



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่าน
ตัวแปรการเผชิญปัญหา

FACTORS AFFECTING FAMILY RESILIENCE IN FAMILIES WITH STROKE PATIENTS
AND THE ROLE OF MEDIATORS IN COPING

นภาศิริ ทนชัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่าน
ตัวแปรการเผชิญปัญหา



ปฏิญานีพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

FACTORS AFFECTING FAMILY RESILIENCE IN FAMILIES WITH STROKE PATIENTS
AND THE ROLE OF MEDIATORS IN COPING



NAPASIRI THANANCHAI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่าน

ตัวแปรการเผชิญปัญหา

ของ

นภาศิริ ทัศนชัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนยศ สุมาลัย
โรจน์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว)

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา
ผู้วิจัย	นภาศิริ หนันชัย
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ซึ่งใช้การวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 176 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว แบบสอบถามการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ .93 .91 และ .96 ตามลำดับ ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโดยแบบสอบถามทุกชุดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผลการวิเคราะห์พบว่า (1) แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ $\chi^2 = 21.22$ $df = 16$ $p\text{-value} = .17$ $CFI = 1$ $TLI = 1$ $SRMR = .04$ $RMSEA = .04$ (2) การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ($\beta = .30, .22$) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเผชิญปัญหา ($\beta = .50$) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ($\beta = .15$) ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping พบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหามีอิทธิพลการส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแบบบางส่วน (partial mediating effect) และ (3) การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ร้อยละ 20

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิตครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, โรคหลอดเลือดสมอง, แบบจำลองสมการโครงสร้าง

Title	FACTORS AFFECTING FAMILY RESILIENCE IN FAMILIES WITH STROKE PATIENTS AND THE ROLE OF MEDIATORS IN COPING
Author	NAPASIRI THANANCHAI
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Amaraporn Surakarn

The purpose of this research is to study the factors affecting family resilience in families with stroke patients and the role of mediators in coping. The data were analyzed using survey research and structural equation modeling. The sample group consisted of 176 family members of stroke patients. The instrument was divided into four parts: a general questionnaire, a measurement of family resilience, a measurement for coping and a measurement of social support. The reliability of the questionnaire was rated at .93, .91, and .96, respectively. The data analysis and statistics used mean, standard deviation, analysis of structural causal relationship and content analysis. The results of study were as follows: (1) the fit of the statistics for analysis, Chi-square = 21.22 $df = 16$ p -value = .17, CFI = 1 TLI= 1, SRMR = .04, RMSEA = .04 and the measurement model was valid and well-fitted to the empirical data; (2) the social support and coping variable had a direct effect on family resilience in the families of stroke patients ($\beta = .30, .22$); the variable of social support had a direct effect on the coping variable ($\beta = .50$); the social support variable had an indirect effect on family resilience and mediators for coping ($\beta = .15$) and bootstrap methods to test the indirect effects, and the results revealed that coping was the partial mediator; (3) the variables in the model could explain variations in family resilience in families with stroke patients at 20%.

Keyword : Family resilience, Social support, Stroke, Structural equation modeling

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรพร สุรการ ที่ให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการทำปริญญาานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงร่างงานวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ อีกทั้งมีความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิธัญญา วัฒนโธ และอาจารย์พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนยศ สุมาลย์โรจน์ และอาจารย์ ดร. ชัยยุทธ กลีบบัว ที่ให้เกียรติเป็นประธานและกรรมการการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข ให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่เคยอบรมสั่งสอนผู้วิจัยมา จนถึงคณาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับจิตวิทยาประยุกต์จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ครอบครัว และทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจให้ขณะทำวิจัย ประโยชน์อันพึงได้รับจากปริญญาานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณบิดามารดา ครูบาอาจารย์ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

นภาศิริ ทัศนชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฏ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	7
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
นิยามเชิงปฏิบัติการ	9
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง	13
1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง	13
1.2 สาเหตุและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง	13
1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	15

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	16
1.5 ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	17
ตอนที่ 2 พลังสุขภาพจิตครอบครัว.....	20
2.1 ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว.....	21
2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว	22
2.2.1 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin & McCubbin.....	23
2.2.2 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh	25
2.3 การวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัว	33
2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว.....	34
ตอนที่ 3 แนวคิดระบบนิเวศวิทยา.....	39
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว	43
4.1 การเผชิญปัญหา	43
4.1.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา	44
4.1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา	44
4.1.3 การวัดการเผชิญปัญหา.....	48
4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา	50
4.2 การสนับสนุนทางสังคม	52
4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	52
4.2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม	53
4.2.3 การวัดการสนับสนุนทางสังคม	55
4.2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม	56
ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
กรอบแนวคิดการวิจัย	59

สมมติฐานของการวิจัย	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	65
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว.....	65
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา.....	68
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	78
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร.....	80
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย.....	83
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	88
สรุปผลการวิจัย.....	88
อภิปรายผลการวิจัย	90
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	95
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	96
บรรณานุกรม	98
ภาคผนวก.....	110

ภาคผนวก ก	111
ภาคผนวก ข	113
ภาคผนวก ค	116
ภาคผนวก ง	126
ภาคผนวก จ	133
ประวัติผู้เขียน.....	150



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Family Resilience)	22
ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยันของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว	67
ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยันของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา	69
ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยันของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	72
ตาราง 5 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	76
ตาราง 6 อักษรย่อของตัวแปรและองค์ประกอบของตัวแปร	77
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	79
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา	81
ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)	82
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน	83
ตาราง 11 น้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน (R^2)	84
ตาราง 12 ผลวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) อิทธิพลรวม (Total Effect: TE) และสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)	85
ตาราง 13 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย	90
ตาราง 14 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว ...	127
ตาราง 15 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา	130

ตาราง 16 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม..... 131



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 ระยะการปรับเปลี่ยน (McCubbin & McCubbin, 2001).	24
ภาพประกอบ 2 ระยะการปรับตัว (McCubbin & McCubbin, 2001).	25
ภาพประกอบ 3 กระบวนการสำคัญของพลังสุขภาพจิตครอบครัว	31
ภาพประกอบ 4 แบบจำลองพลังสุขภาพจิตครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	37
ภาพประกอบ 5 แบบจำลองการปรับตัวของครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	38
ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของบริบทแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979).	42
ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย	60
ภาพประกอบ 8 กรอบสมมติฐานการวิจัย	61
ภาพประกอบ 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิต ครอบครัว	67
ภาพประกอบ 10 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา	70
ภาพประกอบ 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคม	73
ภาพประกอบ 12 แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญ ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตและพิการจำนวนมาก โดย 1 ใน 4 ของประชาชนทั่วโลกมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ซึ่งวันที่ 29 ตุลาคมของทุกปีองค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) ได้กำหนดให้เป็นวันโรคหลอดเลือดสมองโลก เพื่อให้ประชาชนทั่วโลกตระหนักเกี่ยวกับความรุนแรงอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ข้อมูลจากองค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกด้านผลการสำรวจประจำปี ค.ศ 2019 พบว่า มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 5.5 ล้านรายต่อปี และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 80 ล้านราย โดยร้อยละ 25 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์เกิดผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 13.7 ล้านรายต่อปี (World stroke organization, 2019) คาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโลกเพิ่มสูงทุกปี และพบในกลุ่มคนอายุน้อยมากขึ้น โดยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆในแง่ของอัตราการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวมสอดคล้องกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองระดับโลก ซึ่งโรคนี้จัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2557 - 2561 จากกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นถึงอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งใน พ.ศ. 2561 โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นโรคไม่ติดต่อ 3 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย และเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเสียชีวิตในช่วงอายุ 30 - 69 ปี สูงที่สุดถึง 44.3 รายต่อประชากรหนึ่งแสนราย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562, 2563) และแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 30,000 รายขึ้นไป ส่วนอุบัติการณ์เกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่ง พ.ศ 2560 พบผู้ป่วยใหม่สูงถึง 304,807 ราย (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2563)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด สาเหตุเกิดจากการตีบ อุดตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้ออกซิเจนไม่สามารถไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองส่วนนั้นตาย ทำให้เสียชีวิตหรือหากรอดชีวิตมักเกิดความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถของร่างกาย (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, 1990) เช่น ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวโดยมีอาการร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย พบความบกพร่องด้านความคิดและความจำ (Walsh, Galvin, Loughnane, Macey, & Horgan, 2015) ปัญหาการเคี้ยวและการกลืนอาหาร การสูญเสียประสาทสัมผัสความรู้สึกผิดปกติ

เกี่ยวกับการสื่อสาร ปัญหาด้านการมองเห็นรวมถึงปัญหาการขยับถ่าย (Kerr, 2012) และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (นิรชา ภูวนารักษ์ และ ภัคดีร์ นาคะวิโร, 2563) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบในระยะยาวต่อสภาวะจิตใจ อารมณ์ และสังคม (Stroke Association, 2021) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญนภา กุลนภาดล, และ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, 2560) ซึ่งบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมักเป็นสมาชิกในครอบครัว (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002; Gillespie & Campbell, 2011) เรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดกับผู้ป่วย (ศรีณยา แสงมณี, 2555)

ทั้งนี้ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีบทบาทความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับทุกคนในสังคม เป็นแหล่งให้การสังคมสงเคราะห์เบื้องต้น มีความเอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นแหล่งให้การดูแล บำบัด ฟื้นฟู ในช่วงที่เผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัว (จารุวรรณ ธนะสุข, 2560) โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ ครอบครัวเป็นแหล่งรวมสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกทุกคนจากการที่ครอบครัวดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การช่วยเหลือกันในกิจวัตรประจำวัน และดูแลกันช่วงเจ็บป่วย จัดการให้สมาชิกในครอบครัวดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพของกันและกัน ประเมินภาวะสุขภาพและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางของการดูแลช่วยเหลือให้สมาชิกแต่ละคนคงบทบาทหน้าที่ของตนไว้ได้อย่างต่อเนื่องภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การปฏิบัติตน เศรษฐกิจและสังคมที่แวดล้อมครอบครัวนั้นไว้ โดยปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของแต่ละครอบครัวจะมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาตามพลวัตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2549) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อได้รับการรักษาจนฟื้นคืนอันตรายเป็นสามารถออกจากโรงพยาบาลและกลับมาอาศัยอยู่ที่บ้านได้ ทั้งนี้ยังคงต้องมีการดูแล รักษา ฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในระยะยาวหรือตลอดชีวิต ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทอย่างมากด้านสุขภาพของผู้ป่วย (นุชจรรย์ ธีระแนว, พิมลพร ใจอ่อน, นิตยา ลำคำ, และ นนท์ ไสวัญณะ, 2564; ยุกรีย์ อินทร์เพ็ญ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และ ทศพร คำผลศิริ, 2564) ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดจากอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และการที่ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้สัมพันธภาพทางสังคมลดลง ขาดชีวิตส่วนตัว ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมจากการดูแลช่วยเหลือ

ฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวอาจต้องเผชิญความสับสน ความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Chow, Wong, & Poon, 2007; Chumbler, Rittman, Puymbroeck, Vogel, & Qnin, 2004; Draper et al., 2007; Klinedinst et al., 2009) ทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยต้องปรับตัวในบทบาทเดิมของตนกับบทบาทใหม่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และต้องทำบทบาททั้งคู่ไปพร้อมกัน (Bainbridge, Cregan, & Kulik, 2006) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านที่ต้องใช้แรงกายแรงใจ และทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยการจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าวอันเป็นสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว และการประสบกับปัญหาต่าง ๆ นั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายรวมถึงสุขภาพจิตของครอบครัว (Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010; ชันญชิตาตุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัจ, 2554) อาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยคือ “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (hidden patient) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรมองข้าม (Larson et al., 2008; Smith et al., 2010) หากครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและในขณะเดียวกันก็ดูแลตนเองได้ดีในช่วงที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ย่อมส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มศักยภาพ ด้วยภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (Goldberg & Rickler, 2011) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสนใจต่อครอบครัวผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกครอบคลุมด้านความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารภายในครอบครัวต่อบริบทของสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว คือ พลังสุขภาพจิตครอบครัว (Family resilience) (Luthar, 2006) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการป้องกันและการแทรกแซง (Intervention) เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างครอบครัวที่เปราะบางจากสถานการณ์วิกฤติให้เข้มแข็งขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่จัดการกับสภาวะความตึงเครียด ความทุกข์จากการแบกรับภาระ หรือการเผชิญ และฟื้นฝ่าอุปสรรคเท่านั้น พลังสุขภาพจิตครอบครัวยังมุ่งเน้นศักยภาพของการปรับตัว การเรียนรู้และการเติบโตจากความทุกข์ยาก ตลอดจนการค้นพบทรัพยากรและความสามารถบางอย่างที่ไม่คาดคิดมาก่อน (Walsh, 2002) กล่าวได้ว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีพลังสุขภาพจิตครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติ เติบโตอย่างเข้มแข็ง และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Fitryasari et al., 2020) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Walsh ในการศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัว แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบ

ความเชื่อ (Belief systems) กระบวนการจัดการ (Organizational processes) และกระบวนการสื่อสาร (Communication processes) (Walsh, 2015) เนื่องจากมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทในการศึกษา สามารถนำไปใช้กับการศึกษาทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นความสนใจไปที่จุดแข็งของครอบครัวภายใต้สถานการณ์วิกฤติมากกว่าอาการของโรคเพียงอย่างเดียว โดยพิจารณาตามบริบทของแต่ละครอบครัว และเสริมสร้างจุดแข็งที่จำเป็นต่อสถานการณ์วิกฤติและความท้าทายที่หลากหลายในชีวิต (Walsh, 2002, 2003) โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh พัฒนามาจากทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) มุมมองนิเวศวิทยา (Ecological perspectives) และมุมมองพัฒนาการ (Developmental perspectives) ที่มองว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีการทำหน้าที่ภายใต้ความท้าทาย ขณะเดียวกันกระบวนการครอบครัวก็เป็นตัวกลางในการฟื้นตัวของพลังสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัวได้เช่นเดียวกับหน่วยครอบครัว (Walsh, 2002, 2003, 2008) พลังสุขภาพจิตครอบครัวช่วยเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมสถานการณ์วิกฤติ แม้ว่าสถานการณ์วิกฤติที่ตึงเครียดและท้าทายมีอิทธิพลต่อทุกคนในครอบครัว แต่ในทางกลับกันระบบครอบครัวจะเป็นสื่อกลางในการปรับตัวและฟื้นกลับสู่ภาวะปกติให้แก่สมาชิกครอบครัว ซึ่งหน่วยครอบครัวจะสร้างจุดแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยการลดความเสี่ยงและความอ่อนแอ (Walsh, 2002)

ผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner สร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นหนึ่งในแนวคิดที่ใช้พัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (Walsh, 2002, 2003, 2008) และช่วยในการพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเป็นระบบ โดยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาอธิบายถึง บุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบต่าง ๆ ดังนี้ ระบบจุลภาค ระบบปฏิสัมพันธ์ ระบบนอก และระบบมหภาค ซึ่งทุกระบบมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Bronfenbrenner, 2005) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งศึกษา 2 ระบบ คือ ระบบจุลภาคและระบบปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลโดยตรง (direct interaction) เชื่อมต่อการพัฒนาและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยระบบจุลภาคเป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรกของบุคคล (Bronfenbrenner, 1979) เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงและใกล้ชิดกับบุคคล เป็นอิทธิพลภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทางจิตวิทยา คือ การเผชิญปัญหา (Coping) ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ศึกษาการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) ซึ่งเป็นการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นที่ไปในเชิงบวก ทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนหรือ

เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา (Jalowiec, 1985) โดยการเผชิญปัญหาเป็นวิธีที่บุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติอันมีผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการสร้างพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Benzies & Mychasiuk, 2009) ส่วนระบบปฏิสัมพันธ์เป็นระบบที่บุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาบทบาทของบุคคล โดยปัจจัยในระบบนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) อันเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในเครือข่ายสังคมของครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวในการสร้างพลังสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Benzies & Mychasiuk, 2009) อีกทั้งช่วยให้มีสุขภาพที่ดี (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) ส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Hupcey, 1998) และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดูแลผู้ป่วย (Rattanasuk et al., 2013) การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากรจากบุคลากรทางการแพทย์ต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว สามารถทำนายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัว นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ในรูปแบบการมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยสามารถส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาไปยังพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ (Ye et al., 2017; กัญญาวิรุฬห์ พรหมพันธุ์, มุทิตา คำทับณ์, และ เมริษายอดมณฑป, 2556) กล่าวได้ว่า หากครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอตลอดจนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดี จะสามารถส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ ดำรงสภาพครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำการศึกษาในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ในแง่มุมมองภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดกับบุคคลในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชหรือครอบครัวผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง และแทบจะไม่ปรากฏการศึกษาถึงความสัมพันธ์การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสนใจ

ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ทั้งนี้ได้พัฒนาเป็นแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อันเป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาสุขภาพ เพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญและจัดการกับสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว ฟันกลับสู่ภาวะปกติของครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย และงานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมหรือนโยบายตลอดจนวิธีการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพที่มีอย่างปลอดภัย และดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (recurrent stroke) และพัฒนาแนวทางการบูรณาการเพื่อนำไปใช้วางแผนพัฒนาด้านสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นกับเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ทั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมโดยให้การสนับสนุนในระดับครอบครัวและสังคม จนกระทั่งสร้างนโยบายทางสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการนำความรู้ด้านจิตวิทยาประยุกต์มาศึกษาในบริบทครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นแ่งมุมของภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดไม่ได้เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นสถานการณ์วิกฤติที่มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ทั้งนี้ภาวะสุขภาพของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยก็มีผลโดยตรงต่อผู้ป่วย และการที่ครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้ป่วย ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีความสำคัญดังนี้

1. ด้านทฤษฎี

ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่ประกอบด้วย ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ตัวแปรการเผชิญปัญหาแบบ มุ่งเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระบบความเชื่อ กระบวนการจัดการ และกระบวนการสื่อสาร

2. ด้านการนำไปใช้

จากแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาล ในการกำหนดนโยบาย ทางสุขภาพที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่พิจารณาครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วย โดยการให้การสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมทักษะการเผชิญกับปัญหาที่จำเป็นต่อครอบครัว ผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี อีกทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (recurrent stroke) มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง สามารถนำผลการศึกษาไป ปรับใช้โดยพิจารณาให้การส่งเสริมปัจจัยไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทาง การแพทย์และการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัว ผู้ป่วย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูสามารถบูรณาการความรู้ทางด้านจิตวิทยา ประยุกต์โดยเฉพาะในด้านจิตวิทยาสุขภาพจากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพล ทางตรงและทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยร่วมกับความรู้ด้าน เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการเป็นแนวทางหรือโปรแกรมในการพัฒนาการส่งเสริมการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ บุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมทักษะ การเผชิญหน้ากับปัญหาแก่ครอบครัวผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรในการวิจัยเป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ้างอิงต่อจำนวน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ได้จำนวนจริงตามปัจจุบัน ผู้วิจัยพิจารณาจำนวนประชากรปีงบประมาณ 2564

เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - มีนาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 271 คน (เวชสถิติงานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 1 – 3 คนต่อครอบครัว คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางการแพทย์หรือเป็นสมาชิกครอบครัวเครือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถตอบแบบสอบถามหรืออ่านออกเขียนได้เอง พุดคุยสื่อสารเข้าใจ

4. มีความยินดีเข้าร่วมวิจัย

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง พิจารณาตามกฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) โดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตในแบบจำลองสมการโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลที่มีสัดส่วน 20:1 (Hair, 2019) ในงานวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกต 8 ตัวแปร ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ 160 ครอบครัว และเพื่อป้องกันข้อมูลขาดความสมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 176 ครอบครัว โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ นำเสนอตัวแปรในรูปแบบตัวแปรแฝงภายใน ตัวแปรสังเกต และตัวแปรแฝงภายนอกแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มี 3 ตัวแปรแฝง แบ่งเป็นตัวแปรสังเกต 8 ตัวแปร

1. ตัวแปรภายใน คือ พลังสุขภาพจิตครอบครัว (Family resilience) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1.ระบบความเชื่อ

1.2.กระบวนการจัดการ

1.3.กระบวนการสื่อสาร

2. ตัวแปรส่งผ่าน คือ การเผชิญปัญหา (Coping) แบบเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive)

3. ตัวแปรภายนอก คือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

3.2 การสนับสนุนด้านการประเมิน

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูล

3.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้ป่วยที่รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางการสมรส หรือเป็นสมาชิกครอบครัวเครือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สร้างนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **พลังสุขภาพจิตครอบครัว (Family resilience)** หมายถึง ความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญ การจัดการ และการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติ เรียนรู้และเติบโตจากสถานการณ์วิกฤติ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 ระบบความเชื่อ (Belief systems) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยปรับเปลี่ยนสถานการณ์วิกฤติให้เป็นความท้าทายที่สามารถร่วมมือกันจัดการได้ มีมุมมองต่อสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัว ปรับความรู้สึกทุกข์ให้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นโดยทำความเข้าใจว่าสถานการณ์วิกฤติย่อมมีผลทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ได้ ยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถ

เปลี่ยนแปลง มีความหวัง เชื่อมมั่นในศักยภาพของครอบครัว เชื่อมมั่นในจิตวิญญาณ มีที่พึ่งทางใจ ให้กำลังใจกัน มีความผูกพัน เสริมสร้างจุดแข็งของครอบครัว มุ่งมั่นที่จะหาความเป็นไปได้ในการ แก้ไขปัญหา ร่วมมือกันเอาชนะอุปสรรค ให้ความสำคัญให้คุณค่ากับชีวิตใหม่รวมไปถึงการเรียนรู้ แข็งแกร่ง และเติบโตในเชิงบวกจากสถานการณ์วิกฤติ

1.2 กระบวนการจัดการ (Organizational processes) หมายถึง การที่ครอบครัวมี วิธีการแสดงออกหรือการจัดการสถานการณ์วิกฤติ โดยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากสมาชิกทุกคนในครอบครัว เคารพต่อความต้องการ และความเห็นต่างภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มั่นคง แข็งแกร่ง พึ่งพากันและ กันได้ ตลอดจนมีทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ

1.3 กระบวนการสื่อสาร (Communication processes) หมายถึง การที่ครอบครัว ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและแสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน จริงใจ สามารถแบ่งปัน ทุกความรู้สึก ร่วมมือกันในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีสติในการเรียนรู้จากสถานการณ์ วิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้น มีการคาดคะเน การเตรียมพร้อมรับมือ หรือการวางแผนเพื่อป้องกัน สถานการณ์วิกฤติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้วิจัยแปลและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวจากแบบวัดพลังสุขภาพจิต ครอบครัวของ Walsh (2015) โดยนำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบท ของงานวิจัย ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย ถึง เป็นประจำ) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย

2. การเผชิญปัญหา (Coping) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในการหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยใช้รูปแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) พยายามคิดและลงมือกระทำการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤตินั้นด้วยตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น มีการค้นหาสาเหตุ คิดหาวิธีแก้ไข และการเลือก วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หรือมีการเอาประสบการณ์ในอดีตที่ใช้ได้ผลมาร่วมแก้ไขปัญหา

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามการเผชิญปัญหาจากแบบสอบถามการเผชิญปัญหา ของ จิตรรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2549) ซึ่งอาศัยแนวคิดจากแบบวัดของ Jalowiec (1985) โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามหัวข้องานเผชิญหน้ากับปัญหามาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสม กับบริบทของงานวิจัย ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย

ถึง เป็นประจำ) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีความสามารถ ในการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ เห็นคุณค่า มีผู้รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร ให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุน การเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่าจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ได้รับความเห็น ออกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

3.2 การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยว่าได้รับข้อมูล ย้อนกลับเพื่อประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ได้รับความ ช่วยเหลือในด้านข้อมูล คำแนะนำ หรือการให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการนำไปใช้อย่าง เหมาะสมต่อสถานการณ์ของครอบครัวจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

3.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ได้รับความ ช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยตรงในรูปแบบของการช่วยเหลือทางการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ รวมถึงบริการต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคมของรัชนีพร ภัทรปกรณ์ (2556) ซึ่งอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) โดยผู้วิจัยนำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยโดยพิจารณา การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่ได้รับการสนับสนุน ถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี คะแนนน้อย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา กำหนดกรอบแนวคิด สมมติฐาน และแนวทางการดำเนินงานวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.2 สาเหตุและอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 พลังสุขภาพจิตครอบครัว

- 2.1 ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว
- 2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว
 - 2.2.1 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin & McCubbin
 - 2.2.2 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh
- 2.3 การวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัว
- 2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว

- 4.1 การเผชิญปัญหา
- 4.2 การสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 1 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นความบกพร่องทางระบบประสาทจากระบบไหลเวียนของเลือดในสมองที่ผิดปกติ ในทางการแพทย์เดิม เรียกว่า Cerebrovascular accident ปัจจุบันเรียกว่า Cerebrovascular disease, สโตรค (Stroke)

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติให้ความหมายว่าเป็นความผิดปกติที่เนื้อสมองมีเลือดออกหรือขาดเลือดมาเลี้ยง โดยสามารถเป็นได้ทั้งชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวร (National Institute of Neurological Disorder and Stroke, 1990) ส่วนองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคว่า เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด มีอาการไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง จากหลอดเลือดมีปัญหาที่ทำให้เกิดสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่นมาเกี่ยวข้อง (World Health Organization, 1988) เช่นเดียวกับสมาคมโรคหลอดเลือดสมองของสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายของโรคว่า เป็นภาวะที่สมองถูกทำลาย จนเลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้เซลล์สมองตาย (American Stroke Association, 2020)

ดังนั้น โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นลักษณะอาการทางระบบประสาทบกพร่องเฉียบพลัน มีอาการมากกว่า 24 ชั่วโมง สามารถเป็นได้ทั้งชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวร ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลาย และเซลล์สมองตาย

1.2 สาเหตุและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุและอาการแสดงแบ่งตามชนิดของโรค ดังนี้

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน หรือตีบ (Ischemic stroke) สาเหตุเกิดจากเส้นเลือดใหญ่ในสมองแข็งและตีบตัน จากตะกอนไขมันหรือแคลเซียมเกาะที่หลอดเลือดทำให้ขนาดของหลอดเลือดลดลง การลำเลียงเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอจนทำให้เนื้อสมองตาย หรือเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดหลุดจากบริเวณอื่น เช่น หลอดเลือดสมองอุดตันโดยลิ่มเลือดที่มาจากหัวใจ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ

โดยอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมักเกิดขึ้นขณะนอนหลับ ซึ่งหากเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวส่งผลให้ระบบ

ประสาทเกิดความผิดปกติอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้น 5 - 30 นาที และกลับเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือด หากหลอดเลือดสมองตีบอย่างสมบูรณ์จะส่งผลทำให้เกิดภาวะสูญเสียหน้าที่ของสมอง ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง สูญเสียลานสายตาครึ่งซีก พบอาการผิดปกติของเส้นประสาทสมอง และหมดสติ

ส่วนอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในวินาทีหรือนาทีโดยไม่มีอาการเตือน อาจพบอาการชัก ซึ่งเป็นอาการนำก่อนเกิดอาการผิดปกติทางสมอง เนื่องจากลิ่มเลือดมักจะเข้าไปอุดตันบริเวณสมองชั้นนอก (Cortex) หากมีการอุดตันหลอดเลือดแดงอินเทอรัลซีรีบรัล (Internal Cerebral Artery) จะพบร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรงหรือชา หากมีการอุดตันหลอดเลือดแดงมิดเดิลซีรีบรัล (Middle Cerebral Artery) มักพบอาการอ่อนแรง มีปัญหาการพูด หรือไม่เข้าใจภาษา หากลิ่มเลือดเข้าไปในสมองตามหลอดเลือดแดงเวอร์เทบรัล (Vertebral Artery) โดยมักจะเข้าไปอุดตันหลอดเลือดแดงโพสทีเรียลซีรีบรัล (Posterior Cerebral Artery) ทำให้สูญเสียลานสายตา มองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่ง หรือมองเห็นภาพซ้อน

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก (Hemorrhagic stroke) มีหลายสาเหตุ ดังนี้

1.2.2.1 เส้นเลือดโป่งพองแตก (Ruptured aneurysm) ในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยมักมีโรคความดันโลหิตสูง

1.2.2.2 เลือดออกที่เนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จากผนังเส้นเลือดเสื่อมสภาพ พบมากในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

1.2.2.3 มีเชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดง (Arteriovenous malformation) ทำให้มีเลือดออกที่เนื้อสมองและในบริเวณช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง เกิดเลือดคั่งที่เนื้อสมองส่วนนั้น หรือเปียดเนื้อสมองบริเวณข้างเคียง ส่งผลให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติ มักพบในผู้ที่ยุ่่น้อย และไม่ทราบสาเหตุ

1.2.2.4 เส้นเลือดมีสารอัมัยลอยด์สะสมทำให้เลือดออกในเนื้อสมอง (Amyloid angiopathy) และเส้นเลือดแตก อาจมีภาวะสมองเสื่อมร่วม ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ

ซึ่งอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ฉับพลัน อาการที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะมาก คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ชัก ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก หมดสติในรายที่มีภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว เมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้สมองทำงานไม่ได้ตามปกติ ซึ่งอาการขึ้นกับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ได้รับผลกระทบ เช่น ชาหรืออ่อนแรงที่ครึ่งซีกของร่างกาย ปากเบี้ยว กลืนลำบาก พูดไม่ชัด ตาบอดข้างเดียว ตามืด หรือมองเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ เดินเซ ทรงตัวลำบาก อาจมีอาการเตือนเหล่านี้

เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดแบบชั่วคราวแล้วหายเอง อาจเกิดอาการได้หลายครั้งก่อนที่สมองจะขาดเลือดแบบถาวร ซึ่งทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หรือมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง เกิดอาการอ่อนแรงของร่างกายโดยอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายจะเกิดตรงข้ามกับซีกสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพหรือการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ซึ่งเกิดผลอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่ ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรงอ่อนแรงแบบถาวร ไม่มีการฟื้นตัว มีอาการเกร็งร่วมด้วย หรือเกิดอาการร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรงชั่วคราว มีการฟื้นตัวบางส่วน

บางกรณีอาจพบอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร หากอาการดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง จะเรียกว่า ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack)

กล่าวได้ว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรงตามสาเหตุและบริเวณของสมองที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาอย่างรวดเร็วและถูกวิธี เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรค ซึ่งผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลงเหลือ เช่น พบความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง มีปัญหาในการสื่อสาร ปัญหากลืน มีความผิดปกติในการมองเห็น สูญเสียความสามารถด้านการรับรู้ ความคิดและความเข้าใจ จำเป็นต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้สมองบริเวณนั้นสูญเสียการควบคุมการทำงานที่ ทั้งนี้อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ชนิด และระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยผลกระทบที่เกิดจากโรคมีดังนี้

1.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง มีปัญหาการสื่อสาร มีภาวะกลืนลำบาก มีผิดปกติในด้านการรับรู้ความรู้สึก สูญเสียความรู้สึกรับสัมผัส มีความผิดปกติในการมองเห็น มีความผิดปกติเกี่ยวกับการควบคุมการขยับถ่าย และปัญหาด้านความต้องการทางเพศลดลง สูญเสียความทรงจำ มีความผิดปกติในการรับรู้ ความคิดและความเข้าใจ บุคลิกลักษณะและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่สามารถทำดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ตามปกติต้องมีผู้ดูแลกำกับ (วิสุณี จันทศรี, 2560)

1.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการแสดงอารมณ์ ไม่สามารถใช้ภาษาท่าทางร่วมในการสื่อสารได้ รวมทั้งความผิดปกติด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชีวิต

เปลี่ยนแปลง การต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น รู้สึกไม่มั่นคงในตนเอง ไม่แน่นอน กังวล กลัว ซึมเศร้า หงุดหงิด (Cheng, Chair, & Chau, 2014)

1.3.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย เนื่องจากความบกพร่องของร่างกายจากโรค หรือมีความพิการเกิดขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการเข้าสังคม รวมไปถึงการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องลาป่วย หรือออกจากงานเพื่อรักษาตัว อาจไม่สามารถกลับไปทำอาชีพเดิมขาดรายได้ นอกจากนี้อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัว เช่น เปลี่ยนจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลหรือตัดสินใจในสิ่งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้เหมือนเดิม หรือเปลี่ยนจากผู้หารายได้หลักและดูแลครอบครัว มาเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวแทน (โหมชญา ดวงเกิด, 2561)

กล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งควรได้รับการฟื้นฟูและดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล สามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลเป็น 2 แบบ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

1.4.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องส่วนตัวกับผู้ป่วย สิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างก็ตามข้อตกลงโดยสามารถรับหรือไม่รับก็ได้ เช่น ผู้ดูแลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม ผู้ดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

1.4.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แรงจูงใจในการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ครอบครัว ความรักและผูกพัน ความสำนึกในบุญคุณ เป็นการดูแลโดยไม่มีค่าจ้าง ให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน อาจดูแลต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน สามารถแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังนี้ (เวรกา กลิ่นวิจิต และคณะ, 2558)

1.4.2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Family caregiver) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนประสานเรื่องการพาไปพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการติดต่อประสานงานของแต่ละบุคคล เป็นต้น

1.4.2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณที่ผู้ป่วยเคยมีให้ ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (Gillespie & Campbell, 2011) ส่วนใหญ่พบว่าเป็นภรรยาหรือบุตร (Oupra, Griffiths, Pryor, & Mott, 2010; Steiner et al., 2008) โดยหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การดูแลด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548)

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ บุคคลที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติ (Family caregiver) ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางการสมรส หรือเป็นสมาชิกครอบครัว เครือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต

1.5 ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในพจนานุกรมราชบัณฑิตสถานฉบับ พ.ศ. 2554 ได้นิยามความหมายของคำว่า ครอบครัวไว้ว่า “ครอบครัว” หมายถึง [ครอบครัว] น. สถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และหมายรวมถึงลูกด้วย จากนิยามนี้กล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการส่งเสริมความผาสุก การเจริญเติบโต การปรับตัว การเสริมสร้างและการรักษาสุขภาพของบุคคล ซึ่งครอบครัวเป็นตัวกลางในการสนองความต้องการและความคาดหวังที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่างบุคคลและสังคม (ภาคินี สุขสถาพรเลิศ, 2555) ทั้งนี้ครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และในทางกลับกันสุขภาพก็ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวในทั้งระบบด้วย (Ohlsson, Andershed, Nilsson, & Anderzen, 2012) เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ครอบครัวมีบทบาทอย่างมากในการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมาเป็นซ้ำของโรค (recurrent stroke) อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง ยอมรับภาวะสุขภาพ และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ด้วยอาการของโรคหลอดเลือด

เลือดสมองทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหรือตลอดชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลือ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือ ส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงมือเองได้ นับเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (วันเพ็ญ มานะเจริญ, 2559) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหรืออาจจะต้องดูแลทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแทนผู้ป่วยทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ เป็นต้น (Blonder, Langer, Pettigrew, & Garrity, 2007)

1.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันทำให้ครอบครัวรู้สึกตกใจ สับสน กลัว เนื่องจากไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยไม่หายโดยเฉพาะในช่วงแรกอาจทำให้เกิดความเครียดอย่างมาก เนื่องจากตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Gillespie & Campbell, 2011) จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่หลากหลาย เกิดเป็นความเครียดและความวิตกกังวล (วาสนา ไชยวงศ์, 2549) นอกจากนี้การไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบากในการที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนไปถึงเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถคาดเดาอนาคต รู้สึกว่าความเจ็บป่วยสร้างปัญหา ชีวิตเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิม เกิดความวิตกกังวลและความเครียด (Green & King, 2009) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยน้อยทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง (Louie, Liu, & Man, 2009) และด้วยความที่สมาชิกครอบครัวต้องทำงานและชีวิตส่วนตัวของตนเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความเครียดในการดูแล บางรายยอมรับได้ ไม่รู้สึกเบื่อหรือรำคาญ บางรายอาจโกรธและฉุนเฉียว ไม่พอใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง รู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง เหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อ ไม่มีกำลังใจ หากครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว (จินตนา สมนึก, 2540)

1.5.3 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สมาชิกในครอบครัวอาจต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนจากเดิม บางคนอาจจำเป็นต้องออกจากงานเนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาทประกอบกับการถูกคาดหวังในบทบาทจากเครือข่าย และไม่มี

สามารถทำตามความต้องการของทุกคน (ชนัญชิตาคุชฎี ฑุลศิริ และคณะ, 2554) ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่มักมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน (จินตนา สมณี, 2540)

จากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มักจะมีอาการทันทีทันใดโดยที่ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้คาดคิดมาก่อน ผลกระทบจากโรคนั้นไม่เพียงแต่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยแต่ยังส่งผลไปถึงครอบครัวที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นและส่วนใหญ่จะเป็นผลกระทบในเชิงลบ แต่หากมองในเชิงบวกแล้วบางคนอาจคิดว่าเป็นโอกาสที่ตนเองจะได้ทดแทนบุญคุณ ดูแลซึ่งกันและกัน เกิดความภูมิใจที่ได้ดูแลคนในครอบครัว มีการจัดสรรเวลาให้ครอบครัวมากขึ้น และรู้สึกถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวแน่นแฟ้นมากขึ้น (ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2555)

สถานการณ์วิกฤติ (Crisis) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เป็นภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างกะทันหัน ไม่สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เคยใช้ได้ผลในอดีตได้ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกอดทนไม่ได้อีกต่อไป ซึ่งสถานการณ์วิกฤติเป็นสิ่งที่บุคคลเผชิญตลอดช่วงชีวิต โดยมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะ เป็นลักษณะของความเครียดในการรับรู้ การประเมินความเครียด รวมทั้งความสามารถในการปรับตัว สถานการณ์วิกฤติที่มีทั้งที่เกิดขึ้นตามขั้นพัฒนาการ (Developmental crisis) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมในแต่ละช่วงวัย สามารถคาดการณ์ได้ และสถานการณ์วิกฤติที่เกิดจากเหตุการณ์ภายนอก (Situational crisis) มีสาเหตุจากสังคมสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกของบุคคล เหตุการณ์นั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถรู้ล่วงหน้า เช่น การแต่งงานใหม่ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถรู้ล่วงหน้า เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วย ซึ่งสถานการณ์วิกฤติที่สามารถแก้ไขได้ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถเฉพาะตัวในการปรับตัว เกิดการเรียนรู้ มีทักษะและประสบการณ์แก้ปัญหา กลับคืนสู่ภาวะปกติก่อนเกิดสถานการณ์วิกฤติ (วาสนา ไชยวงศ์, 2549) ซึ่งการศึกษาของ Luthar (2006) ได้อธิบายว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกครอบคลุมด้านความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารภายในครอบครัวต่อบริบทของการเกิดสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว คือ พลังสุขภาพจิตครอบครัว (family resilience) ทั้งนี้การศึกษาของ Walsh (2002) ได้อธิบายว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นแนวคิดที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการป้องกันและการแทรกแซง (Intervention) เพื่อสนับสนุนและ

เสริมสร้างครอบครัวที่เปราะบางจากสถานการณ์วิกฤติให้เข้มแข็งขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่จัดการกับสภาวะความตึงเครียด ความทุกข์จากการแบกรับภาระ หรือการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคเท่านั้น พลังสุขภาพจิตครอบครัวยังมุ่งเน้นศักยภาพของการปรับตัว การเรียนรู้และการเติบโตจากความทุกข์ยาก ตลอดจนการค้นพบทรัพยากรและความสามารถบางอย่างที่ไม่คาดคิดมาก่อน กล่าวได้ว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้สถานการณ์วิกฤตินั้นเบาบางลง ช่วยให้ครอบครัวสามารถฟื้นจากสถานการณ์วิกฤติได้เร็วขึ้น โดยครอบครัวจะสามารถเผชิญและฟื้นฟ้อสถานการณ์นั้นได้ โดยจะกล่าวถึงพลังสุขภาพจิตครอบครัวในส่วนของรายละเอียดถัดไป

ตอนที่ 2 พลังสุขภาพจิตครอบครัว

Resilience (n.) แปลว่า ความยืดหยุ่น เป็นภาษาอังกฤษที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน re- "back" และ salire "to jump, leap" ซึ่งในภาษาไทยยังไม่มีการบัญญัติศัพท์ความหมายอย่างเป็นทางการ จึงทำให้มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น ภูมิคุ้มกันทางใจ (จิตรภาณุ ดำสนวน, 2561) ความเข้มแข็งทางใจ (ณชนก แสงดวงมาศ, 2559) พลังสุขภาพจิต (ปรารภณา สุขสวัสดิ์, 2558) ความยืดหยุ่นตัว (มารุต ศักดิ์แสงวิจิตร, 2562) การฟื้นพลัง (วิไลวรรณ แสงเนียม, 2561) พลังใจในภาวะวิกฤติ (ศิรินทรา ตู่ยหล้า, 2563) ความยืดหยุ่นในชีวิต (สมฤทัย เจิมไธสง, 2562) เป็นต้น

Resilience มุ่งเน้นไปที่จุดแข็งของบุคคลที่เผชิญความทุกข์ยาก เป็นลักษณะบุคลิกภาพและวิธีการในการจัดการปัญหาของเด็กหรือผู้ใหญ่ที่สามารถฟื้นฟ้อาชนะอุปสรรคในชีวิตได้ Resilience ของแต่ละบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติและการเลี้ยงดูจากครอบครัว ซึ่ง Resilience ของครอบครัวจะส่งเสริมกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญจัดการกับภาวะวิกฤติครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก การสร้าง Resilience ของครอบครัวจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และช่วยให้ครอบครัวเสริมสร้าง Resilience ให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ต่อไป (Walsh, 1996)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา Family Resilience โดยใช้คำในภาษาไทยว่า “พลังสุขภาพจิตครอบครัว” เนื่องจากอาการต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือและตลอดจนการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม (วันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ, 2560) โดยบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมักเป็นสมาชิกในครอบครัว (Bakas et al., 2002) การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัวอาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยการจัดการกับสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว และเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ นั้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้าที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัวเสื่อมลง ทั้งนี้การดูแล

ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาอย่างมาก (ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) เพื่อนำพาครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติอย่างเข้มแข็งและมั่นคง ดังนั้นคำว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวจึงเหมาะสมและสื่อความหมายได้อย่างชัดเจน

2.1 ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว

จากการศึกษางานวิจัยของในประเทศและต่างประเทศพบว่า มีผู้ให้ความหมายพลังสุขภาพจิตครอบครัวในหลากหลายแง่มุม โดย วันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ (2560) ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัวว่า เป็นความสามารถของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพในการจัดการและปรับตัวอย่างยืดหยุ่นต่อสถานการณ์วิกฤติ เพื่อคงชีวิตครอบครัวที่มีความสุข และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมั่นคง เช่นเดียวกับ Walsh (2003) ระบุว่า เป็นความสามารถของครอบครัวในการเผชิญและปรับตัวอย่างยืดหยุ่นจากสถานการณ์วิกฤติอย่างเข้มแข็ง ครอบครัวมีการเรียนรู้และเติบโตจากความทุกข์ยาก นอกจากนี้ Sixbey (2005) ระบุว่า เป็นความสามารถของครอบครัว ในการปรับตัวอย่างยืดหยุ่นต่อความท้าทายในชีวิตหรือสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง สอดคล้องกับ Black & Lobo (2008) ให้ความหมายว่าเป็นความสำเร็จในการจัดการของสมาชิกในครอบครัวต่อสถานการณ์วิกฤติ และเติบโตด้วยความอบอุ่น การสนับสนุน และความสามัคคี ส่วน Luthar (2006) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกต่อการเกิดสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว ซึ่ง McCubbin, McCubbin, Thompson, Han, & Allen (1997) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัวว่าเป็นคุณลักษณะ และคุณสมบัติของครอบครัว ที่ช่วยให้ครอบครัวเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Family Resilience)

นักวิจัย	กระบวนการ	ความสามารถ	คุณสมบัติ	การปรับตัว ต่อสถานการณ์วิกฤติ
วันเพ็ญ มานะเจริญ (2560)		/		/
Black & Lobo (2008)		/		/
Luthar (2006)	/			/
McCubbin et al. (1997)			/	/
Sixbey (2005)		/		/
Walsh (2003)		/		/

กล่าวได้ว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัว มีผู้ได้ให้ความหมายมากมายทั้งในแง่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของครอบครัว คุณสมบัติครอบครัว ตลอดจนความสามารถของครอบครัวในการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ เพื่อเผชิญและฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคอย่างเข้มแข็งและมั่นคง สามารถดำรงครอบครัวในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตครอบครัว คือ ความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญ การจัดการ และการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติ เรียนรู้และเติบโตจากสถานการณ์วิกฤติ

2.2 แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว

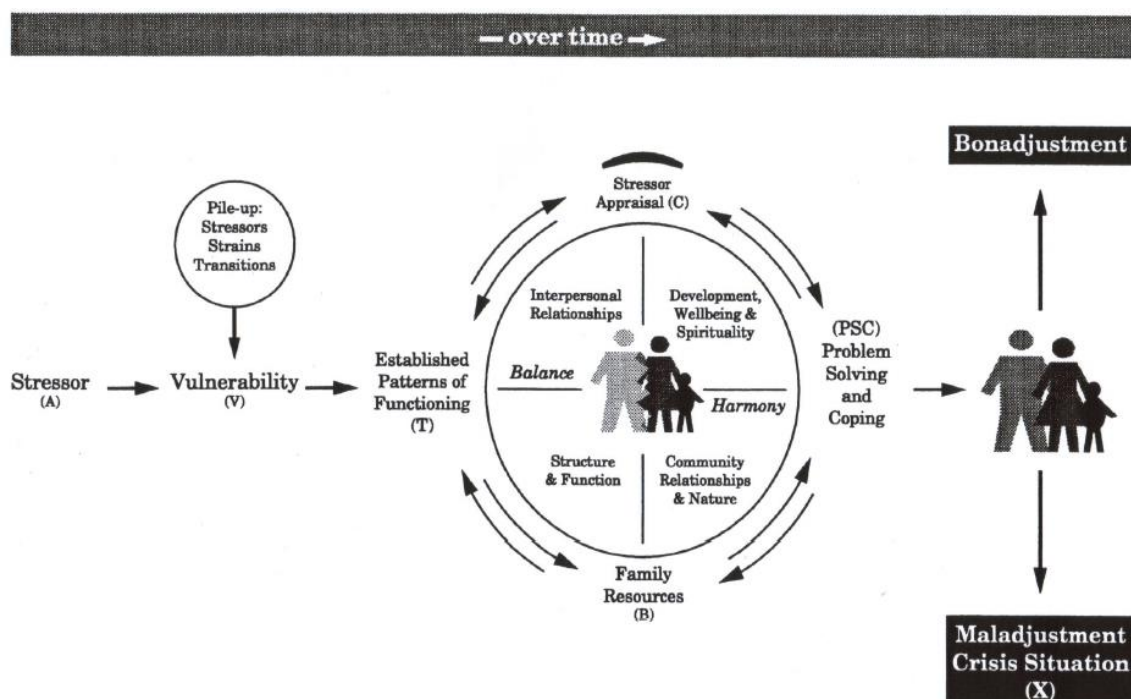
ค.ศ 1970 งานวิจัยทางด้านสุขภาพได้เริ่มเปลี่ยนจากศึกษาเกี่ยวกับโรคหรือความบกพร่องมาศึกษาถึงจุดแข็งของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นทรัพยากรที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ส่งเสริมจุดแข็งของบุคคล แรกเริ่มแนวคิดนี้แบ่งออกเป็นการศึกษาทางด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยา โดยการศึกษาพลังสุขภาพจิตในทางจิตวิทยา เริ่มต้นจากการศึกษาด้านจิตวิทยาพัฒนาการในเด็กที่สามารถคงจุดแข็งของตนเองได้อย่างเหมาะสมจากครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจัดว่าเป็นแนวคิดหนึ่งในจิตวิทยาเชิงบวก เนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลที่ทำให้ฟื้นกลับจากความทุกข์ยากหรือสถานการณ์วิกฤติได้ พลังสุขภาพจิตครอบครัวนี้เป็นสิ่งที่พัฒนาได้และอยู่ในตัวบุคคล (Walsh,

2002) หรือเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ (Patterson, 2002) โดยมุมมองดั้งเดิมมองว่าพลังสุขภาพจิตครอบครัว คือ ผลรวมของพลังสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ส่วนมุมมองร่วมสมัยมองว่าพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นลักษณะเชิงสัมพันธ์ของหน่วยครอบครัวที่เชื่อมต่อการอยู่รอดและการเติบโตของครอบครัวภายใต้สถานการณ์วิกฤติ (Herdiana & Handoyo, 2018) นอกจากนี้ นักวิจัยแบ่งการศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นกระบวนการและคุณลักษณะหรือธรรมชาติของครอบครัว โดย Patterson (2002) ศึกษาแนวคิดเรื่องพลังสุขภาพจิตครอบครัวผ่านมุมมองกระบวนการความสามารถของครอบครัวที่ผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติกลับสู่สภาพปกติ เช่นเดียวกับ Walsh (2003) ที่พบว่ากระบวนการของครอบครัวสามารถลดความเครียดในการจัดการสถานการณ์วิกฤติเพื่อฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากในระยะยาว ส่วน McCubbin & McCubbin (1998) ศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวจากมุมมองคุณลักษณะหรือธรรมชาติของครอบครัวที่สามารถต้านทานต่อสถานการณ์วิกฤติ ทั้งนี้ งานวิจัยในปัจจุบันเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวมักศึกษาทั้ง 2 มุมมองเพื่อให้เกิดความเข้าใจแบบองค์รวม (Herdiana & Handoyo, 2018) โดยมีผู้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว ได้แก่ McCubbin & McCubbin และ Walsh

2.2.1 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin & McCubbin

Hamilliton I. McCubbin นักการศึกษาชาวสหรัฐอเมริกา ร่วมกับ Ann I. Thompson และ Marilyn A. McCubbin สร้างทฤษฎีจากคำถามที่ว่าอะไรทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเลวร้ายและความไม่แน่นอนของชีวิต อะไรเป็นทำให้ครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤติสามารถเผชิญภาวะวิกฤติ พัฒนาเป็นแบบจำลอง ABCX, double ABCX model และ T-double ABCX model นอกจากนี้มีแบบจำลองพลังสุขภาพจิตครอบครัว (The family resiliency model) เน้นการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงเรียนรู้ในสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และปัจจัยที่สร้างพลังสุขภาพจิตครอบครัว คือ ปัจจัยป้องกัน (Protection factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่รักษาสุขภาพความสมบูรณ์และการทำหน้าที่ครอบครัว และปัจจัยฟื้นฟู (recovery factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ครอบครัวที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤติฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วยระยะการปรับเปลี่ยน และระยะการปรับตัว

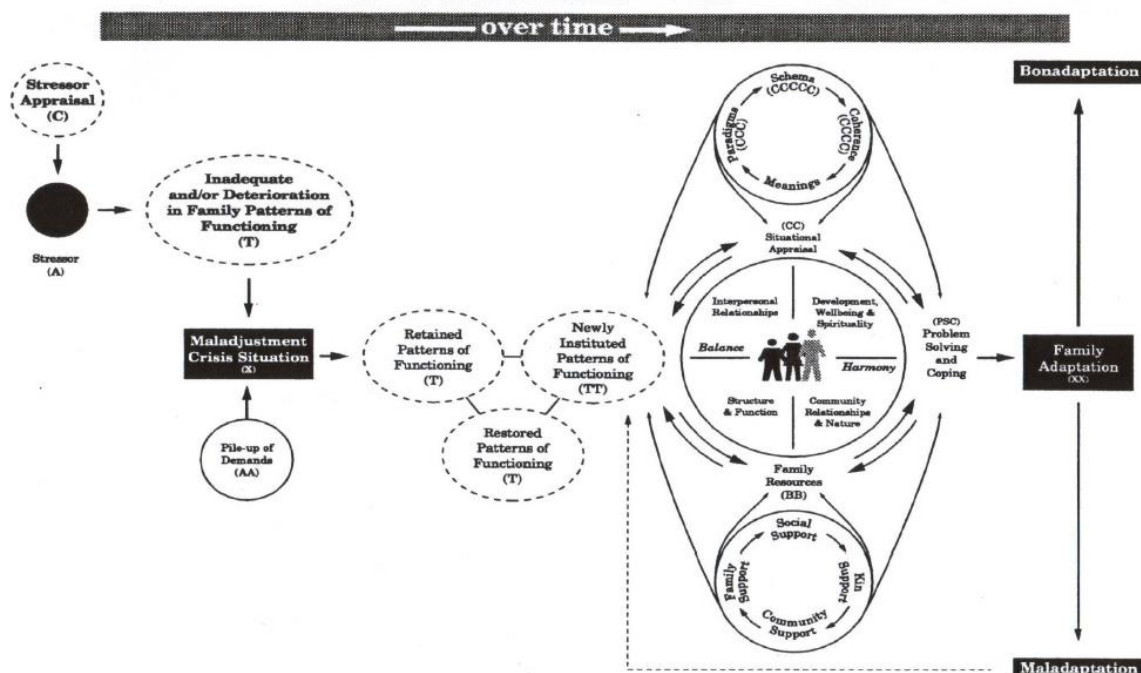
ระยะที่ 1 การปรับเปลี่ยนในพลังสุขภาพจิตครอบครัว (The adjustment phase in family resiliency) เป็นลำดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนของครอบครัวและผลที่เกิดขึ้นนั้นจะแปรผันในลักษณะที่ต่อเนื่อง



ภาพประกอบ 1 ระยะการปรับเปลี่ยน (McCubbin & McCubbin, 2001).

ที่ มา Greeff, A., & Toit, C. (2009). Resilience in Remarried Families. *American Journal of Family Therapy*, 37.

ระยะที่ 2 การปรับตัวในพลังสุขภาพจิตครอบครัว (The family adaptation phase in family resiliency) เป็นระยะที่ปัญหา ยังไม่ได้แก้ไข หรือแก้แล้วแต่ปัญหานั้นยังไม่จบสิ้น ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะวิกฤติต่อเนื่อง โดยครอบครัวจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาแหล่งประโยชน์จากครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะวิกฤติหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยลักษณะของครอบครัวหรือบทบาทหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำนายว่าครอบครัวนั้นจะสามารถเผชิญหรือปรับตัวในภาวะวิกฤติได้หรือไม่ ซึ่งการรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์และระบบความเชื่อของครอบครัวนั้นจะเป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือกับปัจจัยความต้องการ



ภาพประกอบ 2 ระยะเวลาปรับตัว (McCubbin & McCubbin, 2001).

ที่ ๓ Greff, A., & Toit, C. (2009). Resilience in Remarried Families. American Journal of Family Therapy, 37.

2.2.2 พลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh

Forma Walsh นักจิตวิทยาคลินิก ชาวสหรัฐอเมริกา มีผลงานด้านการให้การปรึกษาครอบครัว ได้รับรางวัล American family therapy academy (AFTA) และเป็นผู้ร่วมก่อตั้ง The Chicago center for family health ได้ศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัว จากแนวคิดพลังสุขภาพจิตในวัยเด็กมาจากระบบครอบครัว โดยมุ่งเน้นกระบวนการของครอบครัว ซึ่งจะทำให้เข้าใจถึงวิธีที่ครอบครัวแสดงพลังสุขภาพจิตเมื่อประสบสถานการณ์วิกฤติและ ค.ศ. 2002 ได้ขยายแนวคิดของพลังสุขภาพจิตครอบครัวว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวนอกจากเป็นความสามารถในการจัดการและการอยู่รอดของครอบครัวในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแล้ว ยังเป็นความสามารถในการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพ และเติบโตจากสถานการณ์วิกฤติ อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กันในครอบครัวไปในทางที่ดีขึ้น ต่อมาใน ค.ศ. 2014 ได้ศึกษาในครอบครัวที่ประสบสถานการณ์วิกฤติ เช่น การเกิดการสูญเสียภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีการหย่าร้าง ครอบครัวที่มีการอพยพ รวมทั้งการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความท้าทายและความเครียดที่ถาวร เช่น การเจ็บป่วย ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยแนวคิดนี้

พัฒนามาจากทฤษฎีระบบครอบครัว ร่วมกับมุมมองนิเวศวิทยา (Ecological perspectives) และมุมมองด้านพัฒนาการ (Developmental perspective) (Walsh, 2002)

ทั้งนี้ทฤษฎีระบบครอบครัว พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีระบบ (General system theory) โดยในครอบครัวบำบัดที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและมีการสร้างออกแนวคิดอื่นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับระบบย่อยภายในและระบบย่อยภายนอกครอบครัว กล่าวคือ ระบบครอบครัว (Family system) มีองค์ประกอบภายใน มีการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ซึ่งกันและกัน มีขอบเขตของโครงสร้างและมีการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ชัดเจนทั้งต่อครอบครัวเอง และต่อสังคมโดยรวม (พระมหาเฟื่อน กิตติโสภโณ, 2560) ส่วนมุมมองนิเวศวิทยาเป็นมุมมองตามแนวคิดของ Bronfenbrenner ซึ่งมีอิทธิพลในด้านความเสี่ยงและพลังสุขภาพจิตที่มีมุมมองครอบคลุมถึง ครอบครัว เครือญาติ กลุ่มคนใกล้ชิด เพื่อน ชุมชน และระบบสังคม ที่เป็นบริบทที่ทับซ้อนกันสำหรับการพัฒนาเชิงบวก โดยพิจารณาครอบคลุมถึงอิทธิพลทางวัฒนธรรมและจิตวิทยาที่มีความเป็นพลวัต และมุมมองพัฒนาการของมนุษย์มีความสำคัญต่อการศึกษาระบบการปรับตัวที่หลากหลายตามช่วงเวลา โดยพิจารณาแนวทางการปรับตัวที่ตอบสนองได้ดีในช่วงเวลาหนึ่ง ในเวลาต่อมาอาจจะไม่สามารถรับมือกับความท้าทายใหม่ได้สิ่งสำคัญ คือ กลยุทธ์ในการรับมือที่หลากหลาย และความสามารถในการเลือกแนวทางที่เป็นไปได้เพื่อตอบสนองความท้าทายในอนาคต (Walsh, 2003, 2015)

กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh พัฒนาเป็นแผนผังมโนทัศน์เพื่อเป็นแนวทางในการระบุและกำหนดกระบวนการสำคัญ (Key processes) ของครอบครัวที่จะสามารถลดความเครียด ความเปราะบางในสถานการณ์วิกฤติ ส่งเสริมการเติบโตจากสถานการณ์วิกฤติ และเสริมพลังให้ครอบครัวก้าวข้ามผ่านความทุกข์ กรอบแนวคิดนี้ได้รับการศึกษาวิจัยทางคลินิกและสังคมศาสตร์ในการทำความเข้าใจความสามารถในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เอื้อต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ พลังสุขภาพจิตครอบครัว แบ่งเป็น 3 ด้าน มีกระบวนการสำคัญ 9 กระบวนการ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และส่งเสริมกันภายในองค์ประกอบและระหว่างองค์ประกอบ โดยเป็นกระบวนการแบบพลวัต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Walsh, 2015) ดังนี้

1. **ระบบความเชื่อ (Belief systems)** เป็นการทำงานที่สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้และมีมุมมองต่อสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัว เป็นการปรับความรู้สึกทุกซีให้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นโดยทำความเข้าใจว่าสถานการณ์วิกฤติย่อมมีผลทำให้เกิดความรู้สึกทุกซีได้ อันเป็นการลดการตำหนิ ลดความอับอายและความรู้สึกผิด การยอมรับในสิ่งที่

เกิดขึ้น การปรับมุมมองต่อสถานการณ์วิกฤติให้เป็นความท้าทายที่สามารถจัดการได้ เชื่อมั่นใน ศักยภาพของครอบครัวแม้จะอยู่ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤติ เชื่อมั่นในจิตวิญญาณที่สามารถทำได้ โดยกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรค เป็นกำลังใจ สำคัญต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว การร่วมมือกันเผชิญปัญหา บรรเทาความทุกข์ ซ่อมแซม และฟื้นฟูครอบครัว ให้ความสำคัญกับชีวิตใหม่รวมไปถึงการเติบโตในเชิงบวก ซึ่งการรับรู้และ ยอมรับของครอบครัวจะทำให้เกิดการกระทำตามความเชื่อ มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวและ ผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 การให้ความหมายต่อสถานการณ์วิกฤติ หมายถึง การที่สมาชิกใน ครอบครัวมีมุมมองต่อสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องธรรมดาสามารถพบเจอได้ เป็นความ ท้าทายที่สามารถเกิดขึ้นและจัดการได้โดยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว สามารถ ปรับเปลี่ยนเป้าหมายและยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการกระทำตามความเชื่อของสมาชิก ในครอบครัว ความเชื่อมั่นในศักยภาพของครอบครัวที่สามารถร่วมกันเผชิญปัญหา สามารถ ปรับตัว ตลอดจนผ่านพ้นสภาวะวิกฤติไปได้ โดยความเชื่อของครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการ ทำหน้าที่ครอบครัวและเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ต่อพลังสุขภาพจิต การรับมือกับสถานการณ์วิกฤติและ ความทุกข์ยากโดยสร้างความหมายจากประสบการณ์ที่ได้รับเชื่อมโยงกับสังคมโลก วัฒนธรรม จิตวิญญาณ ทั้งในอดีตและความหวังในอนาคต ครอบครัวค่านิยม ความเชื่อมั่น ทศนคติ อกติ สมมติฐานการคาดคะเนของครอบครัว มีมุมมองความสัมพันธ์ของพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นจุดแข็ง ของครอบครัวที่เกี่ยวกับมุมมองของคุณค่าหรือความภาคภูมิใจในครอบครัวเครือญาติ เช่น การ ดูแลเอาใจใส่ กระบวนการครอบครัวความมุ่งมั่นการดูแลยามเจ็บป่วย ส่งเสริมการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกายและจิตใจ เป็นการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น มองว่าความทุกข์ยากเป็นสิ่งที่ส่งเสริม การเรียนรู้และเติบโตต่อไป โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลก มีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่ดี มีการประเมินสถานการณ์วิกฤติและการฟื้นฟู เป็นการประเมินความเครียดและทรัพยากรในการ จัดการกับสถานการณ์วิกฤติ ในเหตุการณ์เดียวกันอาจจะมองได้ทั้งเป็นอันตราย ไม่เป็นอันตราย หรือไม่เกี่ยวข้องกับชีวิต เหตุการณ์ต่าง ๆ จะรู้สึกน่าวิตกกังวลที่สุดต่อเมื่อรู้สึกว่าการณ์นั้นเป็น อันตรายเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของตนและครอบครัว หรือรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมจัดการได้ ทั้งนี้ความหมายของปัญหาและวิธีการจัดการปัญหาแตกต่างกันไปตามบรรทัดฐานครอบครัวและ วัฒนธรรม เมื่อครอบครัวมองว่าสถานการณ์วิกฤติเป็นปัญหาร่วมกันที่จะจัดการไปด้วยกัน พลังสุขภาพจิตของครอบครัวก็จะเข้มแข็งขึ้น ความร่วมมือร่วมใจและความไว้วางใจจะทำให้ ครอบครัวสามารถรับมือกับความทุกข์ยากได้ดีขึ้น เมื่อสมาชิกมีความรักดีและศรัทธาต่อกันอย่าง

มั่นคง ซึ่งมีรากฐานมาจากความไว้วางใจที่แข็งแกร่ง มีความมั่นใจว่าบ้านเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย และเป็นมิตรและสามารถไว้วางใจซึ่งกันและกันได้

1.2 มุมมองเชิงบวก เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีมุมมองว่าสามารถผ่านปัญหาซึ่งเป็นสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้ โดยเน้นจุดแข็งและศักยภาพ ความคิดริเริ่ม ความพยายาม การคาดการณ์ในสิ่งที่เป็นไปได้ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ การดูแล การแก้ปัญหา และใช้เวลาร่วมกัน มีการคาดการณ์ถึงความเป็นไปได้ในอนาคต มีความหวัง ซึ่งการมีความหวังจะทำให้มีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เสริมสร้างการให้กำลังใจและการชมเชยกันและกัน เสริมความมั่นใจ เสริมความภาคภูมิใจในจุดแข็ง ซึ่งจะช่วยสร้างศักยภาพในการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าในการเอาชนะอุปสรรค หรือการฟื้นตัวจากความพ่ายแพ้ การเริ่มใหม่ด้วยวิธีการใหม่จนกว่าจะประสบความสำเร็จ หรือความอดทนและอยู่รอดจากสถานการณ์วิกฤติ เชี่ยวชาญในสิ่งที่เป็นไปได้และการยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง เป็นการควบคุมและยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากแนวคิดที่ว่า การจมอยู่กับความเสียใจหรือความทุกข์เป็นการสิ้นเปลืองพลังงาน แต่ควรยอมรับจดจำเป็นบทเรียน โดยมุ่งเน้นการมองหาประโยชน์หรือการเรียนรู้ หรือบางสถานการณ์อาจจะไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์ใด แต่สามารถเลือกและหาวิธีการจัดการที่มีความหมาย โดยการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ครอบครัว ซึ่งในสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม เช่น ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้ ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวสามารถเลือกวิธีที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลการบรรเทาทุกข์และการเตรียมตัวสำหรับความตายได้ เป็นการใช้เวลาร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามลำดับความสำคัญ รักและดูแลซึ่งกันและกันอย่างดีแม้ต้องเผชิญกับการสูญเสีย

1.3 ความศรัทธาและจิตวิญญาณ เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีกันและกัน เรียนรู้ถึงความรัก สามารถปลอบโยน ถ่ายทอดความรู้สึก สร้างความสัมพันธ์ที่มีความหมายมากขึ้นโดยเรียงลำดับความสำคัญในครอบครัว เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและการเติบโตจากความทุกข์ของครอบครัว มีค่านิยมหรือคุณค่าทางศีลธรรมที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งในทางคลินิกการสำรวจค่านิยมของแต่ละครอบครัวที่อาจบ่งบอกถึงความเข้มแข็งหรือความเปราะบางของครอบครัวต่อสถานการณ์วิกฤติ มีจิตวิญญาณเป็นพลังอำนาจครอบคลุมถึงความเชื่อและการปฏิบัติ เป็นการเชื่อมโยงที่ลึกซึ้งซึ่งภายในตนเองและผู้อื่น เป็นการสนับสนุนและการปลอบโยนเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยาก โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือความเข้าใจ ความชัดเจน

หรือการควบคุม ศรัทธาอันแรงกล้าจะสนับสนุนความพยายามในการอดทนต่อความลำบาก การเอาชนะความท้าทาย มีแรงบันดาลใจหรือการจินตนาการถึงความเป็นไปได้ใหม่ เป็นความคิด สร้างสรรคจากความทุกข์ยาก การเอาชนะอุปสรรคด้วยแนวคิดใหม่ ก้าวผ่านข้อจำกัดของ สถานการณ์วิกฤติ การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและการเติบโตในเชิงบวกจากสถานการณ์วิกฤติ เป็นการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น นำเอามาเป็นบทเรียนและก้าวผ่านไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้น อันเป็นการ เติบโตเชิงบวกจากความทุกข์ยาก

2. กระบวนการจัดการ (Organizational processes) การที่สมาชิกใน ครอบครัวยังมีวิธีการจัดการต่อการเผชิญสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับการ เปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่เกิดขึ้นด้วยความร่วมมือร่วมใจและการสนับสนุนของทุกคนใน ครอบครัวยัง เพื่อให้เกิดสมดุลทั้งหน้าที่การงานและครอบครัว ปรับระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อเผชิญความท้าทายที่อาจเกิดขึ้น มุ่งมั่นในการผ่านอุปสรรค และจัดการสถานการณ์วิกฤติอย่าง มีประสิทธิภาพ ไปด้วยกัน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ความยืดหยุ่นในการปรับตัว การที่สมาชิกในครอบครัวเปิดรับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อครอบครัว และสามารถกลับสู่ภาวะปกติภายหลังผ่านสถานการณ์วิกฤติที่ เกิดขึ้นกับครอบครัว หรือแม้ว่าหลังสถานการณ์วิกฤติครอบครัวจะไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ อย่างสมบูรณ์ แต่ทุกคนก็สามารถร่วมแรงร่วมใจกันจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และผ่านช่วงเวลาที่ย่ำแย่มาด้วยกัน รวมทั้งสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของ ครอบครัวยุคใหม่ได้ เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบปรับตัว หรือการปรับตัวก้าวไปข้างหน้าสู่ความท้าทาย ใหม่ เนื่องจากบางสถานการณ์ไม่อาจย้อนกลับไปเป็นปกติ เช่น การหย่าร้าง การเจ็บป่วย การ เสียชีวิต จึงต้องมีการปรับความปกติขึ้นมาใหม่ (New normal) รับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่หนีไม่ พ้นโดยสร้างทักษะความมั่นใจ เรียนรู้วิธีล้มเหลวอย่างปลอดภัย เรียนรู้การเริ่มต้นใหม่จนกว่าจะ ประสบความสำเร็จ

2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีความ ร่วมมือ ความมุ่งมั่นที่จะผ่านอุปสรรคปัญหาไปด้วยกัน ภายใต้การเคารพความต้องการ ความแตกต่างและขอบเขตของบุคคล ตอบสนองต่อความทุกข์ของผู้อื่นได้อย่างเห็นอกเห็นใจ มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เชื่อมโยงกันทางอารมณ์ มีการสนับสนุนช่วยเหลือ กันและกันในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ โดยสมาชิกทุกคนในครอบครัวสามารถแบ่งเบาภาระ ได้ หรือมีแนวทางการช่วยเหลือรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแตกต่างกันไปตาม บรรทัดฐานของครอบครัวและวัฒนธรรม ชาติพันธุ์

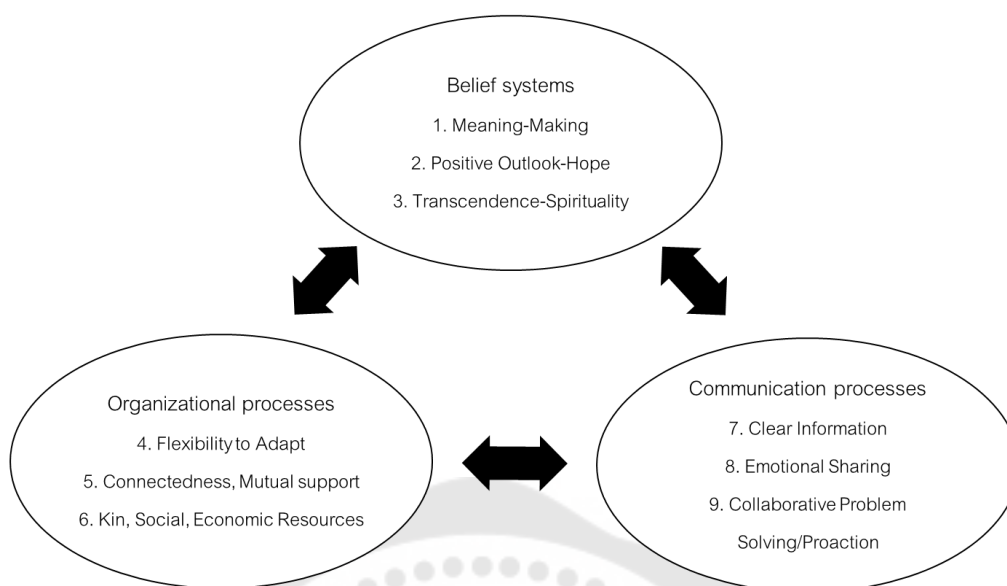
2.3 ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นกระบวนการทำธุรกรรมของครอบครัว ภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคม ครอบครัวเป็นระบบเปิด โดยถ้ามีระบบภายในครอบครัวที่สามัคคี ขณะเดียวกันก็มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น เครือญาติ ชุมชน สังคมที่สามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลหรือทรัพยากรอื่น ๆ ส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัย เป็นมิตรภาพและน้ำใจ ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่ดี โดยความมั่นคงทางการเงินของครอบครัวและความพร้อมของทรัพยากรต่าง ๆ มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. กระบวนการสื่อสาร (Communication processes) การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดคุย แสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา แบ่งปันความรู้สึก เตรียมพร้อมรับมือกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งเรียนรู้จากสถานการณ์วิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ความชัดเจน การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแบ่งปันความรู้สึก ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้สถานการณ์วิกฤติและความเครียดของครอบครัวซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดก็ตาม ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความชัดเจนและแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของครอบครัว มีความชัดเจนและสอดคล้องกันทั้งทางวาจาและการกระทำ ชี้แจงข้อมูลที่คลุมเครือ การแสวงหาความจริง จะทำให้ครอบครัวสามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถสื่อสารกันอย่างเปิดเผย จริงใจ แบ่งปันความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเรื่องราวที่เป็นวิกฤติและความเครียดที่ต่อเนื่อง แบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีครอบครัวมีพลังกลับขึ้นมาใหม่ แบ่งปันความรู้สึกที่หลากหลาย (ความสุข ความเจ็บปวด ความหวัง และความกลัว) มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ความอดทนต่อความแตกต่างความรับผิดชอบต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง หลีกเลี่ยงการตำหนิ เสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีอารมณ์ขัน

3.3 การแก้ปัญหาร่วมกัน การที่สมาชิกในครอบครัวมีการร่วมกันคิด ช่วยกันตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ หาทางเลือกใหม่ ๆ ร่วมมือกันในการแก้ปัญหา จัดการกับสภาวะวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพ ฟื้นฟูสู่สภาพเดิมโดยมีการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ครอบครัวที่เกิดขึ้นการระดมความคิดที่สร้างสรรค์ ใช้สติในการแก้ปัญหา การตัดสินใจร่วมกันและการแก้ปัญหาร่วมกัน ลดความขัดแย้ง มีการประนีประนอม มุ่งเน้นไปที่เป้าหมาย ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม สร้างความสำเร็จ เรียนรู้จากความล้มเหลว การป้องกัน/หลีกเลี่ยงสถานการณ์วิกฤติ เตรียมพร้อมต่อความท้าทายในอนาคตด้วยการวางแผนเชิงรุก หรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเดิมอีก



ภาพประกอบ 3 กระบวนการสำคัญของพลังสุขภาพจิตครอบครัว

ที่ ม า Walsh, F. (2015). Strengthening Family Resilience, Third Edition. USA: Guilford publications.

ทั้งนี้มีการศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh ในการปฏิบัติการทางคลินิกร่วมกับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจตัวแปรที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลและครอบครัว สามารถนำไปใช้กับการศึกษาทางด้านสุขภาพและการปฏิบัติงานทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ซึ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวในทางการแพทย์มุ่งเน้นความสนใจไปที่จุดแข็งของครอบครัวภายใต้ความเครียดมากกว่าอาการของโรค โดยปรับให้เข้ากับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และพัฒนาการของแต่ละครอบครัว และจุดแข็งที่จำเป็นต่อสถานการณ์วิกฤติ และความท้าทายที่หลากหลายในชีวิต (Walsh, 2002, 2003)

กล่าวโดยสรุป คือ พลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นแนวคิดหนึ่งในจิตวิทยาเชิงบวก สามารถแบ่งเป็นมุมมองเชิงกระบวนการและมุมมองเชิงคุณลักษณะหรือธรรมชาติของครอบครัว ทั้งนี้งานวิจัยที่เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวในปัจจุบันศึกษาโดยใช้ทั้งสองมุมมองเพื่อให้เกิดความเข้าใจแบบองค์รวม บ่งบอกถึงความสามารถของครอบครัวต่อการเผชิญและฟันฝ่าสถานการณ์วิกฤติ ปรับตัว ฟิ้นกลับสู่ภาวะปกติอย่างเข้มแข็ง มั่นคง มีการเติบโตและเรียนรู้จากความทุกข์ยาก ทั้งนี้มีผู้ศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาแนวคิดทฤษฎีขึ้นมา

คือ McCubbin & McCubbin แบ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็น 2 ระยะ คือ ระยะปรับเปลี่ยน และระยะปรับตัว ส่วนพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh แบ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็น 3 องค์ประกอบ คือ (1) ระบบความเชื่อ (2) กระบวนการจัดการ และ (3) กระบวนการสื่อสาร

โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh ผ่านมุมมองนิเวศวิทยา (Ecological perspectives) จากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีสถานการณ์วิกฤติและความเครียดเกิดขึ้นมักมีผลต่อระบบครอบครัว โดยจะมีผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว และด้วยองค์ประกอบของแนวคิดนี้ที่ความครอบคลุมเหมาะสมกับบริบทในการศึกษา สามารถนำไปใช้กับการศึกษาทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติงานทางการแพทย์ (Walsh, 2003) โดยผู้วิจัยแบ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ระบบความเชื่อ (Belief systems) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปรับเปลี่ยนสถานการณ์วิกฤติให้เป็นความท้าทายที่สามารถร่วมมือกันจัดการได้ มีมุมมองต่อสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัว ปรับความรู้สึกรู้สึกทุกข์ให้เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นโดยทำความเข้าใจว่าสถานการณ์วิกฤติย่อมมีผลทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ได้ ยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีความหวัง มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของครอบครัว เชื่อมั่นในจิตวิญญาณ มีที่พึ่งทางใจ ให้กำลังใจกัน มีความผูกพัน เสริมสร้างจุดแข็งของครอบครัว มุ่งมั่นที่จะหาความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา ร่วมมือกันเอาชนะอุปสรรค ให้ความสำคัญให้คุณค่ากับชีวิตใหม่รวมไปถึงการเรียนรู้ แข็งแกร่ง และเติบโตในเชิงบวกจากสถานการณ์วิกฤติ (2) กระบวนการจัดการ (Organizational processes) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวิธีการแสดงออกหรือการจัดการสถานการณ์วิกฤติ โดยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากสมาชิกทุกคนในครอบครัว เคารพต่อความต้องการและความเห็นต่างภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มั่นคง แข็งแกร่ง พึ่งพากันและกันได้ ตลอดจนมีทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ และ (3) กระบวนการสื่อสาร (Communication processes) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถสื่อสารและแสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา ชัดเจน จริงใจ แบ่งปันทุกความรู้สึก ร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้จากสถานการณ์วิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ มีการคาดคะเน การเตรียมพร้อมรับมือ มีการวางแผน ป้องกันสถานการณ์วิกฤติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2.3 การวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Zhou Jia et al. (2020) พบว่ามีแบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวเชิงสุขภาพ (health care domain) หลากหลายแบบวัด ทั้งนี้แบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวเชิงสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เหมาะสมที่สุด ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติการวัด ความน่าเชื่อถือ ความเที่ยง ความตรง สามารถระบุถึงพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ชัดเจน คือ Family Resilience Assessment Scale (FRAS) และ Walsh Family Resilience Questionnaire (Walsh-IT)

แบบวัด Family Resilience Assessment Scale (FRAS) พัฒนาโดย Sixbey (2005) ซึ่งใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh ในการสร้างเครื่องมือ ข้อคำถาม 54 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การสื่อสารในครอบครัวและการแก้ปัญหา
2. การใช้ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ
3. การคงไว้ซึ่งมุมมองเชิงบวก
4. ความผูกพันในครอบครัว
5. จิตวิญญาณของครอบครัว
6. ความสามารถในการสร้างความหมายของความทุกข์ยาก

ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (Strongly disagree ถึง Strongly agree) บุคคลที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

แบบวัด Walsh Family Resilience Questionnaire (Walsh-IT) พัฒนาโดย Walsh ข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ระบบความเชื่อของครอบครัว
2. กระบวนการจัดการภายในครอบครัว
3. กระบวนการสื่อสาร/การแก้ปัญหา

ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rarely ถึง Usually) บุคคลที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

ส่วนในประเทศไทย วันเพ็ญ มานะเจริญ (2559) ได้พัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร

จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 380 คน ซึ่งแบบวัดดังกล่าวผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .74 การตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ โดยแบบวัดมีข้อคำถาม 31 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว
2. การจัดการภายในครอบครัว
3. การสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว

ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า นักวิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวขึ้นส่วนหนึ่งมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแปลและพัฒนาแบบวัดจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh (2015) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ระบบความเชื่อ (Belief systems) กระบวนการจัดการ (Organizational processes) และกระบวนการสื่อสาร (Communication processes) ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย ซึ่งมีความครอบคลุมในการอธิบายพลังสุขภาพจิตครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่ศึกษาได้

2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัว มีการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งนี้ Black & Lobo (2008) ศึกษาแนวคิดปัจจัยของพลังสุขภาพจิตครอบครัวพบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัว คือ การร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวในการจัดการปัญหาและผ่านพ้นความทุกข์ยากไปได้สำเร็จ โดยปัจจัยที่สำคัญของพลังสุขภาพจิตครอบครัว ได้แก่ มุมมองเชิงบวก จิตวิญญาณ ความสอดคล้องของสมาชิกในครอบครัว ความสามารถในการปรับตัว การสื่อสารในครอบครัว การจัดการทางการเงิน เวลาในครอบครัว การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน กิจกรรมต่าง ๆ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสามัคคีในครอบครัว ความสมดุล และความมั่นคง โดยแนวคิดนี้เชื่อมั่นว่าทุกครอบครัวมีจุด

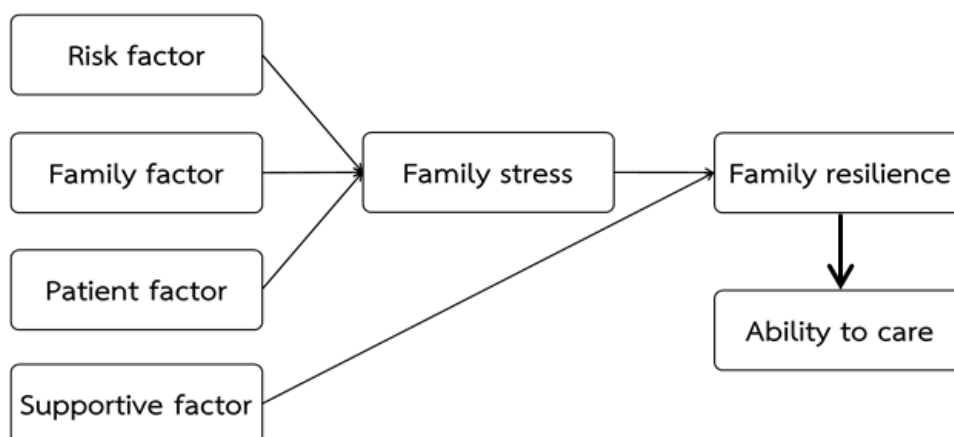
แข็งโดยธรรมชาติและมีศักยภาพในการเติบโต แนวคิดนี้เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลครอบครัว โดยสามารถส่งเสริมปัจจัยข้างต้นในการปกป้องและฟื้นฟูครอบครัว และจัดหาทรัพยากรภายนอกครอบครัวเพื่อช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัว

นอกจากนี้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh เพื่อสร้างเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงในการวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้อย่างแม่นยำ โดย Sixbey (2005) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยในสหรัฐอเมริกาและมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 418 คน พัฒนาเป็นแบบวัด Family Resilience Assessment Scale (FRAS) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารในครอบครัวและการแก้ปัญหา การใช้ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ การคงไว้ซึ่งมุมมองเชิงบวก ความผูกพันในครอบครัว จิตวิญญาณของครอบครัว และความสามารถในการสร้างความหมายของความทุกข์ยาก ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) บุคคลที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าผู้ที่ที่มีคะแนนน้อย ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจถึงวิธีการที่ครอบครัวมีวิธีการจัดการ และรับมือกับความทุกข์ของครอบครัวที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีพลังสุขภาพจิตครอบครัวสูง

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยนั้น วันเพ็ญ มานะเจริญ (2559) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 190 ครอบครัว ประกอบด้วยภรรยาและบุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 380 คน โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว, การจัดการภายในครอบครัว และการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ครอบครัวผู้ป่วยที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อย และนำคะแนนพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำสุด 10 ครอบครัว จำนวน 20 คน มาเข้ารับโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนการพัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแบบจำลององค์ประกอบพลังสุขภาพจิตครอบครัว พบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการปรึกษา

ครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษามีผลให้พลังสุขภาพจิตครอบครัวของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Lum (2008) ได้ศึกษาแบบแผนวิธีโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพลังสุขภาพจิตของ Walsh และพัฒนาโปรแกรมพลังสุขภาพจิตครอบครัวในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมี โดยครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมี 9 ครอบครัว ซึ่งโปรแกรมพลังสุขภาพจิตครอบครัวนี้ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) สามารถเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ นอกจากนี้พบการรับรู้เชิงบวกเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างความหมายของความทุกข์ยาก, มุมมองเชิงบวก, ความสัมพันธ์, ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ และการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครอบครัวต่อไปได้

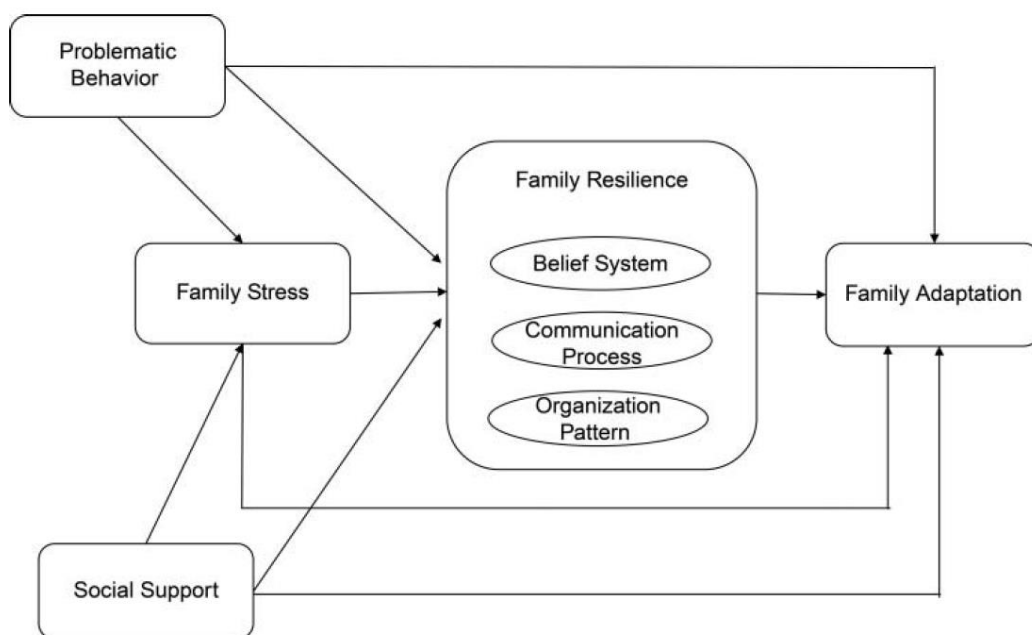
นอกจากนี้ Fitriyasari et al. (2020) ได้ทำการวิจัยแบบแผนวิธีศึกษาพัฒนาแบบจำลองพลังสุขภาพจิตครอบครัวร่วมกับแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยครอบครัว ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน ความเครียดของครอบครัว พลังสุขภาพจิตครอบครัว และความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 137 คน ส่วนขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทำการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง 6 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 10 คน (จิตแพทย์ 2 คน, นักจิตวิทยา 2 คน และพยาบาล 6 คน) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันและความเครียดในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว และพลังสุขภาพจิตครอบครัวมีผลต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้แบบจำลองสามารถนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของครอบครัวในการจัดการความเครียด โดยควบคุมภาวะการดูแลและความรู้สึกถูกตีตรา เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ เติบโตอย่างเข้มแข็ง เติบโตเต็มความต้องการของผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น



ภาพประกอบ 4 แบบจำลองพลังสุขภาพจิตครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ที่มา Fitryasari, R., Nursalam, N., Yusuf, A., Hargono, R., Lin, E., & Tristiana, R. (2020). Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 642-649.

Kim, Lim, Kim, & Kim (2017) ได้พัฒนาแบบจำลองการปรับตัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเน้นพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ลงทะเบียนและใช้บริการศูนย์ดูแล 23 แห่งในประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 224 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบจำลองนี้สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการปรับตัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 26 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งกระบวนการสื่อสาร ความเครียดในครอบครัว และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพลังสุขภาพจิตครอบครัวทุกด้าน มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวของครอบครัว ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในครอบครัวและกระบวนการสื่อสารมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อระบบความเชื่อ ในขณะที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและกระบวนการจัดการมีอิทธิพลทางอ้อมเท่านั้น จากแบบจำลองของ Walsh การศึกษานี้ยืนยันว่าพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้พบว่ากระบวนการสื่อสารภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับระบบความเชื่อและกระบวนการจัดการซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับตัวของครอบครัว



ภาพประกอบ 5 แบบจำลองการปรับตัวของครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ที่มา Geun Myun Kim, Ji Young Lim, Eun Joo Kim, & Sang Suk Kim. (2017). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1295-1303.

ทั้งนี้ Kim, Dababnah, & Lee (2020) ศึกษาอิทธิพลของเชื้อชาติที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตครอบครัวและความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรที่เป็นออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่มีบุตรลูกเป็นโรคออทิสซึม โรคแอสเปอร์เกอร์ โรคความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้านหรือโรคออทิสติกสเปกตรัมอื่น ๆ จำนวน 1,131 คน ผลการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ปกครองชาว African American, Hispanic และ white children ต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่าพลังสุขภาพจิตครอบครัวมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร และทรัพยากรของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยป้องกันอย่างหนึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Suzuki, Hiratani, Mizukoshi, Hayashi, & Inagaki (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตครอบครัว ความทุกข์ทางจิตใจของมารดา และความรุนแรงของอาการบกพร่องด้านพัฒนาการของบุตร กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ จำนวน 274 คน ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทางจิตใจของ

มารดาเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของอาการบกพร่องด้านพัฒนาการของบุตร และความทุกข์ทางจิตใจของมารดาลดลงตามพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่สูงขึ้น กล่าวคือ พลังสุขภาพจิตครอบครัวสามารถบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจของมารดาต่อความรุนแรงของอาการบกพร่องด้านพัฒนาการของบุตร ข้อค้นพบนี้เป็นประโยชน์ในทางการแพทย์สำหรับการออกแบบโปรแกรมการแทรกแซงเพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตครอบครัวแก่ครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผลการวิจัยมากมายที่บ่งชี้ถึงพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญ จัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติได้ โดยมีการศึกษาในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัว การศึกษาออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัว การพัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ทั้งนี้มักพบว่าพลังสุขภาพจิตครอบครัวมักศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยทุกช่วงวัย ซึ่งอาการเจ็บป่วยนั้นมักเป็นกลุ่มอาการทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษายาวนานหรืออาจตลอดทั้งชีวิต สำหรับในประเทศไทยนั้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยนั้นยังมีน้อยเช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมที่ยังไม่พบข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ตอนที่ 3 แนวคิดระบบนิเวศวิทยา

ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายลักษณะความซับซ้อนของบุคคล (Raymore, 2002; Tudge, Mokrova, Hatfield, & Kamik, 2009) โดยบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นประจำ ซึ่งปฏิสัมพันธ์เหล่านั้นมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อพัฒนาการการปรับตัว สุขภาพ และการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล รวมไปถึงการพัฒนาระบบในชุมชนหรือสังคมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน (Kenneth, 2006; McLaren & Hawe, 2005)

Urie Bronfenbrenner นักจิตวิทยาพัฒนาการ ผู้พัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา เผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1970 ใช้ในการอธิบายพัฒนาการของเด็ก ภายใต้อิทธิพลที่เชื่อว่าแนวคิดเพียง

แนวคิดเดียวไม่สามารถอธิบายพัฒนาการของมนุษย์ได้ แต่สามารถอธิบายด้วยระบบที่ซับซ้อน (Bronfenbrenner, 1974) ถัดมาในปี ค.ศ. 1977 พัฒนาแนวคิดเป็น “นิเวศวิทยาของการพัฒนา มนุษย์” ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการปฏิบัติและการวิจัยอย่างแพร่หลาย โดยมนุษย์สามารถพัฒนาได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเติบโต โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อน (nested systems) ได้แก่ ระบบจุลภาค (microsystem) ระบบปฏิสัมพันธ์ (mesosystem) ระบบภายนอก (exosystem) และระบบมหภาค (macrosystem) (Bronfenbrenner, 1979; Tudge et al., 2009)

ในปี ค.ศ. 1980 ได้เพิ่มระบบเวลา (chronosystem) โดยระบุว่าพัฒนาการของบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมรอบตัวสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา จนในปี ค.ศ. 1995 ได้บูรณาการองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการ (Process) บุคคล (Person) บริบทแวดล้อม (Context) และเวลา (Time) เรียกว่า รูปแบบชีวนิเวศวิทยา (Bioecological Model) และในปี ค.ศ. 2006 มีการปรับเป็นรูปแบบชีวนิเวศวิทยาของการพัฒนามนุษย์ (Bioecological Model of Human Development) มี 4 องค์ประกอบ (Bronfenbrenner & Morris, 2007) ดังนี้

1. กระบวนการ คือ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดตลอดเวลาระหว่างบุคคลซึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบกับบริบทแวดล้อม และมีผลต่อการพัฒนาและการปรับตัวของบุคคลโดยแตกต่างกันตามคุณลักษณะบุคคล บริบทแวดล้อม และช่วงเวลาของบุคคลนั้น

2. บุคคล คือ ศูนย์กลางของระบบ โดยแบ่งตามคุณลักษณะของบุคคล 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านทรัพยากรภายใน เป็นการรักษาไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม จากแหล่งสนับสนุนภายในของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ด้านสุขภาพการเจ็บป่วยรวมไปถึงการดูแลสุขภาพ

2.2 ด้านการแสดงออก เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการสร้างและคงปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม

2.3 ด้านความต้องการ เป็นศักยภาพของบุคคลที่แสดงถึงความต้องการหรือปฏิเสถการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม

2.4 ด้านประชากร เป็นลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการปรับตัว

3. บริบทแวดล้อม คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัว แบ่งเป็น 4 ระบบ (Bronfenbrenner, 1979) ดังนี้

3.1 ระบบจุลภาค เป็นอิทธิพลภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทางจิตวิทยา เช่น ความเชื่อ การรับรู้ ทัศนคติ ความรู้ของบุคคล และเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลจากครอบครัว เพื่อน หรือสังคม เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิด มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคล

3.2 ระบบปฏิสัมพันธ์ เป็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิ่งแวดล้อมซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาบทบาทของบุคคล หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบจุลภาค เช่น ครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน สังคม และมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลนั้นเช่นกัน เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงระบบจุลภาคต่าง ๆ ให้มีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น ครอบครัวกับระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น หรืออีกนัยหนึ่งคือบุคคลได้รับอิทธิพลมาจากองค์กรหรือสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน วัด เป็นต้น

3.3 ระบบภายนอก เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลโดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อระบบปฏิสัมพันธ์ และระบบจุลภาค

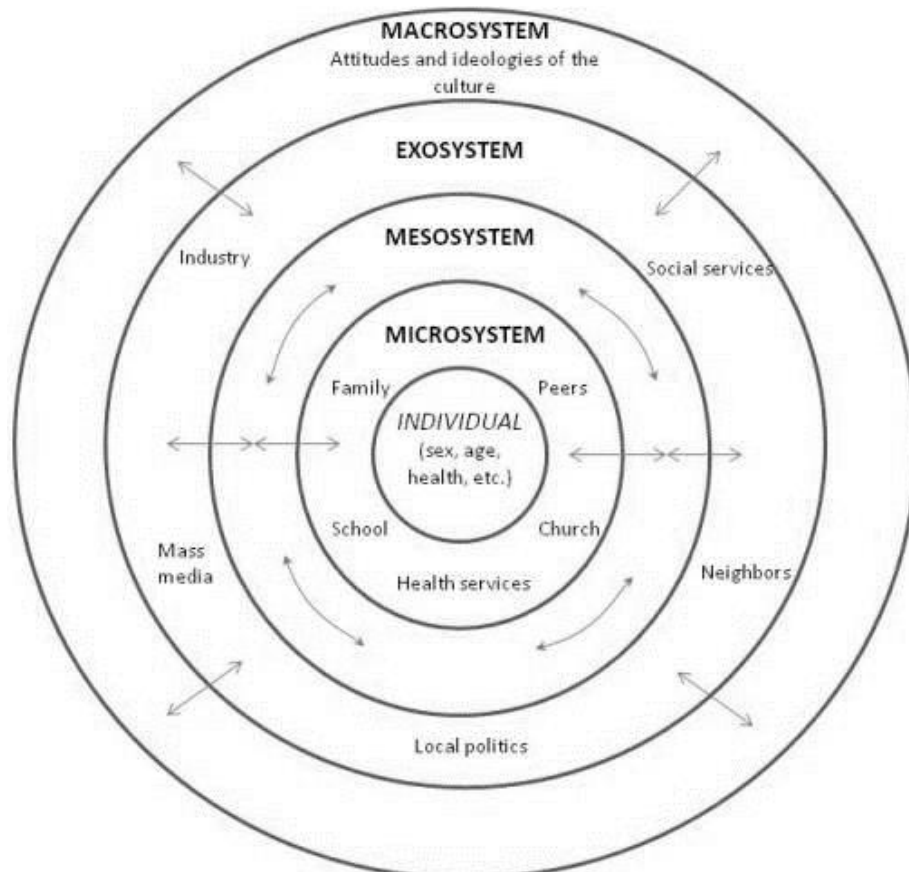
3.4 ระบบมหภาค เป็นโครงสร้างที่มีผลต่อระบบทั้งหมดเป็นสิ่งแวดล้อมใหญ่สุด เช่น สังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม

4. เวลา คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ลักษณะบุคคล หรือบริบทแวดล้อมในช่วงชีวิตของบุคคล แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

4.1 การเปลี่ยนแปลงตามวิถีชีวิตปกติ

4.2 การเปลี่ยนแปลงนอกเหนือวิถีชีวิตปกติเป็นสิ่งที่ไม่คาดการณ์

กล่าวโดยสรุปแนวคิดนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านคุณลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ด้วยแนวคิดที่ว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านั้นมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น ๆ ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบที่มีคุณลักษณะเฉพาะตัว และมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อม ตั้งแต่ระบบจุลภาคที่สิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลจนถึงระบบมหภาคที่สิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ทางอ้อมกับบุคคล



ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของบริบทแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1979).

ที่ ม ๑ Trummer, M. (2017). An Ecological Model of Mexican Immigration and Mental Health. (Doctoral dissertation). University of Missouri-Kansas City, USA.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner สร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นหนึ่งในแนวคิดที่ใช้พัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Walsh, 2002, 2003, 2008) โดยบุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบที่ทุกระบบมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยศึกษาใน 2 ระบบที่เป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ได้แก่ (1) ระบบจุลภาคเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหน่วยย่อยที่สุด โดยมีอิทธิพลภายในตัวบุคคลและอิทธิพลระหว่างบุคคล และ (2) ระบบปฏิสัมพันธ์เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยตรง (Bronfenbrenner, 1979) เพื่อต่อการพัฒนาและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว

จากทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัว ดังนี้

1. ระบบจุลภาค ปัจจัยในระบบนี้ คือ การเผชิญปัญหา (Coping) โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดการกับสภาพอารมณ์และความรู้สึกของตนเองที่เกิดจากปัญหานั้นได้ ทั้งนี้ การเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว แสดงถึงความสามารถและพลังสุขภาพจิตที่ตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติ (Mackay, 2003)

2. ระบบปฏิสัมพันธ์ ปัจจัยในระบบนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในเครือข่ายสังคมของครอบครัว โดยตรง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวในการเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Benzies & Mychasiuk, 2009) โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ คือ การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ เห็นคุณค่า มีผู้รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ ให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวในระบบปฏิสัมพันธ์ เป็นการสนับสนุนซึ่งกันและกันที่มีความสำคัญต่อครอบครัวในการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ร่วมกันและสร้างเข้มแข็งของครอบครัว (Piel, Geiger, Julien, & Lietz, 2017) โดยการสนับสนุนทางสังคมให้ความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ครอบครัวที่มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวไม่เพียงแต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังสามารถให้การสนับสนุนตอบแทนกลับได้อีกด้วย (Black & Lobo, 2008)

4.1 การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา มาจากภาษาอังกฤษศัพท์ คือ Coping โดยคำในภาษาไทยที่ใช้มีทั้งคำว่า “การเผชิญปัญหา” และ “การเผชิญความเครียด” ซึ่งมีการใช้ทั้ง 2 คำนี้ในหลากหลายงานวิจัย (วิไลวรรณ แสงเนียม, 2561) สำหรับการศึกษานี้ใช้คำว่า การเผชิญปัญหา เนื่องจากสื่อถึงลักษณะตัวแปรที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

4.1.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความหมายของการเผชิญปัญหาดังนี้ Kleinke (1991) ให้ความหมายการเผชิญปัญหา คือ ความพยายามในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม อันตราย หรือก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด ส่วน Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาเกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามหรือเกินความสามารถที่ตนจะรับได้ ซึ่งบุคคลมีการประเมินแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ว่าเพียงพอต่อการนำไปใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่หรือไม่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำเพื่อตอบสนองต่อปัญหา โดยมีการปรับตัวต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสมจนสามารถทำให้ปัญหานั้นเบาลงได้ ส่วน Shelley & Annette (2007) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำและความพยายามในการจัดการปัญหาขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล การเรียนรู้ ความเชื่อมั่น และการสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยประสบการณ์ในวัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ กาญจนา ช่มอาวุธ (2560) ให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งมีการประเมินถึงแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ต่อการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเต็มที่ มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อปัญหาจนทำให้ปัญหานั้นเบาบางลง และ วิไลวรรณ แสงเนียม (2561) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ในการคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บ หรือสถานการณ์คุกคามที่กำลังเกิดขึ้น หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

กล่าวได้ว่า การเผชิญปัญหา เป็นความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่พยายามจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นหรือคาดการณ์ว่ากำลังจะเกิดขึ้น เพื่อทำให้ปัญหานั้นลดลงหรือสถานการณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีการประเมินความพร้อมของทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหานั้น มีการปรับตัวตลอดจนการแสดงออกที่เหมาะสมทั้งทางอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา หมายถึงความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นได้

4.1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาในยุคแรก คือ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งแนวคิดนี้มองว่าการเผชิญปัญหาเป็นการกระทำ ความรู้สึก ความคิดของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อที่จัดการกับปัญหาและอุปสรรค เป็นการบรรเทาปัญหาโดยใช้

กระบวนการคิด รับรู้ระดับปัญหาและอุปสรรค หาเหตุผลที่เหมาะสม จัดการกับอารมณ์และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์วิกฤติ เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ทั้งนี้การประเมินสิ่งที่เผชิญหรือสถานการณ์ที่ประสพว่ามีผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ โดยใช้กระบวนการคิด แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เต็มไปด้วยความเครียด (Stressful) คาดการณ์ว่าสิ่งที่เผชิญเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ ได้แก่ การเป็นอันตรายหรือการสูญเสีย (Harm or loss) การคุกคาม (Threat) และการท้าทาย (Challenge)

2. ไม่เกี่ยวข้องกับตน (Irrelevant) คาดการณ์ว่าสิ่งที่เผชิญนั้นไม่เกี่ยวข้องไม่รู้สึกว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหา

3. ส่งผลดีกับตน (Being-positive) คาดการณ์ว่าสิ่งที่เผชิญจะเกิดผลทางบวก โดย Lazarus & Folkman แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามแก้ปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติให้ดีขึ้น ค้นหาสาเหตุ คิดหาวิธีแก้ไข และการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการเอาประสบการณ์ในอดีตที่ใช้ได้ผลมารวมแก้ไข ปัญหา มีการวางแผน ตั้งเป้าหมาย และทำตามแผนเพื่อแก้ปัญหา หรือมุ่งแก้ไขที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการแสดงออกทั้งความคิดและการกระทำอย่างตรงไปตรงมาด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหา เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

1.2 การวางแผนแก้ปัญหา เป็นการวิเคราะห์และจัดกระทำต่อปัญหาอย่างมีขั้นตอน โดยมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ รวมไปถึงการใช้ความพยายามหรือประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหา

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติด้วยกระบวนการทางความคิด ปรับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อไม่ให้กระทบจิตใจหรือการดำเนินชีวิต รักษาสมดุลทางจิตใจให้กลับสู่สภาวะปกติโดยใช้กลไกป้องกันทางจิต ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง ความโกรธ และการร้องไห้ รวมถึงการพยายามควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการใช้วิธีการผ่อนคลายในการลดความวิตกกังวล และความพยายามปรับเปลี่ยนความหมายที่มีต่อเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นการมองสิ่งที่เป็นปัญหาในแง่ดี

การเปรียบเทียบกับปัญหาคนอื่นที่รุนแรงกว่า หรือการแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางจิตใจ แบ่งเป็น 6 แบบ ดังนี้

2.1 การให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาในทางที่ดี เพื่อลดความตึงเครียดของอารมณ์ รวมถึงความเชื่อทางศาสนา

2.2 การรับผิดชอบต่อปัญหา ตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางปัญหาอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.3 การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางสังคม การพยายามที่จะเรียนรู้ปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหา โดยหาทรัพยากรที่จำเป็น ทางด้านข้อมูล วัตถุ หรือจิตใจ

2.4 การควบคุมตนเอง เป็นการควบคุมความมั่นคงของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.5 การถอยห่างหรือการเมินเฉย ลดความสำคัญกับสถานการณ์นั้นลง

2.6 การเลียงหนีปัญหา หลีกเลียงปัญหาชั่วคราว เพื่อให้พ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

ส่วน Jalowiec, Murphy & Powers (1984) ศึกษาการเผชิญปัญหาโดยการให้พื้นฐานจากทฤษฎีของ Lazarus & Folkman แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นไปในทางที่ดี หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. การเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) เป็นการปรับแก้ที่ความรู้สึกไม่สบายใจ ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตน รักษาสมดุลของจิตใจ โดยที่ปัญหานั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลง

3. การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Palliative coping) เป็นการปรับแก้ปัญหาโดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหานั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลง

เช่นเดียว Carver, Scheier, & Weintraub (1989) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้พื้นฐานจากทฤษฎีของ Lazarus & Folkman และรูปแบบของการกำกับตัวเอง (Self-regulation) สรุปวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 14 ลักษณะ ดังนี้

1. การลงมือทำการเผชิญปัญหา (Active coping) เป็นการให้ความพยายามการวางแผนและลงมือแก้ปัญหาโดยตรง

2. การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการคิด เพื่อหาวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างดีที่สุด
3. การยอมรับ (Acceptance) เป็นการยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น พร้อมเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ
4. การให้ความหมายใหม่ในเชิงบวก (Positive Reinterpretation) เป็นการมองสถานการณ์วิกฤติใหม่ในทางที่ดี หรือจัดการอารมณ์ ความกดดัน ทำให้บุคคลลงมือแก้ปัญหาโดยตรงและเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ
5. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือหรือวิธีการ (Seeking social support for instrumental reasons) ขอคำปรึกษา/ข้อมูล หรือขอแนวการเผชิญปัญหาทางจากผู้ที่เคยประสบปัญหาเดียวกันมาก่อน
6. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมด้านตอบสนองทางจิตใจ (Seeking social support for emotion reasons) เป็นการระบายความรู้สึก เพื่อได้รับความเข้าใจ และคำปลอบโยนจากผู้อื่น
7. การพึ่งศาสนา (Turning to religion) เป็นการใช้ศาสนาเป็นแหล่งช่วยเหลือทางใจในขณะเผชิญสถานการณ์วิกฤติ
8. การปลดปล่อยทางอารมณ์ (Focus on venting of emotions) เป็นการสนใจต่อความรู้สึก พร้อมทั้งระบายความรู้สึกออกมา
9. การงดกิจกรรมหรือสิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง (Suppression of competing activities) เป็นการมุ่งความสนใจไปที่ปัญหาอย่างเต็มที่ โดยงดความสนใจสิ่งอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง
10. การชะลอการเผชิญปัญหา (Restrain Coping) เป็นการรอเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ลงก่อน จึงค่อยลงมือแก้ไขปัญหา
11. การไม่ข้องเกี่ยวกับความคิด (Mental disengagement) เป็นการใช้กิจกรรมอื่นเพื่อไม่ให้นึกถึงปัญหา หรือการลดความกดดันลง
12. การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral disengagement) เป็นการไม่สามารถช่วยตนเองได้ หรือการลดความพยายามในการเผชิญกับปัญหา
13. การปฏิเสธ (Denial) เป็นการเพิกเฉยไม่ยอมรับความจริงต่อสถานการณ์
14. การใช้สุรา/ยาเสพติด (Alcohol/Drug use) เป็นการใช้สุราหรือยาเสพติด เพื่อให้ลืมปัญหาและเพื่อให้มีรู้สึกดีขึ้น

ส่วน Endler & Parker (1994) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหา 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งกระทำการแก้ไขปัญหา (Task coping) เป็นการกระทำโดยตรงเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ลดความตึงเครียด
2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเผชิญปัญหาด้านอารมณ์ (Emotion Coping) เป็นการใช้ความพยายามเปลี่ยนแปลงอารมณ์เพื่อตอบสนองต่อความเครียด
3. การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (Avoidance coping) เป็นการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง

กล่าวได้ว่า แนวคิดการเผชิญปัญหาแบ่งลักษณะการเผชิญปัญหาตามลักษณะของความคิดและการกระทำในการเผชิญปัญหา คือ (1) การเผชิญปัญหาที่มุ่งเผชิญหน้าเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (2) การเผชิญปัญหาที่อาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นที่ให้อีกต่อการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติ และ (3) การหลีกเลี่ยงปัญหา ทั้งนี้การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของแต่ละบุคคลในการเผชิญและฟันฝ่าปัญหา เพื่อให้ปัญหานั้นเบาบางลงหรือหนีจากปัญหา โดยมีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งที่เผชิญโดยใช้กระบวนการคิด ได้แก่ (1) ประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับตน (2) มีผลดีกับตน หรือ (3) เต็มไปด้วยความเครียดจากการสูญเสีย การคุกคาม หรือความทำลาย ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ศึกษาการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) พยายามคิดและลงมือกระทำการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤตินั้นด้วยตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น มีการค้นหาสาเหตุ คิดหาวิธีแก้ไข และการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หรือมีการเอาประสบการณ์ในอดีตที่เข้าได้ผลมาร่วมแก้ไขปัญหา

4.1.3 การวัดการเผชิญปัญหา

แบบวัดการเผชิญปัญหาได้มีการพัฒนาขึ้นมาอย่างมากมาย โดยแบบวัดที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบวัด The way of coping Questionnaire ของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ประเมินความคิดและพฤติกรรมของบุคคลในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติ สามารถใช้ประเมินได้ทั้งคนปกติและผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อคำถาม 50 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ใช้การเผชิญปัญหา มากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี ดังนี้

1. แบบมุ่งแก้ปัญหา คือ (1) การเผชิญปัญหา และ (2) การแก้ปัญหาหรือวางแผน

2. แบบมุ่งปรับอารมณ์ คือ (1) การแยกตัวออกห่าง (2) การควบคุมตนเอง (3) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (4) การยอมรับในหน้าที่ที่รับผิดชอบ (5) การหลบหนี หลีกเลี้ยง และ (6) การประเมินความเครียดเชิงบวก

แบบวัด Coping Strategies Questionnaire พัฒนาโดย Jalowiec (1985) ข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ใช้การเผชิญปัญหามากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา
2. การจัดการด้านอารมณ์
3. การบรรเทาความเครียด

นอกจากนี้การศึกษาวิจัยในประเทศไทยมีแบบวัดการเผชิญปัญหาที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทในการศึกษา เช่น แบบวัดการเผชิญปัญหาของ สกาวรัตน์ กลิ่นน้อย (2554) พัฒนาจากแบบวัดของ Jalowiec (1985) แบบวัดนี้ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ข้อคำถาม 32 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เป็นจริง ถึง เป็นจริงทั้งหมด) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่มีคะแนนน้อย โดยแบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา
2. การจัดการกับอารมณ์

และแบบวัดการเผชิญปัญหาของจิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2549) พัฒนาจากแบบวัดของ Jalowiec (1985) แบบวัดนี้ใช้ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย ถึง เป็นประจำ) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย โดยแบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา
2. การจัดการกับอารมณ์
3. การบรรเทาความเครียด

สำหรับงานวิจัยนี้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ จิตรา รัตนดิลก ณ ฎุเกิต (2549) พัฒนาจากแบบวัดของ Jalowiec (1985) และใช้ในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาโดยเลือกการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งมีความครอบคลุมในการอธิบายวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทที่ใช้ในการศึกษาได้

4.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหามีการศึกษาอย่างแพร่หลาย โดยการศึกษาของ Brivio et al. (2021) ศึกษาบทบาทของพลังสุขภาพจิตครอบครัว การเผชิญปัญหาอย่างยืดหยุ่น การควบคุมอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วยด้านมะเร็งวิทยา (Oncology) เนื่องจากโปรแกรมการตรวจการคัดกรอง การรักษาถูกเลื่อนหรือยกเลิก และความกลัวเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 154 คน ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาอย่างยืดหยุ่นมีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ทั้งนี้การเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยปกป้อง และเป็นการปรับตัวต่อความเครียด ซึ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวจะช่วยให้ผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติ โดยครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรต่อผู้ป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Herbell, Breitenstein, Melnyk, & Guo (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ปกครองและความเป็นอยู่ที่ดีของบุตรที่มีความผิดปกติทางจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของบุตรอายุ 6 - 17 ปี ที่มีความผิดปกติทางจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 1,900 คน พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรให้แก่ผู้ปกครองเพื่ออำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหา และยังมีผลต่อเนื่องไปยังพลังสุขภาพจิตครอบครัวอีกด้วย

ทั้งนี้ Mawarpury & Faisal (2015) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความแข็งแกร่งของครอบครัวในภูมิภาคที่มีความขัดแย้ง โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นครอบครัวที่มีประสบการณ์ความรุนแรงในช่วงความขัดแย้งในจังหวัดอาละห์ ประเทศอินโดนีเซีย หลังจากการเพิกถอนการจัดตั้งเขตปฏิบัติการทางทหารในอาละห์ ระหว่างปี พ.ศ. 2541 – 2548 อายุมากกว่า 25 ปี จำนวน 3 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า

ความขัดแย้งในจังหวัดอาเจะห์ส่งผลเสียหายเชิงโครงสร้างต่อสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนส่งผลให้พลังสุขภาพจิตครอบครัวและการทำงานของชีวิตครอบครัวลดลง ทั้งนี้โดยธรรมชาติแล้วบุคคลย่อมมีความสามารถในการปรับตัวด้วยความยากลำบาก เช่นเดียวกับครอบครัวของเหยื่อที่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในความขัดแย้งจังหวัดอาเจะห์ก็ปรับตัวให้เข้ากับ ความยากลำบากที่เกิดจากเหตุการณ์เช่นเดียวกัน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ในภูมิภาคที่มีความขัดแย้ง ได้แก่ ศาสนา การเผชิญปัญหาแบบยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การมองโลกในแง่ดี และโครงสร้างครอบครัว ทั้งนี้พลังสุขภาพจิตครอบครัวแต่ละคนมีส่วนทำให้ ครอบครัวมีความสามารถในการเผชิญกับความท้าทายและความยากลำบากอันเนื่องมาจากความขัดแย้ง ทั้งนี้รัฐบาลสามารถส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวผ่านการสนับสนุนปัจจัยที่เสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครอบครัว

เช่นเดียวกับการศึกษาพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดย กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและอาศัยในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 160 คน พบว่า การนับถือศาสนา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัว

นอกจากนี้ Ye et al. (2017) ได้ศึกษาพลังสุขภาพจิตของบิดามารดาที่บุตรเป็นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาที่มีบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 229 คน พบว่า การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตของพ่อแม่ที่มีบุตรเป็นโรคมะเร็ง ทั้งนี้ครอบครัวได้รับผลกระทบอย่างมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็ง บิดามารดาับภาระหนักทั้งการรักษา มะเร็ง ยังต้องเผชิญกับความกลัวการสูญเสียบุตร ตลอดจนอารมณ์เชิงลบ เช่น ปฏิเสธความจริง ซึมเศร้า วิตกกังวล สิ้นหวัง ปัจจัยการเผชิญปัญหาจะช่วยเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของพ่อแม่ ซึ่งเป็นความสามารถในการต้านทานการตอบสนองทางจิตวิทยาเชิงลบเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งของบิดามารดาเอาชนะปัญหาในสถานการณ์ที่ทำนาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ทั้งยังสามารถทำนายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัว นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ในรูปแบบการเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลไปยังพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ครอบครัวรู้สึกมีความมั่นคงต่อการเผชิญปัญหา การได้รับความเอาใจใส่การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในเครือข่ายสังคม (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ภายในที่ให้การสนับสนุนมุ่งไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม และในทางตรงกันข้ามการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งระดับความสัมพันธ์ก็แตกต่างกันไปตามระดับความใกล้ชิด ซึ่งการสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม (กรรณิการ์ ดาไลดม, 2561)

4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาอย่างแพร่หลายจึงทำให้มีความหมายที่แตกต่างกันออกไป โดย Cobb (1976) ให้ความหมายว่าเป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า มีความผูกพัน และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วน House (1980) ให้ความหมายว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ เห็นคุณค่า รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ ให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า เช่นเดียวกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้รับข้อมูล และสิ่งของหรือบริการ โดยที่ผู้รับจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์นั้น

กล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมที่มีให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งประกอบด้วยการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ มีคนคอยรับฟัง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็น การได้รับความช่วยเหลือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมได้รับการตอบสนองต่อความต้องการและสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ ปรับตัว การดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความรัก ความหวังใจ ความไว้วางใจ เห็นคุณค่า มีผู้รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ ให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

4.2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการสนใจเป็นอย่างมาก โดยได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบ บริการสุขภาพ โดยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามี คนรักและเห็นคุณค่า รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันกัน โดยการ สนับสนุนทางสังคม ช่วยป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของความเครียดในชีวิต สามารถปกป้องคน ที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤติ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ การที่บุคคลเชื่อว่าได้รับการเอาใจใส่และความรัก
2. ด้านการยอมรับและคุณค่าและเห็นคุณค่า การที่บุคคลเชื่อว่าได้รับการ ยอมรับและมีคุณค่า
3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่บุคคลเชื่อว่าได้มีส่วนร่วมและ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยมีความสัมพันธ์ที่ดีช่วยเหลือกัน

House แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ เป็นความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความหวังใจ ความ ไว้วางใจ โดยส่วนใหญ่จะได้รับมาจากครอบครัวและเพื่อนสนิท
2. ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์
4. ด้านทรัพยากร เป็นการได้รับความช่วยเหลือเป็นรูปธรรมโดยตรง เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ บริการต่าง ๆ

Schaefer, Coyne, & Lazarus แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ เป็นความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ด้านวัตถุสิ่งของ เป็นการช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำของบุคคล

ทั้งนี้แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมหรือกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (กัญญา คล้ายมาลา, 2553)

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมกัน เป็นการส่วนตัว มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ได้แก่ ครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มของสังคม มีความสัมพันธ์ตามระบบแบบแผน และกฎเกณฑ์ของสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ หรือกลุ่มที่มีการจัดตั้งขึ้นในสังคม และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ส่วนระดับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Gottlieb, 1985)

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นระดับกลุ่มหรือความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคมที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้พิการ
2. ระดับกลาง (Mezzo level) เป็นระดับที่เน้นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อกันอย่างสม่ำเสมอในเครือข่ายสังคม เช่น เพื่อนฝูง
3. ระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เน้นคุณภาพของความสัมพันธ์มากกว่าปริมาณ เช่น สมาชิกในครอบครัว

กล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีหลายแนวคิดโดยสามารถแบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เน้นความรู้สึกของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมด้านวิธีการส่งเสริมสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ โดยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ เช่น ครอบครัวเครือญาติ และกลุ่มทุติยภูมิ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ระดับการสนับสนุนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้างเป็นการมีส่วนร่วมในสังคม ระดับกลาง เช่น กลุ่มเพื่อน และระดับเล็ก เช่น ครอบครัว เครือญาติ สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House เนื่องจากแนวคิดนี้ครอบคลุมบริบทในการศึกษาการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าและการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นทางการแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพราะเป็นบุคคลที่ข้องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีแบบแผนกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เมื่อครอบครัวผู้ป่วยประสบปัญหา ก็สามารถสื่อสารแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์รับรู้ถึงปัญหาก็สามารถให้การสนับสนุนได้ตรงตามความต้องการ

4.2.3 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้มีการพัฒนาขึ้นมาอย่างมากมาตามบริบทของการศึกษา เช่น แบบวัด ENRICH Social Support Inventory (ESSI) โดย Vaglio et al. (2004) สำหรับวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อคำถาม 7 ข้อ โดยข้อคำถามที่ 1 - 6 ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (None of the time ถึง All of the time) ส่วนข้อคำถามข้อ 7 เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และไม่นำมาคิดคะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย แบบวัดนี้แบ่งตามลักษณะการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์
2. ด้านวัสดุอุปกรณ์
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร
4. ด้านการประเมิน

แบบวัด Medical Outcomes Study: Social Support Survey (MOS-SSS) โดย Sherbourne & Stewart (1991) ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด สอบถามแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะไม่นำมาคิดคะแนน ข้อที่ 2 - 16 ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (None of the time ถึง All of the time) โดยผู้ที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร
2. ด้านบุคคล
3. ด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมในเชิงบวก

นอกจากนี้มีแบบวัด Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) โดย Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) ข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ตามแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม คือ จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่สำคัญอื่น ๆ ค่าคะแนนเป็นมาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (strongly disagree ถึง strongly agree) โดยผู้ที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมีแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้มีพัฒนาเครื่องมือขึ้นรวมถึงดัดแปลงไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทย รัชนีพร ภัทรปกรณ์ (2556) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยอาศัยแนวคิดของ House และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่ได้รับการสนับสนุน ถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนน้อย ด้านที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูล
4. สนับสนุนด้านทรัพยากร

ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ รัชนีพร ภัทรปกรณ์ (2556) เนื่องจากสอดคล้องกับบริบทในการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน โดยศึกษาในแง่มุมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และสนับสนุนด้านทรัพยากร

4.2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวมากมาย โดย Piel et al. (2017) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธีโดยใช้แนวคิดของระบบนิเวศในการทำความเข้าใจการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวอุปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวที่รับอุปถัมภ์เด็ก จำนวน 20 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดระบบนิเวศเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ภายในโครงสร้างที่ซ้อน

กันของสิ่งแวดล้อม และเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถรับมือกับความท้าทายและเติบโตได้

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Plumb (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิตครอบครัวต่อภาวะความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้ดูแลหลักของบุตรอายุ 6 ปี และ 12 ปีที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นออทิสติก จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีการช่วยเหลือกันในครอบครัว หรือได้รับการช่วยเหลือจากสังคม เช่น การเข้าร่วมบริการ ทางศาสนา และการเลี้ยงดูมีผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่ดี การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของรวมถึงข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดำรงชีวิต

สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahayu, Sofia, & Jannah (2021) ที่ศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลทั่วไปอายุ 25 - 65 ปี ที่สมรสแล้ว ผลการศึกษาพบว่า สนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวครอบครัว หากการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นเท่าใด พลังสุขภาพจิตครอบครัวจะสูงมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญพลังสุขภาพจิตครอบครัวในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวอธิบายว่าครอบครัวจะมีการพัฒนาศักยภาพเพื่อเผชิญกับปัญหาและความกดดันในสถานการณ์วิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ครอบครัวมีบทบาทสำคัญโดยการทำหน้าที่ของครอบครัวในฐานะที่เป็นแหล่งทรัพยากรของสมาชิกในครอบครัว โดยส่งเสริมกันเรื่อง การดูแลตนเอง เช่น การล้างมือ และวัฒนธรรมการมีสุขภาพดี ทั้งนี้ยังมีการมอบความรัก การปลอบโยนและเอาใจใส่ เพื่อรักษาเสถียรภาพทางอารมณ์เพื่อที่จะมีความสุขต่อไปในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว โดยกัญญาวิวี พรหมพันธุ์ และคณะ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยในภาคกลางของประเทศไทย

จำนวน 160 คน พบว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ร้อยละ 58 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

สอดคล้องกับการศึกษาของ Iacob, Avram, Cojocar, & Podina (2020) ทำการวิเคราะห์หือภิมานด้วยวิธีการทางสถิติเปรียบเทียบและรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถต้านทานสถานการณ์วิกฤติได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจจากสถานการณ์วิกฤตินั้น ทั้งนี้ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปัจจัยป้องกันในพลังสุขภาพจิตครอบครัว และผลลัพธ์จากมุมมองเชิงปฏิบัติชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาต่อเนื่องในการสนับสนุนทางสังคมด้านนโยบายต่าง ๆ สำหรับครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีความพิการ ส่วนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว สามารถทำนายความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตครอบครัวได้ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาในทิศทางบวกอีกด้วย

ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

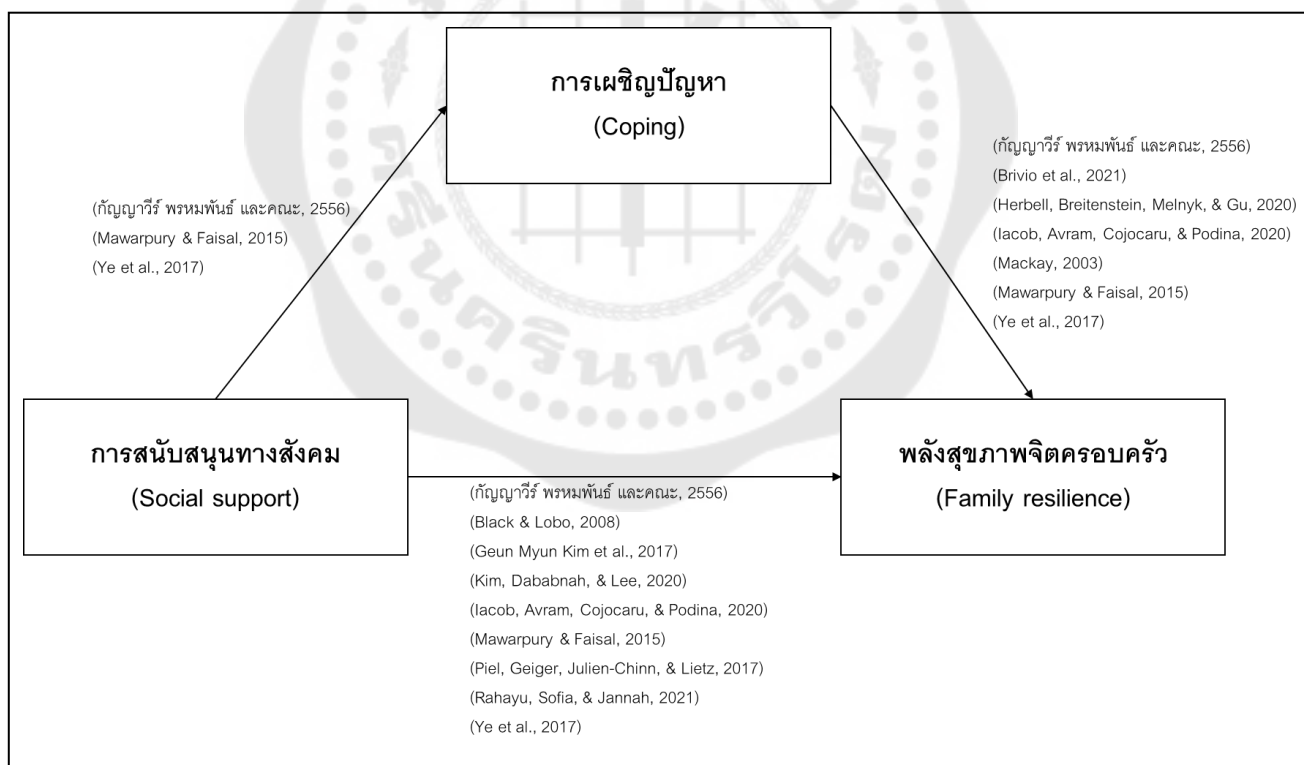
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องมีการดูแล รักษา ฟันฟู ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะยาวหรือตลอดชีวิต ซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทและรับภาระอย่างมากด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (นุชจรรย์ ธีระแนว และคณะ, 2564; ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ และคณะ, 2564) การดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่อง นับว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติอย่างหนึ่งที่ทุกคนในครอบครัวต้องเผชิญร่วมกัน ทั้งนี้การจัดการกับเหตุการณ์อันเป็นสถานการณ์วิกฤติและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว นั้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้าที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัวเสื่อมลง (ชนัญชิตา ดุขะฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) โดยแต่ละครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตินั้น ๆ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกครอบคลุมด้านความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารภายในครอบครัวต่อบริบทของการเกิดสถานการณ์วิกฤติของครอบครัว คือ พลังสุขภาพจิตครอบครัว (Luthar, 2006)

ในการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh โดยศึกษาตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัว ตัวแปรการเผชิญปัญหา และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยนำมุมมองนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner ที่มีแนวคิดว่าคุณคนและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม มาพัฒนาเป็นแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของพลังสุขภาพจิตครอบครัว เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นหนึ่งในแนวคิดที่ใช้พัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Walsh, 2002, 2003, 2008) โดยศึกษาใน 2 ระบบที่เป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง (direct interaction) ได้แก่ (1) ระบบจุลภาค คือ ตัวแปรการเผชิญปัญหา และ (2) ระบบปฏิสัมพันธ์ คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัวสามารถนำพาครอบครัวให้จัดการปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤติและผ่านพ้นความทุกข์ยากไปได้สำเร็จ (Black & Lobo, 2008) ทั้งนี้การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมทักษะด้านความรู้ความเข้าใจต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาและยังมีผลต่อเนื่องไปยังพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย (Herbell et al., 2020) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว โดยการสนับสนุนทางสังคมครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถต้านทานสถานการณ์วิกฤติได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูจากสถานการณ์วิกฤติกลับสู่ภาวะปกติ (Iacob et al., 2020) ทั้งนี้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องพบว่า การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถรวมกันทำนายพลัง
สุขภาพจิตครอบครัวได้อีกด้วย (กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์ และคณะ, 2556) ซึ่งการสนับสนุนทาง
สังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยสามารถส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาไปยังพลัง
สุขภาพจิตครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยให้
การเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิต
ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว และการ
สนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญ
ปัญหา

ทั้งนี้ จากการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎีและการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมา
เป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพประกอบ 7



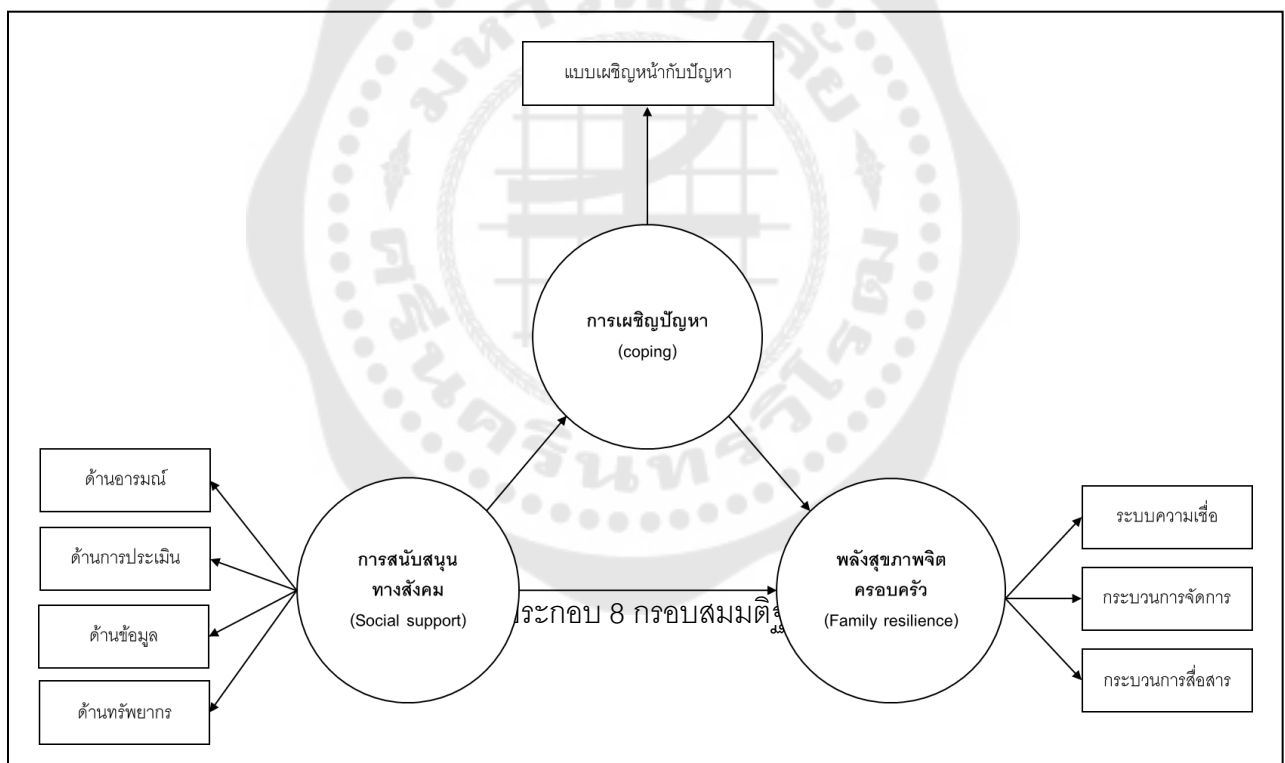
ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

จากกรอบแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบจำลองสมมติฐานที่เป็นแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รายละเอียดของสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว
2. การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว
3. การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

จากสมมติฐานดังกล่าวผู้วิจัยได้สร้างรูปภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพประกอบ 8



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการศึกษาแบบจำลองสมการโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลต่อพลัง สุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้ได้จำนวนจริงตามปัจจุบัน ผู้วิจัยพิจารณาจำนวนประชากร ปีงบประมาณ 2564 ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - มีนาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 271 คน (เวชสถิติงานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 1 – 3 คนต่อครอบครัว

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางการแพทย์หรือเป็นสมาชิกครอบครัว เครือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถตอบแบบสอบถามหรืออ่านออกเขียนได้เอง พุดคุย สื่อสารเข้าใจ และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

มีความจำนนออกจากงานวิจัย

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างตามหลักการของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง พิจารณาตามกฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) คือ การใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตในแบบจำลองสมการโครงสร้าง โดยวิเคราะห์ที่ข้อมูลที่มีสัดส่วน 20:1 (Hair, 2019) ในงานวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตจำนวน 8 ตัวแปร ดังนั้น จึงควรมีตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ 160 ครอบครัว และเพื่อป้องกันข้อมูลขาดความสมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 176 ครอบครัว โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบของแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนำเสนอตัวแปรในรูปแบบตัวแปรแฝงภายในแบบจำลอง ตัวแปรส่งผ่าน และตัวแปรแฝงภายนอกแบบจำลอง

พื้นที่รวบรวมข้อมูลในการวิจัย

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2 แห่งจากคณะกรรมการพิทักษ์จริยธรรมของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC/E/G-360/2564 และคณะกรรมการพิทักษ์จริยธรรมของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 64020 ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและจรรยาบรรณของนักวิจัยโดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย และสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ในการเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามยินยอมโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ ซึ่งจะหยุดพักรอจนพร้อมตอบแบบสอบถามหรือสามารถนัดหมายใหม่อีกครั้ง และในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมและออกจากโครงการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งสามารถออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา หากมีข้อสงสัยในงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ที่ ข้อมูลทุก

อย่างที่ได้อาจกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล หรือระบุตัวตนกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และเสนอในภาพรวมทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบแบ่งออกเป็น 4 ส่วนรวมทั้งสิ้น 78 ข้อ ดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน	15	ข้อ
แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว	จำนวน	33	ข้อ
แบบสอบถามการเผชิญปัญหา	จำนวน	12	ข้อ
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	18	ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนามาทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาความถูกต้องด้านโครงสร้างแนวคิด ทฤษฎี ภาษา และการวัดที่ตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .50 ขึ้นไป (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ & ชญาภา วันทุม, 2560)

จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุงแล้วมาทดลองใช้ (Try out) กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .70 ขึ้นไป (Cronbach, 1951) และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation : CITC) ที่ผ่านเกณฑ์ คือ มากกว่า .20 ขึ้นไป (Everitt, 2010)

รวมทั้งตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาค่าที่ผ่านเกณฑ์ คือ ค่า p -value ของไคสแควร์ (χ^2) มากกว่า .05 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (CFI) มากกว่า .95 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (TLI) มากกว่า .95 ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) น้อยกว่า .05 ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (SRMR) น้อยกว่า .08 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มากกว่า .30 ตรวจสอบความตรงของ

โมเดลมาตรวจด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่อตัวแปรแฝง โดยนำค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ภายในตัวแปรแฝงเดียวกันมายกกำลังสอง (variance extracted) แล้วหาค่าเฉลี่ยจะได้ค่าความแปรปรวนที่สกัดได้ (Average Variance Extracted: AVE) ค่าที่ผ่านเกณฑ์คือ มากกว่า .50 และความเที่ยงเชิงโครงสร้าง (Construct Reliability: CR) ค่าที่ผ่านเกณฑ์คือ มากกว่า .70 (Hair, 2019)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยข้อความคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วย หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรคของผู้ป่วย ด้านที่อ่อนแอ โรคประจำตัวของผู้ป่วย ตัวอย่างข้อความถาม ดังนี้

คำชี้แจง โปรดเติมเครื่องหมาย / และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ () ชาย () หญิง () เพศทางเลือก () ไม่ระบุ
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว

ผู้วิจัยแปลและพัฒนาแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัวจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh (2015) โดยนำมาปรับและสร้างข้อความคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย จำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ระบบความเชื่อ กระบวนการจัดการ และกระบวนการสื่อสาร ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนความหมายตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การพิจารณาการแปลผลคะแนนใช้สูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= (\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) / 3 \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

ค่าคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวต่ำ

ค่าคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวปานกลาง

ค่าคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม ดังนี้

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียดและทำเครื่องหมาย/ในช่องที่ตรงกับครอบครัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นเป็นกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	ครอบครัวของฉันให้กำลังใจกันและกัน	1	2	3	4	5
00	ครอบครัวของฉันเชื่อว่าสามารถเรียนรู้จากความท้าทายที่เผชิญ	1	2	3	4	5
000	ครอบครัวของฉันมีความจริงใจต่อกัน	1	2	3	4	5

เมื่อพิจารณาคูณภาพของแบบสอบถามด้านความตรงตามเนื้อหา พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 ส่วนด้านความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม องค์ประกอบระบบความเชื่อมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .41 - .67 องค์ประกอบกระบวนการจัดการมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .40 - .73 และองค์ประกอบกระบวนการสื่อสารมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .38 - .75 โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .93

และเมื่อตรวจสอบด้านความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว พบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการวิเคราะห์ ดังนี้ $\chi^2 = .21, df = 1, p = .65, CFI = 1, TLI = 1,$

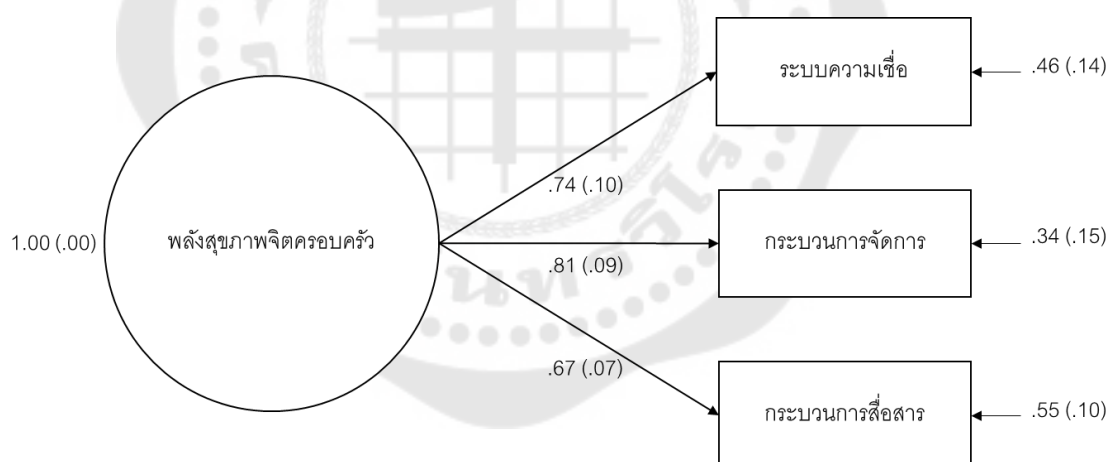
RMSEA = .00, SRMR = .07, CR = .80, AVE = .60 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .67 - .74 รายละเอียดดังตาราง 2 ภาพประกอบ 9

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว

องค์ประกอบ	น้ำหนักองค์ประกอบ		t-value	R ²	CR	AVE
	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	SE				
ระบบความเชื่อ	.74	.10	7.60	.54		
กระบวนการจัดการ	.81	.09	8.94	.66	.80	.60
กระบวนการสื่อสาร	.67	.07	9.08	.46		

$\chi^2 = .21, df = 1, p = .65, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = .00, SRMR = .07$

ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)



$\chi^2 = .21, df = 1, p = .65, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = .00, SRMR = .07$

ภาพประกอบ 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามการเผชิญปัญหาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1985) โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามหัวข้อการเผชิญหน้ากับปัญหามาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนความหมายตั้งแต่เป็นประจำ ให้ 5 คะแนน และ ไม่เคยเลย ให้ 1 คะแนน การพิจารณาการแปลผลคะแนนใช้สูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= (\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) / 3 = 1.33 \end{aligned}$$

ค่าคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ

ค่าคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาปานกลาง

ค่าคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม ดังนี้

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย/ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	เป็น ประจำ
0	ฉันคิดหาทางออกหลายวิธีที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น	1	2	3	4	5
00	ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาให้ดีขึ้น	1	2	3	4	5
000	ฉันแยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนและพยายามแก้ปัญหาไปที่ละส่วน	1	2	3	4	5

เมื่อพิจารณาคุณภาพของแบบสอบถามการเผชิญปัญหาด้านความตรงตามเนื้อหา พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาด้านความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .56 - .77

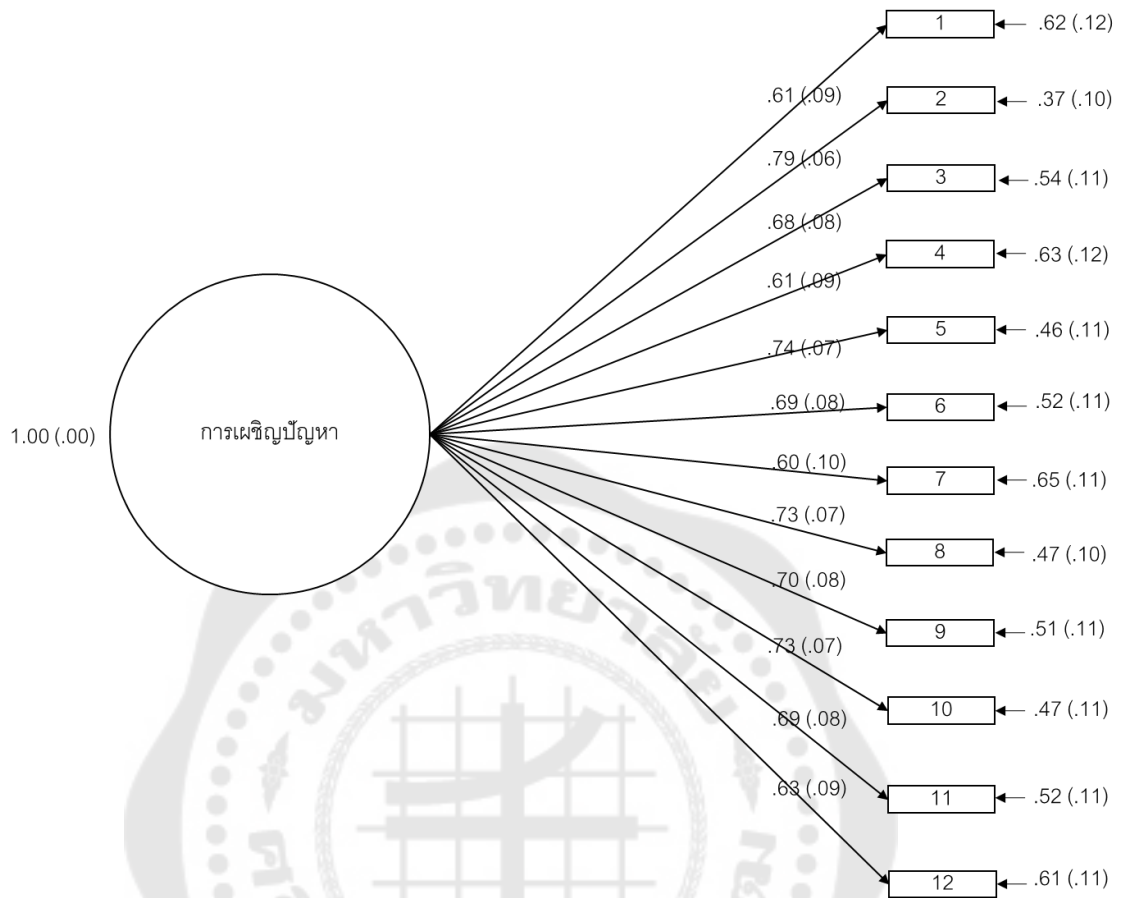
และเมื่อตรวจสอบด้านความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา พบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากผลการวิเคราะห์ ดังนี้ $\chi^2 = 47.83$, $df = 46$, $p = .40$, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .03, SRMR = .05, CR = .90, AVE = .50 และค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .60 - .79 รายละเอียดดังตาราง 3 และภาพประกอบ 10

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา

ข้อคำถาม ที่	น้ำหนักองค์ประกอบ		t-value	R ²	CR	AVE
	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	SE				
1	.61	.09	6.54	.38		
2	.79	.06	13.64	.63		
3	.68	.08	8.09	.46		
4	.61	.09	6.47	.37		
5	.74	.07	10.00	.54		
6	.69	.08	8.73	.48	.90	.50
7	.60	.10	6.21	.36		
8	.73	.07	10.24	.53		
9	.70	.08	8.63	.49		
10	.73	.07	9.82	.53		
11	.69	.08	8.38	.48		
12	.63	.09	6.93	.39		

$\chi^2 = 47.83$, $df = 46$, $p = .40$, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .03, SRMR = .05

ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)



$$\chi^2 = 47.83, df = 46, p = .40, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .03, SRMR = .05$$

ภาพประกอบ 10 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของรพีพร ภัทรปกรณ์ (2556) ซึ่งอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) โดยผู้วิจัยนำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยโดยพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนความหมายมากที่สุด ให้ 5 คะแนน และ ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน การพิจารณาการแปลผลคะแนนใช้สูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= (\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) / 3 = 1.33 \end{aligned}$$

ค่าคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ค่าคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ตัวอย่างข้อคำถาม ดังนี้

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียดและทำเครื่องหมาย/ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่มี เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
0	ฉันได้รับความสนใจและความเอาใจใส่ จากบุคลากรทางการแพทย์	1	2	3	4	5
00	ฉันได้รับความรักและความห่วงใยจาก บุคลากรทางการแพทย์	1	2	3	4	5
000	ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคลากรทาง การแพทย์ให้ดูแลผู้ป่วย	1	2	3	4	5

เมื่อพิจารณาคุณภาพของแบบสอบถามด้านความตรงตามเนื้อหา พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 และด้านความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม องค์ประกอบด้านอารมณ์มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .69 - .82 องค์ประกอบด้านการประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .76 - .87 องค์ประกอบด้านข้อมูลมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมระหว่าง .70 - .77 และองค์ประกอบด้านทรัพยากรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .63 - .78 ทั้งนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .96

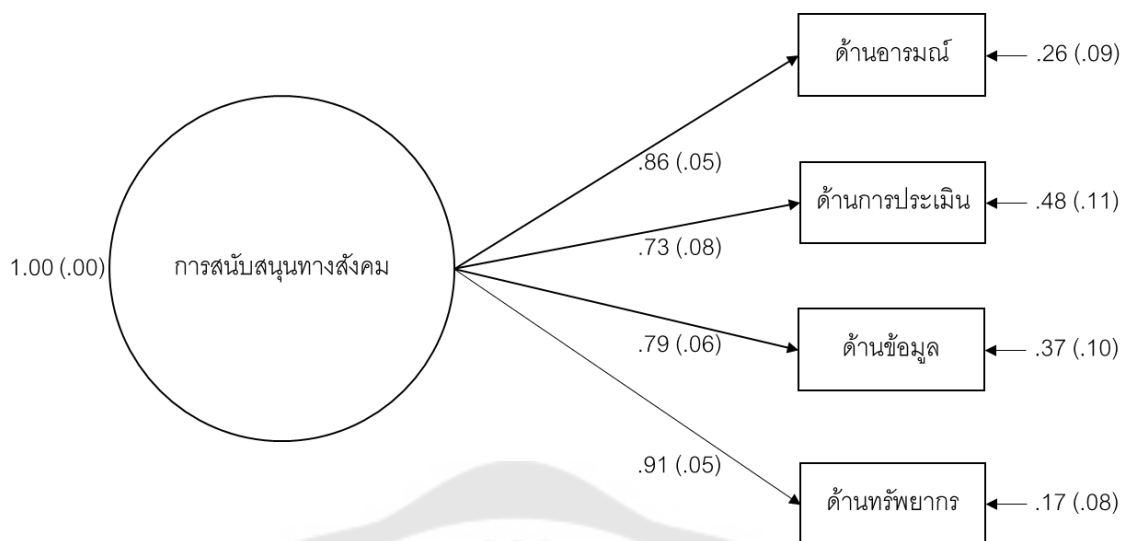
และเมื่อตรวจสอบด้านความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากผลการวิเคราะห์ ดังนี้ $\chi^2 = .32, df = 1, p = .57, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = .00, SRMR = .01, CR = .90, AVE = .70$ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .73 - .91 รายละเอียดดังตาราง 4 และภาพประกอบ 11

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบ	น้ำหนักองค์ประกอบ		t-value	R ²	CR	AVE
	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	SE				
ด้านอารมณ์	.86	.05	16.64	.75		
ด้านการประเมิน	.73	.08	9.31	.53	.90	.70
ด้านข้อมูล	.79	.06	12.60	.63		
ด้านทรัพยากร	.91	.05	19.66	.83		

$\chi^2 = .32, df = 1, p = .57, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = .00, SRMR = .01$

ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)



$$\chi^2 = .32, df = 1, p = .57, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = .00, SRMR = .01$$

ภาพประกอบ 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือข้างต้นสรุปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านมีคุณภาพโดยผ่านเกณฑ์การประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเชื่อมั่น (Reliability) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อขออนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ติดต่อผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลพลังสุขภาพจิตครอบครัว การเผชิญปัญหา

และการสนับสนุนทางสังคม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 - 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้

4. เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามหากข้อมูลใดขาดหายไปหรือไม่ครบถ้วนจะขอความร่วมมือทำแบบสอบถามเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา โดยการคำนวณค่าสถิติพื้นฐานเชิงบรรยาย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยในลักษณะหน่วยครอบครัวโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากค่าเฉลี่ยของผลรวมข้อมูลที่วัดจากตัวแปรสังเกตจากตัวแทนสมาชิกในครอบครัว 1 - 3 คนต่อครอบครัว ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเครื่องมือทางเทคนิคสถิติ (SEM) โปรแกรม Mplus แบบมีตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) และทดสอบอิทธิพลทั้งทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม รวมทั้งวิเคราะห์การมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา
2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
3. ผลการวิเคราะห์ภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน
2. ผลการวิเคราะห์น้ำหนักองค์ประกอบ
3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวมของตัวแปร

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยในลักษณะหน่วยครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter) โดยใช้ค่า Tolerance และค่า VIF รวมทั้งวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (structural equation model: SEM) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยครอบครัวโดยใช้โปรแกรม MPlus แบบมีตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) และวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) และอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) รวมทั้งวิเคราะห์การมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

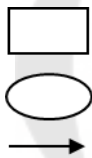
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำเสนอและการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล จึงได้กำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติ และอักษรย่อแทนความหมายต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูล ดังนี้

ตาราง 5 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์	ความหมาย
\bar{x}	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean)
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	คะแนนต่ำสุด (Minimum)
Max	คะแนนสูงสุด (Maximum)
Sk	ความเบ้ (Skewness)
Ku	ความโด่ง (Kurtosis)
p -value, p	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
t -value, t	ค่าอัตราส่วน t ใช้ทดสอบค่าเฉลี่ยสำคัญทางสถิติ
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)
AVE	ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดได้ (Average Variance Extracted)
CR	ค่าความเที่ยงเชิงโครงสร้าง (Construct Reliability)
χ^2	ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนประเภทค่าไคสแควร์ (Chi-Square)
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error)
R^2	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
TE	อิทธิพลรวม (Total Effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)

ตาราง 5 (ต่อ)

สัญลักษณ์	ความหมาย
CFI	ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index)
TLI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Tucker-Lewis Index)
RMSEA	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation)
SRMR	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐานตัวแปรสังเกตในแต่ละตัวแปรแฝง (Standardize Root Mean Square Residual)
β	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (Factor loading)
	ตัวแปรสังเกต ตัวแปรแฝง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยตัวแปรที่อยู่ห่างลูกศรทำให้เกิด ความเปลี่ยนแปลงต่อตัวแปรที่อยู่หัวลูกศร

ตาราง 6 อักษรย่อของตัวแปรและองค์ประกอบของตัวแปร

ตัวแปรแฝง	อักษรย่อ	ตัวแปรสังเกต	อักษรย่อ
1. พลังสุขภาพจิตครอบครัว	FR	1.1 ระบบความเชื่อ	F_be
		1.2 กระบวนการจัดการ	F_or
		1.3 กระบวนการสื่อสาร	F_co
2. การสนับสนุนทางสังคม	SO	2.1 ด้านอารมณ์	S_em
		2.2 ด้านการประเมิน	S_ev
		2.3 ด้านข้อมูล	S_in
		2.4 ด้านทรัพยากร	S_re
3. การเผชิญปัญหา	Cop		

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 176 ครอบครัว ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 – 3 รายต่อครอบครัว รวม 248 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามเป็นตัวแทน 1 รายจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ครอบครัว ร้อยละ 71.02 (n = 125) ตัวแทน 2 ราย จากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ครอบครัว ร้อยละ 17.05 (n = 30) และตัวแทน 3 ราย จากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ครอบครัว ร้อยละ 11.93 (n = 21) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ร้อยละ 44.35 (n = 110) สามี/ภรรยา ร้อยละ 37.10 (n = 92) และเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 11.29 (n = 28) ตามลำดับ

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.34 (n = 167) และเพศชาย ร้อยละ 32.66 (n = 81) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.20 ปี (SD = 14.39) อายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี กลุ่มตัวอย่างมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ พาผู้ป่วยพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล ร้อยละ 97.58 (n = 242) ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย เป็นต้น ร้อยละ 97.18 (n = 241) และดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 94.76 (n = 235) ตามลำดับ โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 เดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 10 ปี และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยสุด 1 เดือน

โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนทั้งสิ้น 176 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.82 (n = 100) และเพศหญิง ร้อยละ 43.18 (n = 76) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.28 ปี (SD = 10.52) อายุน้อยที่สุด 23 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี ซึ่งร่างกายด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วยเป็นด้านซ้าย ร้อยละ 53.41 (n = 94) และด้านขวา ร้อยละ 46.59 (n = 82) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.14 (n = 90) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.86 (n = 86) มีระยะเวลาในการเกิดโรคของผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 เดือน ระยะเวลาในการเกิดโรคของผู้ป่วยมากที่สุด 10 ปี และน้อยที่สุด 1 เดือน ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่าง (ครอบครัว)	176	100
ผู้ตอบแบบสอบถาม		
1 ราย	125	71.02
2 ราย	30	17.05
3 ราย	21	11.93
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พ่อ/แม่	12	4.84
บุตร	110	44.35
พี่น้อง	28	11.29
สามี/ภรรยา	92	37.10
อื่นๆ	6	2.42
เพศกลุ่มตัวอย่าง		
ชาย	81	32.66
หญิง	167	67.34
หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย		
1. ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย เป็นต้น	241	97.18
2. ดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่บ้าน	235	94.76
3. พาผู้ป่วยพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล	242	97.58
4. ดูแลช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	226	91.13
5. อื่น ๆ	1	.40
เพศผู้ป่วย		
ชาย	100	56.82
หญิง	76	43.18

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ร่างกายด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วย		
ซ้าย	94	53.41
ขวา	82	46.59
โรคประจำตัวของผู้ป่วย		
ไม่มี	86	48.86
มี	90	51.14

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	สถิติพื้นฐาน					
	\bar{x}	SD	Max	Min	Sk	Ku
อายุกลุ่มตัวอย่าง	48.20	14.39	75	18	-.06	-1.26
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)	13.34	14.41	120	1	3.70	20.31
อายุผู้ป่วย (ปี)	61.28	10.52	83	23	-.434	.008
ระยะเวลาในการเกิดโรคของผู้ป่วย (เดือน)	13.34	14.41	120	1	3.70	20.31

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษาซึ่งประกอบด้วย พลังสุขภาพจิต ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัว มี 3 องค์ประกอบ คือ ระบบความเชื่อ กระบวนการจัดการ และกระบวนการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้เป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์ มี 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่วนการเผชิญปัญหาในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) สถิติพื้นฐานที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง ดังแสดงในตาราง 8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังแสดงในตาราง 9 และการวิเคราะห์ภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ดังแสดงในตาราง 10

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัว ($\bar{X} = 4.37$ $SD = .49$) มีคะแนนมากที่สุด เท่ากับ 5.00 คะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 3.15 โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยมีองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ กระบวนการสื่อสาร ($\bar{X} = 4.39$ $SD = .53$) ระบบความเชื่อ ($\bar{X} = 4.38$ $SD = .49$) และกระบวนการจัดการ ($\bar{X} = 4.30$ $SD = .61$) ตามลำดับ การเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 4.27$ $SD = .48$) มีคะแนนมากที่สุด เท่ากับ 5.00 คะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 2.50 และการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 4.06$ $SD = .73$) มีคะแนนมากที่สุด เท่ากับ 5.00 คะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 1.78 โดยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านข้อมูล ($\bar{X} = 4.16$ $SD = .79$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 4.14$ $SD = .65$) ด้านทรัพยากร ($\bar{X} = 4.04$ $SD = .85$) และด้านการประเมิน ($\bar{X} = 3.84$ $SD = .94$) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงแบบปกติจากค่าความเบ้และค่าความโด่งควรมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 1 (Hair, 2019) ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรต่าง ๆ มีค่าความเบ้และความโด่งอยู่ระหว่าง -.96 ถึง .97 พบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนั้น ตัวแปรต่าง ๆ มีการแจกแจงแบบปกติ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	สถิติพื้นฐาน					
	\bar{X}	SD	Max	Min	Sk	Ku
พลังสุขภาพจิตครอบครัว	4.37	.49	5.00	3.15	-.44	-.63
ระบบความเชื่อ	4.38	.49	5.00	2.87	-.60	-.18
กระบวนการจัดการ	4.30	.61	5.00	2.33	-.72	.36
กระบวนการสื่อสาร	4.39	.53	5.00	2.92	-.55	-.47
การเผชิญปัญหา	4.27	.48	5.00	2.50	-.74	.91
การสนับสนุนทางสังคม	4.06	.73	5.00	1.78	-.70	.23
ด้านอารมณ์	4.14	.65	5.00	2.40	-.23	-.78
ด้านการประเมิน	3.84	.94	5.00	1.00	-.91	.97
ด้านข้อมูล	4.16	.79	5.00	1.60	-.96	.58
ด้านทรัพยากร	4.04	.85	5.00	1.25	-.82	.33

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .19 - .87 โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำถึงระดับสูง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัวพบว่า กระบวนการจัดการมีความสัมพันธ์กับระบบความเชื่อ ($r = .81$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ($r = .87$)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงพบว่า ตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กัน โดยตัวแปรสังเกตการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .44$) เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .44$) ตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิตครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ด้านกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ($r = .39$) นอกจากนี้พบว่า ตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิตครอบครัวและการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กัน โดยตัวแปรสังเกตด้านกระบวนการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .38$) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ตัวแปร	FR			Cop	SO			
	F_be	F_or	F_co		S_em	S_ev	S_in	S_re
F_be	1							
FR	F_or	.81	1					
	F_co	.77	.81	1				
Cop	.37	.31	.38	1				
SO	S_em	.24	.24	.32	.43	1		
	S_ev	.30	.33	.37	.43	.69	1	
	S_in	.19	.26	.34	.44	.75	.83	1
	S_re	.27	.31	.39	.44	.82	.79	.87

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ตัวแปรมากกว่า 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันสูงมาก มีผลทำให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่น่าเชื่อถือ โดยตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุด้วยการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ไม่ควรสูงกว่า .90 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter) โดยใช้ค่า Tolerance มากกว่า .10 และค่า VIF น้อยกว่า 10 (Pallant, 2016) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยนี้มีค่าอยู่ระหว่าง .19 - .87 ค่า Tolerance เท่ากับ .78 และ ค่า VIF เท่ากับ 1.28 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัว ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้พัฒนาจากพื้นฐานทางทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Hair, 2019) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน ดังนี้ $\chi^2 = 21.22$, $df = 16$, $p = .17$, CFI = 1.00, TLI = .99, RMSEA = .04, SRMR = .04 ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน

ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน	เกณฑ์	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
χ^2		21.22	
df		16	
p	มากกว่า .05	.17	ผ่านเกณฑ์
CFI	มากกว่า .95	1.00	ผ่านเกณฑ์
TLI	มากกว่า .95	.99	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	น้อยกว่า .05	.04	ผ่านเกณฑ์
SRMR	น้อยกว่า .08	.04	ผ่านเกณฑ์

เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ผลการวิเคราะห์พบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวมี 3 ตัวแปรสังเกต ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .87 - .91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบคะแนนมาตรฐานมากที่สุด คือ กระบวนการจัดการ ($\beta = .91$) กระบวนการสื่อสาร ($\beta = .89$) และระบบความเชื่อ ($\beta = .87$) ตามลำดับ การเผชิญปัญหาที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ .95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ตัวแปรสังเกต ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .79 - .95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานมากที่สุด คือ ด้านข้อมูล ($\beta = .95$) ด้านทรัพยากร ($\beta = .91$) ด้านการประเมิน ($\beta = .87$) และด้านอารมณ์ ($\beta = .79$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 12 และภาพประกอบ 12

ตาราง 11 น้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน (R^2)

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ		t-values	R^2
	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ในรูปคะแนนมาตรฐาน	SE		
พลังสุขภาพจิตครอบครัว				
ระบบความเชื่อ	.87	.02	37.96	.77
กระบวนการจัดการ	.91	.02	48.39	.84
กระบวนการสื่อสาร	.89	.02	41.34	.79
การเผชิญปัญหา	.95	.01	192.03	.91
การสนับสนุนทางสังคม				
ด้านอารมณ์	.79	.03	25.11	.63
ด้านการประเมิน	.87	.02	41.75	.76
ด้านข้อมูล	.95	.01	69.49	.90
ด้านทรัพยากร	.91	.02	53.15	.83

ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

การพัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .22 และการเผชิญปัญหาที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .30 ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคมโดยมีตัวแปรการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .15 และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .50 ส่วนอิทธิพลรวมของแบบจำลองสมการโครงสร้างค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .37

ทั้งนี้ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาที่มีต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว เท่ากับ .20 โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 20 ดังแสดงในตาราง 13 และภาพประกอบ 12

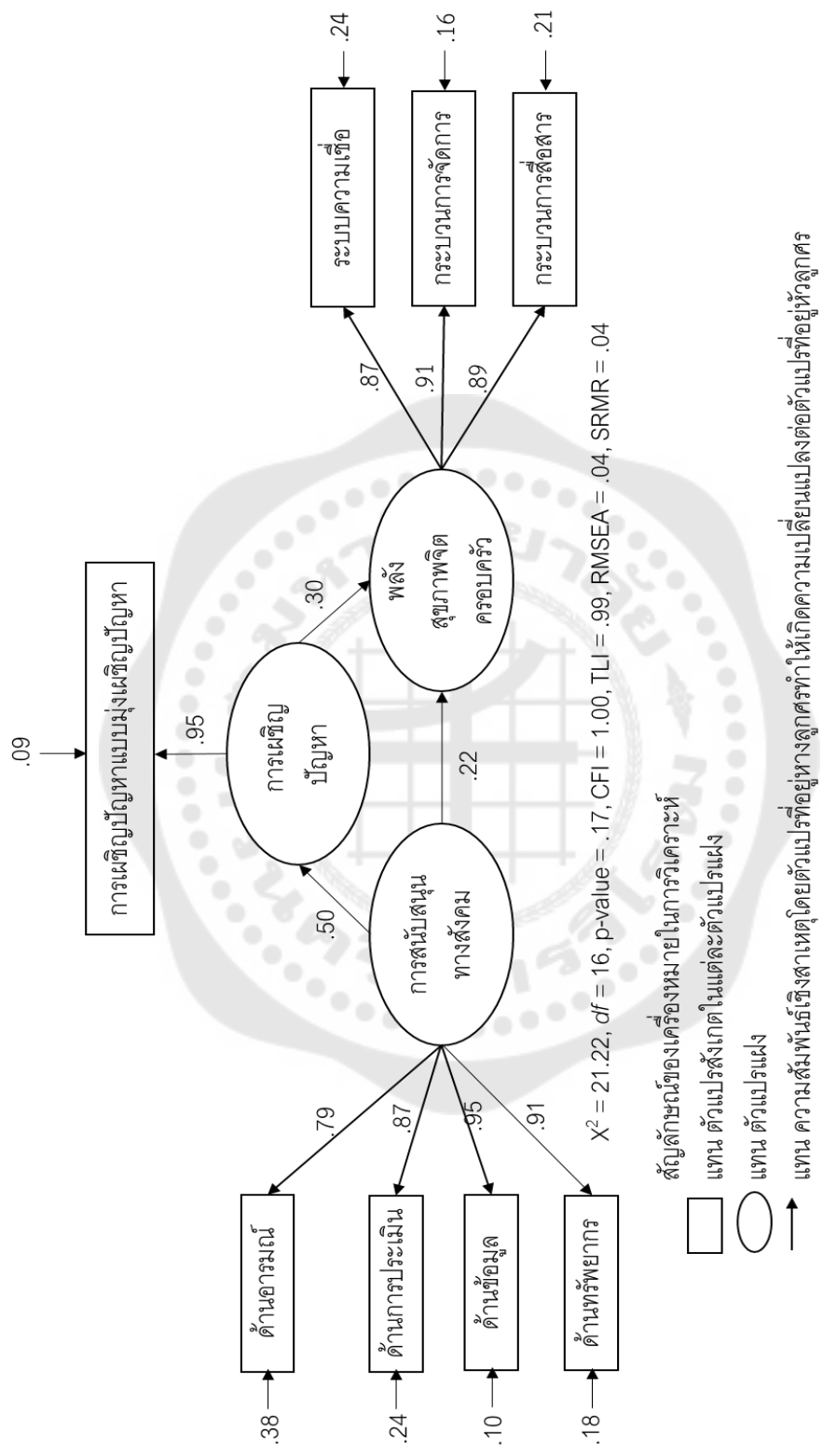
และเมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping (bootstrap = 10000) เพื่อทดสอบการมีนัยสำคัญของอิทธิพลทางอ้อม พบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลการส่งผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แบบบางส่วน (partial mediating effect) เนื่องจากมีค่าอยู่ในช่วงความเชื่อมั่น 95% ไม่ครอบคลุมเลขศูนย์ โดย confidence intervals (CI) มีค่าอยู่ระหว่าง 95%CI = [.06 - .24] (Cepeda, Nitzl, & Roldán, 2018)

ตาราง 12 ผลวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) อิทธิพลรวม (Total Effect: TE) และสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)

ตัวแปร	พลังสุขภาพจิตครอบครัว			การเผชิญปัญหา		
	TE	DE	IE	TE	DE	IE
การสนับสนุนทางสังคม	.37	.22	.15	.50	.50	
การเผชิญปัญหา	.30	.30				
R^2		.20			.25	

$X^2 = 21.22$, $df = 16$, $p\text{-value} = .17$, $CFI = 1.00$, $TLI = .99$, $RMSEA = .04$, $SRMR = .04$

ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)



ภาพประกอบ 12 แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 และภาพประกอบ 12 เมื่อพิจารณาสมมติฐานที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทุกประการ รายละเอียดดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 การเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .30

สมมติฐานการวิจัย 2 การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .22

สมมติฐานการวิจัย 3 การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเผชิญปัญหา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .50

สมมติฐานการวิจัย 4 การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .15

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีสมมติฐานที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รายละเอียดของสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว
2. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว
3. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนสมาชิกในครอบครัว 1 – 3 คนต่อครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 176 ครอบครัว ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (structural equation model: SEM) ในลักษณะหยาบครอบครัวที่เป็นค่าเฉลี่ยของผลรวมข้อมูลจากตัวแทนสมาชิกในครอบครัว 1 – 3 คนต่อครอบครัวที่วัดจากตัวแปรสังเกตได้

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 – 3 รายต่อครอบครัว จำนวน 176 ครอบครัว ตัวแทน 1 ราย ร้อยละ 71.02 ตัวแทน 2 ราย ร้อยละ 17.05 และตัวแทน 3 ราย ร้อยละ 11.93 โดยความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 44.35 สามี/ภรรยา ร้อยละ 37.10 และเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 11.29 ตามลำดับ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ พาผู้ป่วยพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล ร้อยละ 97.58 ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย เป็นต้น ร้อยละ 97.18 และดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 94.76 ตามลำดับ โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 เดือน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนทั้งสิ้น 176 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.28 ปี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.14 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.86

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

พลังสุขภาพจิตครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ย 4.37 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยมีองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ กระบวนการสื่อสาร ระบบความเชื่อ และกระบวนการจัดการตามลำดับ การเผชิญปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 4.27 การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ โดยมีองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมิน ตามลำดับ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงปกติและมีความสัมพันธ์ทางบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกคู่ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับน้อยถึงระดับสูง และไม่พบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิเคราะห์อิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 20 เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรส่งผ่านด้วยกระบวนการ Bootstrapping พบว่า มีอิทธิพลการส่งผ่านแบบบางส่วน (partial mediating effect) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานทั้งหมด รายละเอียดดังตาราง 14

ตาราง 13 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สรุปผล	ผลการทดสอบสมมติฐาน
สมมติฐานการวิจัยที่ 1 การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า การเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .30	เป็นไปตามสมมติฐาน
สมมติฐานการวิจัย 2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .22	เป็นไปตามสมมติฐาน
สมมติฐานการวิจัย 3 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา ผลการวิเคราะห์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .15	เป็นไปตามสมมติฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 21.22$ $df = 16$ $p = .17$ $CFI = 1$ $TLI = 1$ $SRMR = .04$ $RMSEA = .04$) ซึ่งประกอบด้วยพลังสุขภาพจิตครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา โดยพลังสุขภาพจิตครอบครัวเป็นความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญการจัดการ และการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติ เรียนรู้และเติบโตจากสถานการณ์วิกฤติที่มี 3 องค์ประกอบ คือ ระบบความเชื่อ กระบวนการจัดการ และกระบวนการสื่อสาร โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พลังสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันสูง ($r > .70$) เป็นไปตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh ที่ระบุว่า

ทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นเป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และส่งเสริมกันภายในองค์ประกอบและระหว่างองค์ประกอบ โดยเป็นกระบวนการแบบพลวัต (Walsh, 2015)

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จากตัวแปรสังเกตด้านกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ($r = .39$) และตัวแปรพลังสุขภาพจิตครอบครัวและการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กัน จากตัวแปรสังเกตด้านกระบวนการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .38$) ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ เห็นคุณค่า มีผู้รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากร ให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง มี 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่วนการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) ซึ่งเป็นการพยายามคิดและลงมือกระทำการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤตินั้นด้วยตนเอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น มีการค้นหาสาเหตุ คิดหาวิธีแก้ไข และการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม หรือมีการเอาประสบการณ์ในอดีตที่ใช้ได้ผลมารวบรวมแก้ไขปัญหา จากองค์ประกอบของแบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวของ Walsh ที่กล่าวว่า มุมมองนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner เป็นหนึ่งในแนวคิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัว โดยเฉพาะการพิจารณาครอบคลุมถึงครอบครัว เครือญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลด้านสุขภาพ ชุมชน สังคม ที่เป็นบริบทที่ซ้อนทับและเป็นพลวัต ที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปรับตัว โดยมุ่งไปที่กลยุทธ์ในการรับมือที่หลากหลาย และความสามารถในการเลือกแนวทางที่เป็นไปได้เพื่อตอบสนองความท้าทายในอนาคต (Walsh, 2003) และเมื่อพิจารณาถึงความเป็นครอบครัวแล้ว แม้ว่าสถานการณ์วิกฤติจะเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และสมาชิกในครอบครัวจะไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์นั้น อย่างไรก็ตามทุกคนย่อมได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้นโดยอ้อม เช่น สมาชิกอาจไม่แสดงความทุกข์ใจ แต่อาจมีความกังวลซ่อนเร้น และมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาในภายหลัง นอกจากนี้การตอบสนองของครอบครัวส่งผลต่อการฟื้นตัว

ของบุคคลที่ประสบสถานการณ์วิกฤติซึ่งพลังสุขภาพจิตครอบครัวจะช่วยให้ทุกคนให้การสนับสนุน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Walsh, 2015)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทจากระบบไหลเวียนของเลือดในสมองที่ผิดปกติซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตด้วยตนเองจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและดูแลอย่างต่อเนื่อง (วิสุณี จันทศรี, 2560) และครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นก็มักได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ด้านร่างกาย รวมไปถึงด้านเศรษฐกิจครอบครัว เช่น เกิดความเครียดและกลัวว่าผู้ป่วยจะพิการ หรือเสียชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่มาจากความเครียดที่เกิดขึ้น หรือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย (วลัยนารี พรหมลา และ ทิวาพร พู่เฟื่อง, 2561) จากสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะในด้านสุขภาพเพื่อหาจุดแข็งของครอบครัว และการค้นหาความหมายเชิงบวกขณะดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเข้มแข็ง สามารถอยู่รอดและเติบโตอย่างแข็งแรงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านสุขภาพ เนื่องด้วยความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความท้าทายอย่างมากต่อครอบครัวผู้ป่วย และหากครอบครัวมีการเผชิญปัญหาที่เป็นการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นไปในทางที่ดี ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยปกป้องและเป็นการปรับตัวต่อความเครียด ซึ่งมีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว (Brivio et al., 2021) เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กัน จากตัวแปรสังเกตการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .44$) เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา ($r = .44$) ทั้งนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพพร้อมกับส่งเสริมการเผชิญปัญหาในเชิงรุกของครอบครัวช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวได้ (Fitryasari et al., 2020; Walsh, 2015)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ 1 และ 2 ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหามีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .30, .22 ตามลำดับ) เนื่องด้วยความเจ็บป่วยที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว ซึ่งหากครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่สูงขึ้น (Kim et al., 2017) และพลังสุขภาพจิตครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวรับมือพร้อมทั้งฟื้นคืนจากสถานการณ์วิกฤติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยและตนเองไปพร้อมกับการจัดการปัญหาหรืออุปสรรคได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Pudjiati (2021) ที่พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวชาวโทบาบาตัก ประเทศ อินโดนีเซีย โดยยิ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาสูง พลังสุขภาพจิตครอบครัวก็จะยิ่งสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Herbell et al. (2020) ที่พบว่า การเผชิญปัญหาของผู้ปกครองเด็กอายุ 6 – 17 ปี ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว และหากมีการแทรกแซง (intervention) โดยการสอนทักษะด้าน ความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นให้แก่ผู้ปกครองจะช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหาและเสริมสร้างพลัง สุขภาพจิตครอบครัวของผู้ปกครองเด็กที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรมได้อีก ด้วย และการศึกษาของ Rahayu et al. (2021) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อ พลังสุขภาพจิตครอบครัวในช่วงการระบาดของ COVID-19 ณ เมืองซามารินดา ยิ่งการสนับสนุน ทางสังคมสูง พลังสุขภาพจิตครอบครัวก็สูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ ครอบครัวมีพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่สามารถจัดการและเผชิญสถานการณ์วิกฤติจากโรคระบาด มีมุมมองเชิงบวก มีความหวัง เชื่อมั่นในศักยภาพครอบครัวต่อการเอาชนะและฟันฝ่าอุปสรรคได้ ด้วยระบบความเชื่อของครอบครัว อีกทั้งกระบวนการสื่อสารช่วยในการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ สมบูรณ์ และกระบวนการจัดการภายในครอบครัวที่ยืดหยุ่นก็จะช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้เช่นกัน เช่นเดียวกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Pradana & Rohayati (2021) ที่พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม และยังช่วยพัฒนาการเผชิญปัญหาของครอบครัว ผู้สูงอายุที่เป็นโรค สมองเสื่อมที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดภาวะการดูแลและความเหนื่อยล้าทาง ร่างกายรวมไปถึงความเหนื่อยล้าทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมอง เสื่อม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม ทำให้ครอบครัวมีพลังสุขภาพจิตครอบครัวสูงขึ้น จะช่วยในการ ปรับตัวในเชิงบวกและรับมือกับสถานการณ์วิกฤติได้ ลดภาวะการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตครอบครัวมีพื้นฐานมาจากการรับรู้ว่าสถานการณ์วิกฤติและความท้าทาย มีผลกระทบต่อทั้งครอบครัว โดยกระบวนการของครอบครัวเป็นสื่อกลางในการปรับตัวของสมาชิก ในครอบครัว การตอบสนองของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว โดยการสร้าง จุดแข็งและใช้ศักยภาพในเครือข่ายครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว เครือญาติที่ขยายออกไป (Rolland & Walsh, 2006) การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าได้รับความรักและความห่วงใย วางใจ เห็นคุณค่า

รับฟังปัญหา ให้ความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ ให้ข้อมูลคำแนะนำและวิธีการเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่า (House et al., 1980) และการเผชิญปัญหาเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่กำลังเผชิญ หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นเพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ (วิไลวรรณ แสงเนียม, 2561) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .50) โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล การประเมิน และทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยมีวิธีการหรือกลยุทธ์ที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาได้ดีมากขึ้น (Walsh, 2003)

ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .15) อธิบายได้ว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความสำคัญจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางวิธีการรักษาผู้ป่วยและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้เทคนิควิธีการจัดการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น บรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ครอบครัวอาจเผชิญในอนาคต (Admadeli & Embu, 2021)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน พบว่า แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา มีความสอดคล้องกลมกลืน และค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปของคะแนนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตทั้งหมดอยู่ในระดับดีเยี่ยม ทั้งนี้การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา หรือทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว อาจพิจารณาถึงครอบครัวของผู้ป่วยในประเด็นความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการเผชิญ การจัดการ และการปรับตัว กลับสู่ภาวะปกติจากสถานการณ์วิกฤติจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกระบวนการจัดการของครอบครัวผู้ป่วย โดยมีแนวทาง ดังนี้

1.1 กำหนดนโยบายหรือดำเนินการให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ประกอบด้วย

1.1.1 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พิจารณาการแสดงออกถึงการยอมรับ มีความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยต่อความครัวผู้ป่วย

1.1.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านประเมินแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ครอบครัวผู้ป่วยเมื่อครอบครัวผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

1.1.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ หรือการจัดทำคู่มือจากบุคลากรทางการแพทย์สำหรับให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.1.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น คู่มือแนะนำที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการมีช่องทางติดต่อประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไปยังสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 นอกจากนี้สามารถส่งเสริมการเผชิญปัญหาแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแนะนำรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) ที่เป็นการคิดและลงมือกระทำการแก้ปัญหา เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ซึ่งจะสามารถเอื้อให้ความครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพลังสุขภาพจิตครอบครัวที่สูงขึ้นได้

2. สำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถพิจารณา

2.1 นำรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหาไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาให้ดีขึ้น นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 อีกทั้งยังสามารถพิจารณาพลังสุขภาพจิตครอบครัว ดังนี้

2.2.1 ด้านระบบความเชื่อในครอบครัว เช่น การมองว่าสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทาย การสร้างแรงบันดาลใจ หรือมุมมองความคิดในเชิงสร้างสรรค์จากสถานการณ์วิกฤติ

2.2.2 ด้านกระบวนการจัดการในครอบครัว เช่น การมีบุคคลที่เป็นต้นแบบและเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี การสร้างความมั่นใจในการรับมือกับความเครียดของสมาชิกในครอบครัว

2.2.3 ด้านกระบวนการสื่อสารในครอบครัว เช่น การมีสติเมื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤติ การตั้งเป้าหมายและลงมือกระทำตามขั้นตอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การสื่อสารกันอย่างชัดเจนทั้งคำพูดและการกระทำ

ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมครอบครัวที่เปราะบางจากสถานการณ์วิกฤติให้เข้มแข็งขึ้น มุ่งเน้นศักยภาพของการปรับตัว การเรียนรู้และการเติบโตจากความทุกข์ยาก สามารถจัดการปัญหา ตลอดจนดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (structural equation model: SEM) ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปมีแนวทาง ดังนี้

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) สร้างโปรแกรมการทดลองในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้รูปแบบการทดลองแท้ (true experiment) ที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุอย่างแท้จริงของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยบุคลากรทางการแพทย์และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเผชิญหน้ากับปัญหา

2. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology research) ศึกษาทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์และประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเผชิญหน้ากับปัญหา เพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. รวมไปถึงทำการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์แบบจำลองการเติบโตแฝง (Latent growth model) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวของการสนับสนุนทางสังคมโดยบุคลากรทางการแพทย์ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเผชิญหน้ากับปัญหาที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือลักษณะการเปลี่ยนแปลง และเป็นการยืนยันผลการศึกษาเมื่อระยะเวลาผ่านไป

4. สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมทั้งระยะเวลาของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วย หากมีการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบโดยอาจแบ่งตาม

4.1 ระยะเวลาของการเกิดโรคของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรัง

4.2 หรือแบ่งตามระดับความสามารถของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบ่งตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Barthel Index for Activities of Daily Living (ADL) แบ่งตามระดับความสามารถของการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนบนโดยใช้แบบประเมิน Fugl-Meyer assessment of upper extremities (FMA-UE)

4.3 นอกจากนี้อาจแบ่งตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วย เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

บรรณานุกรม

- Admadeli, Y., & Embu-Worho, P. (2021). *Family and Social Environmental Factors in the Effects on Family Resilience: A Systematic Literature Review*. Paper presented at the International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE 2020), Atlantis Press.
- American Stroke Association. (2020). Let's Talk About Transient Ischemic Attack (TIA). Retrieved from <https://www.stroke.org/en/help-and-support/resource-library/lets-talk-about-stroke>
- Bainbridge, H., Cregan, C., & Kulik, C. (2006). The effect of multiple roles on caregiver stress outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 490-497.
- Bakas, T., Austin, J., Okonkwo, K., Lewis, R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 34(5), 242-251.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14(1), 103-114.
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *J Fam Nurs*, 14(1), 33-55.
- Blonder, L., Langer, S., Pettigrew, L., & Garrity, T. (2007). The effects of stroke disability on spousal caregivers. *NeuroRehabilitation*, 22(2), 85-92.
- Brivio, E., Guidi, P., Scotto, L., Giudice, A., Pettini, G., Busacchio, D., Pravettoni, G. (2021). Patients Living With Breast Cancer During the Coronavirus Pandemic: The Role of Family Resilience, Coping Flexibility, and Locus of Control on Affective Responses. *Frontiers in Psychology*, 11(3711).
- Bronfenbrenner. (1974). Developmental Research, Public Policy, and the Ecology of Childhood. *Child Development*, 45(1), 1-5.
- Bronfenbrenner. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and*

- design*. England: Harvard University.
- Bronfenbrenner. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Bronfenbrenner, & Morris. (2007). The Bioecological Model of Human Development *Handbook of Child Psychology*.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cepeda, C., Nitzl, C., & Roldán, J. (2018). Mediation Analyses in Partial Least Squares Structural Equation Modeling. Guidelines and Empirical Examples.
- Cheng H., Chair S., & Chau J. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*, 95(1), 30-44.
- Chow, S., Wong, F., & Poon, C. (2007). Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs*, 16(7b), 133-143.
- Chumblor, N., Rittman, M., Puymbroeck, M., Vogel, W., & Qin Haijing. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 944-953.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van, H., Conroy, P., & Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 21(2), 122-130.
- Endler, N., & Parker, J. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.

- Everitt, B. (2010). *The Cambridge dictionary of statistics / B.S. Everitt, A. Skrondal*. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press.
- Fitryasari, R., Nursalam, N., Yusuf, A., Hargono, R., Lin, E., & Tristiana, R. (2020). Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 642-649.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. USA: Springer Publishing Company.
- Geun Myun Kim, Ji Young Lim, Eun Joo Kim, & Sang Suk Kim. (2017). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1295-1303.
- Gillespie, D., & Campbell, F. (2011). Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing Standard (through 2013)*, 26(2), 39-46.
- Goldberg, A., & Rickler, K. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Med Health R I*, 94(2), 41-42.
- Gottlieb, B. (1985). Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice, and Policy Implications. *Health Education Quarterly*, 12(1), 5-22.
- Greeff, A., & Toit, C. (2009). Resilience in Remarried Families. *American Journal of Family Therapy*, 37.
- Green, T., & King, K. (2009). Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: a descriptive qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 46(9), 1194-1200.
- Hair, J.F., Black, W. C., Babin, B. J., and Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis, Eighth Edition*: Annabel Ainscow.
- Herbell, K., Breitenstein, S., Melnyk, B., & Guo, J. (2020). Family resilience and flourishing: Well-being among children with mental, emotional, and behavioral disorders. *Research in Nursing & Health*, 43(5), 465-477.
- Herdiana, I., & Handoyo, S. (2018). *Family resilience: A conceptual Review*. Paper presented at the 3rd ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2017).

- House, J., French J., & LaRocco J. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of health and social Behavior*, 21(3), 202-218.
- Iacob, C., Avram, E., Cojocaru, D., & Podina, I. (2020). Resilience in familial caregivers of children with developmental disabilities: a meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 4053-4068.
- Jalowiec, A. (1985). *CONSTRUCT VALIDATION OF THE JALOWIEC COPING SCALE*. (Doctor of Philosophy). University of Illinois at Chicago, USA.
- Jalowiec, A., Murphy, S., & Powers, M. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing research*.
- Kenneth McLeroy. (2006). Thinking of Systems. *American Journal of Public Health*, 96(3), 402-402.
- Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard (through 2013)*, 27(1), 35-39.
- Kim, G., Lim, J., Kim, E., & Kim, S. (2017). A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & Mental Health*, 22(10).
- Kim I., Dababnah, S., & Lee, J. (2020). The Influence of Race and Ethnicity on the Relationship between Family Resilience and Parenting Stress in Caregivers of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*, 50(2), 650-658.
- Kleinke, C. (1991). How chronic pain patients cope with depression: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Rehabilitation Psychology*, 36(4), 207-218.
- Klinedinst, N., Gebhardt, M., Aycok, D., Nichols-Larsen, D., Uswatte, G., Wolf, S., & Clark, P. (2009). Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year. *Research in Nursing & Health*, 32(6), 592-605.
- Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., von Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2008). The impact of gender regarding psychological well-being and general life situation among spouses of stroke patients during the first year after the patients' stroke event: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 257-

265.

- Louie, S., Liu, K., & Man, D. (2009). Stress of Caregivers in Caring for People With Stroke: Implications for Rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 25*(3), 191-197.
- Lum, C. (2008). The development of family resilience: Exploratory investigation of a resilience program for families impacted by chemical dependency. *A social work, 298*.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation, Vol. 3, 2nd ed.* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.
- Mackay, R. (2003). Family resilience and good child outcomes: an overview of the research literature. *Social Policy Journal of New Zealand, 20*.
- Mawarpury, M., & Faisal, N. (2015). *Family strength factors in conflict region*. Paper presented at the The 2nd international conference on Islamic psychology (ICONIPSY), Indonesia.
- Mccubbin, McCubbin, Thompson, Han, & Allen. (1997). Families under Stress: What Makes Them Resilient. *Journal of Family and Consumer Sciences, 89, 2*.
- McCubbin, H., McCubbin, M., Thompson, A., & Thompson, E. (1998). Resiliency in ethnic families: A conceptual model for predicting family adjustment and adaptation *Resiliency in Native American and immigrant families, 3-48*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- McLaren, L., & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *J Epidemiol Community Health, 59*(1), 6-14.
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (1990). Special report from the National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of cerebrovascular diseases III. *Stroke, 21*(4), 637-676.
- Ohlsson-Nevo, E., Andershed, B., Nilsson, U., & Anderzén-Carlsson, A. (2012). Finding a wider horizon: experiences of being a next-of-kin of a person suffering from colorectal cancer as told after having participated in a psychoeducational program. *European journal of oncology nursing : the official journal of European*

- Oncology Nursing Society*, 17(3), 324-330.
- Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J., & Mott, S. (2010). Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health Soc Care Community*, 18(1), 10-20.
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed.).
- Patterson, J. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246.
- Piel, M., Geiger, J., Julien-Chinn, F., & Lietz, C. (2017). An ecological systems approach to understanding social support in foster family resilience. *Child & Family Social Work*, 22(2), 1034-1043.
- Plumb, J. (2011). The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations*, 14.
- Pradana, A., & Rohayati. (2021). Family's resilience in caregiving elderly with dementia: a systematic review.
- Pudjiati, S., Reksodiputro, S., & Purwono, R. (2021). Family Resilience Model: The influence of cultural identity, coping, family strain, socioeconomic status, and community support to the formation of family resilience among Batak Toba ethnic group. *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 25(2).
- Rahayu, D., Sofia, L., & Jannah, M. R. (2021, 6th March). *The Role of Social Support in the Family Resilience in COVID-19 Pandemic*. Paper presented at the International Conference on Law, Social Science, Economics, and Education, ICLSSEE 2021, Indonesia.
- Raymore Leslie A. (2002). Facilitators to Leisure. *Journal of Leisure Research*, 34(1), 37-51.
- Rolland, J., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Curr Opin Pediatr*, 18(5), 527-538.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social

- support. *J Behav Med*, 4(4), 381-406.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191-200.
- Shelley, E., & Annette, L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 377-401.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6), 705-714.
- Sixbey, M. (2005). *Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience Constructs*. (Doctoral dissertation). University of Florida, USA.
- Smith, C., Piamjariyakul, U., Yadrich, D., Ross, V., Gajewski, B., & Williams, A. (2010). Complex home care: part III economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcomes. *Nursing economic\$,* 28(6), 393-414.
- Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs*, 40(1), 48-54.
- Stroke Association. (2021). *A complete guide to Emotional change after stroke*. Stroke Association: United Kingdom.
- Suzuki, K., Hiratani, M., Mizukoshi, N., Hayashi, T., & Inagaki, M. (2018). Family resilience elements alleviate the relationship between maternal psychological distress and the severity of children's developmental disorders. *Research in developmental disabilities*, 83, 91-98.
- Trummer, M. (2017). *An Ecological Model of Mexican Immigration and Mental Health*. (Doctoral dissertation). University of Missouri-Kansas City, USA.
- Tudge J., Mokrova I., Hatfield B., & Karnik R. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory & Review*, 1(4), 198-210.
- Vaglio, J., Conard, M., Poston, W., O'Keefe, J., Haddock, C., House, J., & Spertus, J. (2004). Testing the performance of the ENRICH Social Support Instrument in

- cardiac patients. *Health and quality of life outcomes*, 2, 24.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Fam Process*, 35(3), 261-281.
- Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Walsh, F. (2008). Using theory to support a family resilience framework in practice. *Social work*, 3, 5-14.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening Family Resilience, Third Edition*. USA: Guilford publications.
- Walsh ME, Galvin R, Loughnane C, Macey C, Horgan NF. (2015). Community re-integration and long-term need in the first five years after stroke: results from a national survey. *Disability and Rehabilitation*, 37(20), 1834–1838.
- World Health Organization. (1988). The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. WHO MONICA Project Principal Investigators. *J Clin Epidemiol*, 41(2), 105-114.
- World stroke organization. (2019). *World stroke organization annual report*.
- Ye, Z., Qiu, H., Li, P., Liang, M., Wang, S., & Quan, X. (2017). Resilience model for parents of children with cancer in mainland China-An exploratory study. *Eur J Oncol Nurs*, 27, 9-16.
- Zhou Jia, He Bin, He Yaoyu, Huang Wei, Zhu Hongxu, Zhang Mengmeng, & Wang Yuhuan. (2020). Measurement properties of family resilience assessment questionnaires: a systematic review. *Family Practice*, 37(5), 581-591.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- กรรณิการ์ ดาไลดอม. (2561). แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค *NCDs* เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานประจำปี 2563 กองโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กัญญา คล้ายมาลา. (2553). แนวทางการแก้ไขปัญหาและตอบสนองของความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤติ. (สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

กัญญาวิรุฬห์ พรหมพันธุ์, มุทิता คำทัพน์, และ เมริษา ยอดมณฑป. (2556). การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. (ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

กาญจนา ช่มอาวุธ. (2560). ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จารุวรรณ ธนะสุข. (2560). ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

จิตรภาณุ ดำสนวน. (2561). ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ภูมิคุ้มกันทางใจของวัยรุ่นในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 4.

จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (การศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2563). รู้เร็วรอด! "หลอดเลือดสมอง" ครองแชมป์สาเหตุผู้สูงอายุ พิการเสียชีวิต. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2020/10/20381>

โคมชฎา ดวงเกิด. (2561). การกลับเข้าสู่สังคม คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล. (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ชนัญชิตาคุณภู่ พูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4.

ณชนก แสงดวงมาศ. (2559). ประสบการณ์ความเข้มแข็งทางใจและการจัดการอารมณ์ของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมองพิการในโรงเรียนศรีสังวาลย์. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสเรล สถิติวิเคราะห์ สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิรชา ภูวนารักษ์, และ ภัควีร์ นาคะวิโร. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10.

นุชจรรย์ ธีระแนว, พิมลพร ใจอ่อน, นิตยา ลำคำ, และ นนท์ ไสวัญณะ. (2564). บทบาททีมเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีต่อการดูแลต่อเนื่อง: กรณีศึกษาการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4.

ปรารธนา สุขสวัสดิ์. (2558). ผลการปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อพลังสุขภาพจิตของนักเรียนด้อยโอกาส. วารสารราชพฤกษ์, 13(3).

พจนานุกรมราชบัณฑิตสถานฉบับ พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก <https://dictionary.orst.go.th/>

พระมหาเถื่อน กิตติโสภโณ. (2560). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของครอบครัวเข้มแข็งในสังคมไทย. พระนครศรีอยุธยา:

ภาศินี สุขสถาพรเลิศ. (2555). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการทำหน้าที่ของครอบครัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

มารุต ศักดิ์แสงวิจิตร. (2562). การเสริมสร้างความหยุ่นตัวของนักเรียนในครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยวด้วยการให้คำปรึกษากลุ่ม. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มศว, 14(2).

ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และ ทศพร คำผลศิริ. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสาร, 48(1),

41-53.

รัชนี้พร ภัทรปกรณ์. (2556). อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). เจาะลึกปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(4).

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2549). การพยาบาลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : แนวโน้มและบทบาทที่ทำนายของพยาบาลในการดูแลสุขภาพครอบครัว. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ, 9.

วลัยนารี พรหมลา, และ ทิวาพร ฟูเฟื่อง. (2561). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในระยะเฉียบพลัน. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก, 4(2).

วันเพ็ญ มานะเจริญ. (2559). การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาคอร์วเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญภา กุลนภาดล, และ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2560). การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาคอร์วเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา. วารสารกองการพยาบาล, 44.

วาสนา ไชยวงศ์. (2549). ผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิไลวรรณ แสงเนียม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นฟูพลัง การเผชิญปัญหา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 11(2).

วิสุณี จันทร์ศรี. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการของครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

เวชสถิติงานกิจกรรมบำบัด สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2564). เวชสถิติงานกิจกรรมบำบัดประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี:

เวชกา กลิ่นวิจิต, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, สรร กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, คณิงนิจ อุสิมาส, และ พลอย

- พันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี (ปีที่ 3).
- ศรัณยา แสงมณี. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกรบ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18.
- ศิรินทรา ต้อยหล้า. (2563). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มโดยใช้เทคนิคการแสดงความรู้สึกผ่านศิลปะเพื่อการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤติของผู้หญิงที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวศูนย์ช่วยเหลือสังคม จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารราชพฤกษ์, 18(2).
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล *Gerontological nursing : common problems and caring guideline*: กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวัฒน์ กลิ่นน้อย. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมฤทัย เจิมไธสง. (2562). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วชิรสารพยาบาล, 21.
- อริญาพร จันทราสินธุ์. (2560). การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก. (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และ ชญาภา วันทุม. (2560). การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(2).





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. รศ. ดร. มณฑิรา จารุเพ็ง

อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ผศ. ดร. วิชญญา วัฒนโณ

อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3. อาจารย์ พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง

นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ





ภาคผนวก ข
ใบรับรองจรรยาบรรณในการการวิจัย

MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 360/2564E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว นภาศิริ หนันชัย

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | |
|---|--|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 สิงหาคม 2564 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 สิงหาคม 2564 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 สิงหาคม 2564 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 23 สิงหาคม 2564 |

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทินตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-360/2564

วันที่ให้การรับรอง : 23/08/2564

วันหมดอายุใบรับรอง : 23/08/2565

๘๘/๒๖ ช. บำราศนราดรุ
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐



โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๑-๕๕๕๕
โทรสาร ๐-๒๕๙๑-๑๗๖๖

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขที่ บ๔๐๒๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : FACTORS ASSECTING FAMILY RESILIENCE IN FAMILY WITH STROKE
PATIENT, THE ROLE OF COPING AS A MEDIATOR

นักวิจัย/หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวภาศิริ หนันชัย นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

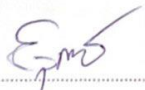
เอกสารที่รับรอง :

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

วันที่รับรอง: ๑๘ กย. ๒๕๖๕

วันที่หมดอายุ: ๑๗ กย. ๒๕๖๕

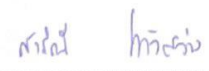
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ
เห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ได้

ลงนาม 
(นางสุพรทิพย์ นวอาราม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
(นางสาวรัตนา ดิฐวิชัยรัตน์)

นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
(นางสาวสาริณี แก้วสว่าง)

นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
(นางจุไรรัตน์ บัวภิบาล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

รหัส.....

หน้า 1 จาก 9

แบบสอบถามโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตครอบครัว
ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งผ่านตัวแปรการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว	จำนวน	33	ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการเผชิญปัญหา	จำนวน	12	ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	18	ข้อ
2. กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามความเป็นจริงและตรงตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด
3. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ในการศึกษาแนวทางในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
4. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ แขนงจิตวิทยาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและครอบครัวแต่อย่างใด

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวนภาศิริ หนันชัย

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาประยุกต์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดเติมเครื่องหมาย / และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

• ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ () ชาย () หญิง () เพศทางเลือก () ไม่ระบุ
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
() ต่ำกว่ามัธยมศึกษา () มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ()ปริญญาตรี
() ปริญญาโท () ปริญญาเอก () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยก
6. อาชีพ
() รับราชการ () พนักงานบริษัทเอกชน () พนักงานรัฐวิสาหกิจ () รับจ้าง
() เกษตรกรรม () ธุรกิจส่วนตัว () อื่น ๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้
() น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน () 10,001 – 20,000 บาท/เดือน () 20,001 – 30,000 บาท/เดือน
() 30,001 – 40,000 บาท/เดือน () มากกว่า 40,001 บาท/เดือน
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() พ่อ/แม่ () บุตร () พี่/น้อง () สามี/ภรรยา
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....
9. ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
10. หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ขับถ่าย เป็นต้น
() ดูแลช่วยเหลือด้านการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยที่บ้าน
() พาผู้ป่วยพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาล
() ดูแลช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

• ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

11. เพศ () ชาย () หญิง () เพศทางเลือก () ไม่ระบุ
12. อายุ.....ปี
13. ระยะเวลาการเกิดโรคของผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
14. ร่างกายด้านที่อ่อนแรง
- () ด้านซ้าย
 - () ด้านขวา
 - () 2 ด้าน
 - () ไม่มีอาการอ่อนแรง
15. โรคประจำตัวของผู้ป่วย
- () ไม่มี
 - () มี โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียดและทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับครอบครัวท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับครอบครัวของท่านอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความดังกล่าวแทบจะไม่ตรงกับครอบครัวของท่าน
เห็นเป็นกลาง	หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับครอบครัวของท่านปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความดังกล่าวค่อนข้างตรงกับครอบครัวของท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับครอบครัวของท่านอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็น เป็นกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ครอบครัวของฉันร่วมมือกันในการเผชิญ ความยากลำบากมากกว่าปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเผชิญสิ่งต่าง ๆ เพียงลำพัง					
2	ครอบครัวของฉันเชื่อว่าความกังวล ความเศร้าเป็นเรื่องปกติ และสามารถทำความเข้าใจได้					
3	ครอบครัวของฉันเชื่อว่าการเผชิญหน้ากับสถานการณ์วิกฤติเป็นเรื่องท้าทายที่สามารถจัดการและเอาชนะได้ด้วย ความพยายาม					
4	ครอบครัวของฉันพยายามทำความเข้าใจต่อสถานการณ์วิกฤติและมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการที่เป็นไปได้ในการแก้ไข					
5	ครอบครัวของฉันเต็มไปด้วยความหวังและความเชื่อมั่นในศักยภาพครอบครัวที่จะเอาชนะความยากลำบาก					
6	ครอบครัวของฉันให้กำลังใจกันและกัน					
7	ครอบครัวของฉันคว้าโอกาส ลงมือทำ และมีความมุ่งมั่นเพียรพยายามที่จะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติไปให้ได้					
8	ครอบครัวของฉันมุ่งเน้นไปที่ความเป็นจริงที่เป็นไปได้ และยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็น เป็นกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9	ครอบครัวของฉันมีเป้าหมายในชีวิตร่วมกันในการ เอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้					
10	ครอบครัวของฉันมีที่พึ่งทางใจ (ทั้งเกี่ยวกับศาสนาและ ความเชื่อ) ที่ช่วยให้รับมือกับสถานการณ์วิกฤติได้ดี					
11	ความท้าทายจากสถานการณ์วิกฤติเป็นแรงบันดาลใจที่ สำคัญต่อการสร้างความคิดสร้างสรรค์ของครอบครัวฉัน					
12	ความท้าทายจากสถานการณ์วิกฤติช่วยส่งเสริมความ ผูกพันภายในครอบครัวของฉันให้มากขึ้น					
13	การเผชิญสถานการณ์วิกฤติทำให้ครอบครัวของฉัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน					
14	ครอบครัวของฉันเชื่อว่าสามารถเรียนรู้จากความ ท้าทายที่เผชิญ					
15	ครอบครัวของฉันเชื่อว่าสถานการณ์ที่ท้าทายจะทำให้ สมาชิกครอบครัวมีความแข็งแกร่งขึ้น					
16	ครอบครัวของฉันสามารถปรับตัวเพื่อรับมือกับความ ท้าทายใหม่ ๆ ได้					
17	ครอบครัวของฉันให้ความมั่นใจในการรับมือกับ ความเครียดของสมาชิกในครอบครัวได้					
18	ฉันวางใจได้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือซึ่งกัน และกันในยามลำบาก					
19	ครอบครัวของฉันเคารพความต้องการและความ ความคิดเห็นที่แตกต่างของสมาชิกในครอบครัว					
20	ครอบครัวของฉันมีบุคคลที่เป็นต้นแบบและเป็นผู้ให้ คำปรึกษาที่ดี					
21	ครอบครัวของฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนและชุมชนได้					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็น เป็นกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
22	ครอบครัวของฉันพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤติและทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ของครอบครัว					
23	ครอบครัวของฉันสื่อสารกันอย่างชัดเจนทั้งคำพูดและการกระทำ					
24	ครอบครัวของฉันแสดงความคิดเห็นต่อกันได้					
25	ครอบครัวของฉันมีความจริงใจต่อกัน					
26	ครอบครัวของฉันสามารถแบ่งปันความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเศร้า ความโกรธ ความกลัวซึ่งกันและกัน					
27	ครอบครัวของฉันเข้าใจซึ่งกันและกัน					
28	ครอบครัวของฉันแบ่งปันความรู้สึกด้านบวก เช่น ความซาบซึ้ง อารมณ์ขัน เพื่อให้ผ่อนคลายในช่วงเวลาที่ยากลำบาก					
29	ครอบครัวของฉันร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์					
30	สถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวเฉยเฉื่อยอย่างมีสติ					
31	ครอบครัวของฉันมุ่งเน้นที่เป้าหมายและลงมือกระทำตามขั้นตอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย					
32	ครอบครัวของฉันยินดีกับความสำเร็จและเรียนรู้จากความผิดพลาด					
33	ครอบครัวของฉันวางแผนและเตรียมพร้อมต่อสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ไม่เคยเลย	หมายถึง ท่านไม่ได้ใช้วิธีการในข้อความนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านใช้วิธีการในข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง ท่านใช้วิธีการในข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง ท่านใช้วิธีการในข้อความนั้นบ่อย ๆ
เป็นประจำ	หมายถึง ท่านใช้วิธีการในข้อความนั้นตลอดเวลา

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1	ฉันคิดหาทางออกหลายวิธีที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น					
2	ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาให้ดีขึ้น					
3	ฉันแยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนและพยายามแก้ปัญหาไปที่ละส่วน					
4	ฉันตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาย่างชัดเจน					
5	ฉันนำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย					
6	ฉันพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น					
7	ฉันเห็นคุณค่าจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของฉัน					
8	ฉันลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่คิดว่ารักษาโรคของผู้ป่วยได้เพื่อดูว่าวิธีใดดีที่สุด					
9	ฉันค้นหาสาเหตุของปัญหา					
10	ฉันวิเคราะห์ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น					
11	ฉันหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย					
12	ฉันนำเอาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ในอดีตที่ใช้ได้ผลมาร่วมแก้ไขปัญหา					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียดและทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

มากที่สุด	หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1	ฉันได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์					
2	ฉันได้รับความรักและความห่วงใยจากบุคลากรทางการแพทย์					
3	ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ดูแลผู้ป่วย					
4	ฉันได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย					
5	บุคลากรทางการแพทย์รับฟังความรู้สึกไม่สบายใจของฉัน					
6	บุคลากรทางการแพทย์บอกฉันว่าฉันปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง					
7	ฉันได้รับการชมเชยจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย					
8	บุคลากรทางการแพทย์บอกฉันว่าฉันดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง					
9	บุคลากรทางการแพทย์ชมเชยฉันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น					
10	ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์					
11	ฉันได้รับการแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
12	ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือด้านกิจกรรมประจำวันให้แก่ผู้ป่วย					
13	ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย					
14	ฉันได้รับการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย					
15	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย					
16	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย					
17	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย					
18	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย					

-----ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือตอบแบบสอบถาม-----



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถาม

ตาราง 14 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว

องค์ประกอบ	ข้อความ	ค่า IOC	ค่า CITC
ระบบ ความเชื่อ	1 ครอบครัวของฉันร่วมมือกันในการเผชิญความยากลำบากมากกว่าปล่อยให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเผชิญสิ่งต่าง ๆ เพียงลำพัง	1	.41
	2 ครอบครัวของฉันเชื่อว่าความกังวล ความเศร้าเป็นเรื่องปกติ และสามารถทำความเข้าใจได้	.67	.44
	3 ครอบครัวของฉันเชื่อว่าการเผชิญหน้ากับสถานการณ์วิกฤติเป็นเรื่องท้าทายที่สามารถจัดการและเอาชนะได้ด้วยความพยายาม	.67	.52
	4 ครอบครัวของฉันพยายามทำความเข้าใจต่อสถานการณ์วิกฤติและมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการที่เป็นไปได้ในการแก้ไข	1	.56
	5 ครอบครัวของฉันเต็มใจด้วยความหวังและความเชื่อมั่นในศักยภาพครอบครัวที่จะเอาชนะความยากลำบาก	1	.63
	6 ครอบครัวของฉันให้กำลังใจกันและกัน	.67	.46
	7 ครอบครัวของฉันคว้าโอกาส ลงมือทำ และมีความมุ่งมั่นเพียรพยายามที่จะผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติไปให้ได้	1	.52
	8 ครอบครัวของฉันมุ่งเน้นไปที่ความเป็นจริงที่เป็นไปได้และยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	1	.58
	9 ครอบครัวของฉันมีเป้าหมายในชีวิตร่วมกันในการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ไปให้ได้	.67	.59
	10 ครอบครัวของฉันมีที่พึ่งทางใจ (ทั้งเกี่ยวกับศาสนาและความเชื่อ) ที่ช่วยให้รับมือกับสถานการณ์วิกฤติได้ดี	.67	.51

ตาราง 15 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อความ	ค่า IOC	ค่า CITC
	11 ความท้าทายจากสถานการณ์วิกฤติเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญต่อการสร้างความคิดสร้างสรรค์ของครอบครัวฉัน	.67	.67
	12 ความท้าทายจากสถานการณ์วิกฤติช่วยส่งเสริมความผูกพันภายในครอบครัวของฉันให้มากขึ้น	.67	.62
	13 การเผชิญสถานการณ์วิกฤติทำให้ครอบครัวของฉันมีความเห็นอกเห็นใจกัน	.67	.62
	14 ครอบครัวของฉันเชื่อว่าสามารถเรียนรู้จากความท้าทายที่เผชิญ	.67	.61
	15 ครอบครัวของฉันเชื่อว่าสถานการณ์ที่ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความแข็งแกร่งขึ้น	1	.55
Cronbach's alpha เท่ากับ .88			
กระบวนการจัดการ	16 ครอบครัวของฉันสามารถปรับตัวเพื่อรับมือกับความท้าทายใหม่ๆ ได้	1	.55
	17 ครอบครัวของฉันให้ความมั่นใจในการรับมือกับความเครียดของสมาชิกในครอบครัวได้	1	.70
	18 ฉันวางใจได้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามลำบาก	.67	.53
	19 ครอบครัวของฉันเคารพความต้องการและความคิดเห็นที่แตกต่างของสมาชิกในครอบครัว	1	.49
	20 ครอบครัวของฉันมีบุคคลที่เป็นต้นแบบและเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี	.67	.73
	21 ครอบครัวของฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนและชุมชนได้	.67	.40
Cronbach's alpha เท่ากับ .80			

ตาราง 15 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตครอบครัว (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อความ	ค่า IOC	ค่า CITC
กระบวนการ สื่อสาร	22 ครอบครัวของฉันพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤติและทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ของครอบครัว	1	.38
	23 ครอบครัวของฉันสื่อสารกันอย่างชัดเจนทั้งคำพูดและการกระทำ	1	.63
	24 ครอบครัวของฉันแสดงความคิดเห็นต่อกันได้	1	.58
	25 ครอบครัวของฉันมีความจริงใจต่อกัน	1	.51
	26 ครอบครัวของฉันสามารถแบ่งปันความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเศร้า ความโกรธ ความกลัวซึ่งกันและกัน	1	.61
	27 ครอบครัวของฉันเข้าใจซึ่งกันและกัน	1	.65
	28 ครอบครัวของฉันแบ่งปันความรู้สึกด้านบวก เช่น ความซาบซึ้ง อารมณ์ขัน เพื่อให้ผ่อนคลายในช่วงเวลาที่ที่ยากลำบาก	1	.50
	29 ครอบครัวของฉันร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์	1	.63
	30 สถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวเรียนรู้อย่างมีสติ	1	.75
	31 ครอบครัวของฉันมุ่งเน้นที่เป้าหมายและลงมือกระทำตามขั้นตอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	1	.68
	32 ครอบครัวของฉันยินดีกับความสำเร็จและเรียนรู้จากความผิดพลาด	1	.58
	33 ครอบครัวของฉันวางแผนและเตรียมพร้อมต่อสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต	1	.65
	Cronbach's alpha เท่ากับ .89		
Cronbach's alpha ทั้งฉบับ เท่ากับ .93			

ตาราง 15 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามการเผชิญปัญหา

	ข้อความ	ค่า	ค่า
		IOC	CITC
1	ฉันคิดหาทางออกหลายวิธีที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น	1	.59
2	ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาให้ดีขึ้น	1	.77
3	ฉันแยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนและพยายามแก้ปัญหา ไปทีละส่วน	1	.65
4	ฉันตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาย่างชัดเจน	1	.56
5	ฉันนำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย	1	.65
6	ฉันพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น	.67	.62
7	ฉันเห็นคุณค่าจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของฉัน	.67	.58
8	ฉันลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่คิดว่ารักษาโรคของผู้ป่วยได้เพื่อดูว่าวิธีใดดีที่สุด	1	.74
9	ฉันค้นหาสาเหตุของปัญหา	1	.73
10	ฉันวิเคราะห์ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น	1	.68
11	ฉันหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย	.67	.62
12	ฉันนำเอาวิธีการแก้ไขปัญหาคู่ที่เคยใช้ในอดีตที่ใช้ได้ผลมารวมแก้ไขปัญหา	1	.65
Cronbach's alpha เท่ากับ .91			

ตาราง 16 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบ		ข้อความ	ค่า IOC	ค่า CITC
ด้าน อารมณ์	1	ฉันได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคลากรทางการแพทย์	1	.69
	2	ฉันได้รับความรักและความห่วงใยจากบุคลากรทางการแพทย์	1	.80
	3	ฉันได้รับความไว้วางใจจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ดูแลผู้ป่วย	1	.69
	4	ฉันได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย	1	.82
	5	บุคลากรทางการแพทย์รับฟังความรู้สึกไม่สบายใจของฉัน	1	.69
Cronbach's alpha เท่ากับ .89				
ด้าน การประเมิน	6	บุคลากรทางการแพทย์บอกว่าฉันปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	1	.78
	7	ฉันได้รับการชมเชยจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	1	.86
	8	บุคลากรทางการแพทย์บอกฉันว่าฉันดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	.67	.87
	9	บุคลากรทางการแพทย์ชมเชยฉันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น	.67	.76
Cronbach's alpha เท่ากับ .92				

ตาราง 17 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

องค์ประกอบ		ข้อความ	ค่า IOC	ค่า CITC
ด้าน ข้อมูล	10	ฉันได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์	1	.70
	11	ฉันได้รับการแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์	1	.76
	12	ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย	.67	.77
	13	ฉันได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย	.67	.77
	14	ฉันได้รับการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย	.67	.75
Cronbach's alpha เท่ากับ .90				
ด้าน ทรัพยากร	15	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	.67	.63
	16	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย	1	.74
	17	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย	.67	.78
	18	ฉันได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย	.67	.77
Cronbach's alpha เท่ากับ .87				
Cronbach's alpha ทั้งฉบับ เท่ากับ .87				

ภาคผนวก จ
ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นด้วยโปรแกรม MPLUS



Mplus VERSION 7.3
MUTHEN & MUTHEN
02/11/2022 8:59 AM

INPUT INSTRUCTIONS

TITLE:

DATA: FILE IS "C:\Users\lenovo\Desktop\thesis2022\thesisSEM.dat";

VARIABLE:

NAMES ARE id mfr frbe fror frco mcop mso soem soev soin sore;

USEVARIABLES ARE frbe fror frco mcop soem soev soin sore;

ANALYSIS:

TYPE IS GENERAL;

ESTIMATOR IS ML;

ITERATIONS = 1000;

CONVERGENCE = 0.00005;

BOOTSTRAP = 10000;

Model:

FR by frbe fror frco;

SO by soem soev soin sore;

coping by mCop;

mcop@.02;

FR on SO coping;

coping on SO;

SORE WITH SOEM;

SOIN WITH FRBE;

Model indirect: FR ind SO;

OUTPUT: SAMPSTAT MODINDICES(1) STANDARDIZED CINT(BCBOOTSTRAP);

SUMMARY OF ANALYSIS

Number of groups	1
Number of observations	176
Number of dependent variables	8
Number of independent variables	0
Number of continuous latent variables	3

Observed dependent variables

Continuous

FRBE FROR FRCO MCOP SOEM SOEV SOIN SORE

Continuous latent variables

FR SO COPING

Estimator	ML
Information matrix	OBSERVED
Maximum number of iterations	1000
Convergence criterion	0.500D-04
Maximum number of steepest descent iterations	20
Number of bootstrap draws	
Requested	10000
Completed	10000

Input data file(s)

C:\Users\lenovo\Desktop\thesis2022\thesisSEM.dat

Input data format FREE

SAMPLE STATISTICS

SAMPLE STATISTICS

Means

	FRBE	FROR	FRCO	MCOP	SOME	SOEV	SOIN	SORE
1	4.380	4.298	4.388	4.266	4.140	3.845	4.160	4.040

Covariances

	FRBE	FROR	FRCO	MCOP	SOME	SOEV	SOIN	SORE
FRBE	0.238							
FROR	0.239	0.365						
FRCO	0.201	0.261	0.284					
MCOP	0.084	0.090	0.095	0.225				
SOME	0.074	0.092	0.111	0.131	0.418			
SOEV	0.135	0.189	0.184	0.191	0.418	0.883		
SOIN	0.075	0.126	0.144	0.164	0.384	0.618	0.628	
SORE	0.112	0.160	0.176	0.175	0.453	0.627	0.585	0.722

Correlations

	FRBE	FROR	FRCO	MCOP	SOME	SOEV	SOIN	SORE
FRBE	1.000							
FROR	0.812	1.000						
FRCO	0.772	0.811	1.000					
MCOP	0.365	0.314	0.378	1.000				
SOME	0.235	0.235	0.323	0.426	1.000			
SOEV	0.295	0.332	0.368	0.430	0.688	1.000		
SOIN	0.194	0.264	0.340	0.436	0.749	0.831	1.000	
SORE	0.270	0.311	0.389	0.435	0.824	0.785	0.869	1.000

UNIVARIATE HIGHER-ORDER MOMENT DESCRIPTIVE STATISTICS

UNIVARIATE HIGHER-ORDER MOMENT DESCRIPTIVE STATISTICS

Variable/ Sample Size	Mean/ Variance	Skewness/ Kurtosis	Minimum/ Maximum	% with Min/Max	Percentiles 20%/60%	40%/80%	Median
FRBE	4.380	-0.591	2.870	0.57%	3.930	4.270	4.455
176.000	0.238	-0.212	5.000	15.34%	4.600	4.930	
FROR	4.298	-0.720	2.330	1.14%	3.830	4.170	4.330
176.000	0.365	0.322	5.000	25.00%	4.500	5.000	
FRCO	4.388	-0.542	2.920	1.14%	3.920	4.170	4.480
176.000	0.284	-0.497	5.000	22.73%	4.670	5.000	
MCOP	4.266	-0.734	2.500	0.57%	3.890	4.170	4.330
176.000	0.225	0.848	5.000	7.95%	4.460	4.670	
SOME	4.140	-0.227	2.400	0.57%	3.600	4.000	4.000
176.000	0.418	-0.788	5.000	19.89%	4.200	4.930	
SOEV	3.845	-0.904	1.000	2.84%	3.000	3.750	4.000

	176.000	0.883	0.911	5.000	19.32%	4.080	4.920	
SOIN	4.160	-0.954	1.600	0.57%	3.500	4.000	4.200	
	176.000	0.628	0.531	5.000	25.00%	4.530	5.000	
SORE	4.040	-0.811	1.250	0.57%	3.250	4.000	4.105	
	176.000	0.722	0.288	5.000	23.86%	4.500	5.000	

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters 28

Loglikelihood

H0 Value -808.951

H1 Value -798.341

Information Criteria

Akaike (AIC) 1673.903

Bayesian (BIC) 1762.676

Sample-Size Adjusted BIC 1674.007

($n^* = (n + 2) / 24$)

Chi-Square Test of Model Fit

Value 21.220

Degrees of Freedom 16

P-Value 0.1702

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate 0.043

90 Percent C.I. 0.000 0.087

Probability RMSEA \leq .05 0.553

CFI/TLI

CFI 0.995

TLI 0.992

Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

Value 1170.107

Degrees of Freedom 28

P-Value 0.0000

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual)

Value 0.036

MODEL RESULTS

		Two-Tailed			
		Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value
FR	BY				
	FRBE	1.000	0.000	999.000	999.000
	FROR	1.312	0.099	13.201	0.000
	FRCO	1.124	0.088	12.768	0.000
SO	BY				
	SOME	1.000	0.000	999.000	999.000
	SOEV	1.603	0.185	8.664	0.000
	SOIN	1.463	0.147	9.927	0.000
	SORE	1.510	0.120	12.569	0.000
COPING	BY				
	MCOP	1.000	0.000	999.000	999.000
FR	ON				
	SO	0.183	0.085	2.164	0.030
	COPING	0.276	0.090	3.074	0.002
COPING	ON				
	SO	0.443	0.068	6.488	0.000
SORE	WITH				
	SOME	0.058	0.024	2.365	0.018
SOIN	WITH				
	FRBE	-0.021	0.009	-2.480	0.013
Intercepts					
	FRBE	4.380	0.037	118.633	0.000
	FROR	4.298	0.046	93.162	0.000
	FRCO	4.388	0.040	108.547	0.000
	MCOP	4.266	0.036	118.855	0.000
	SOME	4.140	0.049	85.310	0.000
	SOEV	3.845	0.069	55.400	0.000
	SOIN	4.160	0.059	70.721	0.000
	SORE	4.040	0.063	63.971	0.000

Variances

SO	0.261	0.043	6.059	0.000
----	-------	-------	-------	-------

Residual Variances

FRBE	0.054	0.010	5.664	0.000
FROR	0.060	0.015	3.961	0.000
FRCO	0.060	0.011	5.504	0.000
MCOP	0.020	0.000	999.000	999.000
SOME	0.156	0.030	5.148	0.000
SOEV	0.211	0.037	5.708	0.000
SOIN	0.060	0.018	3.382	0.001
SORE	0.126	0.030	4.165	0.000
FR	0.141	0.021	6.735	0.000
COPING	0.153	0.024	6.326	0.000

STANDARDIZED MODEL RESULTS

STDYX Standardization

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value
Two-Tailed				
FR BY				
FRBE	0.874	0.023	37.959	0.000
FROR	0.914	0.019	48.390	0.000
FRCO	0.887	0.021	41.339	0.000
SO BY				
SOEM	0.791	0.031	25.108	0.000
SOEV	0.873	0.021	41.747	0.000
SOIN	0.950	0.014	69.489	0.000
SORE	0.908	0.017	53.149	0.000
COPING BY				
MCOP	0.954	0.005	192.025	0.000
FR ON				
SO	0.222	0.086	2.580	0.010
COPING	0.296	0.086	3.454	0.001

COPING ON				
SO	0.500	0.062	8.010	0.000
SORE WITH				
SOEM	0.412	0.077	5.381	0.000
SOIN WITH				
FRBE	-0.372	0.119	-3.129	0.002
Intercepts				
FRBE	9.102	0.485	18.783	0.000
FROR	7.114	0.387	18.402	0.000
FRCO	8.234	0.445	18.491	0.000
MCOP	8.999	0.486	18.534	0.000
SOEM	6.405	0.350	18.320	0.000
SOEV	4.092	0.231	17.733	0.000
SOIN	5.285	0.289	18.260	0.000
SORE	4.754	0.264	17.983	0.000
Variances				
SO	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
FRBE	0.235	0.040	5.842	0.000
FROR	0.165	0.035	4.775	0.000
FRCO	0.213	0.038	5.578	0.000
MCOP	0.089	0.009	9.381	0.000
SOEM	0.375	0.050	7.518	0.000
SOEV	0.239	0.036	6.545	0.000
SOIN	0.097	0.026	3.730	0.000
SORE	0.175	0.031	5.623	0.000
FR	0.797	0.059	13.395	0.000
COPING	0.750	0.062	12.000	0.000

STDY Standardization

	Estimate	S.E.	Two-Tailed	
			Est./S.E.	P-Value
FR BY				
FRBE	0.874	0.023	37.959	0.000
FROR	0.914	0.019	48.390	0.000
FRCO	0.887	0.021	41.339	0.000
SO BY				
SOEM	0.791	0.031	25.108	0.000
SOEV	0.873	0.021	41.747	0.000
SOIN	0.950	0.014	69.489	0.000
SORE	0.908	0.017	53.149	0.000
COPING BY				
MCOP	0.954	0.005	192.025	0.000
FR ON				
SO	0.222	0.086	2.580	0.010
COPING	0.296	0.086	3.454	0.001
COPING ON				
SO	0.500	0.062	8.010	0.000
SORE WITH				
SOEM	0.412	0.077	5.381	0.000
SOIN WITH				
FRBE	-0.372	0.119	-3.129	0.002
Intercepts				
FRBE	9.102	0.485	18.783	0.000
FROR	7.114	0.387	18.402	0.000
FRCO	8.234	0.445	18.491	0.000
MCOP	8.999	0.486	18.534	0.000
SOEM	6.405	0.350	18.320	0.000
SOEV	4.092	0.231	17.733	0.000
SOIN	5.285	0.289	18.260	0.000

SORE	4.754	0.264	17.983	0.000
Variances				
SO	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
FRBE	0.235	0.040	5.842	0.000
FROR	0.165	0.035	4.775	0.000
FRCO	0.213	0.038	5.578	0.000
MCOP	0.089	0.009	9.381	0.000
SOEM	0.375	0.050	7.518	0.000
SOEV	0.239	0.036	6.545	0.000
SOIN	0.097	0.026	3.730	0.000
SORE	0.175	0.031	5.623	0.000
FR	0.797	0.059	13.395	0.000
COPING	0.750	0.062	12.000	0.000
STD Standardization				
Two-Tailed				
	Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value
FR BY				
FRBE	0.421	0.029	14.428	0.000
FROR	0.552	0.036	15.422	0.000
FRCO	0.473	0.032	14.691	0.000
SO BY				
SOEM	0.511	0.041	12.351	0.000
SOEV	0.820	0.057	14.478	0.000
SOIN	0.748	0.045	16.778	0.000
SORE	0.772	0.050	15.454	0.000
COPING BY				
MCOP	0.452	0.026	17.092	0.000
FR ON				
SO	0.222	0.086	2.580	0.010
COPING	0.296	0.086	3.454	0.001

COPING ON				
SO	0.500	0.062	8.010	0.000
SORE WITH				
SOEM	0.058	0.015	3.737	0.000
SOIN WITH				
FRBE	-0.021	0.007	-2.911	0.004
Intercepts				
FRBE	4.380	0.036	120.750	0.000
FROR	4.298	0.046	94.379	0.000
FRCO	4.388	0.040	109.243	0.000
MCOP	4.266	0.036	119.382	0.000
SOEM	4.140	0.049	84.974	0.000
SOEV	3.845	0.071	54.293	0.000
SOIN	4.160	0.059	70.119	0.000
SORE	4.040	0.064	63.072	0.000
Variances				
SO	1.000	0.000	999.000	999.000
Residual Variances				
FRBE	0.054	0.008	6.608	0.000
FROR	0.060	0.011	5.253	0.000
FRCO	0.060	0.010	6.249	0.000
MCOP	0.020	0.000	999.000	999.000
SOEM	0.156	0.019	8.208	0.000
SOEV	0.211	0.028	7.579	0.000
SOIN	0.060	0.015	3.997	0.000
SORE	0.126	0.020	6.424	0.000
FR	0.797	0.059	13.395	0.000
COPING	0.750	0.062	2.000	0.000

R-SQUARE

Observed

Variable	Estimate
FRBE	0.765
FROR	0.835
FRCO	0.787
MCOP	0.911
SOEM	0.625
SOEV	0.761
SOIN	0.903
SORE	0.825

Latent

Variable	Estimate
FR	0.203
COPING	0.250

TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT, AND DIRECT EFFECTS

	Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value
Two-Tailed				
Effects from SO to FR				
Total	0.305	0.081	3.783	0.000
Total indirect	0.122	0.047	2.618	0.009
Specific indirect				
FR				
COPING				
SO	0.122	0.047	2.618	0.009
Direct				
FR				
SO	0.183	0.085	2.164	0.030

STANDARDIZED TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT, AND DIRECT EFFECTS

STDYX Standardization

	Estimate	S.E.	Two-Tailed	
			Est./S.E.	P-Value
Effects from SO to FR				
Total	0.371	0.083	4.469	0.000
Total indirect	0.148	0.052	2.825	0.005

Specific indirect

FR				
COPING				
SO	0.148	0.052	2.825	0.005

Direct

FR				
SO	0.222	0.097	2.291	0.022

STDY Standardization

	Estimate	S.E.	Two-Tailed	
			Est./S.E.	P-Value
Effects from SO to FR				
Total	0.371	0.098	3.783	0.000
Total indirect	0.148	0.057	2.618	0.009

Specific indirect

FR				
COPING				
SO	0.148	0.057	2.618	0.009

Direct

FR				
SO	0.222	0.103	2.164	0.030

STD Standardization

	Estimate	S.E.	Two-Tailed	
			Est./S.E.	P-Value
Effects from SO to FR				
Total	0.371	0.083	4.469	0.000
Total indirect	0.148	0.052	2.825	0.005

Specific indirect

FR

COPING

SO 0.148 0.052 2.825 0.005

Direct

FR

SO 0.222 0.097 2.291 0.022

CONFIDENCE INTERVALS OF MODEL RESULTS

	Lower .5%	Lower 2.5%	Lower 5%	Estimate	Upper 5%	Upper 2.5%	Upper .5%
FR BY							
FRBE	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
FROR	1.088	1.141	1.168	1.312	1.495	1.534	1.608
FRCO	0.921	0.968	0.990	1.124	1.281	1.313	1.369
SO BY							
SOME	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
SOEV	1.195	1.283	1.329	1.603	1.942	2.017	2.155
SOIN	1.140	1.212	1.251	1.463	1.744	1.800	1.918
SORE	1.230	1.292	1.325	1.510	1.724	1.764	1.853
COPING BY							
MCOP	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
FR ON							
SO	-0.028	0.022	0.049	0.183	0.326	0.356	0.412
COPING	0.041	0.106	0.132	0.276	0.425	0.452	0.515
COPING ON							
SO	0.294	0.327	0.345	0.443	0.573	0.600	0.661
SORE WITH							
SOME	0.001	0.014	0.021	0.058	0.102	0.111	0.127
SOIN WITH							
FRBE	-0.045	-0.040	-0.037	-0.021	-0.008	-0.005	0.000

Intercepts

FRBE	4.283	4.305	4.317	4.380	4.438	4.451	4.472
FROR	4.171	4.202	4.218	4.298	4.371	4.384	4.410
FRCO	4.281	4.306	4.320	4.388	4.454	4.466	4.487
MCOP	4.173	4.193	4.205	4.266	4.324	4.334	4.355
SOME	4.016	4.045	4.061	4.140	4.220	4.235	4.263
SOEV	3.665	3.709	3.729	3.845	3.958	3.979	4.016
SOIN	4.008	4.043	4.061	4.160	4.256	4.271	4.306
SORE	3.876	3.913	3.935	4.040	4.141	4.161	4.196

Variances

SO	0.158	0.181	0.193	0.261	0.335	0.349	0.378
----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Residual Variances

FRBE	0.033	0.038	0.041	0.054	0.074	0.077	0.084
FROR	0.026	0.034	0.038	0.060	0.089	0.095	0.108
FRCO	0.034	0.040	0.044	0.060	0.080	0.084	0.092
MCOP	0.020	0.020	0.020	0.020	0.020	0.020	0.020
SOME	0.084	0.101	0.110	0.156	0.211	0.220	0.240
SOEV	0.124	0.145	0.155	0.211	0.277	0.290	0.311
SOIN	0.013	0.025	0.030	0.060	0.089	0.095	0.106
SORE	0.058	0.075	0.083	0.126	0.185	0.196	0.218
FR	0.093	0.105	0.111	0.141	0.180	0.189	0.205
COPING	0.100	0.112	0.119	0.153	0.200	0.208	0.225

CONFIDENCE INTERVALS OF TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT, AND DIRECT EFFECTS

Lower .5% Lower 2.5% Lower 5% Estimate Upper 5% Upper 2.5% Upper .5%

Effects from SO to FR

Total	0.119	0.160	0.182	0.305	0.445	0.475	0.533
Total indirect	0.018	0.043	0.056	0.122	0.209	0.226	0.270

Specific indirect

FR

COPING

SO	0.018	0.043	0.056	0.122	0.209	0.226	0.270
----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Direct							
FR							
SO	-0.028	0.022	0.049	0.183	0.326	0.356	0.412

CONFIDENCE INTERVALS OF STANDARDIZED TOTAL, TOTAL INDIRECT, SPECIFIC INDIRECT,
AND DIRECT EFFECTS

STDYX Standardization

	Lower .5%	Lower 2.5%	Lower 5%	Estimate	Upper 5%	Upper 2.5%	Upper .5%
Effects from SO to FR							
Total	0.157	0.208	0.234	0.371	0.507	0.533	0.584
Total indirect	0.013	0.045	0.062	0.148	0.235	0.251	0.283
Specific indirect							
FR							
COPING							
SO	0.013	0.045	0.062	0.148	0.235	0.251	0.283
Direct							
FR							
SO	-0.028	0.032	0.063	0.222	0.382	0.413	0.472

STDY Standardization

	Lower .5%	Lower 2.5%	Lower 5%	Estimate	Upper 5%	Upper 2.5%	Upper .5%
Effects from SO to FR							
Total	0.118	0.179	0.209	0.371	0.532	0.563	0.623
Total indirect	0.002	0.037	0.055	0.148	0.241	0.259	0.294
Specific indirect							
FR							
COPING							
SO	0.002	0.037	0.055	0.148	0.241	0.259	0.294
Direct							
FR							
SO	-0.042	0.021	0.053	0.222	0.391	0.424	0.487

STD Standardization

	Lower .5%	Lower 2.5%	Lower 5%	Estimate	Upper 5%	Upper 2.5%	Upper .5%
--	-----------	------------	----------	----------	----------	------------	-----------

Effects from SO to FR

Total	0.157	0.208	0.234	0.371	0.507	0.533	0.584
Total indirect	0.013	0.045	0.062	0.148	0.235	0.251	0.283

Specific indirect

FR

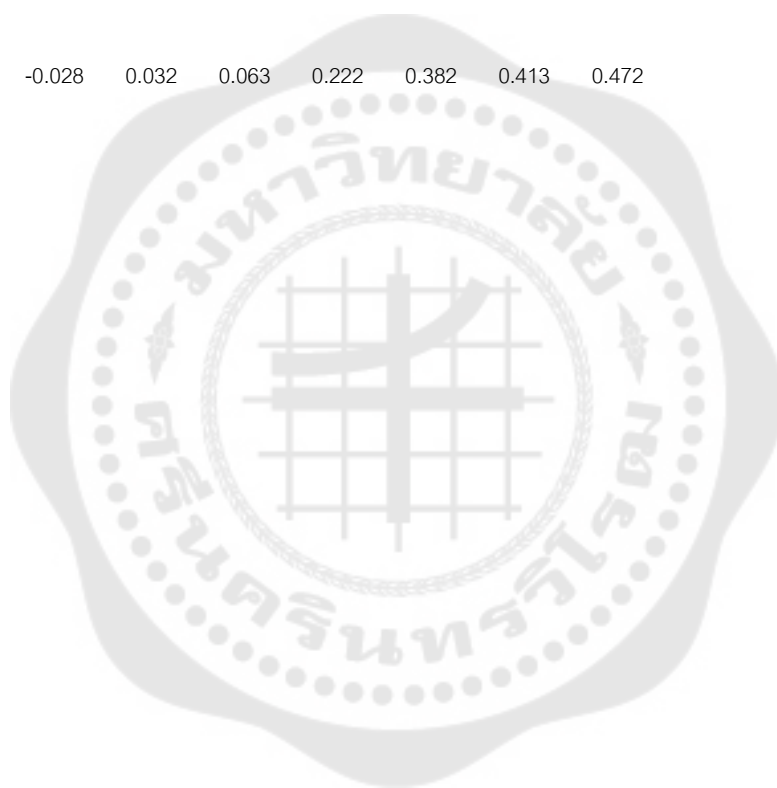
COPING

SO	0.013	0.045	0.062	0.148	0.235	0.251	0.283
----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Direct

FR

SO	-0.028	0.032	0.063	0.222	0.382	0.413	0.472
----	--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นภาศิริ ทนชัย
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤศจิกายน 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2556 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	92/61 พฤษาไพรม์ หมู่ 6 ซอยเทศบาล 2 ตำบลบางรักใหญ่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110

