



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี
จังหวัดปทุมธานี

พวีรดา กชฤทธิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี
จังหวัดปทุมธานี



ฟารีดา คชฤทธิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO NEGATIVE EMOTION AMONG THE DESTITUTE AT THE
PUBLIC PROTECTION CENTERS FOR THE DESTITUTE IN THANYABURI,
PATHUM THANI



FAREEDA KOTCHARIT

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ฟารีดา คชฤทธิ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พินิจนุช อินทะพุด)

..... ประธาน

(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

..... กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.พินิจนุช อินทะพุด)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ เดือน พ.ศ.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ แจ่มเยี่ยม)

วันที่ เดือน พ.ศ.

62920048: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: อารมณ์ทางลบ/ คุณภาพชีวิต/ การมองโลกในแง่ดี/ พลังสุขภาพจิต/ การสนับสนุนทางสังคม

พรีตา คชฤทธิ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี. (FACTORS RELATED TO NEGATIVE EMOTION AMONG THE DESTITUTE AT THE PUBLIC PROTECTION CENTERS FOR THE DESTITUTE IN THANYABURI, PATHUM THANI) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิชามณูย์ อินทะพุฒ, ปร.ด., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2567.

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอารมณ์ทางลบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เป็นคนไร้ที่พึ่งที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายและหญิง ที่ได้รับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอารมณ์ทางลบ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.00 และเพศหญิง ร้อยละ 43.00 อายุเฉลี่ย 51.43 ปี (SD = 14.69) สาเหตุของการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเพราะปัญหาครอบครัว ร้อยละ 55.80 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.80 กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ทางลบระดับต่ำ (Mean = 13.78, SD = 8.66) ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี ($r = -.209, -.219, -.225, p < .05$) และพลังสุขภาพจิต ($r = -.282, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรด้านสุขภาพจิต หรือเจ้าหน้าที่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองอารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งสามารถดูแลและให้การสนับสนุนด้านสังคมแก่คนไร้ที่พึ่งกลุ่มนี้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

62920048: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: NEGATIVE EMOTION/ QUALITY OF LIFE/ OPTIMISM/ RESILIENCE/
SOCIAL SUPPORT

FAREEDA KOTCHARIT : FACTORS RELATED TO NEGATIVE EMOTION
AMONG THE DESTITUTE AT THE PUBLIC PROTECTION CENTERS FOR THE DESTITUTE IN
THANYABURI, PATHUM THANI. ADVISORY COMMITTEE: PICHAMON INTAPUT, Ph.D.
DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 2024.

This correlational descriptive research aimed to examine the level of negative emotions, along with factors related to negative emotions, among the destitute at a public protection center. A sample of 100 participants was selected using simple random sampling from a group of destitute men and women at a public protection center. The research instruments involved a personal information form, the Depression Anxiety Stress Scales - 21 scale (DASS-21), the WHO quality of life - brief Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) scale, an optimism scale, a resilience scale, and a social support scale. The data were collected from October to December, 2021. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that 57 percent of participants were men and 43 percent were women. The participants had an average age of 51.43 years (SD = 14.69). 52.50 percentage of the participants entered the public protection center due to family problems. The sample experienced a mild level of negative emotions (Mean = 13.78, SD = 8.66). Furthermore, the results indicated that social support, quality of life, optimism ($r = -.209, -.219, -.225, p < .05$ respectively), and resilience ($r = -.282, p < .01$) were significantly negatively correlated with negative emotion.

This research findings suggest that nurses, mental health care providers, and staff at public protection centers should be aware of the continuous negative emotions participants face in order to observe emotional changes that may affect those at the center. Additionally, they should provide early intervention to care and provide social support to this group.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ ได้รับความกรุณาและการสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุฒ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ในการให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ทั้งชายและหญิง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี ที่อำนวยความสะดวก และอนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ รวมทั้ง นายเทพประทาน อินทฉาย และ นางสาวธันยาพร ทองคำเปลว ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดีในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล

กราบขอบพระคุณเพื่อนร่วมรุ่น รวมทั้งรุ่นพี่ ที่ศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาอันก่อให้เกิดประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นกตเวทิตาคุณแด่ บุพการี บวรพจารย์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ฟารีดา คชฤทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย	8
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	8
สมมติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิด	8
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
คนไร้ที่พึ่ง	12
แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ทางลบ	16
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
การสุ่มตัวอย่าง	38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4 วิธีการดำเนินวิจัย.....	46
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
ตอนที่ 2 ข้อมูลอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง.....	48
ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา.....	49
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่ออารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง.....	50
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
อภิปรายผลการวิจัย.....	52
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	58
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	59
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	72
ภาคผนวก ก.....	73
ภาคผนวก ข.....	81
ภาคผนวก ค.....	85
ภาคผนวก ง.....	87
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	93

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การแจกแจงค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ส่วนบุคคล ($n = 100$)	47
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ($n =$ 100)	48
ตารางที่ 3 จำนวนความชุกของอารมณ์ทางลบจำแนกตามระดับ ($n = 100$)	49
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษาในภาพรวม ($n = 100$)	49
ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่ออารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ($n = 100$)	50

BURAPHA UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....9



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี การเมือง และวัฒนธรรม โอกาสของการเข้าถึงความพัฒนาแต่ละบุคคลไม่เท่าเทียมกัน เกิดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีการแบ่งชนชั้นระหว่างคนจนกับคนรวย การกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรม การเข้าไม่ถึงทรัพยากรและบริการสาธารณะจากภาครัฐ สืบเนื่องจากการขาดโอกาสทางการศึกษา ถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกกดค่าแรง รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย หลายคนมีภาวะหนี้สินล้นพ้นตัว จนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้จึงมาเป็นคนไร้ที่พึ่ง (กิมกร โคมมมงคล, 2562) คนไร้ที่พึ่งหมายรวมถึง กลุ่มคนเร่ร่อน ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีอาชีพ บางคนต้องกลายมาเป็นคนขอทาน หรือมีปัญหาสุขภาพจิตจนกลายมาเป็นผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือ ซึ่งจากผลการสำรวจจำนวนคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศไทย พบว่า มีมากถึง 70,539 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (มูลนิธิอิสรชน, 2559) จากการรวบรวมสถิติจำนวนผู้รับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของประเทศไทยทั้งหมด 11 แห่ง ในปี พ.ศ. 2560 และ 2562 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 4,474 คน เป็น 4,952 คน ตามลำดับ (กิมกร โคมมมงคล, 2562)

คนไร้ที่พึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของทั่วโลก เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางที่อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา (Coker, 2017) กลุ่มคนเหล่านี้ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม (นภัสภรณ์ ใจทา, 2558) ทำให้คนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ต้องพยายามในการใช้ชีวิตรอด ส่วนใหญ่ต้องนอนในพื้นที่สาธารณะ ถูกตีตราจากคนในสังคมว่าเป็นคนน่ากลัว ไร้ค่า น่ารังเกียจ สกปรก จากภาพลักษณ์ภายนอก คนไร้ที่พึ่งบางส่วนถูกทำร้ายหรือถูกก่อกวนแก้ง (อรอนงค์ กลิ่นศิริ, 2561) กลุ่มคนไร้ที่พึ่งส่วนหนึ่งเข้ามาอยู่ในความคุ้มครองของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งด้วย ปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว ที่รวมถึงการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ การใช้สารเสพติด ปัญหาเศรษฐกิจ การไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ความพิการทางด้านร่างกายและสติปัญญา หรือเป็นบุคคลที่ได้รับโทษมา สังคมไม่ยอมรับไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ (สุภารัตน์ แก้วกำหนด, 2559; Edidin et al., 2012)

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชลบุรี ในจังหวัดปทุมธานีประกอบไปด้วย สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ชลบุรี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ชลบุรี ซึ่งเป็นอีกหนึ่งสถานคุ้มครองที่มีคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองเป็นจำนวนมากที่สุดในสถานคุ้มครองทั้ง 11 แห่งของประเทศไทย สาเหตุ

ของการมาเป็นคนไร้ที่พึ่ง ประกอบไปด้วย 2 ปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความยากจน มีภาระหนี้สิน และปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล เช่น ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ขาดโอกาสในสังคม ด้วยเหตุนี้ทำให้บุคคลที่ประสบปัญหาต้องตัดสินใจออกจากบ้านเพื่อใช้ชีวิตตามลำพัง แต่ผลกระทบของการมาเป็นคนไร้ที่พึ่ง คือ ถูกตีตราจากสังคม มุมมองที่อคติทางสังคมในทางลบ รู้สึกไม่ปลอดภัย ประสบปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการรักษา สุขภาพอ่อนแอ ร่างกายพิการ และเป็นผู้ป่วยจิตเวชในภายหลัง ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่ประสบความเดือดร้อน และต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างยากลำบาก ไม่สามารถพึ่งพาตนเองและผู้อื่นได้ สามารถมาขอรับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557, พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยมีสวัสดิการที่จะช่วยเหลือ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านฝึกอาชีพ และด้านกิจกรรมนันทนาการ (จักรพันธ์ โอพาริชาติ, 2561, โสภณิก พรหมดิบ, 2562 และพรรณปพร ต่วนเจริญศรี, 2562)

แม้คนกลุ่มนี้จะถูกรับเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและได้รับการจัดสรรสวัสดิการแต่ด้วยเหตุที่ผู้รับบริการมาจากหลากหลายบริบทชีวิต บุคลิกภาพ พื้นนิสัยที่ต่างกัน จึงต้องปรับตัวในการเข้าสังคมใหม่ วิถีชีวิตใหม่ที่ต้องมีระเบียบแบบแผน บางครั้งคนกลุ่มนี้อาจมีความคับข้องใจ ต้องปรับตัวและยอมรับกับสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความอดทน เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ (นิภาพร พุ่มซ้อม และสุธิดา สิงหสุด, 2552) นอกจากนี้มีการสำรวจสภาพปัญหาและอุปสรรคของการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พบว่ามีปัญหาด้านทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดความรู้เฉพาะทาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช งบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านกระบวนการประสานงานของเจ้าหน้าที่ ที่ให้การช่วยเหลือล่าช้า ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่องจากการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และปัญหาจากคนไร้ที่พึ่งเอง ที่มีความหวาดระแวงกับสภาพแวดล้อมทางสังคมภายนอก เป็นผู้พิการขาดการอุปการะ สภาพปัญหาเช่นนี้จึงไม่สามารถจำหน่ายคนไร้ที่พึ่งได้จนเป็นเหตุให้ผู้รับบริการมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น (โสภณิก พรหมดิบ, 2562; สุรศักดิ์ วงศ์ษา, 2564)

จะเห็นได้ว่าทั้งก่อนและเมื่อมาเป็นคนไร้ที่พึ่ง คนกลุ่มนี้มีประสบการณ์ชีวิตในด้านไม่ดี และต้องปรับตัวในการใช้ชีวิตแต่ละวันเป็นอย่างมาก จึงอาจส่งผลให้เกิดการเสียดสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ส่วนด้านอารมณ์และจิตใจ มักจะเกิดเป็นอารมณ์ทางลบเกิดขึ้น ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า ซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่โรคทางจิตเวชได้ (ถักจิรา ภูสมศรี, 2563; Coker, 2017) จากที่กล่าวมานับได้ว่าคนไร้ที่พึ่งเป็นบุคคลที่มีความเปราะบาง มีแนวโน้มที่จะเกิดอารมณ์ทางลบและปัญหาสุขภาพจิต

อารมณ์ทางลบ คือ การแสดงออกของภาวะจิตใจที่ได้รับการกระทบหรือถูกกระตุ้นให้เกิดมีการแสดงออกในด้านลบ ประกอบด้วยความเครียด ความกังวล และความเศร้า โดยบุคคลที่มีความเครียด จะมีความรู้สึกไม่สบายใจ ความกดดัน และการรับรู้ถึงการคุกคามจนทำให้บุคคลนั้นเสียความสมดุลในชีวิตของตนเอง ส่วนบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะแสดงออกถึง ความรู้สึกไม่สบาย หวาดหวั่น และบุคคลที่มีความเศร้า จะมีการแสดงออกของความรู้สึกเศร้าหมอง ทุกข์ใจ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง (รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ, 2562) จากการศึกษาที่คนไร้ที่พึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบาง มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางลบและปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้ หากบุคคลไร้ที่พึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวชได้ (Coker, 2017) จากการสำรวจในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า คนไร้ที่พึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 97.9 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.5 และโรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 2.1 (วิภารัตน์ วรรณ และชนพงษ์ โรจนวรรณฤทธิ์, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งอารมณ์ทางลบเป็นลักษณะหนึ่งของสุขภาพจิตในด้านที่เป็นปัญหา (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) ดังนั้น จึงพบว่าการศึกษากลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งยังศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คนไร้ที่พึ่ง เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งหมายถึง การมีความสุข พึงพอใจในชีวิต การดำรงชีวิตอย่างผาสุก (ชนันต์ สุภศิริ และคณะ, 2561) การศึกษาในนักศึกษาพยาบาล พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.129, p < .05$) (จินห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ, 2558) การศึกษาในทหารในชายแดนใต้ พบว่า พลังสุขภาพจิตสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของทหารในชายแดนใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = .121, p < .01$) (ร่อหานา อีซอ, 2560) การศึกษาในพยาบาล พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) (กัมภีร์พรรณ สาชิน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยปกป้องกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การมองโลกในแง่ดี และพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, .334, p < .001$ ตามลำดับ) (วรรัดถันนันท ชุษณะ โขติ, 2561) และการศึกษาในแรงงานสตรีข้ามชาติ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของแรงงานสตรีข้ามชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .664, p < .05$) (หทัยชนก เผ่าวิริยะ และคณะ, 2557) ดังนั้น การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ทำให้บุคคลมีความผาสุกทางใจ ซึ่งมีความหมายอีกนัยหนึ่ง คือ การที่

บุคคลไม่มีความเครียด ไม่มีความกังวลหรือไม่มีความเศร้า (พฤกษา ผาติวารกร, 2558) สอดคล้องกับ Seligman (2002) กล่าวว่า หากบุคคลมีอารมณ์เชิงบวกอย่างมากในชีวิต จะช่วยปกป้องบุคคลเป็นอย่างดีจากความทุกข์ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลตามสถานภาพ ในแต่ละบริบทของวัฒนธรรมและระบบความเชื่อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกลึกซึ้งภายในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย และด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านสถานบริการทางสุขภาพ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ (ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับอารมณ์ทางลบโดยตรงพบได้น้อย แต่พบการศึกษาแยกเฉพาะกับความเครียด ความวิตกกังวล และ ความเศร้า เช่น การศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของ วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า (2562) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์ (2558) ที่พบว่า ความวิตกกังวลและความเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.34, -.52, p < .05$) จากการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนของ ธนันต์ ศุกศิริ และคณะ (2561) พบว่า ความชุกของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่สูงถึงร้อยละ 31 ด้านความวิตกกังวลมีความชุกสูงสุด 25.6% ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ผลการศึกษาสรุปว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึง ถ้าบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นคุณภาพชีวิตน่าจะมี ความสัมพันธ์เชิงผกผันกับอารมณ์ทางลบ

การมองโลกในแง่ดี เป็นคุณลักษณะหนึ่งของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology) ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ด้วยทัศนคติในทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น Seligman (1990) อธิบายว่าบุคคลคนที่มีการมองโลกในแง่ดีเมื่อต้องประสบเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต จะมองว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกิดจากตนเอง เกิดจากปัจจัยภายนอก

ทำให้ไม่สูญเสียการมีคุณค่าในตัวเอง (พัชรา รุ่งสันเทียะ, 2559) ไม่มีผลกระทบต่อสถานการณ์อื่น และเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาการมองโลกในแง่ดี อารมณ์ด้านบวก และอารมณ์ด้านลบในวัยกลางคน (Chang & Lawrence, 2001) พบว่าการมองโลกในแง่ดี และอารมณ์ด้านบวก มีผลต่อการปรับตัวและลดอาการของโรคซึมเศร้าได้ แสดงให้เห็นว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยปกป้องเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวและไม่เกิดอารมณ์ทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาการมองโลกในแง่ดีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ($r = .795, p < .001$) (วรรตฉันทน์ ชุมนะโชติ, 2561) สอดคล้องกับ การศึกษาเชิงคุณภาพของ สุพรรณยา แสงพระจันทร์ และคณะ (2559) พบว่า การมองโลกในแง่ดี หรือการมองโลกทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความเชื่อและมีความหวังกับชีวิต แม้ว่าจะต้องเผชิญเหตุการณ์ทางลบในชีวิต บุคคลก็ยังมีความตั้งใจ มองเห็น โอกาสในเหตุการณ์นั้นเสมอ (Scheier & Carver, 1992 อ้างถึงใน วรรตฉันทน์ ชุมนะโชติ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี กับพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีของบริษัท พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมกรรมการมองโลกในแง่ดี จะมีการคิดในเชิงบวก มีความเชื่อมั่นในตนเอง ถึงแม้ต้องประสบกับปัญหาในชีวิตสามารถที่จะปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้ (เพียงรัสมิกา ปัญชาเมฆ และอริสา ส้ารอง, 2562) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความคิดเชิงลบจะก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ลบอื่น ๆ (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2559) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับอารมณ์ทางลบ

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวกับภาวะวิกฤติ การเผชิญกับความทุกข์ยากหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตจะมีความอดทน พยายามที่จะหาทางออกเมื่อพบปัญหาและพาตัวเองกลับสู่ความสมดุลของชีวิตได้อีกครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับอารมณ์ทางลบโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ครอบคลุมประกอบทั้งความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า แต่พบการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.525, p < .01$) (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณิกา กิตติกุลธนันท์ และคณะ (2562) ที่พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.509, p < .01$) จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตในวัยรุ่นน้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = -.229, p < .01$) (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2561) จะเห็นได้ว่า การศึกษาในพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบด้านใดด้านหนึ่ง และพลังสุขภาพจิตยังเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดอารมณ์ทางลบได้ ดังที่พบในการศึกษา พัชราวไล ควรเนตร (2561) ที่สนับสนุนว่าพลังสุขภาพจิตสามารถเพิ่มความรู้สึกทางบวกให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีคุณค่าในตัวเองได้ โดยการปรับวิธีการคิดทางบวก ส่งผลต่ออารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น ดังนั้นพลังสุขภาพจิตน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับอารมณ์ทางลบ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ และช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด และช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้มีความอดทนสูงขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย (Cobb, 1976 อ้างถึงใน อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2013) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (Coping resource) ที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลปรับตัวได้ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอารมณ์ทางลบ แต่ไม่ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ทั้งความเครียด วิตกกังวล และความเศร้า พบการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่ไม่ใช่คนไร้ที่พึ่ง (พรรณพี ทรัพย์เจริญ, 2555; มุจรินทร์ พุทธเมตตา, 2557; อมรา ชูพลสัจย์, 2561) ซึ่งการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ดังกล่าว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.273, p < .01$) (พรรณพี ทรัพย์เจริญ, 2555) มีความสัมพันธ์ลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.331, p < .01$) (มุจรินทร์ พุทธเมตตา, 2557) และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.223, p < .05$) (อมรา ชูพลสัจย์, 2561) ซึ่งจากการศึกษาที่กล่าวมาพอจะสนับสนุนว่า การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบโดยตรงในคนไร้ที่พึ่งยังพบน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่ครอบคลุมองค์ประกอบของอารมณ์ทางลบทั้งความเครียด ความวิตกกังวลและ ความเศร้า และส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในประเด็นอื่น ๆ อาทิเช่น การศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนไร้ที่พึ่ง สภาพปัญหา สาเหตุ อุปสรรค ผลกระทบและการเยียวยาให้กับคนกลุ่มนี้ (กิมกร โดมมงคล, 2562) การศึกษาความต้องการของคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งพบว่าคนไร้ที่พึ่งมีความต้องการมีอาชีพ มีที่อยู่อาศัย และต้องการสวัสดิการจากรัฐ (นภัสภรณ์ ใจทา, 2558) ดังนั้นสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจึงมีการมุ่งเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาตนเองให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถสร้างรายได้ ออกไปประกอบอาชีพ อยู่กับครอบครัวและคืนสู่

สังคมได้อย่างเข้มแข็ง (โสภณิก พรหมตีบ, 2562) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและจิตใจในคนไร้ที่พึ่งที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพด้านการพึ่งพาตนเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปรับตัว และสามารถทำหน้าที่ของตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีทักษะทางสังคมและการจัดการและแก้ปัญหาได้ (สุจิรา เนาวัฒน์, 2562)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับคนไร้ที่พึ่งเมื่อพักอาศัยในสถานคุ้มครอง หรือสถานบริการให้ความช่วยเหลือคนไร้ที่พึ่งต่าง ๆ เช่น การศึกษาของ Demoze et al. (2018) แต่เป็นการศึกษาในวัยรุ่นในสถานคุ้มครอง และพบว่าวัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึง 3.5 เท่า เนื่องจากการดูแลที่ไม่ทั่วถึง ทำให้กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าไม่มีความหมาย ต้องเผชิญความเครียดโดยลำพัง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การเข้าสังคมไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภพธรรม วิชาดี (2560) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางละมุง พบว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม ต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตในศูนย์ทำให้เกิดความเครียด มีความรู้สึกเหงา คุณค่าในตัวเองลดลง ภาวะซึมเศร้า (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2557) และเกิดความรู้สึกหว่าเหว่ ความโดดเดี่ยวได้ ซึ่งว่าเหว่ในสถานคุ้มครอง เป็นความรู้สึกที่แสดงออกทางอารมณ์ที่มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ของบุคคล รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้บุคคลมีการแยกตัวออกจากสังคม (รพีพรรณ สารสมักร, 2558)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ศึกษากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คนไร้ที่พึ่ง และเป็นกลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชแล้ว แต่การศึกษาในคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่ยังไม่มีอาการทางจิตยังพบน้อย พบการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบในกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองต่าง ๆ ที่หลากหลาย และศึกษาเพียงองค์ประกอบในองค์ประกอบหนึ่งของอารมณ์ทางลบ นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งศึกษาอารมณ์ทางลบที่ครอบคลุม ทั้งความเครียด วิตกกังวล ความเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้แก่คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาโปรแกรมในการลดอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. คนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีอารมณ์ทางลบเป็นอย่างไร
2. คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานีหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี

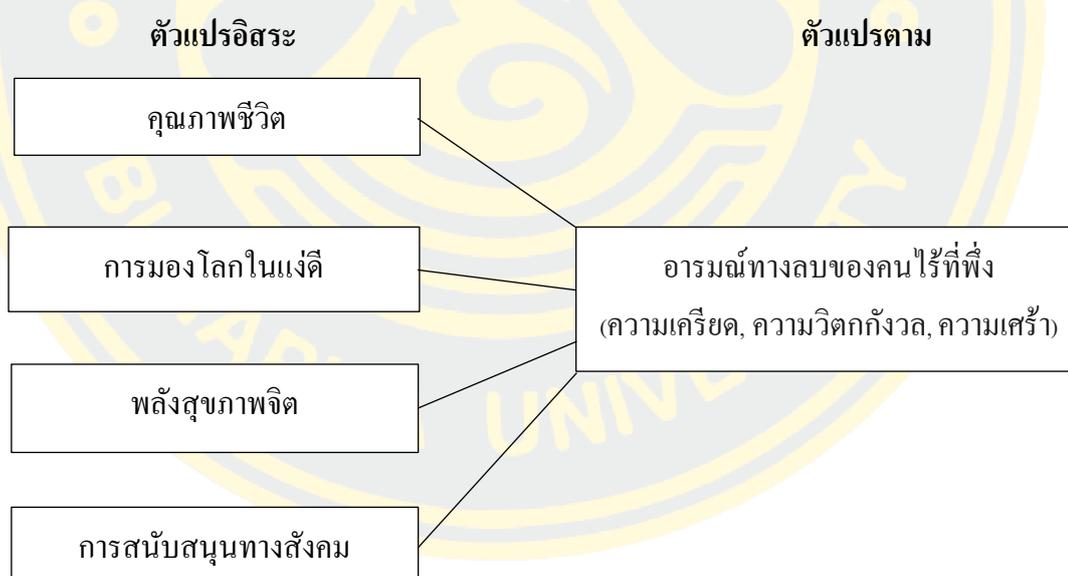
กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดสำหรับการศึกษานี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่น่าจะสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านต่าง ๆ และบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (จรรยาธิษั พันธุ์ชัย, 2557) ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization [WHO], 1997) หากบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะมีการแสดงออกของความเครียด ดังนั้นความเครียดจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (บุญเลิศ เกิดไกร และชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2557) และความเครียดเป็นอาการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ 2) การมองโลกในแง่ดี เป็นรูปแบบการอธิบายต่อตนเองในทางที่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน (มาลีณี จุโทปะมา, 2553) แต่ถ้าบุคคลมีอารมณ์เชิงลบอย่างมากในชีวิตก็อาจจะมีอารมณ์เชิงบวกในภาพรวมที่น้อยลง ในทำนองเดียวกัน หากบุคคลมีอารมณ์เชิงบวกอย่างมากในชีวิต ก็จะ

เป็นปัจจัยปกป้องบุคคลนั้นจากความทุกข์ได้ (Seligman, 2002 อ้างถึงใน สมิตี อนันต์ปฏิเวธ, 2560)

3) พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวกับภาวะวิกฤติในชีวิต บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะมีความอดทน พยายามที่จะหาทางออกเมื่อพบปัญหาและพาตัวเองกลับสู่ความสมดุลของชีวิตได้อีกครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2552) พลังสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยปกป้องไม่ให้เกิดอารมณ์ทางลบ ถ้าหากบุคคลมีพลังสุขภาพจิตที่ระดับต่ำมีโอกาที่จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น Funk and Houston (1987 อ้างถึงใน ภพธรรม วิชาดี, 2560)

4) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ และช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมา จากความเครียด และช่วยลดความวิตกกังวล จึงทำให้มีความอดทนสูงขึ้น (Cobb, 1976 อ้างถึงใน รุ่งชญาพร ใจยา, 2558) ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความอดทนต่ำ และส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบทั้งในลักษณะที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้าได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ สามารถแสดงความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2564 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม ได้แก่ อารมณ์ทางลบ

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนไร้ที่พึ่ง หมายถึง บุคคลที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การดำรงชีวิต จนไม่สามารถพึ่งพาตนเองหรือผู้อื่นได้ และได้รับผลกระทบจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้อยู่ในสภาวะยากลำบาก และเข้ารับการคุ้มครองในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

อารมณ์ทางลบ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลไร้ที่พึ่งว่าตนมีความเศร้า หมายรวมถึงความรู้สึกที่เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เชื่องซึม สิ้นหวัง ว่าเหว มีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะความหวาดหวั่น วุ่นวายใจ และมีความเครียด ที่เป็นการตอบสนองของร่างกายเมื่อมีอารมณ์ไม่สบายใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ สับสน โกรธ เสียใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเสียสมดุล แต่ทั้ง 3 กลุ่มอารมณ์ทางลบนี้มีได้หมายรวมกับ โรคเครียด โรควิตกกังวล และโรคเศร้า ทั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (Depression, anxiety, and stress scale, DASS-21) เป็นแบบวัดที่สร้างโดย Lovibond and Lovibond (1995) แปลเป็นภาษาไทย โดย Oei at al. (2013)

คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพชีวิตของคนไร้ที่พึ่ง ที่รู้สึกว่าตนเองมีความสุข ได้รับการตอบสนองด้านความต้องการ มีความพึงพอใจในชีวิต เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมีความเชื่อและคาดหวังในเชิงบวกของบุคคลไร้ที่พึ่ง ซึ่งทำให้รู้สึกสบายใจ มีแนวคิดไปในทิศทางที่ต้องการความสงบสุข หรือมีแรงกระตุ้นต่อการกระทำที่เป็นผลดี หรือการคาดการณ์ถึงอนาคตในเชิงบวกว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง จึงดำเนิน

ชีวิตอย่างมีความหวัง มีแรงจูงใจที่ดี และเชื่อมั่นในตนเองว่าจะผ่านพ้นอุปสรรคที่เข้ามากระทบได้
ประเมินโดยใช้ แบบวัดการมองโลกในแง่ดีฉบับภาษาไทยของ จารุวรรณ ยอดระฆัง (2554)

ซึ่งแปลจาก Carver and Bridges (1994)

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของคน ไร้ที่พึ่ง ในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลัง
เกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรคและปัญหาในชีวิตและดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดย
แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา
โดยใช้แบบวัดพลังสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต (2552)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของคน ไร้ที่พึ่ง เกี่ยวกับการได้รับความ
ช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรักความ
ผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ด้านการ
ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ โดย
ใช้แบบประเมินของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล (2548)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายฉะบุรี จังหวัดปทุมธานี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงฉะบุรี จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

1. คนไร้ที่พึ่ง
2. แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ
 - 3.1 คุณภาพชีวิต
 - 3.2 การมองโลกในแง่ดี
 - 3.3 พลังสุขภาพจิต
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม

คนไร้ที่พึ่ง

ความหมายคนไร้ที่พึ่ง

พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ระบุว่า “คนไร้ที่พึ่ง” หมายถึง บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ เป็นกลุ่มคนจนที่ยากลำบากที่สุด ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีครอบครัวให้พึ่งพิง อาศัยตามสถานที่ต่าง ๆ อย่างไม่เป็นหลักแหล่ง เช่น สถานีขนส่ง สนามหลวง ใต้ทางด่วน ใต้สะพาน อาคารร้าง ฯลฯ โดยย้ายที่อยู่อาศัยไปเรื่อย ๆ (ราชกิจจานุเบกษา, 2557) และตามกฎหมายคนไร้ที่พึ่งให้นิยามความหมายของคนไร้ที่พึ่งว่าเป็นบุคคลที่ประสบปัญหาในสังคม ขาดความมั่นคงในการดำรงชีพ ไม่มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ไม่สามารถหารายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย อยู่ในสถานะที่ไม่อาจช่วยเหลือตนเองและไม่อาจพึ่งพาคนอื่นได้ (วิลาสินี สิทธิโสภณ, 2557) จะเห็นได้ว่านิยามของคนไร้ที่พึ่งมีสาระสำคัญที่สามารถสรุปได้ว่า คนไร้ที่พึ่ง คือ กลุ่มคนที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองและพึ่งพาคนอื่นได้

ปัจจัยที่มาของการเป็นคนไร้ที่พึ่งมีหลากหลาย แต่โดยปัจจัยหลัก ๆ ประกอบไปด้วย 2 ปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความยากจน มีภาวะ

หนี้สิน และปัจจัยภายนอกที่ส่งผล กระทบต่อบุคคล เช่น ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ขาดโอกาสในสังคม ด้วยเหตุนี้ทำให้บุคคลที่ประสบปัญหาต้องตัดสินใจออกจากบ้านเพื่อใช้ชีวิตตามลำพังโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น มีโรคเรื้อรัง (NCDS) มีปัญหาทางจิต และพิการด้านร่างกาย กลุ่มคนที่พื้นโทษมาและสังคมไม่ยอมรับ (ณัฐชยา กำแพงแก้ว, 2562) สอดคล้องกับการสำรวจของ รณภูมิ สามัคคีคารมย์ (2558) ที่พบว่า คนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สาธารณะ ร้อยละ 52 มีสาเหตุมาจากบิดา มารดาเสียชีวิต และร้อยละ 65.7 เกิดจากความรุนแรงในครอบครัว ส่วนการสำรวจคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองพบว่า สาเหตุที่ต้องเป็นคนไร้ที่พึ่งเนื่องจากการถูกกีดกันจากสังคม สังคมไม่ยอมรับมักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความพิการ มีโรคประจำตัวรุนแรง และต้องคดี ดิดคุก ร้อยละ 8.4 จะเห็นได้ว่าการมาเป็นคนไร้ที่พึ่งนั้น ส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ด้านไม่ดีในชีวิต แต่มีคนบางกลุ่มที่ต้องการมาเป็นคนไร้ที่พึ่งเอง เช่น กลุ่มคนรักอิสระ และกลุ่มคนที่ประกอบอาชีพกวาดถนน เก็บของเก่า เป็นต้น

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

ประเทศไทยมีสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภายใต้การดูแลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จำนวนทั้งหมด 11 แห่ง ดังนี้ 1) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแก จังหวัดเพชรบุรี 2) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 3) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 4) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทับทวง จังหวัดสระบุรี 5) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 6) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งปรีอใหญ่ จังหวัดศรีสะเกษ 7) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา 8) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 9) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช 10) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 11) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งสันมหาพน จังหวัดเชียงใหม่ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2559)

จากการสำรวจคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศไทย ของมูลนิธิอิสรชน (2559) พบคนไร้ที่พึ่งมีมากถึง 70,539 คน และสถานคุ้มครองทั้ง 11 แห่งมีเป้าหมายการรับคนไร้ที่พึ่งจำนวน 4,730 คน แต่รับจริงได้เพียง 4,188 คน (กิมกร โคมมมงคล, 2562) จากการสำรวจจำนวนคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองทั้ง 11 แห่ง พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 4,346 คน (กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต, 2562; วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2563) ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการรับคนไร้ที่พึ่งที่กำหนดไว้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการรับสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เป็นสถานคุ้มครองที่พบจำนวนคนไร้ที่พึ่งมากกว่าสถานคุ้มครองอื่น และมีสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 2 แห่ง อันเนื่องมาจากจังหวัด

ปทุมธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรเข้ามาทำงานในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ที่เป็นแหล่งโรงงาน อุตสาหกรรม สร้างอาชีพสร้างรายได้ อีกทั้งเป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ปัญหาเยาวชน อาชญากรรม ทะเลาะวิวาทในครอบครัว และการว่างงาน จึงทำให้จังหวัดปทุมธานีเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ประสบปัญหาไร้ที่พึ่งจำนวนมาก (ถกล สรรเสริญชูโชติ, 2558)

เกณฑ์การรับคนไร้ที่พึ่งเข้ามาในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย วัฒนบุรี จังหวัดปทุมธานี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง วัฒนบุรี จังหวัดปทุมธานี มีเกณฑ์การรับคนไร้ที่พึ่งภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด โดยแบ่งตามกลุ่ม (ราชกิจจานุเบกษา, 2557; ถกล สรรเสริญชูโชติ, 2558; ราชกิจจานุเบกษา, 2559) ดังนี้

1. กลุ่มคนเร่ร่อน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ขาดผู้อุปการะ อาจมีสภาพทางร่างกาย พิการ ไม่สมประกอบ หรือจิตฟั่นเฟือน หรือมีสภาพจิตไม่ปกติ เช่น พิการทางสมอง มีอาการทางจิต ประสาท หรือร่างกายอ่อนแอจนไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ หลับนอน ในที่สาธารณะ ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนผู้สัญจร ไปมา และเป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพ ของตนเองจากอุบัติเหตุต่าง ๆ รวมทั้ง ความอดอยาก โรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกนำส่งเข้ารับการคุ้มครองโดย โดยพลเมืองดี เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่เทศกิจ มูลนิธิ นำส่งเข้ารับการคุ้มครอง

2. กลุ่มคนขอทาน เป็นกลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่เป็นลักษณะบุคคลที่กระทำการขอทานในแบบที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมการขอทานพุทธศักราช 2559 ซึ่งได้กำหนดไว้ว่ากลุ่มคนเหล่านี้ต้องถูกควบคุมไว้ในสถานคุ้มครองก่อน เพื่อฟื้นฟู และปรับทัศนคติ ให้มีความเข้าใจ และมั่นใจในการประกอบอาชีพในระยะหนึ่ง โดยหลังจากนั้นทางสถานคุ้มครองจะประสานงานกับสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองเพื่อผลักดันกลับประเทศในกรณีที่เป็นกลุ่มคนต่างด้าว และในกรณีที่ เป็นคนไทยก็จะกลับไปประกอบอาชีพในสังคมต่อไป

3. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจนอาการทางจิตดีขึ้น สามารถกลับบ้าน แต่ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้ช่วยเหลือหรือครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ หรืออาจจะเป็นผู้ที่ เร่ร่อน อาศัยอยู่ในที่สาธารณะก่อความเดือดร้อนแก่ประชาชน เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง และผู้อื่น โดยกลุ่มคนเหล่านี้จะสามารถเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2562 โดยการสมัครเข้ารับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง หรือบุคคลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมา อาทิเช่น เจ้าหน้าที่ ตำรวจ โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้ง องค์กรเอกชน หรือบิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง นำส่ง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้กำหนดนิยามของ "ของคนไร้ที่พึ่ง" คือ คน ที่พักอาศัยในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งกลุ่มคนเร่ร่อน คนขอทาน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่สิ้นสุดการรักษาจากทางโรงพยาบาล ที่กล่าวมาข้างต้น

การสนับสนุนที่คนไร้ที่พึ่งได้รับในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

การสนับสนุนที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทั้ง 11 แห่ง จัดให้แก่คนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เป็นสวัสดิการภายใต้พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 และพระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559 ซึ่งประกอบไปด้วยการบริการในด้านต่าง ๆ (ถลลสรรเสริญชูโชติ, 2558; ราชกิจจานุเบกษา, 2557) ดังนี้

1. บริการด้านปัจจัย 4 เป็นบริการที่จัดให้ทั้งกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน และคนขอทาน ที่เข้ารับการสงเคราะห์ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค รวมถึงสิ่งของเครื่องใช้จำเป็นในชีวิตประจำวันตามสมควรแก่อัตภาพ

2. การอบรมศีลธรรม เป็นบริการที่มุ่งเน้นให้คนไร้ที่พึ่งเป็นพลเมืองดี ตลอดจนส่งเสริมให้คนขอทานเกิดจิตสำนึกรับผิดชอบในการทำงานเลี้ยงตนเอง ไม่ทำตนเป็นภาระของสังคม

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นบริการที่ส่งเสริมฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้กลับมามีร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี โดยมีการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ที่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพร่างกาย และสำหรับผู้ที่ป่วยจิตเวช มีเจ้าหน้าที่คอยจัดยาให้รับประทานในเวลาเช้า และเย็น ทุกวัน

4. การฝึกอาชีพและอาชีพบำบัด เป็นบริการที่น้อมนำเศรษฐกิจพอเพียงมาดำเนินการด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ปลูกผัก เลี้ยงปลา เลี้ยงกบ เลี้ยงไก่ เพาะเห็ด ด้านหัตถกรรม ได้แก่ ทอเสื่อสานตะกร้าเส้นพลาสติก จักสาน ทำพรมเช็ดเท้า เป็นต้น เพื่อให้ผู้รับบริการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีรายได้และได้รับความรู้ เกิดความชำนาญ และนำไปประกอบอาชีพต่อไปได้ เมื่อกลับคืนสู่ชุมชน

5. การให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นบริการที่มีนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาคอยให้คำแนะนำ ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้รับบริการ สงเคราะห์ การติดต่อหาญาติพี่น้องให้มารับอุปการะ การประสานงาน กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้รับบริการ การจัดหาแหล่งงานให้ผู้รับบริการ เป็นต้น

สวัสดิการที่สนับสนุนดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้คนไร้ที่พึ่งได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการประเมินผลลัพธ์การให้บริการในสถานคุ้มครองทั้ง 11 แห่ง พบว่า บริการการสนับสนุนที่จัดให้คนไร้ที่พึ่ง ยังไม่พบการบริการด้านการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติการป้องกัน และยังขาดผู้เชี่ยวชาญในการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจให้กับคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง อุปกรณ์เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการดูแล ฟันฟูสภาพร่างกายและจิตใจไม่เพียงพอ และที่สำคัญกิจกรรมดูแลฟันฟูสภาพร่างกาย และจิตใจที่มีอยู่ ยังไม่สามารถพัฒนาร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการออกไปใช้ชีวิตในสังคม และยังไม่สามารถทำให้มีทักษะในการประกอบอาชีพได้จริง อันเนื่องมาจากปัญหาในการจัดการของภาครัฐส่วนหนึ่ง ที่ยังคงมีปัญหาความร่วมมือเชิงนโยบายและการเข้าถึงสิทธิ เพราะเน้นการจัดการเชิงนโยบายโดยภาพรวมมากกว่าการเพิ่มศักยภาพเพื่อให้คนไร้ที่พึ่งพึ่งตนเองได้จริง เกิดปัญหาการใช้จ่ายงบประมาณและจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจ จึงไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงต่อบุคคล เป้าหมาย และกลุ่มผู้รับบริการ (สถาบันพัฒนานโยบายและการจัดการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558)

จากสถานการณ์ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่กล่าวมาข้างต้นนี้ แม้คนไร้ที่พึ่งจะได้รับสวัสดิการต่าง ๆ แต่การดูแลและติดตามด้านสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะคนไร้ที่พึ่งที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต บุคคลเหล่านี้มีความเปราะบางทางจิตใจ เปราะบางทางอารมณ์ หากไม่ได้รับการใส่ใจหรือได้รับการดูแลที่ไม่ทั่วถึง อาจเกิดอารมณ์ทางลบคือมีความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดความเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นได้

แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ทางลบ

ความหมายของอารมณ์

อารมณ์ หรือ Emotion (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ได้ให้ความหมายของคำว่าอารมณ์ไว้ว่า ความรู้สึกภายในโดยแสดงออกมาผ่านทางอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย คือ ตา หู จมูก ลิ้น โดยมีทั้งอารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบ ซึ่งอารมณ์ในด้านบวกนั้นเป็นอารมณ์ที่ทำให้มนุษย์เกิดความสุข และอารมณ์ทางด้านลบนั้น เป็นอารมณ์ที่ทำให้มนุษย์เกิดความทุกข์

Baron (1989, อ้างถึงใน วราลักษณ์ คลประสิทธิ์, 2561) อารมณ์เป็นความรู้สึกภายในที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำ หรือเปลี่ยนแปลงภายใน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ บางกรณีอาจรวมกันทั้งสอง และอารมณ์เป็นสิ่งที่ไม่คงที่มีการแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

Reeve (2018) ได้กล่าวว่า อารมณ์ความรู้สึกมักจะมีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความโกรธ ความสนุกสนาน ซึ่งประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่แสดงออกมาแตกต่างกัน ทั้งนี้ยังแสดงออกถึงความต้องการของมนุษย์ที่มีเป้าหมายอย่างชัดเจน ถ้าบุคคลนั้นรู้สึกหิวกระหายน้ำ บุคคลดังกล่าวจะแสดงออกถึงความเร่งรีบที่จะไปหาน้ำมาดื่มเพื่อดับความกระหาย

ปานดี คงสมบัติ (2563) อธิบายว่าอารมณ์ คือ สิ่งที่แสดงออกจากภายในเป็นเรื่องของนามธรรมและมีความละเอียดอ่อน ถึงแม้บางครั้งไม่สามารถมองเห็นได้ แต่สามารถสัมผัสได้ทางความรู้สึก โดยสามารถสังเกตได้ผ่านทาง แวตา คำพูด น้ำเสียง และสิ่งที่สำคัญคือภาษากาย อารมณ์มีทั้งด้านบวกและด้านลบและในบางครั้งการแสดงออกมานั้นมักจะไม่เป็นไปตามความรู้สึกข้างใน ในบางครั้งอารมณ์ด้านบวกที่มีมากจนเกินไป จะทำให้นำไปสู่ความกดดันหรือเกิดโทษได้ หากบุคคลนั้นนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น การตามใจลูกจนเกินไป ในบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย เมื่อถูกอยู่กับสังคมอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัว หากบุคคลมีอารมณ์ด้านลบแต่ไม่ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น กัดดันอารมณ์เหล่านั้นไว้ภายในจะทำให้รู้สึกกดดัน และมีความเครียดมากกว่าเดิม ดังนั้นต้องรู้วิธีจัดการกับอารมณ์ด้านลบเหล่านั้น ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และในการยอมรับอารมณ์ด้านลบบางครั้งอาจช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ได้

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายเอาไว้ในทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอารมณ์ ได้แก่ ทฤษฎีของ William James และ Carl G.Lange , Walter B.Canon และ Bard และ Schachter และ Singer ว่าอารมณ์เป็นปฏิกิริยา ที่เกิดจากการรับรู้ต่อสิ่งเข้าที่เข้ามากระทบทั้งภายในและภายนอกทำให้เกิดกระบวนการทำงานภายในในระบบประสาท สมอง เกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ใจ และตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม (ธนรัตน์ ทรงสมบูรณ์, 2563)

สามารถสรุปความหมายของอารมณ์ได้ว่า เป็นความรู้สึกภายในที่แสดงออกมา ทั้งในด้านบวกและด้านลบ หรือการแสดงความรู้สึกที่พึงพอใจและความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ อาทิเช่น มีความรู้สึกอารมณ์แห่งความสุขด้วยการยิ้ม และแสดงอารมณ์ความเศร้าด้วยการร้องไห้ เป็นต้น การแสดงอารมณ์มักจะเป็นผลจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบ โดยผ่านการรับรู้และการตีความของสถานการณ์นั้น จึงเกิดการตอบสนองในรูปแบบทางอารมณ์

ประเภทของอารมณ์

การจำแนกอารมณ์ซึ่งสามารถแบ่งจากสิ่งเร้าที่เป็นกระตุ้น และรูปแบบที่มนุษย์แสดงออกมาเพื่อตอบสนองสิ่งเร้านั้น ผลของการแสดงออกทางอารมณ์นั้นจะทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากปกติและจะมีการแสดงพฤติกรรมออกมาตามความรู้สึกหรืออารมณ์ภายใน โดยสามารถจำแนกออกมาเป็น 2 ประเภทดังนี้ (ศูนย์วิทยาพัฒนา มสธ.อุครธานี, 2564)

1. อารมณ์ทางบวก คือ อารมณ์ที่ก่อให้เกิดความสุขกับมนุษย์ โดยเป็นอารมณ์ที่ส่งเสริมให้มนุษย์มีพลังบวกในชีวิต และมีความพึงพอใจกับสิ่งที่อยู่รอบตัว โดยอารมณ์ทางบวกจะประกอบไปด้วย ความรู้สึกพอใจเพียง ความรู้สึกสบายใจ ความรู้สึกมั่นใจ ความรู้สึกรักใคร่ ความรู้สึกมุ่งมั่น ความรู้สึกปลื้มปิติสุข ความรู้สึกเข้าใจคนอื่นและเห็นอกเห็นใจคนอื่น ความรู้สึกสนุกสนานมีอารมณ์ขัน และความรู้สึกที่มีความหวังในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2. อารมณ์ทางลบ คือ อารมณ์ที่ทำให้มนุษย์เป็นทุกข์ และรู้สึกถึงความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยอารมณ์ทางลบจะประกอบไปด้วย ความรู้สึกอึดอัดใจ ความรู้สึกหงุดหงิด ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกอิจฉา ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกสงสัยและลังเล ความรู้สึกผิดหวัง ความรู้สึกเบื่อก่อนหน้าต่อสิ่งรอบกาย ความรู้สึกเศร้าเสียใจซึมเศร้าหรือแม่กระทั่ง ความรู้สึกผิด และความรู้สึกหวาดระแวง โกรธแค้น เป็นต้น และความเหงาของมนุษย์เป็นอารมณ์ทางลบเช่นเดียวกัน (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2558) ซึ่งอารมณ์ทางลบที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า (สุกัญญา แก่นงูเหลือม, 2563)

ความเครียด เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษ หรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ การตัดสินใจ ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ต้องอาศัยการประเมินด้วยสติปัญญา เพื่อที่จะตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม Lazarus and Folkman (1984) ในขณะที่ Selye (1976) ได้อธิบายความเครียดว่าเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามหรือขัดขวางการทำหน้าที่ของตนเอง และความต้องการของมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ภายในและภายนอกร่างกายเสียสมดุล และความเครียดนั้นยังเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญหน้ากับปัญหาในชีวิต หรือภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ ส่งผลต่อความรู้สึก ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความคับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดัน ทุกข์ใจ หม่นหมอง สับสน โกรธ เสียใจ เป็นต้น (ชัยญารัตน์ ใจเย็น, 2560) และหากบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ ในทางตรงกันข้าม ความเครียดในระดับต่ำมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมด้านที่ดี เช่น การกระตือรือร้นความคิด สร้างสรรค์ และรู้จักการปรับตัวให้ตนเองดีขึ้น (พฤษภา ผาดิวรากร, 2558) กรมสุขภาพจิตอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียดว่า มักมีการแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม สังคม ภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากจิตใจ รวมถึงสภาพร่างกาย ซึ่งแบ่งความเครียดได้ 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต, 2541) ดังนี้

1. Mild stress เครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตอาจมีความรู้สึกเพียงแต่เบื่อก่อนหน้า ขาดแรงกระตุ้น และมีพฤติกรรมที่เซื่องช้าลง

2. Moderate stress เครียดระดับปานกลาง เป็นความเครียดในระดับปกติที่ไม่ก่ออันตรายและไม่แสดงออกถึงความเครียดที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติได้เองจากการได้ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ที่สามารถช่วยคลายเครียด

3. High stress เครียดระดับสูง เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์รุนแรงหากปรับตัวไม่ได้ จะทำให้เกิดความผิดปกติตามมา เช่น ความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด พฤติกรรมการนอนและการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป จนมีผลต่อการดำเนินชีวิต

4. Severe stress เครียดระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงและเรื้อรังต่อเนื่องจนทำให้คนคนนั้นมีความล้มเหลวในการปรับตัว และก่อให้เกิดความผิดปกติและเกิดโรคต่าง ๆ ที่รุนแรงขึ้นมาได้ เช่น อารมณ์แปรปรวน มีอาการทางจิต มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า ความเครียด เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่แสดงออกในด้านลบ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รวมถึงโรคเครียด แต่เป็นภาวะเพียงสภาวะที่ร่างกายและจิตใจเกิดการเสียสมดุล ที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เข้ามากระทบตามการรับรู้ส่วนบุคคล ทำให้มีอาการแสดงออกของอารมณ์ไม่สบายใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจได้

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกลึกลับ ไม่สบายใจ ไม่แน่นอน เคลือบแคลงใจ หรือความหวาดกลัวจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเกิดขึ้นจากสิ่งที่ไม่รู้ (Varcariolis, 2017) อีกทั้งยังมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ความรุนแรงจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระทบนั้น เป็นลักษณะคุกคามหรือเป็นเพียงความคิดของตนเองเท่านั้น (พงษ์เทพ บุญเรือง, 2553) ซึ่งจะแสดงออกทาง อารมณ์ พฤติกรรม และลักษณะทางสรีระวิทยา ซึ่งสาเหตุความวิตกกังวลมาจากการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต โดยแบ่งภาวะวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ (Spielberger, 1972) ดังนี้

1. ภาวะวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) พบได้ในบุคคลทั่วไปไม่มีผลทำให้บุคคลมีความตื่นตัวและกระตือรือร้นสามารถสังเกตสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ดีมีการเรียนรู้และการรับรู้เพิ่มมากขึ้นทั้งนี้ยังช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2. ภาวะวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) บุคคลจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ในมุมมองที่เล็กลงตื่นตัวและสนใจเฉพาะปัญหาที่ตนไม่สบายใจ เกิดการเรียนรู้ การรับรู้ และแปลความหมายสิ่งต่าง ๆ ลดลงและมีอย่างจำกัด แต่ยังพยายามที่จะควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ความตื่นกลัวมีมากขึ้น แต่ยังสามารถเข้าใจความเกี่ยวข้องของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3. ภาวะวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลมีการรับรู้ลดลง ไม่มีสมาธิมีความตึงเครียด กระสับกระส่ายลุกลี้ลุกลน ความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับใจความสำคัญของเรื่องได้ ทำให้เกิดความสับสนไม่รับรู้และไม่เข้าใจเหตุการณ์ ส่งผลให้แก้ปัญหาได้ยาก ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้ บางรายมีอาการทางกาย เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ ความดันโลหิตสูง แยกตัว เป็นต้น

4. ภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic) บุคคลจะไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ มีความกลัวอย่างรุนแรง มีความอดทนต่อการกระตุ้นสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง มีปัญหาในการรับรู้สิ่งใหม่ หรือรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง ความคิดเป็นเหตุเป็นผลน้อยลงแก้ปัญหาไม่ได้ รู้สึกขาดที่พึ่ง หดหู่ แยกตัว โกรธ พุดเสียงดัง หน้ามืดวิงเวียน

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นลักษณะของอารมณ์ในด้านลบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ความวิตกกังวลเป็นเพียงการแสดงออกของอารมณ์ลบ ไม่ได้รวมถึงโรควิตกกังวล เป็นการแสดงออกในด้านความกลัว ความหวาดหวั่น วุ่นวายใจ เกิดจากการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต ที่จะมีเรื่องที่ดีและไม่ดีอาจเกิดขึ้นกับตนได้ มักมีอาการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์

ความเศร้า เป็นผลมาจากความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ กิจวัตรประจำวัน การงาน และกิจกรรมทางสังคม ทั่วๆ ไปลดลง (วัลลภา กิตติมาสกุล, 2560) ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะทำให้รู้สึกจิตใจหม่นหมอง เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ รวมไปถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ลึนหวัง และหมดอารมณ์สนุก ไม่เพลิดเพลิน ส่งผลด้านร่างกาย ทำให้อ่อนไม่หลับ น้ำหนักลด เชื้องซึม เชื้องช้า เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อีกทั้งยังส่งผลด้านความคิด มักจะมีความรู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง มองโลกมองด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น กระทั่งต่ออาชีพ การเรียน หากไม่ตระหนักถึงอารมณ์เศร้าและปล่อยให้ความเศร้าสะสมเป็นเวลานานจะเกิดเป็น โรคซึมเศร้าได้ ซึ่งเป็นอันตรายมากหากบุคคลนั้นไม่ได้รับการรักษา มีความรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ลือบุญรัช รัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญรัช รัชชัย, 2553; นันทิรา หงษ์สุวรรณ, 2559; โปรยทิพย์ สันตะพันธุ์ และคณะ, 2562) โดยมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ พัฒนาการ ความคงทนของสภาพจิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่น การเรียน การสอบ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การเจ็บป่วยเรื้อรังจนหมดกำลังใจหรือพบกับความสูญเสีย คนรัก ครอบครัว ปัญหาเรื่องการเงิน ตกงาน และมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2552) นอกจากนี้ Beck (1967) ได้อธิบายว่าภาวะ ซึมเศร้าเป็นความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้แบ่งระดับของความเศร้า ดังนี้

1. ความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่มีความสดชื่น ไม่แจ่มใส เหนงา เบื่อ รู้สึกไม่พอใจในตนเอง ความตั้งใจในการทำงานเริ่มลดลง เกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น

2. ความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคล ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แสดงออกในด้านอารมณ์มีอาการไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุข มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธ

ง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองไม่ดีขึ้น ไม่เหลือความภูมิใจในตนเอง ทำให้ความคิดและสมาธิลดลง ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีความหมาย และส่งผลทางร่างกายที่ผิดปกติ มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง อีกทั้งทำให้แสดงออกทางการเคลื่อนไหวที่ช้าลง หรือมีความกระวนกระวาย พุดจาไม่เป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากขาดความมั่นใจในตนเอง การเข้าสังคมบกพร่อง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

3. ความเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลา ระยะเวลาสั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เชื่องซึม ผู้ที่มีอาการเศร้าในระดับนี้จะไม่สามารถทำกิจกรรม หรือทำงานตามหน้าที่ที่ได้ดั้งเดิม และมักจะถอยตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคมปฏิเสธผู้คนรอบตัว มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความหลงผิดหรือ ประสาทหลอน

จะเห็นได้ว่าระดับของความเศร้าส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกความเศร้าที่ปกติกับความเศร้าที่ผิดปกติได้ (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556) ดังนี้

1. ความเศร้าในระดับที่ปกติ บุคคลสามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้ แต่อาจมีอาการเศร้าเกิดได้เป็นช่วง ๆ ระหว่างวัน มีความรู้สึกท้อแท้บ้าง ยังรู้สึกว่าตนเองยังมีความหวังอยู่บ้าง ถึงแม้จะเล็กน้อยก็ตาม แต่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

2. ความเศร้าในระดับที่ผิดปกติ บุคคลมักจะแยกตัว ไม่สนใจกิจกรรม ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ถึงแม้จะเป็นเป็นกิจกรรมที่ชื่นชอบ มักมีอาการเศร้าตลอดทั้งวัน รู้สึกไม่มีความหวังในชีวิต และมีความคิดฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่า ความเศร้า เป็นอารมณ์ที่กระทบจิตใจซึ่งแสดงออกถึงความผิดปกติด้านอารมณ์ทางลบ ที่ไม่ได้รวมถึงโรคซึมเศร้า แต่เป็นเพียงการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศก เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เชื่องซึม สิ้นหวัง อีกทั้งยังแสดงออกทางร่างกายได้ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ และมองโลกในแง่ร้าย ถ้าหากบุคคลเผชิญกับอารมณ์เศร้ายะยะเวลานาน การจัดการไม่มีประสิทธิภาพ อาจเพิ่มระดับความรุนแรง และนำไปสู่โรคซึมเศร้าและรุนแรงถึงกับทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้

สาเหตุของอารมณ์ทางลบ

อารมณ์ทางลบ เป็นอารมณ์ที่พบได้บ่อย และเกี่ยวข้องกับความคิดในทางลบ มักแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ความคิดในเชิงลบทำให้เกิดความเครียด ความ

วิตกกังวลและอารมณ์เศร้าอื่น ๆ (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2559) หากบุคคลมีอารมณ์ทางลบจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Prinz, 2012 อ้างถึงใน จุฑามาศ แหนจอ, 2558) ดังนี้

1. เกิดการตื่นตัวทางสรีระ (Physical arousal) เป็นผลมาจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เพื่อให้ร่างกายเตรียมพร้อมต่อการสู้ หรือการหนี และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) เพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

2. มีความผิดปกติของสารสื่อประสาท Serotonin และ Noradrenalin ในวงจร “Septohippocampal circuit” ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระหว่าง Septum, Amygdala, hippocampus และ Fornix ซึ่ง Amygdala ทำหน้าที่เกี่ยวกับ อารมณ์ลบ (กังวล กลัว โกรธ เศร้า) การตื่นตัวต่อภัยคุกคาม การอ่านสีหน้า และความจำฝังใจ กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ Amygdala ตื่นตัว มนุษย์จะรู้สึกวิตกกังวลหรือเศร้าขึ้นมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อมีอารมณ์ทางลบไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความวิตกกังวลและความเศร้า Amygdala ก็จะถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว และหากติดต่อกันระยะเวลานาน อาจพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวช

3. กระบวนการรู้คิดแปรปรวน ได้แก่ การประเมินตนเองในแง่ลบหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบมากยิ่งขึ้น เช่น เสียใจ วิตกกังวลจนเกิดความเครียด ซึมเศร้าจนกระทั่งมีความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด การที่บุคคลมีอารมณ์ทางลบสูงเป็นระยะเวลานาน มักไม่มีสมาธิ และการจดจำไม่ดี

ผลกระทบของอารมณ์ด้านลบ

อารมณ์ทางลบเมื่อมีมากเกินไปทำให้เกิดความเครียดที่สะสมอยู่ในร่างกาย จนเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (สุบิน บึงอ้อ, 2560) ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ด้านลบทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย ในขณะที่สภาวะจิตใจเต็มไปด้วยอารมณ์ ประสิทธิภาพในการคิดจะลดลง ไม่ว่าจะเป็นความคิดด้วยเหตุผลหรือต้องใช้สมองในการคิดคำนวณและจดจำ และอาจส่งผลให้เป็นโรคนิตต่าง ๆ ได้ในที่สุด ซึ่งเมื่อมีอารมณ์ทางด้านลบมาก ๆ อาจจะต้องใช้พลังงานในร่างกายที่มากเกินไปจนทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง โดยเฉพาะอวัยวะที่อยู่ภายใต้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และการปวดบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดหัวไหล่ ปวดเมื่อยตามตัว ทั้งนี้อาจสู่โรคที่มีความร้ายแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ยังส่งผลต่ออายุที่สั้นลง และส่งผลต่อฮอร์โมนที่ทำให้แก่ก่อนวัย และยังส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

2. ผลกระทบต่อจิตใจ เมื่อบุคคลมีอารมณ์ทางลบอยู่บ่อยครั้งและไม่สามารถควบคุมอารมณ์เหล่านั้นไว้ได้ จะทำให้เกิดความแปรปรวนภายในจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ชีวิตไม่มีความสุข

รู้สึกหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา ราคายิ่งที่อยู่รอบข้าง โดยไม่มีเหตุผล และมักแสดงอาการความไม่พอใจสิ่งต่าง ๆ อยู่บ่อยครั้ง อาจมีการแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยไม่สามารถพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบได้ ผลกระทบต่อจิตใจอีกประการหนึ่งเป็นผลจากการตกอยู่ภายใต้อารมณ์ทางลบเป็นเวลานานจนไม่สามารถปรับตัวได้ส่งผลในเรื่องของการนอนหลับ การคิดฟุ้งซ่านอยู่ตลอดเวลาทำให้ฝันร้าย เมื่อเกิดสิ่งเหล่านี้บ่อยครั้งจนเกินที่จะสามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดโรคเครียดเป็นเวลาดิตต่อกันนาน ๆ และไม่สามารถปรับอารมณ์ความคิดได้ด้วยตนเอง หากอารมณ์ในด้านลบนี้เกิดขึ้นกับเด็ก จะสามารถสังเกตได้จากการเล่นที่ไม่ชอบเล่นและอยากอยู่คนเดียว

3. ผลกระทบต่อสังคม หากบุคคลมีอารมณ์ทางลบและแสดงพฤติกรรมในด้านลบออกมาสู่ภายนอก อาจส่งผลต่อการสื่อสารกับบุคคลอื่น จนขาดการสื่อสารที่ดีซึ่งกันและกัน เมื่อต่างฝ่ายต่างมีอารมณ์ในด้านลบมักเกิดความขัดแย้งต่อกัน หากไม่ยอมปรับความเข้าใจต่อกัน ผลกระทบดังกล่าวเกิดได้ทั้งคนที่อยู่ใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ที่ต้องมีความสัมพันธ์กันทางสังคม

สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลใดเกิดอารมณ์ในด้านลบ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์นั้นได้ และปล่อยให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบเป็นเวลานาน จะเกิดผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางจิตตามมาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบ

1. พันธุกรรม มีผลต่อลักษณะอุปนิสัยของบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีลักษณะอุปนิสัยและอารมณ์ที่มีมาแต่กำเนิด ที่เรียกว่าพันธุกรรม ซึ่งพัฒนาการของแต่ละบุคคลในทุกด้านล้วนได้รับอิทธิพลจากพันธุกรรม หากวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ถูกพัฒนามาจากความสำเร็จของครอบครัวและวัฒนธรรมที่ดี บุคคลเหล่านั้นจะมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี และสามารถควบคุมอารมณ์ทางลบได้

2. การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม พ่อและแม่มีบทบาทอย่างมากต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงต้นของชีวิต ในวัยเด็กมักจะร้องไห้ เลี้ยงยาก หากพ่อและแม่ให้ความรัก ความอบอุ่น ยอมรับในอารมณ์บุตรได้ จะทำให้พื้นฐานอารมณ์ที่รุนแรงนี้เบาบางลงได้ แต่หากพ่อและแม่ไม่มีความอดกลั้น มีการใช้อารมณ์ตอบสนองกลับไป จะทำให้บุคคลนั้นมีอารมณ์ทางลบได้ง่าย และมีแนวโน้มจะเกิดอารมณ์ทางลบที่รุนแรงในอนาคต

3. การทำงานของสมอง ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ประกอบด้วย Limbic system ทำหน้าที่รับรู้และประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเป็นสมองส่วนอารมณ์ เมื่อสมองส่วนนี้ได้รับการกระตุ้น บุคคลนั้นจะรู้สึกกังวลหรือเกิดอารมณ์ทางลบขึ้นมาทันที เนื่องจากสมองส่วนนี้ถูกสร้างขึ้นมาให้จดจำภาพความกลัว ความวิตกกังวล และหากสมองส่วนนี้ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวเป็นเวลานาน ๆ อาจพัฒนากลายเป็นความเครียดที่สะสม

และเป็นโรคทางจิตเวชได้ในที่สุด (สมลินธุ์ นายวิจิตร, 2563) และยังเป็นจุดเชื่อมโยงที่สำคัญ ระหว่างการประเมินข้อมูลจากประสาทรับรู้ต่าง ๆ ของสมองบริเวณ Cortical cortex กับการ แสดงออกด้านพฤติกรรมของอารมณ์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังรับรู้สิ่งที่เป็นอันตราย มีกลไกที่ทำหน้าที่ กระตุ้นให้ร่างกายมีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับมือกับสิ่งอันตรายเหล่านั้น

4. การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ หากบุคคลเกิดอารมณ์ทางด้านลบ ระบบ Sympathetic nervous system จะทำงานเมื่อบุคคลมีภาวะเครียด ตื่นเต้น โดยสารสื่อประสาท Norepinephrine หรือ Adrenaline เกิดการใช้พลังงานในร่างกายเพื่อการปรับตัวต่อสิ่งที่มากระตุ้น เหล่านี้ หากเกิดเหตุการณ์ที่อันตรายโดยที่สมองรับรู้ได้ ระบบ Sympathetic nervous system จะ ทำงาน ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดเพิ่ม น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น หายใจถี่และเร็ว ม่านตา ขยายตัว ปากคอแห้ง และกล้ามเนื้อเกร็งตัว เป็นต้น

ทั้งนี้ความผิดปกติของระบบจะส่งผลต่อภาวะอารมณ์ ทำให้มีอาการหงุดหงิดวิตกกังวล ง่าย ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดจะต่ำ และจะส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารอะดรีนาลีนออกมามาก จนเกิด อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวได้ง่าย เป็นต้น

5. สภาวะจิต นอกจากการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ โดยเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่เป็น ธรรมชาติแล้ว การจัดการอารมณ์ที่แสดงออกมายังเกี่ยวข้องกับสภาวะจิตใจของแต่ละบุคคลอีกด้วย เช่น การมีคุณธรรมในจิตใจ รวมถึงปัญหาที่ใช้คิดไตร่ตรองความถูกต้อง ซึ่งหากบุคคลนั้นมี คุณธรรมแล้วอาจไม่ทำในสิ่งที่ผิด หรือพัฒนาสภาวะจิตใจให้มั่นคงอยู่เสมอ จะช่วยให้สามารถ ดำเนินชีวิตพ้นจากความทุกข์ได้ แต่ทั้งนี้หากสภาวะจิตของบุคคลมีความไม่มั่นคง เมื่อเกิดเหตุการณ์ ต่าง ๆ ที่กระทบต่อจิตใจ บุคคลเหล่านั้นอาจแสดงออกถึงอารมณ์ที่ไม่ได้มีการไตร่ตรอง จึงเป็น สาเหตุให้บุคคลแสดงอารมณ์ทางลบออกมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบ พบการศึกษาของ Demoze et al. (2018) ที่ศึกษาวัยรุ่นในสถานคุ้มครอง จำนวน 453 คนพบว่า วัยรุ่นร้อยละ 67 ที่พักอาศัยอยู่ใน สถานคุ้มครอง เป็นเวลา 3-11 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึง 3.5 เท่า เนื่องจากการดูแลที่ไม่ทั่วถึงหรือไม่เพียงพอ และมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคคลากร ทำให้กลุ่มวัยรุ่นรับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ต้องเผชิญความเครียดโดยลำพัง ความเครียดที่สะสมจะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การเข้าสังคมไม่ดี ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภพธรรม วิชาติ (2560) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการผู้สูงอายุบ้านบางละมุง ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ต้องเผชิญกับปัญหา ด้านร่างกายและด้านจิตสังคม และต้องปรับตัวต่อการใช้ชีวิตในศูนย์ทำให้เกิดความเครียด มี ความรู้สึกเหงา คุณค่าในตัวเองลดลง และภาวะซึมเศร้าได้ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2557) ทั้งนี้ผู้ที่

พักอาศัยในสถานคุ้มครองอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ความโดดเดี่ยวได้ ซึ่งความว้าเหว่ในสถานคุ้มครอง เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการอารมณ์ที่มีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ ของบุคคล รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้บุคคลมีการแยกตัวออกจากสังคม (รพีพรรณ สารสมักร, 2558) ซึ่งความว้าเหว่ มีความสัมพันธ์กับการแยกตัว ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ความสิ้นหวัง นำไปสู่โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในที่สุด (Cruz, 1988 อ้างถึงใน รพีพรรณ สารสมักร, 2558) จากการศึกษาของ ธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 7.1

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบ จะเห็นได้ว่าอารมณ์ทางลบที่พบได้บ่อยได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ ที่ประกอบไปด้วย ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า โดยส่วนใหญ่จะศึกษาเพียงตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น แต่ผลการศึกษาของแต่ละกลุ่มตัวอย่างสามารถสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบได้ อาทิเช่น การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเศร้า ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลและความเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์, 2558) การศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต พบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ปฎิภา กิตติกุลธนนท์ และคณะ, 2562) การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (อมรา ชูพลสัจย์, 2561) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาการมองโลกในแง่ดีหรือการมองโลกทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น (สุพรรณษา แสงพระจันทร์ และคณะ, 2559)

ผลของการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสนับสนุนได้ว่าตัวแปรที่น่าจะมีความสัมพันธ์ผกผันกับอารมณ์ทางลบ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม

1. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ มีความสุข ซึ่งมนุษย์ทุกคนต่างอยากมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการตอบสนองด้านต่าง ๆ จนรู้สึกพึงพอใจ ส่งผลให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ตามการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของแต่ละคน (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540 อ้างถึงใน มาโนช ขันทพิริยา, 2560) สอดคล้องกับ WHO (1994, อ้างถึงใน ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช, 2561) ที่อธิบายว่าคุณภาพชีวิตนั้น เป็นมโนทัศน์ที่มีความหลากหลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อ ส่วนบุคคลภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่เหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สามารถสร้างความสุขให้แก่ตนเองและสังคมได้ (อิสรา วุฒินุญไทรย์, 2558)

จากการรวบรวมความหมายของคุณภาพชีวิตสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นลักษณะพึงพอใจของบุคคลต่อความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

WHO (1997) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ในการประเมินสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social-relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality religion/ person beliefs domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

WHO (1997) ได้ปรับแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) โดยการจัดองค์ประกอบใหม่ จึงเหลือเพียง 4 ด้าน ซึ่งได้แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-26) ที่มีการรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงประกอบไปด้วย 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่พึงปรารถนาต่อการมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกับอารมณ์ทางลบ ซึ่งอารมณ์ทางลบกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลเสียทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มคนคนไร้ที่พึ่ง ขาดการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคลจนเกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดความเครียด ความกังวล ความเศร้าได้ ทั้งนี้การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับอารมณ์ทางลบในคนไร้ที่พึ่งยังพบน้อย และศึกษาอารมณ์ทางลบด้านใดด้านหนึ่ง

และในกลุ่มตัวอย่างอื่น อาทิเช่นการศึกษาของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 69 คน โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -.68, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุศยา ซื่อตรง (2559) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -0.62, p < .01$) รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 193 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความวิตกกังวลและความเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34, -.52$) (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุรีพร ธนศิลป์, 2558) อีกทั้งยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 265 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ($r = -.40$) (วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, 2562) และจากการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 58 ปีขึ้นไป ในชุมชน จังหวัดสระบุรี จำนวน 238 คน พบว่า ความชุกของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่สูงถึงร้อยละ 31 ด้านความวิตกกังวลมีความชุกสูงสุด 25.6% ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ผลการศึกษาสรุปว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (ชนันต์ สุภศิริ และคณะ, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบรวมทั้งความเครียด วิตกกังวล และความเศร้า ถ้าบุคคลมีอารมณ์ทางลบ อาจส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง

2. การมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี เป็นมุมมองของบุคคลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตในทางบวก เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคกับความยากลำบากในชีวิต การมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความหวังที่จะเผชิญกับปัญหา เพื่อที่จะให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในเชิงบวก และก้าวผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้เหมาะสม

ความหมายของการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี เป็นมุมมองของบุคคลที่มีความเชื่อและมีความคาดหวังในทางบวกกับชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ ถึงแม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาและผิดพลาดในชีวิต มักมองหาโอกาสที่ดีได้ตลอดจนเชื่อว่าสิ่งที่เลวร้ายจะผ่านไปไม่ช้า (วรรตฉันทน์ ชุษณะโชติ และคณะ,

2561) การมองโลกในแง่ดี จะทำให้บุคคลมองว่าสถานการณ์ที่ดีนั้นมักเกิดจากตนเองและสม่ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่สถานการณ์อื่นที่ดีด้วย และหากมีสถานการณ์ที่ไม่ดี บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมีทัศนคติต่อสถานการณ์นั้นว่าเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง เกิดเพียงชั่วคราว และพร้อมที่จะเผชิญหน้าและแก้ปัญหาด้วยการยอมรับ (แคทรียา มณีรัตน์, 2552) สอดคล้องกับ Seligman (1990) อธิบายการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ว่าเป็นการมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่า การไม่ประสบความสำเร็จเป็นเพียงความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทายและพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการมองโลกในแง่ดีนั้นมักเกิดจากการที่บุคคลยอมรับสภาพความลำบากที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง แต่มองว่ายังมีหนทางที่จะประสบความสำเร็จ และพยายามมองหาสิ่งที่ดีของเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้น โดยที่ไม่เสแสร้งว่าสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่เป็นการมองอย่างเข้าใจ ยอมรับได้แม้กระทั่งเหตุการณ์นั้นด้านลบ แต่จะมองด้านบวกเพื่อให้เป็นประโยชน์ ผ่านอุปสรรคไปได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2541 อ้างถึงใน วรรัดนันท์ ชุมน โขติ และคณะ, 2561) Scheier and Carver (1985) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นความคาดหวังของบุคคลต่อเป้าหมายในอนาคตว่าจะได้รับผลตอบแทนที่ดี หากมีความพยายาม ความอดทนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีความมั่นใจและความกระตือรือร้น ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยการใช้สติและเหตุผลมากกว่าการใช้อารมณ์ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย เมื่อต้องเจอสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อุปสรรค หรือความยากลำบากในชีวิต มักแสดงออกทางความรู้สึกด้านที่เป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจ ทำให้บุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกด้านลบ เช่น ความกังวล ความเศร้า ความเครียด หรือรู้สึกหมดหวัง (Scheier et al., 2001 อ้างถึงใน เกรียงศักดิ์ เฟื่องฟูพงศ์, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของการมองโลกในแง่ดี สามารถสรุปได้ว่าการมองโลกในแง่ดี เป็นการมองมุมทางบวกต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อุปสรรค หรือ ความยากลำบากในชีวิต โดยการยอมรับสภาพปัญหานั้นอย่างเข้าใจ ว่าเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น มีคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี แม้ว่าจะต้องเจอสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคหรือปัญหาที่มักจะมองหาโอกาสที่ดี เพื่อให้ตนเองผ่านพ้นกับอุปสรรคที่ประสบไปได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการมองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความทุกข์ใจ และแสดงออกในอารมณ์ด้านลบออกมา

องค์ประกอบของการมองโลกในแง่ดี

Seligman ผู้บุกเบิกเกี่ยวกับแนวคิดการมองโลกในแง่ดี ได้อธิบายขององค์ประกอบของการมองโลกในแง่ดี ที่ประกอบด้วยกัน 3 มิติ Seligman (1990) ดังนี้

มิติที่ 1 ความคงทนถาวร (Temporary VS Permanence) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือเกิดขึ้นอย่างถาวร (Permanent) และเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (Temporary)

สำหรับบุคคลที่มองโลกในแง่ดี สามารถทำความเข้าใจได้ว่าเรื่องร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราว ส่วนสิ่งดี ๆ จะเกิดขึ้นอยู่เสมอ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย ทำความเข้าใจได้ว่าสิ่ง ที่เกิดขึ้นเป็นแบบถาวร และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และมองว่าเรื่องดี ๆ จะเกิดเพียงชั่วคราว

มิติที่ 2 การแผ่ขยาย (Pervasiveness) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความเฉพาะเจาะจง ซึ่ง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจง (Specific) และเกิดขึ้นอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Universal) สำหรับบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดเฉพาะสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่วนสิ่งดี ๆ จะเกิดในทุกเรื่อง สำหรับบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายจะรู้สึกว่สิ่งร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับทุก สิ่งที่เกี่ยวข้อง และเชื่อว่าสิ่งดี ๆ จะเกิดเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น

มิติที่ 3 แหล่งกำเนิดสาเหตุ (Personalization) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับตัวของบุคคล ซึ่ง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ต้นเหตุจากตนเอง (Internal) และต้นเหตุจากสิ่งอื่นภายนอก (External) สำหรับ บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากสิ่งอื่น ๆ ส่วนสิ่งดี ๆ นั้นเกิดจากตนเอง ซึ่งผู้ที่ ดำเนินชีวิตหรือสถานการณ์ภายนอกนั้นจะไม่สูญเสียความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สำหรับผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเกิดเพราะตนเอง ส่วนสิ่งดีนั้นเกิดจากสิ่งอื่น ๆ ซึ่งผู้ที่ดำเนินชีวิตนั้น เมื่อล้มเหลวจะเป็นบุคคลที่รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-esteem)

Scheier and Carver (1992) ได้อธิบายการมองโลกในแง่ดีว่าประกอบไปด้วย เป้าหมาย (Goal) คุณค่า (Value) และความคาดหวัง (Expectancies) ถึงผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต บุคคลที่มีการ มองโลกในแง่ดีจะมีวิธีการของการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลที่ มองโลกในแง่ดี (Optimism) และบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ในด้านการเผชิญกับความ ทำทาย พบว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมีความพยายาม และความมั่นใจ ในการเผชิญหน้ากับ ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย จะมีความลังเล ความสงสัยหรือ ความไม่มั่นใจ เมื่อต้องเจอสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอุปสรรคและยากลำบาก จะทำให้บุคคลแสดง ความรู้สึกด้านที่ทุกข์หรือความไม่สบายใจออกมา บุคคลเหล่านี้จะมีความรู้สึกกังวล ความเศร้า ความเครียด หรือรู้สึกหมดหวังในชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า บุคคลที่มีการมองโลกในแง่ดี เมื่อมีเหตุการณ์ที่ เป็นปัญหากระทบ บุคคลนั้นจะมองปัญหาที่เข้ามา เกิดขึ้นเพียงแค่ชั่วคราว ไม่ตลอดไป และ ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกเรื่องของการกระทำของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลมีความเข้าใจกับปัญหา ไม่ดำเนิน หรือสูญเสียคุณค่าในตัวเอง อีกทั้งการมองโลกในแง่ดีนั้นสามารถทำให้บุคคลมองเห็นเป้าหมาย มี ความหวังและคาดหวังว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นในอนาคต มีความมุ่งมั่น ต่อให้ประสบกับเหตุการณ์ที่ เป็นปัญหาหรืออุปสรรค สามารถหาวิธีที่จะจัดการกับปัญหา และแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิด เป็นความสมดุลทางจิตใจ และดำเนินชีวิตกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นปกติสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีพบการศึกษาของทรงเกียรติ ล้นหลาม และคณะ (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า นักศึกษาที่มีบุคลิกวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมองโลกในแง่ดีในทิศทางลบ ($Bata = -0.29, p < .05$) และบุคลิกภาพวิตกกังวลยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง ($Bata = -0.40, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาการเห็นคุณค่าในตัวเองของวัยรุ่น จำนวน 100 คน ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาล พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.639, p < .01$) ซึ่งการที่บุคคลมีการมองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะมีสภาวะอารมณ์ในทิศทางลบ ทำให้ประเมินตนเองไม่ดี รู้สึกไม่พอใจในสภาพของตนเอง มองตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ เป็นปมด้อย รู้สึกวิตกกังวล และไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคตได้ (พนิดา จักรทรานต์, 2559) อีกทั้งการศึกษาของ จินห์จุกา ซัยเสนา และคณะ (2558) ที่ศึกษาการมองโลกในแง่ดีกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ($r = -0.067, p < .01$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ วรรตถ์นันท์ ชุชนะโชติ (2561) ที่ศึกษาการมองโลกในแง่ดีกับความความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ($r = .795, p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามี ทักษคติเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถผ่านพ้นอุปสรรคในชีวิตไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะของปัจจัยปกป้องต่ออารมณ์ทางลบ หากบุคคลมีการมองโลกในแง่ดีน้อย เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตอาจจะก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และมีความเศร้าได้ง่าย ซึ่งเป็นการแสดงออกของอารมณ์ทางลบ

3. พลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลต่อการฟื้นตัวกลับมาสู่ภาวะที่ปกติ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ยากลำบากในชีวิต บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีสามารถปรับตัว และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ความหมายของพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต เป็นการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องพบเจอสถานการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิต ได้อย่างสำเร็จ เป็นการแสดงถึงสุขภาพจิตที่ดีและเข้มแข็งที่จะเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต (Adversity of life) การจัดการกับสถานการณ์ความตึงเครียด (Stressful life event) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การฟื้นตัว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในทางที่ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552; Wagnild & Young, 1993) นอกจากนี้พลังสุขภาพจิตยังเป็นการแสดงออกถึงศักยภาพของบุคคล ในการฟื้นตัว การลดความรุนแรงและการผ่านพ้นภาวะที่ยากลำบาก จากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญไปได้ด้วยดี และพลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาได้ (Grothberg, 1999 อ้างถึงใน ขวัญธิดา พิมพ์การ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของพลังสุขภาพจิต สามารถสรุปได้ว่าพลังสุขภาพจิต เป็นเป็นความสามารถของบุคคลต่อการปรับตัวกับความยากลำบาก และมีการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ อีกทั้งยังเป็นศักยภาพของบุคคลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ ในการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรค และสามารถผ่านพ้นไปได้ โดยพัฒนาผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ที่ยากลำบาก จนทำให้บุคคลเกิดพลังใจได้

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

Grotberg (1995) กล่าวว่า เพื่อเอาชนะความโชคร้ายบุคคลจะใช้แหล่งที่มาของภูมิคุ้มกันทางใจ 15 แหล่งจัดเป็นด้านหลัก ๆ 3 ด้าน แต่ละด้านมี 5 แหล่งที่มา ดังต่อไปนี้

1. ฉันมี (I have)

- 1.1 บุคคลรอบข้างที่ฉันไว้วางใจและรักฉัน ไม่ว่าเกี่ยวกับเรื่องอะไรก็ตาม
- 1.2 บุคคลที่วางกรอบให้ฉันดังนั้นฉันจึงรู้ว่าเมื่อไหร่ฉันจะยับยั้งตนเองก่อนที่อันตรายหรือปัญหาจะเกิดขึ้น
- 1.3 บุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิธีการกระทำในสิ่งที่ถูกต้องเช่นเดียวกับที่บุคคลดังกล่าวกระทำ

1.4 บุคคลซึ่งต้องการให้ฉันฝึกฝนที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

1.5 บุคคลซึ่งช่วยฉันในยามเจ็บป่วยอยู่ในอันตรายหรือจำเป็นต้องมีการเรียนรู้

2. ฉันเป็น (I am)

2.1 บุคคลที่ผู้อื่นชอบและรัก

2.2 บุคคลที่จะทำสิ่งที่ดี ๆ สำหรับผู้อื่นและแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของฉัน

2.3 บุคคลที่นับถือตนเองและผู้อื่น

2.4 บุคคลที่เต็มใจที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ

2.5 บุคคลที่มั่นใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะดำเนินไปด้วยดี

3. ฉันสามารถ (I can)

3.1 พุดกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ฉันหวาดกลัวหรือสิ่งที่ทำให้ฉันกังวลใจ

3.2 หาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ฉันประสบ

3.3 ควบคุมตนเองเมื่อฉันรู้สึกว่าการกำลังทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นสิ่งที่อันตราย

3.4 เข้าใจเป็นอย่างดีว่าเวลาใดที่มีความเหมาะสมที่จะพูดหรือปฏิบัติต่อผู้อื่น

3.5 มองหาผู้ให้ความช่วยเหลือเมื่อฉันต้องการ

กรมสุขภาพจิต (2552) ได้อธิบายว่า พลังสุขภาพจิตที่ดีจะต้องประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้

1. พลังฮึด หรือ ด้านทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ ไม่อ่อนไหวง่ายเมื่อถูกกระตุ้น ไม่เครียด มีความคงทนต่อความกดดันได้

2. พลังฮึด หรือ ด้านการมีขวัญและกำลังใจ หมายถึง จิตใจที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมายที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีกำลังที่จะดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน พลังใจอาจสร้างได้จากภายในตัวเอง หรือมาจากบุคคลรอบข้าง

3. พลังสู้ หรือ ความสามารถจัดการแก้ไขปัญหา หมายถึง มีความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ การไม่หนีปัญหา หาคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้าง การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีพลังสุขภาพจิตที่ดีได้นั้นต้องประกอบไปด้วย I am , I have และ I can นอกจากนี้พลังสุขภาพจิตยังเป็นพลัง ฮึด ฮึด สู้ เพื่อให้บุคคลมีความคงทนทางอารมณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอยต่อการจัดการกับปัญหา และสามารถแก้ไขอุปสรรคที่เข้ามาได้ ทำให้บุคคลสามารถฟื้นคืนสภาพกลับสู่ภาวะปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ พลังสุขภาพจิต พบการศึกษาของโสภณ แสงอ่อน และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาสไทย ในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง จำนวน 399 คน พบว่า พลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาส ($r = -.229, p < .01$) การศึกษาของ ภพธรรม วิชาดี (2560) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุกับพลังสุขภาพจิต พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = -.22, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ (2561) ที่ศึกษา ภาวะซึมเศร้ากับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 161 คน ในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับ พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ($r = -.45, p < .001$) ซึ่งหมายความว่า หากบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจจะทำให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น มีความอดทน สอดคล้องกับการศึกษาของ Funk and Houston (1987 อ้างถึงใน ภพธรรม วิชาดี, 2560) ที่พบว่า พลังสุขภาพจิตที่ระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ เกษร สายธนู (2562) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่ง

ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 270 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลัง
 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = -.204, p < .01$) การศึกษาของ เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญภา
 แดงค้อมยุทธ์ (2556) ที่ศึกษาความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 จำนวน 168 คน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 ($r = -.23, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาพลังสุขภาพจิตต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่า
 ตัวตาย ในรูปแบบโปรแกรม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับ
 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาล
 ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,
 2557) ซึ่งสะท้อนว่า หากบุคคลมีพลังสุขภาพจิตดี จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าและการมีความคิดที่จะ
 พยายามฆ่าตัวตายลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดี อาจจะมี
 ลดอารมณ์ทางลบได้ เนื่องจากพลังสุขภาพจิตนั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา
 และทำให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีพลังสุขภาพจิตต่ำ อาจจะทำให้
 อารมณ์ทางลบมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคล ที่รับรู้ได้ถึง การได้รับความช่วยเหลือ
 ในแต่ละด้าน จนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกได้ว่าตัวเองมีคุณค่า มีคนคอยสนับสนุน เป็นส่วนหนึ่งของ
 สังคมมีสิ่งที่ยคอยช่วยประคับประคองจิตใจ ส่งผลให้บุคคลจัดการและแก้ไขปัญหาได้ดี มีแรงต่อสู้
 กับปัญหา มีความหวังที่จะเดินไปข้างหน้า และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนมาจากบุคคลอื่น ทั้งที่เป็น
 คนในครอบครัว หรือจากสถานที่ทำงาน แม้กระทั่งเพื่อนร่วมงานหรือสังคม มีความสัมพันธ์ซึ่งกัน
 และกันเสมอ เมื่อบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า
 มีความสำคัญ มีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไป
 อย่างเป็นปกติสุข (นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2557) การสนับสนุนทางสังคม
 ที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีประสบการณ์ในด้านที่ดี มีความสุข สามารถ
 จัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ เมื่อต้องเจอกับปัญหาในชีวิตบุคคลจะสามารถปรับตัว
 และเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (กัญญ์สิริ จันท์เจริญ และสุกัญญา นัครามนตร, 2559) นอกจากนี้การ
 สนับสนุนทางสังคม ยังหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวบุคคลนั้นเชื่อว่า มี

บุคคลอื่นให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของ เครือข่ายสังคม (Cobb, 1976) ในการศึกษาของ Schaefer et al. (1981) ได้อธิบายเกี่ยวกับสนับสนุน ทางสังคมว่า เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร ที่ช่วย ประคับประคองจิตใจให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ Brandt and Weinert (1985) ยังได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่บุคคล ได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการ สนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weinert (2000) สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. ด้านความรักความผูกพัน (Attachment) คือ การที่บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคน รัก คนเอาใจใส่ รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกอ้างว้าง หรือโดดเดี่ยวได้
2. ด้านการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) คือ การที่บุคคลเกิด ความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ช่วยลดการแยกตัวออกจากสังคม และลด ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต
3. ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น (Opportunity of nurturance) คือ การที่บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น สามารถเป็นที่พึ่งพาและช่วยเหลือ ให้กับผู้อื่นได้
4. ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) คือ การที่บุคคลรู้สึก ว่าตนเองมีความสามารถ มีความน่าเคารพนับถือทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ (Assistance/ guidance) คือ การที่ บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ เงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้ ทำให้รู้สึกมีความหวังในชีวิต และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเองได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายและประเภทของการสนับสนุนทาง สังคม สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้อื่น รับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วย ด้านความรักความผูกพัน ด้าน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ด้านการรับรู้ ถึงคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ การสนับสนุน ทางสังคมที่ดีจะมีส่วนช่วยประคับประคองจิตใจให้สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบการศึกษาของ โสภิน แสงอ่อน และคณะ (2561) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนอช้อยโอกาส ไทยในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง จำนวน 399 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนอช้อยโอกาส ($r = -.142, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ

ประยูรศรี ศรีจันทร์ และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ จำนวน 100 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ ($r = -.313, p < .01$) และการศึกษาของ ภัทธราภรณ์ วรสิรินารา (2561) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการแสดงออกของอารมณ์ทางลบของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 110 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบของผู้ดูแล ($r = -.59, p < .05$) การศึกษาของ ปุณิกา กิตติกุลธนนันท์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 242 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -.277, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี มีโอกาสที่จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่คอยปกป้อง และช่วยเหลือให้บุคคลผ่านพ้นวิกฤติในชีวิตได้ ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมน่าจะสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นปัจจัยปกป้องอารมณ์ทางลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จะเห็นได้ว่าอารมณ์ทางลบมีความสำคัญ และมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ แต่ในการศึกษาในคนไร้ที่พึ่งที่ไม่มีอาการทางจิต กับอารมณ์ทางลบที่ประกอบไปด้วย ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้ายังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบในคนไร้ที่พึ่ง ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแล เพื่อลดอารมณ์ทางลบ อีกทั้งยังป้องกันการเกิด โรคจิตเวชในอนาคต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองไร้ที่พึ่งต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ คนไร้ที่พึ่งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี ได้แก่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี (จำนวน 583 คน) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี (จำนวน 474 คน) รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,020 คน (กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต, 2562)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ คนไร้ที่พึ่งที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงรัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 100 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การเข้าเข้า (Inclusion Criteria)

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมากกว่า 6 เดือน
3. สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่ามีโรคทางจิตเวช

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัวแปร สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล .27 (ปฎิภา กิตติคุณนันท์ และคณะ, 2562) ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .80 (Hair et al., 2010 อ้างถึงใน จันทนา จุฑาวรรณะ และคณะ, 2563) จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.2 จากการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่าง 83 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของ

ข้อมูลแบบประเมิน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 17 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 100 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทำทะเบียนรายชื่อคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงชัยบุรี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนประชากร 583 คน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่าง 57 คน สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี มีจำนวนประชากร 474 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 43 คน
2. ผู้วิจัยจะสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อแต่ละสถานด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบประเมินชนิดเลือกตอบด้วยตัวเองแบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาเหตุการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์ทางลบ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด (Depression, anxiety, and stress scale, DASS-21) เป็นแบบวัดที่สร้างโดย Lovibond and Lovibond (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย Oei et al. (2013) การตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแบบ Likert scale ซึ่งเป็นการประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง มีข้อความจำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเศร้า 7 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 3, 5, 10, 13, 16, 17 และ 21 ด้าน ความวิตกกังวล 7 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 2, 4, 7, 9, 15, 19 และ 20 ด้านความเครียด 7 ข้อ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 1, 6, 8, 11, 12, 14 และ 18 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

3 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับข้อเท็จจริงมาก หรือ เกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับข้อเท็จจริงหรือ เกิดขึ้นบ่อย
1 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับข้อเท็จจริงบ้าง หรือ เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
0 คะแนน	หมายถึง	ไม่ตรงกับข้อเท็จจริงเลย

การแปลผล โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ซึ่งคะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง

0-63 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คน ไร้ที่พึ่งมีอารมณ์ทางลบมาก คะแนนต่ำ หมายถึง คน ไร้ที่พึ่งมีอารมณ์ทางลบน้อย

แบบประเมินนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ได้มีการนำแบบวัดนี้มาทดลองใช้เพื่อประเมินอารมณ์ทางลบในกลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชเด็กแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .64-.89 (สมมติ อนันต์ปฏิวธ, 2560) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมิน Depression, anxiety, and stress scale (DASS-21) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมกับกลุ่มอารมณ์ทางลบที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตามแบบ Likert scale ประกอบไปด้วย ข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 ที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย ข้อที่ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 ด้านจิตใจ ประกอบไปด้วย ข้อที่ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบไปด้วย ข้อที่ 13, 14, และ 25 ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย ข้อที่ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

การแปลผล โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คน ไร้ที่พึ่งมีคุณภาพชีวิตดี คะแนนต่ำ หมายถึง คน ไร้ที่พึ่งมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

แบบประเมินนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ได้มีการนำแบบวัดนี้มาทดลองใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชาชนไทยที่อายุ 16 ปี ขึ้นไป ในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2541 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) และได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .91 (วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, 2562)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการมองโลกในแง่ดี มาจากการศึกษาของ จารูวรรณ ขอกระมัง (2554) ที่พัฒนา มาจาก The Life Orientation Test [LOT] ของ Scheier and Carver (1992) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแบบ Likert scale ประกอบไปด้วย ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8 และ 10 ข้อ คำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7 และ 9 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	0
เห็นด้วย	3	1
ปานกลาง	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	4

การแปลผล โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้ว จึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คน ไรที่พึงมองโลกในแง่ดีมาก คะแนนต่ำ หมายถึง คน ไรที่พึงมองโลกในแง่ดีน้อย

แบบประเมินนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ได้มีการนำแบบวัดนี้มาทดลองใช้ในกลุ่มหัวหน้าแผนกการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .76 (จารูวรรณ ขอกระมัง, 2554) และได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .90 (วรรตถันันท์ ชุษณะโชติ, 2561)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2552) มีข้อคำถาม 20 ข้อ โดยการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ ด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15 และ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
จริงมาก	4	1
ค่อนข้างจริง	3	2
จริงบางครั้ง	2	3
ไม่จริง	1	4

การแปลผล โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้ว จึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คน ไร้วัดที่มีพลังสุขภาพจิตมาก คะแนนต่ำ หมายถึง คน ไร้วัดที่มีพลังสุขภาพจิตน้อย

แบบประเมินนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว มีการนำแบบวัดนี้มาทดลองใช้ในบุคคลทั่วไปที่มีอายุ 25-59 ปี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .74 (กรมสุขภาพจิต, 2552) และได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .74 (ศิริพร บุรณกุลกิจการ และคณะ, 2561)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ส่วนที่ 2 (PRQ 2) พัฒนาโดย Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล (2548) มีคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 7 ระดับ ตามแบบ Likert scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรักความผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ด้านการได้ช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

7 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก
6 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
5 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
4 คะแนน	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
3 คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลผล โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 15-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คน ไร้วัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง คน ไร้วัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบบประเมินนี้เคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว มีการนำแบบวัดนี้มาทดลองใช้เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .95 (ประภาศรี ท่งมีผล, 2548) ยังมีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .90 (อรวรรณ วรรณชาติ, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินอารมณ์ทางลบ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงใด ๆ ซึ่งแบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว อีกทั้งยังเป็นแบบวัดที่ใช้ได้กับกลุ่มบุคคลทั่วไป ซึ่งข้อคำถามมีความใกล้เคียงและสามารถนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ต้องพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอารมณ์ทางลบ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับคนไร้ที่พึ่ง ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินอารมณ์ทางลบเท่ากับ .80, .85, .80, .91 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ดังนี้ ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการรับรองและอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม ฯ แล้ว รหัสจริยธรรม G-HS060/2564 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่ออธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เพื่อยื่นต่อผู้อำนวยการสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากทำการเก็บข้อมูลในช่วงการแพร่ระบาดของโรค

ไวรัสโควิด-19 เพื่อให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของสถานศึกษาคุ่มครอง ๆ ที่ห้ามบุคคลภายนอกเข้า ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยที่ทำการคัดเลือกไว้ 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในสถานศึกษาคุ่มครองคนไร้ที่พึ่งอย่างน้อย 1 ปี เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลา รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร ผลของการศึกษานี้จะใช้ในทางวิชาการและตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเสร็จสิ้น ผู้ช่วยวิจัยได้นำแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ของปิดผนึกไว้ ส่งข้อมูลให้กับผู้วิจัย ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อสาธารณะ กรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทันที ถ้าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และในกรณีที่พบผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการแสดงของอารมณ์ทางลบขณะทำแบบประเมิน เช่น มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือมีท่าทีอึดอัดใจ ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าไปพูดคุยให้กำลังใจ หากไม่ดีขึ้น ผู้ช่วยวิจัยจะส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ประจำสถานศึกษาคุ่มครองดูแลต่อไป โดยยินดีให้กลุ่มตัวอย่างยุติการทำแบบประเมินนั้นได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังเค้าโครงวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลลงนามโดยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปนำเสนอถึงอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเพื่อขอเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างคนไร้ที่พึ่งชายและหญิง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่oprสานงานกับสถานศึกษาคุ่มครองคนไร้ที่พึ่งทั้งสองแห่งเพื่อขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการสถานศึกษาคุ่มครองคนไร้ที่พึ่ง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-2019 ผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกที่ไม่สามารถจะเข้าไปในสถานศึกษาคุ่มครองได้ ตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-2019 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในสถานศึกษาคุ่มครอง

และทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ รวมทั้งแบบประเมินทั้งหมดให้ผู้ช่วยวิจัยได้ศึกษา พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมประชุมออนไลน์โดยผ่านโปรแกรม Zoom ร่วมด้วย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทะเบียนรายชื่อคนไว้ที่พืงในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พืงทั้งสองแห่ง แล้วนำมาสุ่มแบบอย่างง่าย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจนกว่าจะครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยทำการประสานขอความอนุเคราะห์การใช้สถานที่จากสถานคุ้มครองคนไร้ที่พืงทั้งสองแห่ง จากนั้นดำเนินการโดยให้ผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง มีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และเชิญเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายวัน เวลา สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่กำหนด ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก บรรยากาศที่มีความเหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID -19) ผู้วิจัยตระหนักถึงมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID -19) ดังนี้ 1) วัดอุณหภูมิร่างกายให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ 2) สังเกตอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก มีผื่นแดงตามร่างกาย 3) แจกหน้ากากอนามัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน 4) ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 5) จัดที่นั่งโดยจัดเว้นระยะห่างระหว่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร ตามแนวทางของการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) พร้อมทั้งทำสัญลักษณ์แสดงจุดตำแหน่งชัดเจน

4. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการทำแบบประเมินโดยประมาณ 60-90 นาที และย้ำเตือนให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมินให้ครบถ้วนก่อนใส่ซองปิดผนึกให้ผู้ช่วยวิจัย ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ผู้ช่วยวิจัยจะคอยสังเกตพฤติกรรมและอาการแสดงอารมณ์ทางลบทางสีหน้า ท่าทาง ในกรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของอารมณ์ทางลบเกิดขึ้นขณะทำแบบประเมิน อาทิเช่น มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ หรือมีท่าทีอึดอัดใจ ผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยเข้าไปแสดงความเข้าใจ สอบถาม

ความรู้สึก ปลอดภัยให้กำลังใจหรือพากลุ่มตัวอย่างไปส่งบสดีอารมณ์ในสถานที่เงียบสงบ
จนกว่าอาการของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น หากไม่ดีขึ้นผู้ช่วยวิจัยจะส่งต่อให้พยาบาลและแพทย์ประจำ
สถานคุ้มครองดูแลต่อไป และยินดีให้กลุ่มตัวอย่างถอนตัวหรือยุติการตอบแบบประเมินนั้นได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม
สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนของอารมณ์ทางลบ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต
และการสนับสนุนทางสังคม นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ทางลบ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี
พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
(Pearson's correlation coefficient) กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555) ดังนี้
ค่าสหสัมพันธ์ (R) ตั้งแต่ 0.00 ถึง 0.20 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (R) ตั้งแต่ 0.21 ถึง 0.40 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (R) ตั้งแต่ 0.41 ถึง 0.60 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (R) ตั้งแต่ 0.61 ถึง 0.80 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (R) ตั้งแต่ 0.81 ถึง 1.00 ถือว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

บทที่ 4

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ คนไร้ที่พึ่งที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงชาญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 100 คน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 การแจกแจงค่าความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 100$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	57	57.00
หญิง	43	43.00
2. อายุ		
18-30 ปี	10	10.30
31-40 ปี	15	15.30
41-50 ปี	24	23.80
51-60 ปี	21	20.80
61-70 ปี	22	21.80
68 ปีขึ้นไป	8	8.00
$(M = 51.43, SD = 14.69, Min = 21, Max = 79)$		
3. ระดับคุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	30	30.10
ประถมศึกษา	29	29.10
มัธยมศึกษา	26	25.90
อนุปริญญา หรือ ปวส.	12	11.90
ปริญญาตรี	3	3.00
4. สาเหตุการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง		
ปัญหาครอบครัว	56	55.80
ต้องการมีอาชีพ	25	24.90
ปัญหาเรื่องสุขภาพ	10	9.90
ชอบอิสระ	9	9.40

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง		
น้อยกว่า 1 ปี (6 เดือนขึ้นไป)	18	17.80
1-2 ปี	18	17.80
3-4 ปี	11	10.90
มากกว่า 5 ปี	53	52.50
6. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	84	83.80
มีโรคประจำตัว	16	16.20

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.00 และเพศหญิงร้อยละ 43.00 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.43 ปี ($SD = 14.69$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 30.10 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นเพราะปัญหาครอบครัว ร้อยละ 55.80 ได้พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.50 และยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.80

ตอนที่ 2 ข้อมูลอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง
($n = 100$)

อารมณ์ทางลบ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
อารมณ์ทางลบ (โดยรวม)	13.78	8.66	ต่ำ
อารมณ์ทางลบ (จำแนกตามด้าน)			
ความเศร้า	5.45	3.24	ต่ำ
ความวิตกกังวล	2.77	2.82	ปกติ
ความเครียด	4.86	2.99	ปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์ทางลบโดยรวมเท่ากับ 13.78 ($SD = 8.66$) ซึ่งถือว่าอารมณ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกตามด้านอารมณ์ทางลบ คะแนนรวมด้านความเศร้าเฉลี่ย 5.45 ($SD = 3.24$) จัดอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด อยู่ในระดับปกติ ($M = 2.77, 4.86; SD = 2.82, 2.99$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ความชุกของอารมณ์ทางลบยังพบว่ามีคนไร้ที่พึ่งกว่าร้อยละ 52.26 ($n = 52$) มีอารมณ์ทางลบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนความชุกของอารมณ์ทางลบจำแนกตามระดับ ($n = 100$)

ระดับอารมณ์ทางลบ	จำนวน	ร้อยละ
อารมณ์ทางลบในระดับปกติ	48	47.74
มีอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ	39	38.95
มีอารมณ์ทางลบในระดับปานกลาง	12	11.90
มีอารมณ์ทางลบในระดับรุนแรง	1	1.41

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 48 คน คะแนนอารมณ์ทางลบอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 47.74 และเมื่อพิจารณาตามระดับคะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับอารมณ์ทางลบในระดับต่ำถึงระดับรุนแรงจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.26

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษาในภาพรวม ($n = 100$)

ตัวแปร	M	SD	Range		ระดับ
			Possible	Actual	
คุณภาพชีวิต	76.68	11.50	26-130	52-118	ปานกลาง
การมองโลกในแง่ดี	19.83	3.46	0-40	11-30	ปานกลาง
พลังสุขภาพจิต	53.30	7.27	20-80	36-83	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	69.96	15.37	15-105	26-99	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมองโลกในแง่ดี จัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.68, 69.96, 19.83$; $SD = 11.50, 15.37, 3.46$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตจัดอยู่ในระดับต่ำ ($M = 53.30, SD = 7.27$)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่ออารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาต่ออารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ($n = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
อารมณ์ทางลบ	1				
คุณภาพชีวิต	-.219*	1			
การมองโลกในแง่ดี	-.225*	.322**	1		
พลังสุขภาพจิต	-.282**	.442**	.365**	1	
การสนับสนุนทางสังคม	-.209*	.395**	.421**	.508**	1

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอารมณ์ทางลบน้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.209$) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอารมณ์ทางลบในลำดับที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.219$) การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอารมณ์ทางลบในลำดับที่สามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.225$) ส่วนพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอารมณ์ทางลบในลำดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.282$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี และพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๓ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ๓ จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 2 แห่ง จำนวน 100 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ในงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วยแบบประเมิน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์ทางลบ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4) แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี 5) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และ 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแบบประเมินอารมณ์ทางลบ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๓ จังหวัดปทุมธานี ทั้ง 2 แห่ง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) เท่ากับ .85, .80, .85, .80 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 100 คน เป็นเพศชายร้อยละ 57.00 และเพศหญิงร้อยละ 43.00 อยู่ในช่วงอายุ 58-67 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.70 มีอายุเฉลี่ย 51.43 ปี ($SD = 14.69$) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.10 สาเหตุการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ส่วนใหญ่เพราะปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 55.80 ส่วนมากพักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้

ที่พึ่งเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.50 และพบว่าคนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.80

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอารมณ์ทางลบโดยรวมเท่ากับ 13.78 ($SD = 8.66$) จัดอยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนรวมด้านความเศร้าเฉลี่ย 5.45 ($SD = 3.24$) จัดอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด อยู่ในระดับปกติ ($M = 2.77$ และ 4.86; $SD = 2.82$ และ 2.99 ตามลำดับ) คะแนนคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และการมองโลกในแง่ดี จัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.68, 69.96, 19.83$; $SD = 11.50, 15.37, 3.46$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตจัดอยู่ในระดับต่ำ ($M = 53.30, SD = 7.27$)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี และพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.209, -.219, -.225, p < .05$ และ $-.282, p < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ภาวะอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 13.78 ($SD = 8.66$) เมื่อจำแนกตามระดับของอารมณ์ทางลบ พบว่ามีคนไร้ที่พึ่งกว่าร้อยละ 52.26 ($n = 52$) มีอารมณ์ทางลบ ซึ่งจากผลการศึกษาอารมณ์ทางลบรายด้านก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ทางลบในด้านความวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับปกติ ($M = 2.77, 4.86$; $SD = 2.82, 2.99$) และมีอารมณ์ทางลบด้านความเศร้าในระดับต่ำ ($M = 5.45, SD = 3.24$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง มากกว่าครึ่งของทั้งหมด (ร้อยละ 52.50) พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครอง เป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ซึ่งน่าจะสามารถปรับตัวเข้ากับระบบต่าง ๆ ของสถานคุ้มครอง ๆ มีความคุ้นเคยและปรับตัวเข้ากับเพื่อนที่อยู่อาศัยในสถานที่เดียวกันได้ นอกจากนี้ การมีสวัสดิการการดูแลในด้านปัจจัย 4 คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค รวมถึงสิ่งของเครื่องใช้จำเป็นในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตที่ทำให้มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) จึงเป็นเหตุผลที่อาจทำให้อารมณ์ทางลบภาพรวมของคนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี จัดอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานที่ที่มีการจัดสวัสดิการที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตตามปกติ ไม่ว่าจะเป็นสถานสงเคราะห์คนชรา หรือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (ภพธรรม วิชาดี, 2560) หรือไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย (สุหทัย โดสังวาล, 2563) อาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองมากกว่า 5 ปี สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้แล้ว (ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพรัตน์ โทกุล (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารายส่วนใหญ่ร้อยละ 52 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองเฉลี่ย 6.19 ปี นอกจากนี้อาจจะเกี่ยวเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.80) ไม่มีโรคประจำตัว สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ซึ่งสุขภาพร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ถ้าหากสภาพร่างกายมีความเจ็บป่วย จิตใจก็จะ เป็นทุกข์เช่นกัน (Miller & Iris, 2002, pp. 249–267 อ้างถึงใน ทิพย์อรุณ สมภู, 2552) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการได้รับสวัสดิการที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน มีความคุ้นเคยได้รับการยอมรับจากคนในสังคม รู้สึกเป็นที่รัก มีความผูกพัน มีความมั่นคงและปลอดภัยในการดำรงชีวิต ทำให้มีความเข้มแข็งทางใจสูง เมื่อเจอปัญหาในชีวิต สามารถควบคุมและเผชิญกับความเครียดได้ดี ทำให้ไม่มีภาวะซึมเศร้า (พิมพรัตน์ โทกุล, 2563; สุมนทิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561) หรือมีก็อยู่ในระดับต่ำ (ภพธรรม วิชาดี, 2560)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า อารมณ์ทางลบของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาทางด้านจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ด้านความเศร้า ถึงแม้จะอยู่ในระดับต่ำ แต่คนไร้ที่พึ่งกว่าร้อยละ 52.26 ($n = 52$) มีอารมณ์ทางลบ ดังนั้นหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง ๆ จึงไม่ควรมองข้ามเพราะคนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองมีโอกาสที่จะเกิดอารมณ์ทางลบที่รุนแรง และพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต หรือเจ็บป่วยทางจิตได้ในอนาคต (ภพธรรม วิชาดี, 2560; ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2559) คนไร้ที่พึ่งส่วนมากมีที่มาจากกรณีที่ไม่มีที่อยู่อาศัย คอยโอกาส สังคมไม่ยอมรับ ตกงาน ไม่มีรายได้ ไม่มีสวัสดิการ สภาพจิตใจที่เปราะบาง ขาดการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทำให้คนกลุ่มนี้ต้องไร้ที่พึ่ง จึงเป็นเหตุผลที่ต้องมาอยู่สถานคุ้มครอง ๆ (นภัสภรณ์ ใจทา, 2558) ซึ่งสิ่งเหล่านี้สะท้อนแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการส่งเสริมอารมณ์ทางบวก เพื่อเสริมสร้างความสุข โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต หรือกิจกรรมพัฒนาอาชีพ และมีการประเมินอารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอารมณ์ทางลบที่สามารถพัฒนาความรุนแรงในอนาคตได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี

2.1 การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.209, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ กับอารมณ์ทางลบ สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ดี ทำให้คนไร้ที่พึ่งมองว่าสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถจัดการได้ การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความมั่นคงทางจิตใจ จะส่งเสริมหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาของแต่ละคนได้ดีขึ้น (กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และสุกันยา นัครามนตรี, 2559) ลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ลดภาวะความเครียดในชีวิตประจำวัน เมื่อมีปัญหาที่กระทบด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น (จินตนา เหลืองศิริเชิธร, 2550)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภิติน แสงอ่อน และคณะ (2561) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.142, p < .05$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณิกา กิตติกุลธนันท์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.277, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมต่ำ สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 18.7 (Kabkumba, 2014) ดังนั้นหากคนไร้ที่พึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยลดและป้องกันการเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า ที่เป็นอารมณ์ทางลบได้

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ แม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่ใช่บุคคลทั่วไป แต่เป็นกลุ่มเฉพาะที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.50 มีปัญหาครอบครัวที่เป็นเหตุทำให้มาอยู่ในสถานคุ้มครอง ฯ การรับรู้ถึงปัญหาในครอบครัว อาจทำให้จำเป็นจะต้องยอมรับ เพื่ออยู่กับความจริง และลดความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แต่ผลการศึกษาก็ยังสะท้อนว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของบุคคล เพราะจะทำให้บุคคลรับรู้ได้ถึงความรัก เป็นที่ยอมรับและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของคนในสังคม รับรู้ได้ว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถให้ประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐาน (Basic need) ของบุคคล (Brandt & Weinert, 1985) และหากการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนนั้นมาจากครอบครัวจะยิ่งมีความหมายมาก เพราะการ

สนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลกับสุขภาพจิต สามารถลดความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (เสาวนิจ น้อยมงคล และคณะ, 2560) ซึ่งหากหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและมีการให้คำปรึกษาในครอบครัวเพื่อปรับความเข้าใจ รับรู้ปัญหา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ จะมีโอกาสทำให้คนกลุ่มนี้กลับไปใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัวได้ และลดการเกิดคนไร้ที่พึ่งรายใหม่ในอนาคต

2.2 คุณภาพชีวิต เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.219$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ กับอารมณ์ทางลบ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา แม้จะไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับอารมณ์ด้านลบโดยตรงแต่ก็เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของอารมณ์ด้านลบในการศึกษาครั้งนี้ เช่น การศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, 2562; สุหทัย โดสังวาลย์, 2563) สามารถอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุหทัย โดสังวาลย์ (2563) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.583$, $p < .001$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า (2562) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองจังหวัด นครสวรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40$, $p < .01$) จะเห็นได้ว่าเมื่อคุณภาพชีวิตดีขึ้น จะทำให้ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้าลดลงได้ และยังส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางบวก ที่เป็นความรู้สึกพอเพียง ความรู้สึกสบายใจ ความรู้สึกมั่นใจในการดำเนินชีวิต (ศูนย์วิทยาพัฒนา มสธ.อุตรธานี, 2564)

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคนไร้ที่พึ่งที่ได้รับโอกาสเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครอง ฯ คนไร้ที่พึ่งแล้ว จะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนที่ทำให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม การที่คนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง ได้มีคุณภาพที่ดีขึ้นจากการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ นั้นเป็นไปตามวิสัยทัศน์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการที่พยายามกระตุ้นให้คนไร้ที่พึ่งได้เข้าถึงสิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยทุกภาคส่วนจะมีส่วนร่วมด้วย (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2560) การได้รับการตอบสนองต่อความต้องการตามที่ความคาดหวังจนเกิดความพึงพอใจนั้น มีผลให้อารมณ์ทางลบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้าของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง ฯ อยู่ในระดับต่ำ

2.3 การมองโลกในแง่ดี เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.225, p < .05$) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับอารมณ์ทางลบ การมองโลกในแง่ดีนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมากที่จะช่วยลดอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากการมีมุมมองในมุมมองทางบวกจะทำให้บุคคลเชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต จึงมักจะดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและเชื่อมั่นว่าตนเองนั้นจะสามารถก้าวข้ามผ่านวิกฤตในชีวิตได้ (Scheier & Carver, 1992) ถ้าหากคนไร้ที่พึ่งมีการมองโลกในแง่ดี จะมองอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งท้าทายที่จะพยายามเอาชนะ มีความเชื่อและความหวังว่าตนเองสามารถจัดการกับปัญหาได้ รู้จักทำความเข้าใจกับปัญหา เพื่อให้ตนเองผ่อนคลาย และลดเครียดลงได้ ดังเช่นผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า คนไร้ที่พึ่งมีอารมณ์ทางลบในระดับต่ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองมากกว่า 5 ปี อาจจะสามารถปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกันได้ จึงมักจะมีอารมณ์ด้านลบน้อย นอกจากนี้ทางสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะมีการจัดกิจกรรมโดยเฉพาะเทศกาลวันสำคัญร่วมกัน เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันลอยกระทง วันพ่อและวันแม่ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (สุนันทิพย์ บุญเกิด และคณะ, 2561) อีกทั้งคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองจะได้รับการอบรมศีลธรรม และยังมีนักจิตวิทยาที่คอยให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านจิตใจ (ถกล สรรเสริญชูโชติ, 2558) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลปรับสภาพทางจิตใจให้ดีขึ้น

ผลการศึกษาคั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการมองโลกในแง่ดี สามารถนำมาช่วยลดอารมณ์ทางลบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมฉัตรพร ชลไพโร (2557) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.36$ และ $-.26, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Menendez et al. (2020) อ้างถึงใน สุกัญญา แก่นงูเหลือม (2563) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดี ทำให้คนไร้ที่พึ่งสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดี ลดความวิตกกังวลหรือความเศร้าได้

จากการศึกษาคั้งนี้สามารถยืนยันได้ว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบ ทั้งนี้การมองโลกในแง่ดีมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก ซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ผ่านการหล่อหลอมจากประสบการณ์ชีวิต และจะต้องฝึกฝนอยู่เสมอจนเป็นนิสัย แต่คนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครอง มักจะพบเจอกับประสบการณ์ที่ไม่ดีในชีวิต เช่น ถูกการทอดทิ้งจากครอบครัว ไร้ญาติไร้ที่พึ่ง มีชีวิตที่ลำบากก่อนเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครอง ทำให้คนกลุ่มนี้มีความคิดเชิงลบ ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า เครียด หรือวิตกกังวลได้ง่าย มุมมองการมองโลกในแง่บวกน้อย (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2559) จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาจะทำให้คนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัย

อยู่ในสถานคุ้มครองมีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ทางสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งควรมีกิจกรรมพัฒนาความคิดเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างการมองโลกในแง่ดี ให้คนไร้ที่พึ่งสามารถจัดการกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตได้

2.4 พลังสุขภาพจิต เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานีที่มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.282, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี พลังสุขภาพจิตนั้นมีส่วนช่วยลดอิทธิพลของอารมณ์ทางลบ รวมทั้งความเครียด ความกังวล และความเศร้าลดลงได้ (เสาวนิจ น้อยมงคล และคณะ, 2560) เนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจ บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงจะรู้จักควบคุมตัวเอง มีความอดทน อดกลั้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติจะสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยปราศจากปัญหาหรือโรคทางจิตเวชตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งการเกิดพลังสุขภาพจิตจะใช้เวลาของภูมิคุ้มกันทางใจ จากบุคคลที่วางกรอบในชีวิตเพื่อไม่ให้ดำเนินชีวิตสู่อันตราย มีคนช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย (Grotberg, 1995) อีกทั้งสถานคุ้มครองยังทำให้มั่นใจได้ว่าชีวิตของคนไร้ที่พึ่งจะดีขึ้น

ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภพธรรม วิชาดี (2560) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งอดทนในระดับสูง ($M = 187.9, SD = 15.1$) และคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 4.05, SD = 1.3$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็งสูง จะทำให้มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความอดทนภายใต้ความกดดันได้ เพื่อไม่ให้อารมณ์มาทำร้ายตนเอง เนื่องจากอารมณ์มีผลต่อความคิด โดยเฉพาะอารมณ์ทางลบ (โซควสันต์ อยู่สิงห์, 2562)

นอกจากนี้การศึกษาของ ภพธรรม วิชาดี (2560) ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งอดทนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220, p < .05$) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ (2561) ที่ศึกษา ภาวะซึมเศร้ากับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.45, p < .001$) กล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๆ โดยการให้คนไร้ที่พึ่งเห็นคุณค่าในตัวเอง จะสามารถลดความเศร้าลงได้ และหากคนไร้ที่พึ่งพลังสุขภาพจิตที่ต่ำ เมื่อเจอสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อาจทำให้เกิดอารมณ์ทางลบได้

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง ที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยทางบวก หรือปัจจัยสำคัญในการช่วยลดหรือปกป้องอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่ง เมื่อคนไร้ที่พึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จนมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เกิดเป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่นับได้ว่าเป็นความสุขของชีวิต ทั้งนี้บุคคลที่จะมีความสุขได้นั้น ขึ้นอยู่กับเลือกมองเหตุการณ์ในมุมมองหรือการมองโลกในแง่ดี จะช่วยให้เห็นข้อดีของปัญหามากกว่าความรุนแรงของปัญหานั้น เมื่อคนไร้ที่พึ่งมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาจนสำเร็จ ทำให้มีความเข้มแข็งอดทน มีความยืดหยุ่นที่จะปรับตัว เกิดเป็นพลังสุขภาพจิต ซึ่งคนไร้ที่พึ่งที่ศึกษาเป็นกลุ่มคนที่ไม่มีโรคทางจิตเวช ดังนั้นปัจจัยทั้งสิ้นนี้มีส่วนช่วยป้องกัน และอาจจะลดอารมณ์ทางลบที่รุนแรงในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี คุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมให้กับคนไร้ที่พึ่ง เพื่อป้องกันอารมณ์ทางลบ หรือควรมีการจัดอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์ทางลบ การจัดการอารมณ์ทางลบ และประเมินอารมณ์ทางลบอย่างต่อเนื่อง ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานคุ้มครอง ฯ หรือให้แก่คนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครอง ฯ โดยตรงได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันอารมณ์ทางลบในคนไร้ที่พึ่งต่อไป

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

พยาบาลหรือนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวิจัยและพัฒนาเป็นรูปแบบโปรแกรมเพื่อลดอารมณ์ทางลบ ที่ประกอบด้วยความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า ของคนไร้ที่พึ่ง ที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัชบุรี จังหวัดปทุมธานี และที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการของคนไร้ที่พึ่ง ปัญหาของคนไร้ที่พึ่งเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มย่อย ๆ ไป เพื่อให้เข้าใจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงและนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลกับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ทางลบในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กด้อยโอกาส เยาวชน บุคคลพิการ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่หลากหลาย และสามารถนำผลวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นได้



บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2559). รายงานการถอดบทเรียนการดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. กรุงเทพฯ: เจพรีนธ์.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2560). ยุทธศาสตร์การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2561-2564. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคม และสวัสดิการ.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพฯ: ดีไซน์คอนดักชั่น.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). คู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลัง อีดี ฮีต สู้ (เล่ม 1). นนทบุรี: บียอนด์พับลิชซิ่ง.
- กรณีศึกษา เรื่องเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราศรีตรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 32-47.
- กรณีการ์ ผ่อง โด และอรวรรณ ลือบุญรัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต. (2562). รายงานข้อมูลสถิติการคืนสู่สังคมของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งประจำเดือนกันยายน 2562. เข้าถึงได้จาก http://www.wpq.dsdw.go.th/index.php?m=newsupdate_public
- กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และสุกัญญา นครามนตร. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิต ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(2), 85-99.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกรียงศักดิ์ เฟื่องฟูวงศ์. (2554). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความผูกพันในงาน: กรณีศึกษาพนักงานบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องสำอางและยารักษาโรคแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม และองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เกษร สายชนู. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุรีพร ธนศิลป์. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27(1), 121-132.
- ขวัญธิดา พิมพ์การ. (2562). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของสตรีที่มีการสูญเสียสามีในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คัมภีร์พรรณ สาชิน. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 35(3), 98-111.
- แคทริยา มณีรัตน์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและความตั้งใจคงอยู่ในงาน: กรณีศึกษาบริษัทสำรวจและผลิตปิโตรเลียมชั้นนำแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรรยาภรณ์ พันธุ์ยิ้ม. (2557). คุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จักรพันธ์ โอฬาริกชาติ. (2561). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ, 28(1), 45-55.
- จันทนา จุฑาวรรณนะ, นันทชัชต์สัณห์ สกุลพงษ์, อัจฉรา ประเสริฐสิน, และมณฑิรา จารุเพ็ง. (2563). การวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบพฤติพล่งผู้สูงอายุไทยในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 40(3), 50-64.
- จารุวรรณ ขอดระฆัง. (2554). การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉันทจุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพันธ์, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(3), 1-13.

- จินตนา เหลืองศิริเชียร. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิรวรรณ ทองพ่ายพ์. (2559). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการขอตาน พ.ศ.2484. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากฎหมายมหาชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- จุฑามาศ แหนจอน. (2558). สมอกับอารมณ์: มหัศจรรย์ความเชื่อมโยง. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 13(3), 9-19.
- ชนัดดีพร ชลไพโร, สุชีรา ภัทรายุตรรัตน์, และเชียรชัยวัฒนา. (2557). ต้นทุนทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตในนิสิตหอพักหญิงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โชคสวัสดิ์ อยู่สิงห์. (2562). การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ในภาวะวิกฤติ. เข้าถึงได้จาก <https://oes.stou.ac.th>
- ณัฐชยา กำแพงแก้ว. (2562). การเสริมพลังอำนาจกับคนไร้บ้านด้วยแนวทางพระพุทธศาสนา. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 10(2), 342-355.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2559). การสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยความคิดเชิงบวก. วารสารพยาบาลตำรวจ, 8(2), 223-230.
- ถกล สรรเสริญชูโชติ. (2558). การศึกษากระบวนการฟื้นฟูศักยภาพคนไร้ที่พึ่งตามรูปแบบ ชัยบุรีโมเดล. สารนิพนธ์พัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทรงเกียรติ ถิ่นหลาม, พรณระพี สุทธิวรรณ, และสันทัต พรประเสริฐมานิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล การมองโลกในแง่ดี และการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 22(2), 91-96.
- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. (2556). การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21(7), 658-667.
- ทิพย์อรุณ สมภู. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ที่ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 113-124.
- ชนรัตน์ ทรงสมบูรณ์. (2563). การพัฒนาเครื่องมือประเมินพัฒนาการด้านอารมณ์สำหรับวัยเด็กตอนต้น. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 18(1), 233-246.
- ชญพร พรหมจันทร์. (2556). ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค และที่พักผู้สูงอายุของ เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนันต์ ศุภศิริ, สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, ชนะภูมิ รัตนานุกพงศ์, ปริญญา กิดิดำรงสุข และวิฑูรย์ โล่ สุนทร. (2561). การสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด สระบุรี. *วารสารแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์*, 62(2), 95-101.
- ชญญารัตน์ ใจเย็น. (2560). ภาวะสุขภาพจิตและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในเขตนิคมอุตสาหกรรมบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภัสภรณ์ ใจทา. (2558). ความต้องการของคนไร้บ้านในศูนย์สวัสดิ์วิทย์วัดหนู. วิทยานิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นริศรา พิงพิทักษ์ และฐาศุภกร จันประเสริฐ. (2557). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20(1), 36-51.
- นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 19(38), 105-118.
- นิภาพร พุ่มซ่อม และสุธิดา สิงหสุต. (2552). วิถีชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค 2. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญเลิศ เกิดไกร และชาติชาย คล้ายสุบรรณ. (2557). ปัจจัยด้านความเครียดกับคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรารังบุรี. *วารสารแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(1), 4-14.

- ประกาศศรี ท่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของ มารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประยูรศรี ศรีจันทร์, พวงเพชร เกษรสมุทร, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(1), 86-98.
- ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช. (2561). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานดี คงสมบัติ. (2563). *การจัดการกับอารมณ์ด้วยปัญญา*. เข้าถึงได้จาก https://www.baanjomyut.com/library_3/emotion_and_stress
- ปฐนิกา กิตติคุณนนท์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2562). ความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความแข็งแกร่งในชีวิตและการสนับสนุน ทางสังคม กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 137-155.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์, ศิริณพร บุสหงส์, และเชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 26(1), 187-199.
- พนิดา จักรทรานต์. (2559). การศึกษาการเห็นคุณค่าในตัวเองของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระ จอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 15(2), 102-109.
- พรรณปพร ด่วนเจริญศรี. (2562). *บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวช ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเพื่อคืนสู่สังคม*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหา บัณฑิต, สาขานโยบายและสวัสดิการสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรรณรพี ทรัพย์เจริญ. (2555). *การสนับสนุนทางสังคม ความขัดแย้งระหว่างการทำงานกับ ครอบครัว และความเครียดของพนักงาน: ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) กลุ่มธุรกิจ สาขาภาค ตะวันออก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยา อุตสาหกรรมและองค์กร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- พฤกษา ผาดิวรากร. (2558). *ภาวะสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรา รุ่งสันเทียะ. (2559). *อิทธิพลของการมองโลกในแง่ดี ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน โดยมีกลวิ ในการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรสื่อของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พัชรราวไล ควเรนตร. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 39-51.
- พิมพ์รัตน์ โทกุล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(2), 187-200.
- เพียงรัมภา บัญชาเมฆ และอริสา สำรอง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี คุณภาพชีวิตในการทำงานกับพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของพนักงานบริษัท ผลิตภัณฑ์เครื่องจักรแห่งหนึ่ง. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 17(1), 231-239.
- ภพธรรม วิชาติ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็ง อุดมทุนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 14(2), 51-57.
- ภัทรภรณ์ วรสินาร. (2561). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิมกร โดมมงคล. (2562). การคุ้มครองสิทธิและการเข้าถึงความยุติธรรมของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 27(1), 158-186.
- มานิช ชันทพิริยา. (2560). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลไชยสถาน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- มาลินี จุโฑปะมา. (2553). การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นสำคัญไฉนและจะสร้างได้อย่างไร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 2(2), 13-16.
- มูจรินทร์ พุทเมตตา. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มุลนิธิอิสรชน. (2559). *ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ*. เข้าถึงได้จาก www.issarachon.org
- ธณภูมิ สามีศักดิ์กรมย์. (2558). นิยามและมายาคติกับความเป็นจริงของคนไร้บ้าน ผ่านการสำรวจในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสังคม*, 40(2), 155-188.

- รพีพรรณ สารสมักร. (2558). ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคม ต่อความ
 รู้เหวของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รอหانا อีซอ. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จังหวัด
 ชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ดุขุภักดิ์บัณฑิต, สาขาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- รัตนกรณ ชูทอง, ภกวัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์, ณภัทวรรต บัวทอง, ยุพา หนูทอง, ชาตินันท์ อยู่สุข, ณัฐกุล
 รุ่งเรือง, นพพล หมัดอวา, พิระสิทธิ์ แซ่ลิ้ม, แพรนภา ชัยทวีทรัพย์, กัทรเนตร ชีเจริญ, เรณู
 จันทรสุวรรณ, และองค์อร สรายุทธพิทักษ์. (2562). ภาวะสุขภาพ จิตสภาพ และการปฏิบัติ
 หน้าที่ของครอบครัวใน นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งภาคใต้ของ
 ประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(4), 337-350.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2557, 23 ธันวาคม). พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557. เข้าถึงได้
 จาก <http://www.ratchakittha.soc.go.th>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2559, 29 เมษายน). พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559. เข้าถึงได้จาก
<http://web.krisdika.go.th>.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 กรุงเทพฯ: สิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- รุ่งชฎาพร ใจยา. (2558). การสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการในเขตเทศบาลเมืองลำพูน หวัดลำพูน.
 วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ลัญจนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญลย์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการ
 จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วงศ์สิริ แจ่มฟ้า. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัด นครสวรรค์.
 วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 11(2), 259-271.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2563). รายงานวิจัย ผู้สูงอายุในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. กรุงเทพฯ: จรัล
 สนิทวงศ์การพิมพ์.
- วรัตน์นันท์ ชูขณะ โชติ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยปกป้อง
 ที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ),
 373-381.

- วรลักษณ์ ดลประสิทธิ์. (2561). การเปรียบเทียบผลของการมองรูปภาพที่เร้าอารมณ์ต่อความรู้สึก
ระหว่างนักเรียนปกติ กับนักเรียนที่บกพร่องทางการเรียนรู้. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- วัลลภา กิตติมาสกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้า
ของวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิภารัตน์ วรหาร และชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ. (2561). สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไร้ที่พึ่งใน
สถาน สงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(3),
210-225.
- วิลาสินี สิทธิโสภณ. (2557). กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. กรุงเทพฯ: จรัลสันติวงศ์การ
พิมพ์
- ศิริพร นุรณกุลกิจการ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี.
(2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(1), 24-35.
- ศูนย์วิทยาพัฒนา มสธ. อุตรธานี. (2564). การควบคุมอารมณ์. เข้าถึงได้จาก
https://www.stou.ac.th/offices/rdec/udon/upload/societies3_4.html
- สถาบันพัฒนานโยบายและการจัดการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). *โครงการประเมินผลผลิต
โครงการสำคัญและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพองค์การ กรมพัฒนา
สังคมและสวัสดิการ ปี 2558*. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สมดี อนันต์ปฏิเวธ. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมประยุกต์ภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อ
ความสุขและอารมณ์เชิงลบ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา*, 31(3), 30-
44.
- สมสินธุ์ ฉายวิจิตร. (2563). ความเครียดกับสมองส่วนอมิกดาลา (Amygdala). เข้าถึงได้จาก
http://www.chanimc.org/doctor/detail_menu.php?id=48
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). ความต้องการการดูแล ในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 34(1), 71-88.

- สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชและสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุจิรา เนาวรัตน์. (2562). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจผู้ป่วยจิตเภทสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 13(1), 1-10.
- สุดารัตน์ แก้วกำเนิด. (2559). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองคนเร่ร่อน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากฎหมายมหาชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- สุบิน บึงอ้อ. (2560). *หนังสือเรียนสุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4*. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช (วพ.).
- สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2559). การรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88.
- สุมนทิพย์ บุญเกิด, ปวีณา ระบุว่าโพธิ์, สมฤดี ดীনวนพะเนา, ศรีญญา นาคสระน้อย, และกัลยา ใฝ่เกาะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 182-190.
- สุรศักดิ์ วงศ์ษา. (2564). สภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขกระบวนการดำเนินงานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและนิคมสร้างตนเอง. *วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(1), 104-119.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิณานนท์. (2558). *ตำราโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุหทัย ไตสังวาล. (2563). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74

- เสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, และวินัส ลิฬหกุล. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 85-98.
- โสภณิก พรหมตีบ. (2562). การให้บริการสวัสดิการสังคมคนไร้ที่พึ่ง กรณีศึกษา สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี, สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนอัยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.
- หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, และเกสร ศรีพิชญาการ. (2557). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแรงงานสตรีข้ามชาติ. *วารสารพยาบาล*, 44(3), 102-112.
- อณิสยา ชื่อดรง. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 58-70.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็น เบาหวาน. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 16(2), 309-322.
- อมรา ชูพลศักดิ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ โรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณ วรณชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ กลิ่นศิริ. (2561). *ตั้งสวรรค์ ปานอเวจี: การสร้างโลกแฟนตาซีของคนในสนามหลวง*. วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต, สาขาวิชาทัศนศิลป์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ฐาติมา เพชรนุ้ย และชมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์. (2561). ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยนครพนม*, 25(ฉบับพิเศษ), 132-139.
- อิสรา วุฒินุญไตรย์. (2558). *คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท*. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber medical division.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. Unpublished manuscript. University of Washington, School of Nursing, Washington, DC.
- Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the life orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Chang, E. C., & Lawrence, S. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of cognitive affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), 524-530.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coker AO. (2017) Psychiatric Morbidity among Residents of a Destitute Rehabilitation Centre in Lagos, South-western Nigeria. *The Nigerian Health Journal*, 17(2), 28-36
- Demoze, M. B., Angaw, D. A., & Mulat, H. (2018). Prevalence and associated factors of depression among orphan adolescents in Addis Ababa, Ethiopia. *Psychiatry Journal*, 2(1), 1-6.
- Edidin, J., Ganim, Z., Hunter, S., & Karnik, N. (2012). The mental and physical health of homeless youth. A literature review. *Psychiatry and Behavioral Neuroscience University of Chicago*, 43(3), 354-375.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (8th ed.). The Bernard Van Leer Foundation.
- Kabkumba C. (2014). Social support factor and depression in elderly: The difference between women and men. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(2), 71-81 (in Thai).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Reeve, J. (2018). *Understanding motivation and emotion*. Retrieved from https://en.wikiversity.org/wiki/Motivation_and_emotion/Readings/Textbooks/Reeve/2015
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon & Schuster.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Spilberger, D. C. (1972). Anxiety as An Emotional Stage. *In Current Trends in Theory and Research*, 1, 23-29.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Elsevier.
- Varcarolis, E.M. (2017). *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. St. Louis: Elsevier.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>
- World Health Organization [WHO]. (1997). *WHOQOL: Measuring quality-of-life*. Geneva: World Health Organization.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัส.....

แบบประเมินเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชัยบุรี
จังหวัดปทุมธานี

คำชี้แจง : แบบประเมินเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 6 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์ทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบประเมินเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินอารมณ์ทางลบ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามความเป็นจริงหรือตรงกับความรู้สึกของท่านให้ครบทุกข้อ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะปิดเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

นางสาวฟารีดา คชฤทธิ์

นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบประเมินเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับคุณวุฒิทางการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ปวช./ ปวส.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. สาเหตุการเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

ต้องการมีอาชีพ

ปัญหาครอบครัว

ปัญหาเรื่องสุขภาพ

ชอบอิสระ

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

ระยะเวลา น้อยกว่า 1 ปี (6 เดือนขึ้นไป)

ระยะเวลา 1-2 ปี

ระยะเวลา 3-4 ปี

ระยะเวลา มากกว่า 5 ปี

6. โรคประจำตัว

ไม่มีโรคประจำตัว

มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์ทางลบ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึก หรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ข้อความ	ไม่ เกิดขึ้น เลย	เกิดขึ้น บางครั้ง	เกิดขึ้น บ่อย	เกิดขึ้น บ่อยมาก ที่สุด
1.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์				
2.	ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง				
3.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ดีขึ้นเลย				
4.	ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้นผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออกแม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)				
5.	ข้าพเจ้ารู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก				
6.	ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป				
7.	ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)				
8.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมาก				
9.	.....			
10.	.....			
11.	.....			
18.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย				
19.	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นการหยุดเต้นของหัวใจ)				
20.	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ				
21.	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับ
ความรู้สึก หรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1.	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2.	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3.	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวัน)					
19.	.....				
20.	.....				
21.	.....				
22.	.....				
23.	.....				
24.	.....				
25.	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26.	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึก หรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ในช่วงเวลาที่ไม่นานอน ท่านมักคาดหวังว่าจะเกิดสิ่งที่ดีที่สุด					
2.	มันเป็นเรื่องง่ายสำหรับท่านในการผ่อนคลาย					
3.	ถ้ามีบางอย่างผิดพลาดเกิดขึ้นกับท่านมันก็จะเป็นอย่างนั้น					
4.	.....				
5.	.....				
6.	.....				
7.	.....				
8.	.....				
9.	ท่านแทบจะนับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านไม่ได้					
10.	.....				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกรหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
1.	เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว่าวุ่นใจนั่งไม่ติด				
2.	ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3.	เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดหรือผลที่ตามมา				
4.	ฉันยอมเคยทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5.	เวลาทุกข้ใจมาก ๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย				
6.	ฉันสอนและเตือนตัวเอง				
7.	ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น				
8.	ฉันไม่จดจำเรื่องเลวร้ายในอดีต				
13.	.....			
14.	.....			
15.	.....			
16.	.....			
17.	การแก้ปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18.	ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้				
19.	ฉันเตรียมหาทางออกไว้หากมีปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20.	ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับ
ความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	รายการ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย บางส่วน	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย บาง ส่วน	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย ยิ่ง
1.	ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย							
2.	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่มีความสำคัญ							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.	ท่านรู้สึกว่าคงเป็นที่ต้องการของคนอื่น ๆ							



ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : C:HS060/2564

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวพาริดา คชฤทธิ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี ตลอดจนปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบ ได้แก่ คุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย โดยข้าพเจ้าจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามให้ท่านรับทราบก่อน หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามนี้ สามารถซักถาม ข้าพเจ้าได้ตลอด การตอบแบบสอบถามโดยคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที และเมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยในครั้งนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้คำนึงมาตรการด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID -19) ดังนั้นก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูล ข้าพเจ้าจะจัดสถานที่ที่สงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีความเป็นส่วนตัวและมีกรเว้นระยะห่างระหว่างกัน 1-2 เมตร โดยการทำสัญลักษณ์แสดงจุดตำแหน่งที่ชัดเจน ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการแจกหน้ากากอนามัยให้สำหรับคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน พร้อมทั้งสังเกตผู้ที่มีอาการเสี่ยง เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก มีผื่นแดงบริเวณร่างกายและวัดอุณหภูมิร่างกายทุกคนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย หากท่านใดมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศา ข้าพเจ้าจะขอแจ้งงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ผลของการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งประโยชน์ทางตรงนั้นทำให้ท่านทราบถึงระดับอารมณ์ทางลบ ในกรณีที่พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับอารมณ์ทางลบสูง จะได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้คำปรึกษาบุคคลตามความสมัครใจ เพื่อลดระดับของอารมณ์ทางลบ และเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต ส่วนประโยชน์ทางอ้อมนั้น สามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญให้กับสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งได้รับทราบถึงอารมณ์ทางลบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบของท่าน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ท่านอาจจะได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากสถานคุ้มครองในครั้งหลัง อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการป้องกันและลดอารมณ์ทางลบที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตในคนไร้ที่พึ่งต่อไป



BUU-IRB Approved
5 Aug 2021

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในสถานคุ้มครอง และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบสอบถามต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวพัรริดา คชฤทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 083-1709937 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพากองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved
5 Aug 2021



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HSO60/2564

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ชัยภูมิ
จังหวัดปทุมธานี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในสถานคุ้มครอง และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยสู่สาธารณะได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปภาพรวมของผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสถานคุ้มครอง ฯ จะกระทำกรณีที่มีระดับอารมณ์ทางลบสูงที่ควรได้รับการช่วยเหลือต่อไปเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนามพยาน

(.....)

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม

ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วหัวแม่มือขวา.....ผู้ยินยอม

(.....)



ลงนาม BUU-IRB Approvedพยาน

5 Aug 2021
(.....)



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ IRB3-092/2564



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS060/2564

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ๕ หมู่บ้าน
จังหวัดปทุมธานี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวพัชรา คชฤทธิ์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564
6. เอกสารอื่นๆ ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 5 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ลงนาม นางสาวมรณ แยมประทุม
(นางสาวมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

00810
2.5.2564
14.14

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00382
วันที่ 1 มิ.ย. 2564
เวลา 13.39



ที่ อว ๘๓๙๓(๒๕)/ ๑๖๖๑๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

Handwritten signature

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือ ที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๐๕ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ตามที่ นางสาวพริดา คชฤทธิ์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองไร้ที่พึ่ง ัญบุรี จังหวัดปทุมธานี" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของคุณประภาศรี ทุ่งมีผล ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาริชัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

ขอแสดงความนับถือ

จึงเรียนมาเพื่อ
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต (คุณธรรม) ทราบ เพื่อ
ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

วรรัชิตา ชัยปณณะ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรัชิตา ชัยปณณะ)
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

Handwritten signature
สุภาวิณี ๒ มิ.ย.๖๔

งานบริการการศึกษา
โทร. ๐-๕๓๓๔-๒๔๐๘
โทรสาร. ๐-๕๓๓๔-๒๔๓๕

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

กนก

- ๑ มิ.ย. ๒๕๖๔

Handwritten signature
๑ มิ.ย. ๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ร. 00192
รับ 31 พ.ค. 2564
เวลา 14.16 น.



มหาวิทยาลัยบูรพา
รับ 03138
รับ 27 พ.ค. 2564
เวลา 16-12 น.

ที่ อว ๖๔๑๑/๐๐๕๐๕

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บันทึกลับวิทยาลัย
รับที่ 00378
รับ 29 พ.ค. 2564
เวลา 10.48

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๓๓/๕๖๑ ลงวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales; 21) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ภาวะสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" ของ พดกษา ผาดีวรากร นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เพื่อใช้ในการทำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้-ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ของนางสาวฟ้าริดา คชฤทธิ์ นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้แบบประเมินในการทำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่องฯ ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติการแทนคณบดี

เรียน คณบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต (คุณครูณิ) ทราบ เพื่อ

ดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๓๑ พ.ค. ๖๔

เรียน อธิการบดี
ในอธ.
๒๗ พ.ค. ๒๕๖๔

ฝ่ายบริหาร คณะแพทยศาสตร์
โทร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓
โทรสาร. ๐-๒๒๕๖-๔๔๖๓

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

๒๗ พ.ค. ๒๕๖๔

พ/แฉวิดาพรหมพร
พจน + ตำนานพรวิไลเกษม

๒๘ พ.ค. ๖๔

อ.วิไลพร

๒๗ พ.ค. ๖๔

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา		บัณฑิตวิทยาลัย	
ที่. 60706	รับที่ 00335	วันที่ 7 พ.ค. 2564	เวลา 15:31
วันที่ 1.2 พ.ค. 2564			
เวลา 9.14 น.			



ที่ อว 67.26/1229

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ กรุงเทพฯ 10200

7 พฤษภาคม 2564

- ด.ก.อ.ร.อ.บ
1

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว 8137/563 ลงวันที่ 1 เมษายน 2564

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวพรีดา คชฤทธิ์ รหัสประจำตัวนิสิต 62920048 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มต้นด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน” ของ จารุวรรณ ยอดระฆัง หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งจบการศึกษาในปีการศึกษา 2554 เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอเรียนว่า สาขาวิชา มีความยินดีอนุญาตให้ นางสาวพรีดา คชฤทธิ์ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ตามที่ขอ ทั้งนี้ ขอให้อ้างอิงตามรูปแบบที่เหมาะสมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. เพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรแจ้งงานบัณฑิต (คุณต.ร.ณ.) ทราบ

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๑๒ พ.ค. ๖๔

ขอแสดงความนับถือ

ทศพร ใจภักดี

(รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ เมธาพิสิฐ)

รองคณบดีฝ่ายบริหารท่าพระจันทร์และบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะศิลปศาสตร์

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ

กนก

7 พ.ค. ๒๕๖๔

7 พ.ค. ๖๔

เชิดชนก

ว.อ.

13 พ.ค. ๖๔

น.อ.ก.พ.ว.ร.ร.

เจ็ดคน.๙ + ๒๒๒๒๒๒

ก.น.ว. ๐๑๖

สำนักงานเลขานุการคณะฯ

โทร. 02-613-2695



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๖๕๗

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	
รับที่ ๙๖๖๒	วันที่ ๓๑ ส.ค. ๒๕๖๔
ผู้ส่ง.....	
เวลารับ.....	เวลาส่ง.....

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

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

อพส.	
รับที่ ๑๕๑๕๑	วันที่ ๓๑ ส.ค. ๒๕๖๔
เวลา ๐๙.๑๐น.	

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวพริดา ศขุฤทธิ์ รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๙๒๐๐๔๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญชุ์ อินทะพูน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่าน ในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากคนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายและหญิง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๑๐๐ คน แบ่งเป็น

๑. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๕๗ คน
๒. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ฅญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๔๓ คน

ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อขอตั้งรายนาม ข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๑๗๐-๙๙๓๗ หรือ E-mail: da_kotchcharit@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา
ที่ พม ๐6๐1.๐1/14838
เรียน อธิบดี

เพื่อโปรดพิจารณา เห็นสมควรมอบหมาย กส.พิจารณาให้ความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บข้อมูล

(นายพพร ปลันตา)
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขานุการกรม

30 สิงหาคม 2564

- สำเนาเรียน ๑. ผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ฅญบุรี จ.ปทุมธานี
๒. ผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ฅญบุรี จ.ปทุมธานี

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

เห็นชอบ-ดำเนินการตามเสนอ
ขอรับใบปฏิบัติการพัฒนาระบบ
คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง - 19 ๒๖๐๑๑๑๑๑๑๑

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิ จันทร์วงษ์)

อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

๒๐.๕.๑.๒๕



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๖๕๖

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	
วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๔	รับที่.....
ผู้ส่ง.....	เวลาส่ง.....

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

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๔

อ.พส.	
วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๔	รับที่.....
วันที่ ๓๑ ส.ค. ๒๕๖๔	รับที่.....
เวลา ๐๙.๐๐ น.	เวลา.....

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาวพริดา คชฤทธิ์ รหัสประจำตัวนิสิต ๒๒๙๒๐๐๔๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบของคนที่พึ่งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ัญบุรี จังหวัดปทุมธานี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญชุ์ อินทะพุดม เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่าน ในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้หนังสือตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากคนไร้ที่พึ่งที่พักอาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายและหญิง ัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๓๐ คน แบ่งเป็น

๑. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๑๕ คน
๒. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน ๑๕ คน

ในระหว่างวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อหนังสือตั้งรายนาม ข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๑๓๐-๙๙๓๗ หรือ E-mail: da_kotchcharit@hotmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา
ที่ พม ๐6๐1-๐1/4837
เรียน อธิบดี

เพื่อโปรดพิจารณา เห็นสมควรมอบหมาย กศส.
พิจารณาให้ความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บข้อมูล

(นายนพร ปลิ้นตา)

หัวหน้ากลุ่มพัสดุและบริหารทรัพย์สิน รักษาการแทน
เลขานุการกรม
๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔

- สำเนาเรียน ๑. ผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรี จ.ปทุมธานี
๒. ผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง ัญบุรี จ.ปทุมธานี

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

เห็นชอบ-ดำเนินการตามเสนอ
ขอ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
วันที่ 19 ตุลาคม ๒๕๖๔

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิ จันทรวงษ์)
อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
๓๑ ส.ค. ๒๕๖๔
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

๓๐ ส.ค. ๖๔

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวฟารีดา คชฤทธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดสตูล
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	C.K.C อพาร์ทเมนท์ ห้อง507 138 หมู่ 10 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12130
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558-2560 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2560-2562 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศิริรินทร์ หาดใหญ่
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี พ.ศ. 2565 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา