 11031.55$), worked as agriculturist (56.06 percent), resided with relatives (60.34), resided with their spouses (39.66 percent), related to the patients as parents (31.03 percent) and spouses (22.41 percent). The average time for taking care of the patients was 10.09 hours per day ($SD = 7.27$). Average duration time for taking care of persons with alcohol dependence was 4.9 years ($SD = 5.16$).

For persons with alcohol dependence, the results showed that the majority of participants were males (88.80 percent) with an average age of 42.02 years ($SD = 12.691$), married (40.50 percent), single (39.70 percent), graduated from elementary school level (45.69 percent), average income was 5893.10 Thai Baht ($SD = 7805.30$), 41 persons were unemployed (35.30 percent), agriculturist (34.50 percent), resided with their spouses (31.90 percent), resided with relatives (68.10 percent), and Buddhist (99.14 percent). The average period of diagnosis of Alcohol Dependence was 4.72 years ($SD = 5.49$), and the longest period was 37 years.

For happiness, among the 116 family caregivers of persons with alcohol dependence, the results showed that the average score of happiness was 2.47 (SD = 0.46) which was classified as a low level of happiness. Among these family caregivers 68.10 percent of them had happiness in a low level (Mean = 2.21, SD = 0.26), and 31.90 percent (Mean = 3.03, SD = 0.21) was in a moderate level.

For predicting factors of happiness, 5 factors were examined: 1) perceived health status, 2) optimism, 3) health literacy, 4) family relationships, and 5) Social support. These factors could together explained variance of happiness for 66.5 percent (Adjusted $R^2 = .665$, $F = 46.690$, $p < .001$). The significant predictors ordered from highest through lowest were presented as follows: social support ($\beta = .464$, $p < .001$), optimism ($\beta = .337$, $p < .001$), and health literacy ($\beta = .142$, $p < 0.01$). Whereas, perceived health status ($\beta = .085$, $p > 0.05$), and the family relationship ($\beta = .086$, $p > .05$) did not significantly predict happiness among these family caregivers.

Discussion

This study found that the mean score of happiness was 2.47 (SD = 0.46), which was classified as a low level of happiness. The possible explanation for the low level of happiness among these family caregivers might due to natures of care recipients, persons with alcohol dependence in particular. The persons with alcohol dependence usually had irritability, aggression, and stubbornness which make the family caregivers have difficulty in dealing with them. In addition, some of the persons with alcohol dependence still unable to stop alcohol drinking which put their health and safety at risk. Furthermore, they might have problems about their works, interactions with others etc. Concerning of patients' health, financial burden and even the health condition of the family caregivers themselves could make these family caregivers felt overwhelm or perceived burden and these results in the low level of happiness found in this study. In addition based on the general characteristics of the family caregivers, the results showed that about 80 percent were taking role as a family caregivers less than 5 years period and their care recipients were in the early stage of alcohol rehabilitation, so the family caregivers need to maintain their own role as well

as family caregivers role , so they still in a period of transition and adaptation,. So, these would also be possible reason for the low level of happiness found in this study.

From the results of this study showed that the average times that the family caregivers spent for providing care for the patients was more than 10 hours a days . This would possibly cause the family caregivers perceive more burden and lead to the unhappy feelings that the family caregivers might encounter. Consistently with the study conducted by Kadam et al. (2020), 78.75% of the primary family caregivers had moderate to high levels of burden. There was a positive association between family caregiver burden and the quantity of alcohol consumption, monthly alcohol expenditure, and years of marriage. In the study conducted by Vadher et al. (2020) showed that the family caregivers of patients with alcohol use disorder (AUD) are likely to experience significant burden of care. They usually had repeated quarrels and they were verbally and physically abused by the persons with AUD. By taking role as a caregiver, made them have less connection with other family members and society. These significantly impact the family caregivers' physical and mental health. In the study conducted by Ramanujam Vaishnavi et al (2017), which found that 104 patients (52%) reported mild dependence, 62 patients (31%) experienced moderate dependence, and 30 patients (15%) had severe dependence. Moreover, the family caregivers may experience significant burden in various domains due to problems with the alcohol addiction of their spouses. Some family caregivers were the patients' spouses who were relied on the patients for various reasons like finance and child-rearing.

In addition, due to the societal views in not supporting for the separation from the husbands during their suffering from alcoholism, these would cause them more reluctant to leave the persons with alcohol dependence. Hence most of them decided to live with the patients even though they experienced significant burden. Patient's with high dependence was positively correlated with their family caregivers' burden at the correlation coefficient value of 0.67 (Lennox, Scott-Lennox, & Holder, 1992). This was consistent with the study of Swaroopachary et al (2018), which found that the family caregiver burden was reported more in the family caregivers who had their care recipients had severe alcohol dependence. In addition the burden is more experienced by the family caregivers who are unemployed than the

employed group. This is an obvious fact as unemployment precedes the poverty and impoverishment which inevitably is a cause for burden. A study of Das, Chaitra, Ravikumar and Janakiraman (2020) found that the majority of patients, 46.53% were moderately dependence, 60.40% of the family caregivers faced moderate burden and 56.44% of them showed lower resilience. Correlation between family caregiver burden and severity of dependence showed that the majority -45.90% faced a moderate burden with severe dependence. Burden as perceived by the family caregivers would be a significant factor contributed to low level of happiness.

In consideration of the characteristics of the persons with alcohol dependence, the sample were in the occupations of labor and agriculture. These two careers were in the group who had less education and earned less incomes and endured hard works. People in this group tended to have drinking behaviors due to daily stress accumulated with family and social problems, emotional deficiency, low wage earning. These were exacerbated during the corona virus pandemic starting in 2018.

From multiple regression analysis, the predictors examined could together explained variance of happiness for 66.5 percent ($\text{Adjust } R^2 = .665$, $F = 46.690$, $p < .001$). The strongest significant predictors presented in order were: social support ($\beta = .464$, $p < .001$), optimism ($\beta = .337$, $p < .001$), and health literacy ($\beta = .142$, $p < 0.01$).

Social support served as strongest significant predictor of happiness among the family caregivers of alcohol dependence ($\beta = .464$, $p < 0.001$). This is in line with previous studies which showed that social support helped family caregivers reduce stress by: 1) assuring family caregivers that support is available in times of stress; and 2) providing family caregivers with adequate support when required. The results are consistent with the findings of studies that confirmed the predictive power of social support on happiness (Lu, 1997) and the study of Keykhosravi, Rezaei, and Khalouei (2015) which showed a significant and positive relationships between the dimensions of social support (informational, appraisal, etc.) and happiness; that is, individuals with more social support had higher levels of happiness. Social support could increase self-confidence, self-disclosure, and self-esteem in an individual, thereby helping him/her achieve goals, satisfaction with life, and, consequently

happiness. Furthermore, having positive effects on human life and consequently on human happiness. Social support not only promotes health but also diminishes psychological distress such as depression and anxiety (Rashedi, Gharib, Rezaei, & Yazdani, 2013). In the recent study by Brajša-Žganec et al. (2018), it showed that social support helped the persons enhance satisfaction and positive wellbeing, which did not only affect a current mood, but also a longer life expectancy. The research by Moeini et al. (2018) conducted with the senior group in Iran with 411 elderly persons, the study results showed that the highest type of factor enhancing happiness was social support. The regression result of social support being a source of happiness was $r = .27$, $p < 0.01$ with optimism as a mediator as a consequent correlation of $.46$, $p < 0.01$ (Lara et al., 2020). This consequently influenced happiness, especially in the context of family caregivers of persons with alcohol dependence.

Optimism served as second strongest predictor of happiness among family caregivers of alcohol dependence ($\beta = .337$, $p < 0.001$). Consistent with prior research conducted by Peterson (2000), which found that optimism was associated with happiness. Previous studies have found that optimism is correlated with better physical well-being compared to pessimism. In contrast with optimism, pessimism is correlated with excessive somatic complaints (Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, and González-Jareño, 2006). High optimistic individuals are considered to have better moods, to be stable, and also to be in better physical health and these would make them reported higher happiness. This was consistent with the study of Detchaiyot, Vatanasin, and Hengudomsub (2020) which found that optimism had a moderate positive influence on mental well-being ($\beta = .196$, $p < .01$).

Optimism had a moderate positive correlation with the mental well-being of the elderly in Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province ($r = .20$, $p < .000$). The study found that family caregivers who experienced and understood stressful events were able to pass through those situations with self-control, confident health adjustments, and optimism. This result was positively correlated with the mental well-being of the elderly (Mahitthanuparp, 2018). This was consistent with Seligman's concept of optimism that failures or bad situations happened temporarily. Anyone who encountered bad situations would view it as a challenge and as a way to improve life quality (Boden, 2014). Thus, optimism describe a role as an intrinsic

factor, optimism allowed people to cope well with various situations in life influenced the happiness among the family caregivers for persons with alcohol dependence.

Health literacy served as a third strongest significant predictor of happiness among family caregivers of alcohol dependence ($\beta = .142, p < 0.01$). According to the European Health Literacy Consortium, health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competencies to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Sorensen et al., 2012). Health literacy could help prevent health problems, protect individual health, and better manage health problems when they arise. Since minds and bodies are constantly interacting so by having good health literacy, this would help the family caregivers have good management towards their health and make them have more happiness compared to those with poor health literacy. Health literacy has been identified as an important health construct with an impact on individual and population health. Health literacy includes the capacity to make better health decisions and was shown to be associated with higher sense of purpose in life and life satisfaction and also happiness in this study. Based on the association of health literacy with an increased sense of purpose in life and life satisfaction, increasing health literacy might causally prevent diseases and decrease mortality through purpose in life (Erik Angner et al., 2010). The previous study showed that the persons with sufficient health literacy reported better quality of life and positively correlated with happiness with statistical significance. ($r = 0.261, p < .01$) (Erik Angner et al., 2010). All mentioned thus far, emphasized the role of health literacy which contributed to happiness among the persons with alcohol dependence.

In this study, perceived health status of family caregivers and family relationship did not significantly predicted happiness. The possible reasons might be that there are less variation of response in terms of perceived health status and family relationships. In this study, the majority of the family caregivers reported good health status since the majority of them are in the adult age group with the average age of 49.37 years and reported no underlying medical disease. Furthermore, the assessment of perceived health status examined in this study did not clearly distinguish the

physical and psychological aspects. According to Nidhi and Basavareddy (2020), physical well-being was not affected to the great extent among most family caregivers, but they expressed that most of the psychological components such as concentration, remembering, affliction, anguish over diagnosis, treatment, and general psychological health. Given the good perceived health status, among the sample, and less variation found, these would make perceived health status did not have significant effect on happiness among these family caregivers.

These also applied to family relationship factor which was not significantly predicted happiness. Given that the majority of the family caregivers reported good family relationship. These family caregivers resided in the provincial area that had extended not a nuclear family in which the family members living together. The results obtained from this study was also consistent with the results in the study conducted by Suthisukon, Chompikul, and Thamma-Aphiphol (2017). Their study results showed the majority of family in their study (46.2%) were a family group that consists only of parents and children around 4 persons per family (nuclear families) (Suthisukon et al. (2017). With less variation of the sample in terms of perceived family relationship, these might contribute to non significant effect of family relationship on happiness.

Implications of the study findings

The results from this study contribute to nursing education; nursing practice, nursing education and nursing research as follows.

1. Nursing education: The results of this study help generate baseline information regarding happiness and its predicting factors among the family caregivers of persons with alcohol dependence. The results obtained from this study would be useful for nurses to be acknowledged and aware of the situation of the persons with alcohol dependence and their psychological well-being-happiness in particular.

2. Nursing practice: The results obtained from this study help pave the way to develop an effective intervention for happiness enhancement among these family givers by taking into account its significant predictors. This would, in turn, help

promote the quality of care provided by the family caregivers and also help promote the quality of life in both the patients and the family caregivers.

3. Nursing research: Nurses could apply the study findings to further conducting research on nursing intervention that help promote happiness among the family caregivers of alcohol dependence.

Limitations in this study

This study had some certain limitations. Firstly, the sample was drawn from one setting of one Psychiatric Hospital located in the Northeastern part of Thailand. Thus, generalizability to other setting and cultures in different regions may be limited. Secondly, the cross sectional design applied in this study, while it could provide a quick look at the association which existing variables at a particular point. However, this type of study cannot demonstrate cause and effect.

Recommendation for future research

Based on this study findings, recommendations for further research are recommend as follows:

1. Further conduct of the studies to develop and test nursing interventions aimed at enhancing happiness among the family caregivers of alcohol dependence by encouraging the family caregivers to seek and get more sources of social support and enhance optimism as well as their health literacy are all recommended.
2. Conducting qualitative research to gain more in-depth understanding regarding risk and protective factors of happiness is recommended.
3. Conducting a longitudinal design for further understanding and observe its change overtime is also recommended.

REFERENCES

- Abdel-khalek, A. M. (2005). Happiness and death distress: Two separate factors. *Journal of Death Studies*, 29, 949-958.
- Achdut, N., and Sarid, O. (2020). Socio-economic status, self-rated health and mental health: the mediation effect of social participation on early-late midlife and older adults. *Israel journal of health policy research*, 9(1), 4.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andayani, B., Ancok, D., and Wulan, R. (2018). From love to family happiness: A theoretical model for javanese family. *European Journal of Social Science Education and Research*, 5(1), 24-35.
- Anderson, N. J. (2017). *Changes to the Coding of Alcohol and Substance Use*. Retrieved from <https://californiahia.org/sites/californiahia.org/files/docs/CDQarticles/2017-Jan-Feb-Changes-to-the-Coding-of-Alcohol.pdf>
- Andreja Brajša-Žganec. (2018). The Relationship between Social Support and Subjective Well-Being across the Lifespan. *Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja*, 27(1). doi:<https://doi.org/10.5559/di.27.1.03>
- Angner, E., Miller, M. J., Ray, M. N., Saag, K. G., and Allison, J. J. (2009). Health literacy and happiness: A community-based study. *Social Indicators Research*, 95(2), 325-338.
- Angner, E., Miller, M. J., Ray, M. N., Saag, K. G., and Allison, J. J. (2010). Health Literacy and Happiness: A Community-Based Study. *Social Indicators Research*, 95(2), 325-338. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/40542293?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Methuen.
- Argyle, M., and Crossland, J. (1987). Dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26, 127-137.
- Argyle, M., and Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack, M. Argyle, and N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 77-100). Oxford: Pergamon Press.

- Assanangkornchai, S., Conigrave, K. M., and Saunders, J. B. (2020). Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men. *Alcohol and Alcoholism*, 37(2), 193-197.
- Atadokhy, A., Hajloo, N., Karimi, M., and Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *Int J High Risk Behav Addict*, 4(1), e21250.
- Batra, A., Müller, C. A., Mann, K., and Heinz, A. (2016). Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. *Dtsch Arztebl Int.*, 113(17), 301-310.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., and Nakhla, W. E. (2008). Happiness: Theoretical and empirical considerations. *Nursing Forum*, 43(1), 12-23.
- Benegal, V. (2005). India: Alcohol and public health. *Addiction*, 100(8), 1051-1056.
- Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., and Dalal, P. M. (2012). Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Annals of Indian Academy Neurology*, 15(2), 113-119.
- Bhatti, R. S., Subbakrishna, D. K., and Ageria, B. L. (1986). Validation of family interaction pattern scale. *Indian J Psychiatry*, 28, 211-216.
- Boden, A. M. (2014). Optimism. *Philosophy*, 41(158), 291 - 303. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/231798961_Optimism.
- Bracho, F. (2005). *Happiness and indigenous wisdom in the history of the Americas*. Retrieved from <http://www.bhutanstudies.org.bt/pubFiles/23.rethinking.pdf>
- Brajša-Žganec, A., Kaliterna, L., and Marković, I. H. (2018). The relationship between social support and subjective well-being across the lifespan. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 27(1), 47-65.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brien, S. E., Ronksley, P. E., Turner, B. J., Mukamal, K. J., and Ghali, W. A. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ*, 342, 1-15.

- Brook, R. H., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Ware, J. E., Donald, C. A., Rogers, W. H., . . . Johnston, S. A. (1979). Overview of Adult Health Status Measures Fielded in Rand's Health Insurance Study. *Medical Care*, *17*(7), I-131.
- Bunyapanasarn, Y. (2018). *Effects of individual counseling programs to enhance optimism on authentic happiness among caregivers of patients with a chronic illness*. (Master's thesis Arts, Applied Psychology, Graduate School), Srinakharinwirot University,
- Burg, M. M., Barefoot, J., Berkman, L., Catellier, D. J., Czajkowski, S., Saab, P., . . . Taylor, C. B. (2005). Low Perceived Social Support and Post-Myocardial Infarction Prognosis in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial: The Effects of Treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*(6), 879-888.
- Burnard, P., Burnard, W., and Lloyd, G. (2007). Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*(6), 742-749.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal synthesis, and generation of evidence*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Canam, C., and Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing Journal*, *24*(5), 192-196.
- Carver, C. S., and Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(1), 184-195.
- Castaldelli-Maia, J. M., and Bhugra, D. (2014). Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture – Insights from a systematic review. *International Review of Psychiatry*, *26*(3), 352-367.
- Census. (1990). *Census of Population and Housing: Social, economic, and housing characteristics*. Retrieved from <https://www.census.gov/history/pdf/1990proceduralhistory.pdf>
- Center of Alcohol Studies (CAS). (2013a). Situation of alcohol drinking and impact. In *Thailand International health policy program*. Nonthaburi: The Graphic system limited.

- Center of Alcohol Studies (CAS). (2013b). *Situation of alcohol drinking and impact, in Thailand. International health policy program*. Nonthaburi: The Graphic system limited.
- Chan, G. C. K., Kelly, A. B., and Toumbourou, J. W. (2013). Accounting for the association of family conflict and heavy alcohol use among adolescent girls: The role of depressed mood. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(3), 396-405.
- Cheng, H., and Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2, 307-327.
- Chenier, M. C. (1997). Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement: The multiple problems and variables affecting the caregiving relationships require multiple approaches and interventions. *Geriatric Nursing*, 18(3), 121-126.
- Chiu, H., Hsieh, Y., Yeh, H., Kuo, C., Lee, M., and Yu, D. (2010). The Connection Between Happiness and Service Business: A Preliminary Study. *Journal Happiness Study*, 12(5), 841-860.
- Chuyingsakultip, N., Koolnaphadol, P., and Inang, P. (2019). The Enhancement of Family Burden Management and Family Happiness of Stroke Patients, Rayong Hospital. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*, 30(1), 40-53.
- Clapp, P., Minnick, M. J., and Wackemah, R. C. (2014). Alcohol use disorder: Pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment. *Substance Abuse & Rehabilitation*, 5, 1-12.
- Cohen, S. (2020). appiness and the immune system. *Positive Health*, 82, 9-12.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., and Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, and B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.
- Coleman, M. L. (2012). *Custodial grandparenting in young grandmothers: Exploring the stress process model and forms of adaptive coping*. (Doctoral dissertation, Psychokogy), Illinois Institute of Technology,

- Cott, C. A. (2001). Health and happiness for elderly institutionalized Canadians. *Canadian Journal on Aging, 20*(4), 517-535.
- Dangdomyouth, P., Stern, P. N., Oumtane, A., and Yunibhan, J. (2008). Tactful monitoring: how Thai caregivers manage their relative with schizophrenia at home. *Issue Ment Health Nurs, 29*, 37-50.
- Das, K., Chaitra, M., Ravikumar, S., and Janakiraman, P. (2020). Caregiver burden and resilience in family members of alcohol dependence patients: a study in rural South India. *International Journal of Indian Psychology, 8*(4), 977-986. DIP:918.901.115/20200804. doi:10.25215/0804.115
- Das, S., Hazra, A., Ray, B. K., Ghosal, M., Banerjee, T. K., Roy, T., . . . Das, S. K. (2010). Burden among stroke caregivers: Results of a community-based study from Kolkata, India. *Stroke, 41*(12), 2965-2968.
- Davis, L. C., Sander, A. M., Struchen, M. A., Sherer, M., Nakase-Richardson, R., and Malec, J. F. (2009). Medical and psychosocial predictors of caregiver distress and perceived burden following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 24*(3), 145-154.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., and Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *J Stud Alcohol Drugs, 68*(1), 66-75.
- Department of Child and Adolescent Correction and Protection. (2008). *Research project on crime decreasing strategy among child and adolescent*. Bangkok: Department of Child and Adolescent Correction and Protection.
- Department of Health Policy Research. (2016). *Health Policy Research and Data Program*. Retrieved from www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Health_Policy_Research_and_Data_Program
- Department of Mental Health. (2012). *Annual report, Fiscal Year 2012*. Bangkok: Department of Mental Health.
- Detchaiyot, P., Vatanasin, D., and Hengudomsub, P. (2020). Factors Influencing Psychological Well-Being Among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 30*(3), 170-181.

- Dhammananda, V. K. (2011). *A happy married life: A buddhist perspective*. Retrieved from <http://www.accesstoinsight.org/lib/authors/dhammananda/marriage.html>
- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Helliwell, J. F., and Kahneman, D. (2010). *International Differences in Well-Being*. New York: Oxford University Press.
- Diener, E., and Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1–31. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>.
- Drummond, D. C. (1990). The Relationship between Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems in a Clinical Population. *British Journal of Addiction*, 85(3), 357-366.
- Dumrongchai, A. (2000). *Effect of group activity upon self-esteem, Problem solving, Decision making and rerusal of male adolescent amphetamine users receiving treatment in suanprung psychiatric hospital, Chiang Mai Province*. (Master's thesis Education, Health Promotion, Graduate School), Chiang Mai University,
- Edwards, G., and Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1060.
- Emick, M. A., and Hayslip, B. (1999). Custodial grandparenting: Stresses, coping skills, and relationships with grandchildren. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 35-61.
- Furnham, A., and Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227-246.
- Gans, S. (2020). *How to tell the difference between alcohol abuse and dependence*. Retrieved from <https://www.verywellmind.com/alcohol-abuse-vs-alcohol-dependence-63101>
- Garson, G. D. (2012). *Testing Statistical Assumptions*. Asheboro, NC: Statistical Associates
- Gazella, K. A. (2009). *3 – Step approach to happiness: These practical lifestyles and supplement tips can ease depression*. Retrieved from <http://www.encognitive.com>

- Gerard, J. M., Landry-Meyer, L., and Roe, J. G. (2006). Grandparents raising grandchildren: The role of social support in coping with caregiving challenges. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62, 359-383.
- Ghosh, S., Samanta, A., and Mukherjee, S. (2012). Patterns of alcohol consumption among male adults at a slum in Kolkata, India. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 30(1), 73.
- Goit, B. K., Acharya, B., Khattri, J. B., and Sharma, R. (2021). Burden and Quality of Life Among Primary Caregiver of Alcohol Dependence Syndrome. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 9(1), 1-6.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., and Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
- Gonzalez, P., Neilson, R. P., Lenihan, J. M., and Drapek, R. J. (2010). Global patterns in the vulnerability of ecosystems to vegetation shifts due to climate change. *Wiley Online Library*, 19(6), 755-768.
- Gorsy, C., and Panwar, N. (2016). Optimism as a correlate of happiness among working women. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(10), 20-29.
- Gray, R. S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S., and Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *Journal of Cross Cult Gerontology*, 23, 211-244.
- Grove, S. K., Burns, N., and Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Guggenmos, M., Scheel, M., Sekutowicz, M., Garbusow, M., Sebold, M., Sommer, C., . . . Schmack, K. (2018). Decoding diagnosis and lifetime consumption in alcohol dependence from grey-matter pattern information. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 252-262.
- Gupta, S., Lal, R., Rao, R., Mishra, A., and Ambekar, A. (2017). Pattern of alcohol use among problem alcohol users in a community-based setting in India: A cross-sectional study. *Journal of Substance Use*, 23(2), 1-6.

- Hanpatchaiyakul, K., Eriksson, H., Kijssompon, J., and Östlund, G. (2014). Thai men's experiences of alcohol addiction and treatment. *Global Health Action*, 7(1), 23712.
- Hasin, D. S., Grant, B., and Endicott, J. (1990). The Natural History of Alcohol Abuse: Implications for Definitions of Alcohol Use Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1537-1541.
- Hills, P., and Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, 1357-1364.
- Hills, P., and Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1071-1082.
- Hobfoll, S. E., and Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Hung, J. W., Huang, Y. C., Chen, J. H., Liao, L. N., Lin, C. J., Chuo, C. Y., and Chang, K. C. (2012). Factors associated with strain in informal caregivers of stroke patients. *Chang Gung Med Journal*, 35(5), 392-401.
- Hyder, S., Chenganakkattil, S., and Babu, J. (2016). Comparison of caregiver's burden in schizophrenia and alcohol dependence syndrome. *J Community Health Manag*, 3(4), 213-216. Retrieved from <https://www.jchm.in/article-details/3455>.
- Institute of Alcohol Studies. (2017). *Alcohol policy in Thailand*. Retrieved from <http://www.ias.org.uk/What-we-do/Publication-archive/The-Globe/Issue-2-2007-amp-1-2007/InternationalConference-on-Alcohol-held-in-Seoul-Korea/Alcohol-policy-in-Thailand.aspx>
- International Health Policy Program. (2007). *Burdens of diseases and injuries of Thai population in 2004*. Retrieved from <http://thaibod.org/documents/BURDEN.pdf>
- Jenkijjapaibool, P. (2010). *Development of a discharge plan for patients with alcohol dependence in Suanprung psychiatric hospital, Chiang Mai province*.

- (Master's thesis Nursing science, Psychiatric and Mental Health Nursing, Graduate School), Chiang Mai University,
- Jetmanorom, S. (2003). *The Report On The Development of the Happiness Measure, The Oxford Happiness Questionnaire (Thai version)*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Kadam, K. S., Unnithan, V. B., Mane, M. R., and Angane, A. Y. (2020). Brewing caregiver burden: Indian insights into alcohol use disorder. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36(3). Retrieved from <https://www.indjsp.org/article.asp?issn=0971-9962;year=2020;volume=36;issue=3;spage=236;epage=242;aulast=Kadam>. doi:10.4103/ijsp.ijsp_117_19
- Kasemkijwattana, S. (1993). *Stress and coping strategies of caregivers of alcoholic patients*. (Doctoral dissertation, Mental Health and Psychiatry Medicine), Mahidol University,
- Kelley, S. J., Whitley, D., Sipe, T. A., and Yorker, B. C. (2000). Psychological distress in grandmother kinship care providers: The role of resources, social support, and physical health. *Child Abuse & Neglect*, 24, 311-321.
- Kertchok, R., Yunibhand, J., and Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: helping families of people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs*, 20, 38-46.
- Keykhosravi, B. Z., Rezaei, A., and Khalouei, Y. (2015). The Relationship Between Social Support and Life Satisfaction With Happiness Among Home-Dwelling Older Adults in Shiraz (Persian). *Iranian Journal of Ageing*, 10(2), 172-179.
- Kopachon, C. (2002). *Influences on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease*. (Master's thesis Nursing Science, Adult Nursing, Faculty of Nursing), Mahidol University,
- Kraut, R. (1979). Two conceptions of happiness. *Philosophical Review*, 87, 167-196.
- Krys, K., Park, J., Kocimska-Zych, A., and et al. (2021). Personal Life Satisfaction as a Measure of Societal Happiness is an Individualistic Presumption: Evidence from Fifty Countries. *J Happiness Stud*, 22, 2197–2214. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00311-y>.

- Kulprasutidilok, A., Jirawongnusorn, S., Chitmanasak, N., and Supawantanakul, D. (2014). Path analysis of factors affecting quality of life in the elderly in Bang Khen district, Bangkok. *Journal of Health Science Research*, 8(2), 35-46.
- Kumar, R., Kaur, S., and Reddemma, K. (2015). Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 3, 1-5.
- Lara, R., Vázquez, M. L., Ogallar, A., and Godoy-Izquierdo, D. (2020). Optimism and social support moderate the indirect relationship between self-efficacy and happiness through mental health in the elderly. *Health Psychology Journal*, 7(2), 1-12.
- Larsen, K. (2007). Health literacy. *Immigrant Medicine*, 711-724.
- Lawang, W., Sunsern, R., and Rodjarkpai, Y. (2005). Factors influencing the health status of relatives of elderly caregivers of chronic ill persons at home in the eastern region. *Journal of Public Health*, 19(1), 61-78.
- Lennox, R. D., Scott-Lennox, J. A., and Holder, H. D. (1992). Substance abuse and family illness: evidence from health care utilization and cost-offset research. *Journal of mental health administration*, 19(1), 83-95. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/BF02521310>.
- Levett, C. (2010). Wellbeing and happiness – worth striving for. *Australian Nursing Journal*, 18(5), 48-49.
- Limachan, R. (2006). *Physical Activity and Health status of Professional Nurses at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira hospital*. (Master's thesis Education, Health Education and Physical Education, Graduate School), Srinakharinwirot University,
- Lohacheewa, S., and Chanapan, N. (2020). Factors predicting positive and negative experiences in providing care to schizophrenic patients of caregivers. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(1), 103-117.
- Lu, L., Gilmour, R., Kao, S., Weng, T., Hu, C., Chern, J., . . . Shih, J.-B. (2001). Two ways to achieve happiness: When the east meets the west. *Personality and Individual Differences*, 30, 1161-1174.
- Lu, L., and Shih, J. B. (1997). Personality and happiness: Is mental health a mediator? *Personality and Individual Differences*, 22(2), S0191-8869(0196)00187-

00180. Retrieved from

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886996001870#preview-section-abstract>.

- Mahitthanuparp, P. (2018). Developmental Task Performance and Psychological Well-being of the Elderly in Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province. *Research and Development Health System Journal*, 4(1). Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247484/168105>.
- Marlatt, G. A., and Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addiction Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A., and González-Jareño, M. I. (2006). Relationship between dispositional optimism/pessimism and stress coping strategies. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez, A. D., and Tornal, J. M. P. (2017). Perceived physical health in family caregivers of Alzheimer patients: Mediator variables. *European Journal of Health Research*, 3(1), 5-15.
- Merz, E.-M., Consedine, N. S., Schulze, H.-J., and Schuengel, C. (2009). Wellbeing of adult children and ageing parents: Associations with intergenerational support and relationship quality. *Ageing and Society*, 29(5), 783-802.
- Moeini, B., Barati, M., Farhadian, M., and Ara, M. H. (2018). The Association between social support and happiness among elderly in Iran. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(4), 260-265.
- Møller, T., Gudde, C. B., Folden, G. E., and Linaker, O. M. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: gender differences, health and functioning. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 153–160. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00605.x>.
- Moss, H. B., Baron, D. A., Hardie, T. L., and Vanyukov, M. M. (2001). Preadolescent children of substance-dependent fathers with antisocial personality disorder: Psychiatric disorders and problem behaviors. *American Journal on Addictions*, 10(3), 269-278.

- Musil, C., and Ahmad, M. (2002). Health of Grandmothers: A Comparison by Caregiver Status. *Journal of Aging and Health, 14*(1), 96-121.
- National Institute. (2020). *Understanding Alcohol Use Disorder*. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder>
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2006). *Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers*. London: NTA.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., and Qvarnstrøm, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice, 9*(3), 166-175.
- Naylor, M. D. (2006). Transitional care: A critical dimension of the home healthcare quality agenda. *Journal of Healthcare Quality, 28*(1), 48-54.
- Nidhi, V., and Basavareddy, A. (2020). Perception and Quality of Life in Family Caregivers of Cancer Patients. *Indian journal of palliative care, 26*(4), 415-420.
- O'Tousa, D., and Grahame, N. (2014). Habit formation: implications for alcoholism research. *Alcohol, 4*(8), 327-335.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., and Cutter, H. S. (1998). Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 357-370.
- Ohannessian, C. M. (2013). Parental problem drinking and adolescent psychological problems: The moderating effect of adolescent–parent communication. *Youth & Society, 45*(1), 3-26.
- Oishi, S., Graham, J., Kesebir, S., and Galinha, I. C. (2013). Concepts of happiness across time and cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin, 39*(5), 559-557.
- Ooms, T., and Preister, S. (1988). *A Strategy for strengthening families*. Washington, D.C: AAMFT Research and Education Foundation.
- Paenkaew, J. (2016). Alcohol Dependence. *Journal of Nursing and Education, 9*(3), 10-19.

- Paninakul, P., Hengudomsub, P., and Vatanasin, D. (2019). Influencing of psychosocial factors on happiness among community-dwelling older adults. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 40-48.
- Papadopoulos, K., Papakonstantinou, D., Koutsoklenis, A., Koustriava, E., and Kouderi, V. (2015). Social support, social networks, and happiness of individuals with visual impairments. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58, 240-249.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44–55. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., and Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: An overview. *Alcohol Research & Health*, 26, 81-89.
- Phathong, W. (2006). *Effects of an optimism development program on happiness of hypertensive patients*. (Master's thesis Science, Counseling Psychology, Graduate School), Chiang Mai University,
- Ponocny, I., Weismayer, C., Stross, B., and Dressler, S. G. (2015). Are most people happy? Exploring the meaning of subjective well-being ratings. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2635-2653.
- Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. (2020). *Annual report of outpatient department*. Retrieved from <https://www.prasri.go.th/kpi/63/2563.pdf>
- Preidt, R. (2009). *As Literacy Improves, So Might Happiness*. Retrieved from <https://abcnews.go.com/Health/Healthday/story?id=7452768&page=1>
- Prombutr, P., Piaseu, N., and Sakunhongsofho, S. (2014). Factors Associated with Stress Relatives in Home Stroke Caregivers. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 82-96.
- Provencher, H. L., Perreault, M., St-Onge, M., and Rousseau, M. (2014). Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(5), 592–607.
- Prutipinyo, C., Maikeow, K., and Sirichotiratana, N. (2012). Self-care behaviours of chemotherapy patients. *J Med Assoc Thai*, 95(6), 30-37.
- Pryce-Jones, J., and Scott, D. E. (2009). Keeping happy at work during economic turmoil. *Journal Article: Tar Heel Nurse*, 71(4), 18-19.

- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., . . . Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, *115*(6), e626–e636. Retrieved from <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1689>.
- Raistrick, D., Heather, N., and Godfrey, C. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Rashedi, V., Gharib, M., Rezaei, M., and Yazdani, A. A. (2013). Social Support and Anxiety in the Elderly of Hamedan. *Iran. Jrehab*, *14*(2), 110-115. Retrieved from <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1210-en.html>.
- Ratsamesuwiat, J., Fongkaew, W., Sethabouppha, H., Silpakit, P., and Muecke, M. (2020). Perceptions of persons with alcohol dependence, family, and healthcare providers towards causes of post-treatment relapse. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *24*(3), 292-305.
- Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Manthey, J., Probst, C., . . . Wojnar, M. (2015). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, *16*(1), 90.
- Rehm, J., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., and Neufield, M. (2017). Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: a systematic review. *Alcohol*, *61*, 9-15.
- Robbins, M., Francis, L. J., and Edwards, B. (2008). Prayer, personality and happiness: A study among undergraduate students in wales. *Mental Health, Religion & Culture*, *11*(1), 93-99.
- Rosenberg, L. R. (2010). Transforming leadership: Reflective practice and the enhancement of happiness. *Reflective Practice*, *11*(1), 9-18.
- Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., and Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *J Addict Dis*, *29*, 314-324.
- Sabatini, F. (2011). *The relationship between happiness and health: evidence from Italy*. Retrieved from https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/11_07.pdf

- Salee, A., and Virasiri, S. (2020). Family Adaptation among Alcohol Dependent: Multi-Cases Study. *Journal of Nursing and Education*, 32(2), 188-194.
- Sangkhaphong, A., Dussadee, C., and Toonsiri, L. W. (2019). Factors influencing health literacy among family caregivers of chronic disease patients in community. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 55-62.
- Sasson, R. (2011). *Consciousness: Happiness and security are the primary desire*. Retrieved from <http://www.successconsciousness.com/>
- Schuckit, M. A. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 492.
- Schulz, P. J., and Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4-11.
- Schulz, R., and Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215–2219.
- Schulz, R., and Eden, J. (2016). *Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*. Washington (DC): National Academies.
- Schwarzinger, M., Pollock, B. G., Hasan, O. S. M., and Dufouil, C. (2018). Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(3), e124-e132.
- Scott, D. E. (2008). Happiness at work. *Fla Nurse*, 56(4), 16.
- Sen, S. K., Victor, R., and Saxena, K. (2016). Family burden in alcohol dependence: A study in north-eastern India. *Int J Med Sci Public Health*, 5(11), 2402-2409.
- Shaw, I., and Taplin, S. (2007). Happiness and mental health policy: A sociological critique. *Journal of Mental Health*, 16(3), 359-373.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *Quarterly Journal of Medicine*, 99, 57-61.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., and Jeswani, S. (2013). The relationship between social support and subjective Well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.

- Sirapo-Ngam, Y. (1996). Family caregiver: Concept and research issues. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2(1), 84-89.
- Sivak, M., and Schoettle, B. (2015a). *Mortality from road crashes in 193 countries: A comparison with other leading causes of death*. University of Michigan Transportation Research Institute (UMTRI-2015-28), Retrieved from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/116091/103220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sivak, M., and Schoettle, B. (2015b). *Mortality from road crashes in 193 countries: A comparison with other leading causes of death*. University of Michigan Transportation Research Institute (UMTRI-2015-28). Retrieved from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/116091/103220.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., and Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Specialist Clinical Addiction Network. (2006). *Inpatient Treatment of Drug and Alcohol Misusers in the National Health Service*. London: SCAN.
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26-36.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., and Todd, C. J. (2010). Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573-593.
- Statista. (2020). *Per capita alcohol consumption in Thailand 2005-2018*. Retrieved from <https://www.statista.com/statistics/691394/thailand-per-capita-alcohol-consumption/>
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basic of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*.
- Studer, J., Baggio, S., Deline, S., N'Goran, A. A., Henchoz, Y., Mohler-Kuo, M., . . . Gmel, G. (2015). Drinking locations and alcohol-related harm: Cross-sectional

- and longitudinal associations in a sample of young Swiss men. *The International Journal on Drug Policy*, 26(7), 653-661.
- Sumngern, C., Azeredo, Z., Subgranon, R., Sungvorawongohana, N., and Matos, E. (2010). Happiness among the elderly in communities: A study in senior clubs of Chonburi province, Thailand. *Japan Journal of Nursing Science*, 7, 47-54.
- Suthisukon, K., Chompikul, J., and Thamma-Aphiphol, K. (2017). Factors Affecting Relationships in Thai Families. *Local Administration*, 10(2), 152-168.
- Suwanno, J. (1997). *Family caregiver's capabilities in caring for hospitalized stroke patients before discharge*. (Thesis Doctor of Medicine, Faculty of Graduate Studies), Mahidol University,
- Swaroopachary, R. S., Kalasapati, L. K., Ivaturi, S. C., and Reddy, C. M. (2018). Caregiver burden in alcohol dependence syndrome in relation to the severity of dependence. *Arch Ment Health [serial online]*, 19, 19-23. Retrieved from <https://www.amhonline.org/text.asp?2018/19/1/19/235322>.
- Tanaree, A., Assanangkornchai, S., and Kittirattanapaiboon, P. (2017). Pattern and risk of developing alcohol use disorders, illegal substance use and psychiatric disorders after early onset of alcohol use: Results of the Thai National Mental Health Survey 2013. *Drug Alcohol Depend*, 1(170), 102-111. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27883946/>.
doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.11.001
- Tashi, P. (2005). The positive impact on gomchen tradition on achieving and maintaining gross national happiness. Retrieved from <http://www.bhutanstudies.org.bt>.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. The Hague, The Netherlands: Nijhoff.
- Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., and Mosier, K. (2006). Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol*, 40(1), 41-49.
- Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., Mosier, K., and Duncan, C. R. (2006). Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol*, 40, 41-49.
- Thai Health Promotion Foundation. (2018). *Alcohol use situation in northern Thailand*. Retrieved from <http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/15014>

- The Thaiger. (2021). *Drunk driving claims most traffic accidents over holiday season*. Retrieved from <https://thethaiger.com/news/national/drunk-driving-claims-most-traffic-accidents-over-holiday-season>
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Spec*, 53-79.
- Thomas, P. A., Liu, H., and Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging, 1*(3), 1-11.
- Toonsiri, C., Hengudomsub, P., Chaimongkol, N., and Photihung, P. (2019). Factors Influencing Resilience Among Community-Dwelling Older Adults with Chronic Illness: A Causal Model Testing. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(1), 78-88.
- Trudel-Fitzgerald, C., Zevon, E. S., Kawachi, I., Tucker-Seeley, R. D., Grodstein, F., and Kubzansky, L. D. (2020). The prospective association of social integration with life span and exceptional longevity in women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 75*(10), 2132-2141.
- Tungmophon, P. (2005). *Social support, caregiving preparedness and stress among mothers of autistic children*. (Master's thesis Nursing Science, Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate School), Chiang Mai University,
- Umberson, D., Crosnoe, R., and Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior across the Life Course. *Annual Review of Sociology, 36*, 139-157.
- United Kingdom Rehabilitation Council. (2019). *How to tell the difference between alcohol addiction, alcoholism, and alcohol abuse*. Retrieved from <https://www.uk-rehab.com/alcohol-addiction/how-to-tell-the-difference-between-alcohol-addiction-alcoholism-and-alcohol-abuse/>
- Vadher, S., Desai, R., Panchal, B., Vala, A., Ratnani, I. J., Rupani, M., and Vasava, K. (2020). Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *General Psychiatry, 33*(4), e100215.
- Vagharseyyedin, S. A., and Molazem, Z. (2013). Burden, resilience, and happiness in family caregivers of spinal cord injured patients. *Middle East Journal of Psychiatry & Alzheimers, 4*(1), 29-35.

- Vaishnavi, R., Karthik, M. S., Balakrishnan, R., and Sathianathan, R. (2017). Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *J Addict*, 21(5). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457764/>.
doi:10.1155/2017/8934712
- Vaishnavi, R., Karthik, M. S., Balakrishnan, R., and Sathianathan, R. (2017). Caregiver Burden in Alcohol Dependence Syndrome. *Journal of Addiction*, 2017, 1-6.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Boston: D. Reidel.
- Veenhoven, R. (2005). *Happy life years: A measure of gross national happiness*. Retrieved from <http://www.bhutanstudies.org.bt>
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Vilamovska, A.-M., BrownTaylor, D., and Bluthenthal, R. N. (2009). Adverse drinking-related consequences among lower income, racial, and ethnic minority drinkers: Cross-sectional results. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(4), 645-653.
- Waleewong, O. (2017). Moving Thailand's mountain of alcohol-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*, 95, 487-488.
- Waleewong, O., Thamarangsi, T., Chaiyasong, S., and Jankhotkaew, J. (2015). A WHO/ThaiHealth international collaborative research project on the harm to others from drinking: national report for Thailand. Songkhla: Center for Alcohol Studies. Retrieved from <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/03/WHO-TH-project-Thailand-National-report-May2015.pdf>
- Wasi, P. (2004). *Thammachat khong sapsing: kan khaothung khwam ching thangmot [Nature of Things: Access to All Truth]*. Bangkok: Sodsri Saritwong Foundation.
- Watanabe, A., Fukuda, M., Suzuki, M., Kawaguchi, T., Habata, T., Akutsu, T., and Kanda, T. (2015). Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(2), 424-430.

- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In O. Strickland and C. DiIorio (Eds.), *Measurement of nursing out-comes, self-care and coping* (pp. 161-172). New York: Springer.
- Werner, P. (2004). Beliefs about memory problems and help seeking in elderly persons: A qualitative analysis. *Clinical Gerontologist*, 27(4), 19-30.
- White, J. M., and Kline, D. M. (2002). The symbolic interaction framework. In J. M. White and D. M. Kline (Eds.), *Family Theories* (pp. 58-87). California: Sage Publication Inc.
- Wolff, J. L., and Jacobs, B. J. (2015). Chronic illness trends and the challenges to family caregivers. In J.E. Gaugler and R. L. Kane (Eds.), *Family Caregiving in the New Normal* New York: Elsevier.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010.*, Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014.* Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018.* Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
- Wortman, C. (1984). Social support and the cancer patient: Conceptual and methodological issues. *Cancer*, 53, 2339-2360.
- Wu, Z. (2014). Family is the most influential factor on happiness in high school students. *Health*, 6(5), 336-341.
- Yang, Y. (2007). Long and happy living: Trends and patterns of happy life expectancy in the U.S. *Social Science Research*, 37, 1235-1252.
- Yuen, E., Knight, T., Dodson, S., Ricciardelli, L., Burney, S., and Livingston, M. P. (2014). Development of the Health Literacy of Caregivers Scale-Cancer (HLCS-C): item generation and content validity testing. *BMC Family Practice*, 15(1), 202.

Zhang, N. J., Terry, A., and McHorney, C. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751.





APPENDIX



Appendix A
Questionnaires and scales

แบบสอบถาม**เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ**

คำชี้แจง : แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

ตอนที่ 5 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนของสังคม

ตอนที่ 8 แบบวัดความสุขในชีวิต

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ติดสุรา

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง ให้ครบทุกข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () สมรส () หย่าร้าง

() แยกกันอยู่ () อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() ปวช. หรือ ปวส. ()ปริญญาตรี

() อื่น ๆ

ระบุ.....

5. รายได้ต่อเดือน ระบุ..... บาท

6. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขายทั่วไป

() รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท

() อื่น ๆ ระบุ.....

7. สถานภาพการอยู่อาศัย

() อยู่กับญาติ () อยู่กับคู่สมรส () อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน

() อื่น ๆ ระบุ.....

8. ศาสนา

() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม

() อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านได้รับจากแพทย์ว่าวินิจฉัยภาวะติดสุรา ตั้งแต่เมื่อ..... เดือน.....ปี

10. ท่านได้รับการบำบัดเมื่อ..... เดือน.....ปี

11. ท่านมีโรคอื่นที่วินิจฉัยโดยแพทย์ หรือไม่

() มีระบุ.....

() ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง ให้ครบทุกข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () โสด () สมรส () หย่าร้าง
 - () แยกกันอยู่ () อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 - () ปวช. หรือ ปวส. ()ปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระบุ..... บาท
6. อาชีพ
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ค้าขายทั่วไป
 - () รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
7. สถานภาพการอยู่อาศัย
 - () อยู่กับคู่สมรส () อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน
 - () อยู่กับญาติ () อื่น ๆ ระบุ.....
8. ศาสนา
 - () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
9. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ.....
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (ยกเว้นผู้ป่วย)คน
11. ระยะเวลาที่ท่านใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน.....ชั่วโมง/วัน
12. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยมานานเท่าใด.....เดือน.....ปี
13. ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่
 - () มีระบุ.....
 - () ไม่มี

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านที่มีต่อตัวท่านเองเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในด้านต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด และ พิจารณาว่าตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ และกรูณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เห็น	ไม่	ไม่	เห็น	เห็น
	ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)	เห็น ด้วย (2)	แน่ใจ (3)	ด้วย (4)	ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. ในเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย					
2. ช่วงเวลานี้เป็นช่วงชีวิตที่คิดว่ามีสุขภาพดีที่สุด					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยแข็งแรง เหมือนเดิม					
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองจะติดโรคได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
5. ท่านรู้สึกว่าร่างกายของท่านมีภูมิคุ้มกันโรค ได้ดี					
6. เมื่อสภาพอากาศเปลี่ยนแปลงท่านมักจะ เจ็บป่วยได้ง่าย					
7. ท่านคิดว่ามีสิ่งอื่น ๆ ในชีวิตท่านสำคัญกว่า เรื่อง					
8. ท่านไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย เพราะ ท่านคิดว่ามีสุขภาพดี					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ซึ่งบางข้อท่านอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยให้ของท่านประเมินระดับความคิดเห็นต่อข้อความดังกล่าว แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อความดังกล่าวไม่มีถูกหรือผิด เป็นเพียงการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์ของท่าน ณ ปัจจุบันเท่านั้น และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ข้อความ	เห็น	เห็น	ไม่	ไม่	ไม่เห็น
	ด้วย	ด้วย	แน่ใจ	เห็น	ด้วยอย่าง
	อย่างยิ่ง			ด้วย	ยิ่ง
	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
1. ในช่วงเวลาที่ไม่มีความแน่นอน ท่านมักคาดหวังผลให้ผลออกมาดีที่สุด					
2. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดได้โดยง่าย					
3. หากจะมีเรื่องร้าย ๆ เกิดขึ้นกับท่าน อะไรเสียมันก็ต้องเกิดขึ้น					
4. ท่านมองอนาคตของตัวเองในแง่ดีเสมอ					
5. ท่านมีความสุขมากเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อน ๆ					
6. การที่ท่านมีงานยุ่งอยู่ตลอดเวลาถือว่าเป็นเรื่องดี					
7. ท่านแทบจะไม่เคยคาดหวังให้สิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามที่ใจต้องการเลย					
8. โดยรวมแล้ว ท่านคาดหวังว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นกับท่านมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี					

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ซึ่งบางข้อท่านอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยให้ข้อท่านประเมินระดับความคิดเห็นต่อข้อความดังกล่าว แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อความดังกล่าวไม่มีถูกหรือผิด เป็นเพียงการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์ของท่าน ณ ปัจจุบันเท่านั้น และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ข้อคำถาม	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการทันสมัยบ่อยครั้งแค่ไหน					
3. ท่านมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จากแหล่งข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส โดยการสืบค้นมาจากหลายๆแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จนกว่าข้อมูลดังกล่าวจะมีความน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน					
6. ท่านได้เคยอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่เข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
7. ท่านได้ฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จากบุคคลต่าง ๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจในเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน					

ข้อคำถาม	ทุก ครั้ง (4)	บ่อย ครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (0)
8. ท่านได้เคยขอร้องความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพเรื่อง 3๐2 ส บ่อยแค่ไหน					
9. ท่านเคยเล่าเรื่องเรื่องการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3๐2 ส ให้กับคนอื่น ๆ เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ได้รับฟังจนบุคคลดังกล่าวเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
10. ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐2ส เพื่อให้คนอื่นเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน					
11. เมื่อท่านเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย บุหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ๆทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านมีการหาข้อมูลจากหลายๆแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
12. เมื่อท่านเห็นโฆษณาในที่สาธารณะ หรือจากเว็บไซต์และมีความสนใจสินค้าดังกล่าว ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้าก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
13. ท่านมีการใช้เหตุผล หรือมีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เพื่อให้มีการปฏิบัติตนถูกต้องตามหลัก 3๐2ส บ่อยครั้งแค่ไหน					
14. เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมีการวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาเกี่ยวกับ 3๐2ส โดยไม่เชื่อในทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					
15. ท่านจะพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐ 2 ส โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ บ่อยครั้งแค่ไหน					

ส่วนที่ 6 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ซึ่งบางข้อท่านอาจจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย โดยให้ของท่านประเมินระดับความคิดเห็นต่อข้อความดังกล่าว แล้วกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ข้อความดังกล่าวไม่มีถูกหรือผิด เป็นเพียงการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์ของท่าน ณ ปัจจุบันเท่านั้น และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

สภาพความเป็นจริงในครอบครัว	ไม่เคย เลย (1)	น้อยครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา (5)
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านมักช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	1	2	3	4	5
2. เมื่อมีปัญหา ท่านคิดถึงความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก	1	2	3	4	5
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านจะช่วยเหลือแบ่งเบาหน้าที่การงานซึ่งกันและกัน	1	2	3	4	5
4. ครอบครัวของท่านช่วยกันหาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	1	2	3	4	5
5. สมาชิกในครอบครัวของท่านจะมีเวลาว่างพบปะพูดคุยกัน	1	2	3	4	5
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง	1	2	3	4	5
7. สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้	1	2	3	4	5
8. เป็นเรื่องง่ายที่สมาชิกในครอบครัวจะพูดคุยตกลงหรือตัดสินใจร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง	1	2	3	4	5

สภาพความเป็นจริงในครอบครัว	ไม่เคย เลย	น้อยครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ยอมรับและเข้าใจในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย	1	2	3	4	5
10. เมื่อท่านรู้สึกอารมณ์ไม่ดีจะมี บุคคลในครอบครัวพยายามทำให้ ท่านอารมณ์ดีขึ้น	1	2	3	4	5
11. เป็นการง่ายที่จะระงับความ ขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว โดยไม่กระทบกระเทือน บุคคลใดบุคคลหนึ่ง	1	2	3	4	5
12. สมาชิกในครอบครัวมักไม่แสดง ความโกรธออกมาให้เห็น	1	2	3	4	5
13. เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือ ปัญหาเกิดขึ้นกับบุคคลใดคนหนึ่ง ในครอบครัว สมาชิกทุกคนใน ครอบครัวจะร่วมมือกันแก้ไข	1	2	3	4	5
14. สมาชิกในครอบครัวพยายามที่ จะทำหรือปฏิบัติสิ่งดี ๆ เพื่อให้ทุก คนพอใจ	1	2	3	4	5
15. สมาชิกในครอบครัวจะมี ความสุขที่ได้มาร่วมพบปะกัน สังสรรค์กัน	1	2	3	4	5
16. ครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณ มีคนเข้าใจ ได้รับความรัก และการ ดูแลเอาใจใส่	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 7 แบบวัดความสนับสนุนของสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านที่มีต่อตัวท่านเองเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในด้านต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด และ พิจารณาว่าตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ และกรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่มีความสำคัญ							
3. คนทั่วไปบอกว่าท่านทำงานได้ดี (งาน, งานบ้าน)							
4. ท่านได้ติดต่อกับคนที่ท่านมีความรู้สึกมีคุณค่าอย่างเพียงพอ							
5. ท่านได้ใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจตรงกับท่าน							
6. คนอื่น ๆ บอกท่านว่าพวกเขามีความสุขที่ได้ทำงานร่วมกับท่าน							
7. ท่านมีคนพร้อมจะให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาที่ท่านต้องการความช่วยเหลือ							
8. ท่ามกลางกลุ่มเพื่อนของท่าน ต่างได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน							
9. ท่านมีโอกาสได้สนับสนุนผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะต่าง ๆ ของเขา							
10. ท่านมีญาติหรือเพื่อนที่ช่วยเหลือท่านถึงแม้ว่าท่านจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้							

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านมีคนที่อยู่เป็นเพื่อนและทำให้ท่านเป็นตัวของตัวเอง							
12. ท่านรู้ว่าคนอื่นชื่นชมท่านในฐานะบุคคลหนึ่ง							
13. มีใครคนหนึ่งที่รักและห่วงท่าน							
14. ท่านมีคนที่ร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่าง ๆ ด้วย							
15. ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของคนอื่น ๆ							

ส่วนที่ 8 แบบวัดความสุขในชีวิต

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านที่มีต่อตัวท่านเองเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในด้านต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด และ พิจารณาว่าตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ และกรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
	(6)					
1. ท่านไม่ค่อยพอใจในตัวเองสักเท่าไร	6	5	4	3	2	1
2. ท่านใส่ใจเรื่องของผู้คนรอบตัว	6	5	4	3	2	1
3. ท่านรู้สึกที่ชีวิตเป็นของขวัญที่มีค่า	6	5	4	3	2	1
4. ท่านมีความเป็นมิตรให้กับแทบทุกคนที่ท่านรู้จัก	6	5	4	3	2	1
5. ท่านไม่ค่อยตื่นนอนด้วยความรู้สึกสดชื่น	6	5	4	3	2	1
6. ท่านไม่คิดว่าอนาคตสวยงาม	6	5	4	3	2	1
7. ท่านพบว่าสิ่งรอบตัวท่านน่าเพลิดเพลิน	6	5	4	3	2	1
8. ท่านมักจะเข้าร่วมและถูกชักชวนเข้าร่วมงานเสมอ	6	5	4	3	2	1
9. ท่านคิดว่าชีวิตเป็นสิ่งที่ดีที่สุด	6	5	4	3	2	1
10. ท่านคิดว่าโลกเป็นสิ่งที่ไม่ค่อยดีนัก	6	5	4	3	2	1
11. ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย	6	5	4	3	2	1
12. ท่านค่อนข้างพอใจกับทุกสิ่งในชีวิต	6	5	4	3	2	1
13. ท่านไม่คิดว่าตัวเองน่าสนใจ	6	5	4	3	2	1
14. ท่านมักจะมี ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่อยากจะทำกับสิ่งที่ได้ทำลงไป	6	5	4	3	2	1
15. ท่านมีความสุขมาก	6	5	4	3	2	1

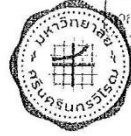
ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด
	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
16. ท่านเห็นความสวยงามในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว	6	5	4	3	2	1
17. ท่านมักจะทำให้ผู้อื่นมีความสุขเสมอ	6	5	4	3	2	1
18. ท่านรู้สึกกลมกลืนกับสิ่งที่ยากจะเป็น	6	5	4	3	2	1
19. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้	6	5	4	3	2	1
20. ท่านรู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้	6	5	4	3	2	1
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้นกับสิ่งต่าง ๆ ได้ อย่างเต็มที่	6	5	4	3	2	1
22. ท่านมักมีประสบการณ์ที่สนุกสนานและ น่ายินดี	6	5	4	3	2	1
23. ท่านพบว่ามันง่ายนักที่จะตัดสินใจอะไร สักอย่าง	6	5	4	3	2	1
24. ท่านไม่ค่อยแน่ใจว่าชีวิตมีความหมายและ เป้าหมายอย่างไร	6	5	4	3	2	1
25. ท่านรู้สึกมีพลังในการทำสิ่งต่าง ๆ	6	5	4	3	2	1
26. ท่านสามารถเปลี่ยนสถานการณ์ต่าง ๆ จากร้าย เป็นดีได้	6	5	4	3	2	1
27. ท่านรู้สึกไม่สนุกสนานกับผู้คนรอบข้าง	6	5	4	3	2	1
28. ท่านรู้สึกว่าตนเป็นคนไม่ค่อยแข็งแรง	6	5	4	3	2	1
29. ท่านมีความทรงจำที่ไม่ค่อยดีกับอดีต	6	5	4	3	2	1



Appendix B

Permission to use instruments

ที่ อว ๘๗๑๘/๗๑๔



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ๐๐4๔๖	บัณฑิตวิทยาลัย รับที่ ๐๐241 วันที่ 1 มี.ค. 2564 เวลา 16.28
--	---

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
๑๑๔ สุขุมวิท ๒๓ แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๔๒๒ ลงวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับ นางสาวอิศรารัตน์ สีสอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ของรัชดาวรรณ ลิมาชาน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน เป็นประธานกรรมการควบคุมปริญญาโทนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้พิจารณาแล้วมีความยินดีให้ผู้อยู่ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวได้ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

กิติรธง อ.

เรียน คณบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต(คุณรุ่งนภา) ทราบ

เพื่อดำเนินการตามระเบียบต่อไป

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญากุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย สุภาวณี ๑ เม.ย. ๖๔

โทรศัพท์ ๐๒ ๒๔๔๔ ๕๐๖๒

โทรสาร ๐๒ ๒๖๐ ๐๑๓๒

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

๑๗/๓/๖๔
๑๗/๓/๖๔

กนกธ
๓๑ มี.ค. ๖๔

พ./กิติรธง อ. รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
/แฉ่ม (ร.ร.วิภาวดี) (ร.ร.ว. + อ.ร.ร.ร.)
รุ่งนภา

๓๗ มี.ค. ๖๔

10/2/22, 1:27 AM

Gmail - ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดีพัฒนาและปรับปรุงมาจาก The Life Orientation Test-Revised



aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดีพัฒนาและปรับปรุงมาจาก The Life Orientation Test-Revised

5 ข้อความ

aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
 ถึง: akuakaew@gmail.com

10 มีนาคม 2564 15:30

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดี พัฒนาและปรับปรุงมาจาก The Life Orientation Test-Revised
 เรียน ผศ. ดร. อะเคือ กุลประสูติดีล

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีสอน นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ติดสุรา ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสง้อดมทรัพย์ ประธานกรรมการ มีประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดี พัฒนาและปรับปรุงมาจาก The Life Orientation Test-Revised ที่ได้มีการใช้ในงานวิจัยหัวข้อเรื่อง การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม ปี 2557

จึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือดังกล่าวในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ มา ณ ที่นี้ หวังว่าทางบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จะส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ฉบับทางการให้ท่านในภายหลังต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ธิดารัตน์

(นางสาวธิดารัตน์ สีสอน)

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร. 092-883-3936, 095-742-3936

อะเคือ กุลประสูติดีล <akuakaew@gmail.com>
 ถึง: aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

10 มีนาคม 2564 17:58

ยินดีค่ะ
 อะเคือ กุลประสูติดีล

ในวันที่ พ. 10 มี.ค. 2021 เวลา 15:30 aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com> เขียนว่า:
 [ข้อความที่ซ่อนอยู่(๑๖/๖)]

aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
 ถึง: อะเคือ กุลประสูติดีล <akuakaew@gmail.com>

10 มีนาคม 2564 18:10

ขอบพระคุณอีกครั้งค่ะอาจารย์
 ธิดารัตน์ สีสอน
 [ข้อความที่ซ่อนอยู่(๑๖/๖)]


อะเคือ กุลประสูติดีล <akuakaew@gmail.com>
 ถึง: aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

11 มีนาคม 2564 20:16

แบบวัดการมองโลกในแง่ดี
 อะเคือ กุลประสูติดีล

10/2/22, 1:27 AM Gmail - ขอความอนุเคราะห์ขอใบเครื่องมือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดีพัฒนาและปรับปรุงมาจาก The Life Orientation Test-Revised

ในวันที่ พ. 10 มี.ค. 2021 เวลา 18:10 aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com> เขียนว่า:
[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

 การมองโลกในแง่ดี ๑๖๕๑.docx
24K

aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
ถึง: ๑๖๕๑ กุลประสูติติก <akuakaew@gmail.com>

11 มีนาคม 2564 20:38

ได้รับอีเมลเครื่องมือแล้วค่ะ
ขอบคุณมากค่ะอาจารย์

ซิดาร์ตน์

ในวันที่ พ.ศ. 11 มี.ค. 2021 20:16 น. ๑๖๕๑ กุลประสูติติก <akuakaew@gmail.com> เขียนว่า:
[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]



10/2/22, 1:28 AM

Gmail - ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย



aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย

2 ข้อความ

kitpapon srithanee <kitpapons@gmail.com>
ถึง: tidarat.aim@gmail.com

12 มีนาคม 2564 08:45

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คุณธีรรัตน์ ลีอ่อน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ตามที่ท่านมีประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ 3อ 2ส จำนวน 15 ข้อ ที่ได้มีการใช้ในงานวิจัยหัวข้อเรื่อง
ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ความทราบแล้วนั้น
ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการวิจัย ตลอดจนความก้าวหน้าทางวิชาการ จึงมีความยินดีให้ความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

อาจารย์ ดร. กิจปพน ศรีธานี

 แบบสอบถาม.pdf
285Kaim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
ถึง: kitpapon srithanee <Kitpapons@gmail.com>

12 มีนาคม 2564 11:06

ขอขอบคุณมากค่ะอาจารย์

ธีรรัตน์

[ข้อความที่เกี่ยวกับกล่องข้อความ]

10/2/22, 1:31 AM

Gmail - ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม



aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

3 ข้อความ

 aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
 ถึง: patraporn.t@cmu.ac.th

11 มีนาคม 2564 09:20

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
 เรียน รศ. ดร.ภัทราภรณ์ ทุ่งปืนคำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีส่อน นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
 วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่ส่ง
 ผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดยา ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงี่ยม
 ทรัพย์ ประธานกรรมการ มีประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนทาง
 สังคม ที่ได้มีการใช้ใน วิทยานิพนธ์ของ คุณประภาศรี ทุ่งมีผล ปี พ.ศ. 2548 หัวข้อวิทยานิพนธ์
 เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก = Social
 support, caregiving preparedness and stress among mothers of autistic children โดยมี รศ. ดร.ภัทราภรณ์
 ทุ่งปืนคำ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก จึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือดังกล่าวในการ
 ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ มา ณ ที่นี้

ทั้งนี้ทางบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จะส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ฉบับทางการให้
 ท่านในภายหลังต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ธิดารัตน์

(นางสาวธิดารัตน์ สีส่อน)

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร. 092-883-3936, 095-742-3936

 PATRAPORN TUNGPUNKOM <patraporn.t@cmu.ac.th>
 ถึง: aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

12 มีนาคม 2564 08:20

 ยินดีคะ ไม้ขีดซองคะ
 ภัทราภรณ์

On Mar 11, 2021, at 9:21 AM, aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com> wrote:

[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

 aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>
 ถึง: PATRAPORN TUNGPUNKOM <patraporn.t@cmu.ac.th>

12 มีนาคม 2564 11:05

ขอบพระคุณมากคะอาจารย์

ธิดารัตน์

[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

10/2/22, 1:33 AM

Gmail - ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือแบบวัดความสุข



aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือแบบวัดความสุข

3 ข้อความ

aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

11 มีนาคม 2564 10:14

ถึง: onederjet@yahoo.com, onederjet@gmail.com

สำเนาถึง: อิดารัตน์ สืออน <tidarat2250@gmail.com>

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือแบบวัดความสุข
เรียน ดร.สหรัญ เจตมโนรมย์

ด้วยนางสาวอิดารัตน์ สืออน นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่องปัจจัยที่ส่ง
ผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสง้อุดม
ทรัพย์ ประธานกรรมการ มีประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือแบบวัดความสุข ที่ได้มีการใช้ในรา
ยงานเรื่องการพัฒนาแบบวัดความสุข The Oxford Happiness Questionnaire ฉบับภาษาไทย ในปี 2546
จึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ขอใช้เครื่องมือดังกล่าวในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ มา
ณ ที่นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

อิดารัตน์

(นางสาวอิดารัตน์ สืออน)

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร. 092-883-3936, 095-742-3936

TeE JeT <onederjet@gmail.com>

11 มีนาคม 2564 17:28

ถึง: aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

เรียน คุณอิดารัตน์

ผมยินดีให้ใช้แบบวัดความสุขดังกล่าวเพื่องานวิทยานิพนธ์ครับ

ขอขอบคุณครับ

สหรัญ เจตมโนรมย์
PhD. Counseling Psychologist
061-6651649

ในวันที่ พุธ, 11 มี.ค. 2021 เวลา 10:15 aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com> เขียนว่า:
[ข้อความที่แก้ไขของถูกซ่อนไว้]

aim tidarat <tidarat.aim@gmail.com>

11 มีนาคม 2564 20:37

ถึง: TeE JeT <onederjet@gmail.com>

ขอขอบคุณมากค่ะอาจารย์

อิดารัตน์

ในวันที่ พุธ, 11 มี.ค. 2021 17:28 น. TeE JeT <onederjet@gmail.com> เขียนว่า:
[ข้อความที่แก้ไขของถูกซ่อนไว้]



ที่ อว ๘๑๓๗/๔๒๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๕๑๐๒๐๖ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก” ของ ประภาศรี พุ่มมีผล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๘

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒-๘๘๓-๓๙๓๖ หรือที่ E-mail: Tidarat.aim@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๗๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีส่อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๕๑๐๒๐๖ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบวัดความสุข” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” ของ วราภรณ์ ผาทอง หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี อาจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ จันทร์นวล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒-๘๘๓-๓๕๓๖ หรือที่ E-mail: Tidarat.aim@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๔๒๖



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๕๑๐๒๐๖ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ” จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” ของ รัชดาวรรณ ลิมาชาน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์ศรีขจรสิน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒-๘๘๓-๓๙๓๖ หรือที่ E-mail: Tidarat.aim@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๔๒๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติก

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สีส่อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๕๑๐๒๐๖ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบวัดการมองโลกในแง่ดี พัฒนาและปรับปรุงจาก The Life Orientation Test-Revised” จากงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติก และคณะ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพและสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร ตีพิมพ์ใน วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ๘(๒), ๓๕-๔๖, ๒๕๕๗

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒-๘๘๓-๓๕๓๖ หรือที่ E-mail: Tidarat.aim@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๕๗๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร.กิจพจน ศรีธานี

ด้วยนางสาวธิดารัตน์ สืออ่อน รหัสประจำตัวนิสิต ๖๒๕๑๐๒๐๖ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons with Alcohol Dependence โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ “แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ ๓๐ ๒๕ จำนวน ๑๕ ข้อ” จากงานวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง” ของ ดร.กิจพจน ศรีธานี อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ตีพิมพ์ใน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๑(๑), ๒๖-๓๖, ๒๕๖๐

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒-๘๘๓-๓๙๓๖ หรือที่ E-mail: Tidarat.aim@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



Appendix C

Participants information sheet and consent form

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS013/2564

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา" ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจความสุขของญาติผู้ดูแลของผู้ติดสุรา ตลอดจนปัจจัยที่นำจะส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกแง่ดี ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ รับผิดชอบต่องานวิจัย และหากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์เพื่อทำการเก็บข้อมูล ข้าพเจ้าจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ให้ท่านรับทราบก่อน โดยข้าพเจ้าจะจัดให้ท่านอยู่ในสถานที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่านจะเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามนี้ สามารถซักถามข้าพเจ้าหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอด การตอบแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์คาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ผลของกรวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับท่านทางตรง ทำให้ทราบถึงระดับความสุข ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา และเป็นประโยชน์ทางอ้อมคือ สามารถใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุราได้

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใด ๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า

ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบสัมภาษณ์ต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 092-8833936 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102630

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย :
(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

กรณีข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วมือข้าพเจ้าผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)



BUU-IRB Approved
9 Apr 2021



Appendix D
Ethical approval letters



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย โทร. ๒๖๒๐
ที่ อว ๘๑๐๐/๐๕๖๖๖ วันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณารายงานความก้าวหน้า (กรณีที่ยื่นเพื่อขอต่อยุการรับรองโครงการวิจัย)

เรียน นางสาวฉัตรรัตน์ สีอ่อน (นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์)

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง การเพิ่มสมรรถนะทางกาย จิตใจ และปัญญาในสูงอายุ โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโยคะแบบนั่งเก้าอี้ รหัสโครงการวิจัย G-HS 013/2564 เลขที่ใบรับรอง IRB3-031/2564 โดยการรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวจะหมดอายุการรับรองในวันที่ ๙ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๕ และท่านได้ส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย ความตามทราบแล้วนั้น

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณารายงานความก้าวหน้าของท่านในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีผลการพิจารณา ดังนี้

รับรอง (Approval) (โดยแนบใบรับรองเลขที่ IRB3-027/2565 มีระยะเวลาการรับรองโครงการวิจัย ตั้งแต่วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ และกำหนดให้ส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยครั้งต่อไปทุก ๑๒ เดือน และให้ผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานส่งรายงานความก้าวหน้า ๓๐ วันก่อนหมดอายุการรับรอง)

รับรองภายหลังการปรับปรุงแก้ไข หรือภายหลังได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

หยุดการรับรองชั่วคราว (Suspension)

ยุติการรับรอง (Termination)

ในกรณีที่โครงการวิจัยของท่าน ถูกหยุดการรับรองชั่วคราว (Suspension) หรือถูกยุติการรับรอง (termination) ท่านสามารถอุทธรณ์ผลการพิจารณาดังกล่าว โดยแจ้งความจำนงและเหตุผลโต้แย้งต่อประธานคณะกรรมการฯ เป็นลายลักษณ์อักษรภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่แจ้งผล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Jan

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรอมร เยี่ยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี

ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

เลขที่ IRB3-027/2565
ขยาย ครั้งที่ 1



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 013/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|--|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 9 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

ลงนาม

Handwritten signature

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรณร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ที่ ลจ ๐๘๓๓/ ๕๖๖๒



รับที่โรงพยาบาล
วันที่ 20 ๕ ๖๕
วันที่ ๖ ๕ ๖๕
เวลา 14:24

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
๒๑๒ ถนนแจ้งสนิท อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๕๐๐๐

๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งหนังสืออนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เรียน คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๘๑๓๗/๒๔๐ ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวจิตติรัตน์ ลีอ่อน ขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อรับการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา (Factors affecting happiness
among family caregivers of persons with alcohol dependence) นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้พิจารณาอนุมัติ
ด้านจริยธรรมการวิจัยในคน โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้ส่งเอกสารรับรองโครงการวิจัย
ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประภาส อุทราพันธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

เรียน คณะบดี

- ๑. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
- ๒. เห็นควร แจ้งงานบัณฑิต (คุณรุ่งนภา) ทราบ

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวณี ๒๓ มี.ค. ๖๕

เขียน คณะบดี
เพื่อโปรดทราบ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โทร. ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๐๖
โทรสาร ๐ ๔๕๓๕ ๒๕๘๗

ทกน/อานันท์
อภมาลา
อริ
วิมลรัตน์

กนกน
๑๖ มี.ค. ๒๕๖๕

พ/11จิตติภาพรพจน์
นันท + อานันท์
รุ่งนภา
16 มี.ค. ๖๕

COA No. 02/2565



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่เลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
โทร. 045 352506 และ 045 352597

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางการหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีติดสุรา (Factors affecting happiness among family caregivers of persons with alcohol dependence)

เลขที่โครงการวิจัย : 02/2565

ผู้วิจัย : นางสาวธิดารัตน์ สีย่อน

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
ความก้าวหน้า : หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี/ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน /ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัยรวมทั้งเครื่องมือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง Version 2 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร Version 2 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565
3. หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 10 กุมภาพันธ์ 2565

ลงนาม มีนค.....

(นางวิริยอร จูมพระบุตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....

(นางสาวกษารัตน์ เคนบุษก)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 9 มีนาคม 2565

วันหมดอายุ : 8 มีนาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านล่างนี้ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ให้ออกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมพันธ์ และ หรือ แบบสอบถาม version ที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้นและส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สำนักจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000) เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้นและส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
ที่อยู่ 210 หมู่ 11 ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทรศัพท์ 0 4253 9000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองเลขที่ : NPRPHEC 2565-002
วันที่ให้การรับรอง : 18 มีนาคม 2565
วันหมดอายุการรับรอง : 18 มีนาคม 2566

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ที่ติดสุรา
(ภาษาไทย)

ชื่อโครงการวิจัย : Factors Affecting Happiness Among Family Caregivers of Persons
(ภาษาอังกฤษ) with Alcohol Dependence.

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวธิดารัตน์ สีอ่อน

หน่วยงาน : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ประเภทการทบทวน : การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเร็ว expedited review

ผลการพิจารณา

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารโครงร่างวิจัยเป็นหลัก


(นายวาท ล้าโย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ สธ ๐๘๓๙.๒๐๑/ ๕๐๑



โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
๒๑๐ หมู่ ๑๑ ตำบลอาจสามารถ
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ๔๘๐๐๐

๑๙ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวฉัตรรัตน์ สีอ่อน

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๗/๒๕๑ ลงวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC ๒๕๖๕-๐๐๒ จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ติดสุรา” เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ประชุมพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โครงการวิจัยฯ ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโกศล วราฮ์ศวปติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โทรศัพท์ ๐ ๔๒๕๓ ๙๐๐๐ ต่อ ๖๗๐๒๙

โทรสาร ๐ ๔๒๕๓ ๙๐๐๑

BIOGRAPHY

NAME Ms.Tidarat Seeon

DATE OF BIRTH 1 May 1993

PLACE OF BIRTH Mukdahan Province, Thailand

PRESENT ADDRESS Burapha University, 169, Long Had Bangsaen Rd.,
Saen Suk, Chonburi 20000 Thailand.

POSITION HELD 2015-2019 Intensive care unit Nurse
2019 - present Faculty member at Nursing Study
Program,

EDUCATION 2011-2015 Boromarajonani College Of Nursing
Nakhon Phanom
(Bachelor degree)
Nakhon Phanom, Thailand
2019-2022 Master of Nursing Science (M.N.S.) ,
International Program Faculty of Nursing,
Burapha University, Chonburi, Thailand