การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

THE DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PROMOTING FAMILY RESILIENCE WITH GUARDIAN OF CHILDREN AND YOUTHS WITH LEUKEMIA USING POSITIVE

สุรางคณา ศุภฤทธิ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2566

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

สุรางคณา ศุภฤทธิ์

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PROMOTING FAMILY RESILIENCE WITH GUARDIAN OF CHILDREN AND YOUTHS WITH LEUKEMIA USING POSITIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AND SOCIAL SUPPORT: TECHNICAL ACTION RESEARCH

SURANGKANA SUPARIT

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY

(Applied Behavioral Sc.Research)

Behavioral Science Research Insitute, Srinakharinwirot University

2023

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

ของ

สุรางคณา ศุภฤทธิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.กัญญ์ฐิตา ศรีภา)

..... ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค
ผู้วิจัย	สุรางคณา ศุภฤทธิ์
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2566
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฐาศุกร์ จันประเสริฐ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และ 4) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในการศึกษา โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผู้ร่วมวิจัย คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อย่างใกล้ชิด จำนวน 21 คน จาก 15 ครอบครัว และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ร่วมวิจัยหลัก คือ ครอบครัวจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 14 คน จาก 6 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวมีกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ระยะระหว่าง และระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ประกอบด้วย 4 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวรวมทั้งความต้องการในการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 2) ให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม 3) เสริมสร้างความรู้สึกและความคิดเชิงบวกทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง และ 4) ส่งต่อประสบการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวสู่ผู้ปกครองรายใหม่ และรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวยังสามารถเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทั้งข้อมูลเชิงปริมาณของคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพใน 3 มิติ ได้แก่ มิติความรู้ความเข้าใจ มิติอารมณ์ความรู้สึก และมิติด้านพฤติกรรม องค์ความรู้ที่ได้ในครั้งนี้ผ่านการศึกษาหลากหลายมิติ ทั้งมิติทางสังคม มิติทางจิตวิทยา และมิติสุขภาพ สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ โดยกลุ่มผู้ปกครองที่กำลังเผชิญการป่วยของบุตรหลานในครอบครัวสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของตนเองได้ รวมทั้งทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังอันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ปกครองในวงกว้างและระยะยาวต่อไปได้

คำสำคัญ : การฟื้นคืนสภาพครอบครัว, กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวก, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ปกครอง, เด็กและวัยรุ่น, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

Title	THE DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PROMOTING FAMILY RESILIENCE WITH GUARDIAN OF CHILDREN AND YOUTHS WITH LEUKEMIA USING POSITIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AND SOCIAL SUPPORT: TECHNICAL ACTION RESEARCH
Author	SURANGKANA SUPARIT
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2023
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Thasuk Junprasert
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Nanchatsan Sakunpong

The objective of this study are as follows: 1) To study and understand the processes and factors related to the family resilience and the developmental needs of guardian of children and youths with leukemia. 2) To develop a model for promoting the family resilience with guardian of children and youths with leukemia. 3) To examine the outcomes of changes in the family resilience with guardian of children and youths with leukemia. And 4) To synthesize a model for promoting the family resilience with guardian of children and youths with leukemia. The researchers applied a technical action research approach in this study, which was divided into two phases. Phase 1 involved qualitative research to gain an understanding of the family resilience process. The research participants consisted of family members who played a close role in the care of children and youths with acute lymphoblastic leukemia (ALL), specifically 21 individuals from 15 families. Phase 2 of the research involved a technical action research approach to develop a model for promoting family resilience using positive psychology and social support. The main research participants were the families from Phase 1 of the study, who volunteered to participate in Phase 2. The total number of participants in Phase 2 was 14 individuals from 6 families. The study found that family resilience processes can be divided into three stages: pre-family resilience, during family resilience, and post-family resilience. The model for promoting family resilience consists of four key processes, namely: 1) Understanding the family resilience processes and factors related to family resilience, including the developmental needs for family resilience. 2) Providing social support and creating awareness of available social support resources. 3) Enhancing positive feelings and thoughts for both oneself and others. And 4) Transmitting the experiences of family resilience to new guardian. And the model for promoting family resilience can also result in changes in both quantitative data, such as scores of family resilience and perceived social support, increasing compared to pre-participation scores. It can also provide qualitative data in three dimensions: the dimension of knowledge and understanding, the dimension of emotional and affective experiences, and the dimension of behavioral changes. The knowledge gained through this study, spanning various dimensions including social, psychological, and health aspects, can be applied as practical guidelines to promote family resilience. Guardian facing their child's illness within the family can utilize the research model developed in this study to facilitate their own family resilience. Additionally, interdisciplinary teams and public health service units can adapt suitable research-based strategies from this practical research model to promote family resilience and enhance the quality of life for guardian facing chronic illness situations in the long term.

Keyword : Family Resilience, Positive Psychological Interventions, Social Support, Guardian, Children and Youths, Leukemia, Technical Action Research

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้เกิดขึ้นในช่วงที่ดิฉันเจอวิกฤตของชีวิตหลาย ๆ เรื่อง ทั้งวิกฤตครอบครัว วิกฤตเศรษฐกิจ และวิกฤตทางการเรียน อาจเรียกได้ว่า เป็นวิกฤตที่เหมือนนัดกันมาท้าทายความสามารถของดิฉันก็ว่าได้ ตอนที่ดิฉันเริ่มทำวิจัยเล่มนี้จึงต้องใช้ทั้งพลังภายในตนเองและรับพลังงานจากคนรอบข้างในการก้าวข้ามวิกฤตเหล่านั้นไปให้ได้ ซึ่งหากท่านได้อ่านปริญญานิพนธ์เล่มนี้แสดงว่าดิฉันสามารถก้าวข้ามวิกฤตทางการเรียนไปแล้ว ซึ่งแน่นอนว่ามันทำให้วิกฤตอื่น ๆ เบาบางลงเช่นกัน ซึ่งดิฉันจะไม่สามารถสำเร็จการศึกษาได้ หากดิฉันไม่มีบุคคลเหล่านี้ที่เป็นเหมือนผู้สนับสนุนทางสังคมในทุก ๆ ด้านของดิฉัน ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานวิจัยแห่งชาติที่เห็นคุณค่าของการวิจัยครั้งนี้และให้ทุนในการดำเนินการวิจัยและเผนแพร่ผลงาน ขอขอบคุณโรงพยาบาลแห่งนี้ที่ให้ดิฉันได้เข้าไปดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลตลอดเวลา 2 ปี ขอบคุณผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งทุกท่านทั้งที่เข้าร่วมวิจัยและไม่ได้เข้าร่วม ที่คอยให้ความร่วมมือ ประสานงาน ส่งกำลังใจในการทำงานและการศึกษาของดิฉัน ดิฉันรับรู้ถึงพลังใจเหล่านี้เสมอมา ขอบคุณอาจารย์หมออู๋ หมอบิ๊ก หมอซี หมอมาย และหมอหนิง ที่คอยชี้แนะให้ความรู้เรื่องมะเร็งในเด็ก ช่วยประสานงาน และช่วยตรวจเครื่องมือในการข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ฉันรู้สึกว่าการมีเพื่อนร่วมงานที่ดีมีค่ากับดิฉันมาก ขอบคุณเพื่อนร่วมงาน น้องจี พี่ไห พี่แนน พลอย และน้อง ๆ นักสังคมสงเคราะห์ทุกท่านที่เข้าใจตารางงานของดิฉัน คอยช่วยจัดสรรการดูแลคนไข้และครอบครัวช่วยกัน และส่งกำลังใจให้ดิฉันเสมอมา ขอบคุณพี่ไมค์ ปอนด์ พี่เปรี้ยว พี่มี่ และเพื่อน ๆ ป.เอกในสถาบันทุกสาขาทุกคนที่คอยเตือน ย้ำ และแบ่งปันข้อมูลต่าง ๆ ให้ เป็นกัลยาณมิตรที่คอยช่วยเหลือ รับฟัง ให้กำลังใจกันเสมอมา ขอบคุณพี่อุ้ม ที่คอยประสานงานให้ข้อมูลข้อสงสัยต่าง ๆ ตลอดการเรียน 4 ปีมานี้ ขอขอบคุณประธานและกรรมการสอบทุกท่านที่สละเวลาให้ความรู้ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้ ทำให้งานชิ้นนี้ละเอียดมากขึ้น ขอขอบคุณอ.เอ๋ และ อ.กีต้าร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและที่ปรึกษาร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ที่คอยผลักดันให้ดิฉันได้เห็นศักยภาพของตนเองมากขึ้น คอยให้กำลังใจและคอยชี้แนะเมื่อดิฉันเจอทางตัน คอยหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ทั้งหนังสือที่สามารถช่วยไขปัญหาที่ดิฉันติดขัดได้หรือทุนการศึกษาต่าง ๆ ที่สามารถแบ่งเบาความหนักใจของดิฉันเสมอมา ดิฉันจึงรู้สึกว่าตนเองโชคดีที่ได้ทำงานกับอาจารย์ที่มีความละเอียดอ่อนทั้งด้านหลักการวิชาการต่าง ๆ และจิตใจ ขอขอบคุณครอบครัว คุณแม่ พี่โน้ต พี่ว่าน น้องเมย์ และหลาน ๆ ที่เป็นแรงผลักดันให้ดิฉันอยากที่จะพัฒนาตนเองเสมอมา ขอขอบคุณคุณยายใหม่ แม่ไพ และญาติ ๆ ที่คอยส่งเสบียงให้ท้องอุ่น และคอยเชียร์อัพให้ใจอุ่นเสมอมา ขอบคุณสามี คุณลุงแมน ที่คอยจัดสรรเวลาเป็นเลขาส่วนตัว พาไปเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยตลอด 2 ปีที่ผ่านมา คอยประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ช่วย คอยเป็นห่วงและเห็นคุณค่าของดิฉันเสมอมา ขอบคุณนะคะ และสุดท้ายขอบคุณตัวเองมาก ๆ เลยที่ไม่ย่อท้อ ต่อข้อท้าทายต่าง ๆ เธอเข้มแข็งและมีพลังงานมาก ๆ เลย ขอบคุณมาก ๆ นะคะทุกคน

สุรางคณา ศุภฤทธิ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฎ

สารบัญรูปภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

ภูมิหลัง 1

ความมุ่งหมายของการวิจัย 7

ความสำคัญของการวิจัย 7

ขอบเขตการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 12

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute Lymphocytic leukemia: ALL) 14

1.1 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเม็ดเลือดขาว 15

1.2 การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 15

1.3 ผลข้างเคียงจากการรักษา 16

2. การฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Family Resilience) 17

2.1 ความหมายของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 17

2.2 แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 19

2.3 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 21

2.4 หลักสำคัญของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 26
2.5 การนำกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปประยุกต์ใช้ 28
2.6 การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 29
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 31
3. กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก)Positive psychology intervention) 35
3.1 ประเภทของกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวก 36
3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก 39
4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 43
4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม 43
4.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม 46
4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม 48
4.4 กระบวนการให้การสนับสนุนทางสังคม 50
4.5 การวัดและการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 52
4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม 54
5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค 57
6. กรอบแนวคิดการวิจัย 61
7. นิยามศัพท์ปฏิบัติการ 64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 66
ส่วนที่ 1 บริบทผู้ร่วมวิจัย 66
ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 68
2.1 ก่อนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค 68
2.2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค 69
ส่วนที่ 3 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 79

3.1 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล 79
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 81
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล 87
ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล 89
ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย 89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 91
ส่วนที่ 1 บริบทผู้ร่วมวิจัย 92
1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัย 92
ส่วนที่ 2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 101
2.1 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 101
2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 125
ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครอง ที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็ง 144
3.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 144
ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 169
4.1 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1 170
4.2 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 2 175

ส่วนที่ 5 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 178
5.1 ผลการวิเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม 178
5.2 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 185
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 188
ส่วนที่ 1 การอภิปรายผล 188
ตอนที่ 1 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 189
ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 194
ตอนที่ 3 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 204
ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดจากการวิจัย 215
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 215
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 218
ข้อจำกัดในการวิจัย 219
บรรณานุกรม 221
ภาคผนวก 248
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 249
ภาคผนวก ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 252
ภาคผนวก ค เอกสารขอดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และขอขยายเวลาดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 259

ภาคผนวก ง เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย ขอต่ออายุใบอนุมัติโครงการวิจัย และขอปิดโครงการวิจัย จาก คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 262
ภาคผนวก จ แบบสอบถาม 266
ภาคผนวก ฉ แบบฝึกหัดกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก 274
ภาคผนวก ช แนวคำถามสัมภาษณ์ 278
ประวัติผู้เขียน 284

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค 59

ตาราง 2 การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังและกิจกรรมที่ดำเนินการ 70

ตาราง 3 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 80

ตาราง 4 ตัวอย่างข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกการฟื้นคืนสภาพ 81

ตาราง 5 ตัวอย่างข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกระบวนการฟื้นคืนสภาพและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม 83

ตาราง 6 เกณฑ์คะแนนพัฒนาการเทียบระดับพัฒนาการ 88

ตาราง 7 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 93

ตาราง 8 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 97

ตาราง 9 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 3 97

ตาราง 10 ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูลรอง 99

ตาราง 11 สรุปจำนวนข้อความสนับสนุนของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามประเด็นย่อย 124

ตาราง 12 สรุปจำนวนข้อความสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามประเด็นย่อย 140

ตาราง 13 การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังและกิจกรรมที่ดำเนินการ 145

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง และกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในวงรอบที่ 2 163

ตาราง 15 ผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมรายบุคคล 174

ตาราง 16 ผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 175

ตาราง 17 ผลการสังเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม 182

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กระบวนการวนซ้ำหลายระดับในการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh, F., 2016a แปลภาษาไทยโดยผู้วิจัย)..... 28

ภาพประกอบ 2 กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) 61

ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย 63

ภาพประกอบ 4 ภาพรวมข้อมูลบริบทพื้นฐานส่วนใหญ่ของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 94

ภาพประกอบ 5 ภาพรวมข้อมูลบริบทพื้นฐานส่วนใหญ่ของผู้ป่วย 96

ภาพประกอบ 6 แผนผังแบบจำลองของกระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 143

ภาพประกอบ 7 ผลงานการเขียนระบุจุดแข็งของผู้ปกครองและการนำจุดแข็งมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน 152

ภาพประกอบ 8 ผลงานการวาดภาพตามจินตนาการของผู้ปกครองหากปัญหา ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้ว ราบรื่นดี 157

ภาพประกอบ 9 จดหมายขอบคุณของผู้ปกครอง 160

ภาพประกอบ 10 รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มี บุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 186

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

การเจ็บป่วยในวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น จากสถิติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งของเด็กและวัยรุ่นของประเทศไทยพบอุบัติการณ์เป็น 21.3, 10.3 และ 12.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในผู้ป่วยชายอายุระหว่าง 0-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ และ 14.0, 9.5 และ 12.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในผู้ป่วยหญิงอายุระหว่าง 0-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี ตามลำดับ (Imsamran, 2015) สำหรับสถิติโรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จากการจัดทำทะเบียนระดับโรงพยาบาลพบผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุระหว่างแรกเกิดถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2560-2562 จำนวนทั้งสิ้น 576 คน, 647 คน และ 750 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2562) จากสถิติดังกล่าวพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) มีอัตราการเข้ารับการรักษาที่สูงเป็นอันดับแรกเมื่อเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ได้แก่ 127 ครั้ง, 152 ครั้ง และ 196 ครั้ง ตามลำดับ โดยมะเร็งชนิดนี้พบมากในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) เกิดจากความผิดปกติของการสร้างและการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดขาวในไขกระดูก มีการดำเนินไปของโรครวดเร็วและมีความรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันที โดยการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นต้น ปัจจุบันการรักษาที่ประสบผลสำเร็จมีประสิทธิภาพและเป็นที่นิยมคือ การให้ยาเคมีบำบัดเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษามากกว่าร้อยละ 50 มีระยะปลอดโรคนานเกิน 5 ปี หรือบางรายสามารถหายขาดจากโรคได้ (อิศรางค์ นุชประยูร, 2547) ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 2-4 ปี โดยระยะเวลาการเข้ารับการรักษาขึ้นอยู่กับร่างกายผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา เช่น ควบคุมอาหารและน้ำ ควบคุมกิจกรรมและการเคลื่อนไหว เป็นต้น นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางกายยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยสังเกตได้จากอาการทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม เช่น อาการทางกาย คือ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น และอาการแสดงออกด้านอารมณ์ที่เป็นปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น กลัวบุคลากรทางการแพทย์ กลัวเครื่องมือแพทย์ วิตกกังวลว่าจะเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลเหล่านี้

ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ก้าวร้าว แยกตัว ซึมเศร้า เป็นต้น (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2561) ส่งผลเสียต่อพัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็กและวัยรุ่นซึ่งจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา

การเจ็บป่วยของเด็กและวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่องานและเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางในระหว่างเข้ารับการรักษา เป็นต้น ผู้ปกครองที่มีความรู้สึกผิดที่บุตรเจ็บป่วยเรื้อรังอาจทำให้เลี้ยงดูบุตรแบบปกป้องมากเกินไปเพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงยิ่งขึ้น นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานมักมีสาเหตุการเกิดโรคและระยะเวลาในการรักษาที่ไม่ทราบแน่ชัด อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปกครองตกอยู่ในภาวะที่กดดัน วิตกกังวล หงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์ และ พิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2556) ในบางครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวหรือฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ อาจเกิดภาวะเครียดหรือความรู้สึกโศกเศร้าตามมา (Gordon, 2009) อย่างไรก็ตาม เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้ผ่านวิกฤตร่วมกันและช่วยประคับประคอง สร้างกำลังใจ ให้โอกาส ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพแม้จะยังคงเหลือความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม (Walsh, 2012a) ดังจะเห็นได้ว่าพลังของครอบครัวนั้นยิ่งใหญ่ ตลอดจนช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้มั่นคงขึ้น ดังนั้นการดำรงความสมดุลของครอบครัวและการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อทุกคนในครอบครัวให้สามารถรับมือต่อเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างมีศักยภาพ

การฟื้นคืนสภาพของครอบครัว (Family resilience) เป็นกระบวนการหรือคุณลักษณะของครอบครัวในฐานะระบบการทำงานที่ต้านทานและปรับตัวจากความทุกข์ยากหรือความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด Walsh (Walsh, 2015) ได้เสนอแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการการฟื้นคืนสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งมีปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบของการทำงานในครอบครัว ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อในครอบครัว 2) รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว และ 3) กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว หากครอบครัวมีการส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวในการปรับตัวจะทำให้ครอบครัวก้าวข้ามสถานการณ์วิกฤตได้ (Goldstein & Brooks, 2013)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อศึกษาสาเหตุของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและหาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและตัวแปรอื่น ๆ เท่านั้น (Odintsova, M.A., et al., 2020; VanOrmer, J., 2020; Liu, P. P. , et al., 2021; Li, Y., et al., 2019; Chen, C. M., et al., 2018; ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์ และคนอื่น ๆ, 2562; วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญนภา กุลนภาดล, & วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์, 2560)

ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในเชิงกระบวนการ ในส่วนของการศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในเชิงกระบวนการนั้นพบเพียงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ซึ่งเป็นการศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองในเด็กและเยาวชนที่เป็นออทิสติก (ASDs)(Dupont, M. R., 2009) การฟื้นคืนสภาพของครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้ระบุโรคเฉพาะ (ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ, 2547) และในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้น (รักชนก กั้งจำปา, 2552) สำหรับการศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในเชิงกระบวนการในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังพบได้ไม่มากนัก อันเป็นช่องว่างของความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพที่ผ่านมาพบว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่นำรูปแบบการให้คำปรึกษาต่าง ๆ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพ ได้แก่ การให้การปรึกษาแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Lum, 2008) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (ตันติมา ด้วงโยธา, 2553) และ การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (วันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ, 2560) ซึ่งรูปแบบที่ศึกษามักอยู่ในบริบทของนักจิตวิทยาหรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาภายในแนวคิดจิตวิทยาเพียงศาสตร์เดียวเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาใดที่นำแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในรูปแบบการศึกษาที่ผ่านบริบทของสหวิชาชีพอื่นผ่านการศึกษาทั้งแนวคิดทางด้านจิตวิทยาและแนวคิดสังคมวิทยาซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยทางจิตและสังคมได้

ปัจจุบันมีศาสตร์ที่มุ่งพัฒนามนุษย์ให้เป็นผู้มีความสุข โดยพัฒนาความสุขหรือคุณสมบัติเชิงบวกของตนเองผ่านกระบวนการ นั่นคือ กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention: PPI) ซึ่งมีการศึกษาพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาความสุข อารมณ์เชิงบวก ความหวัง ความเข้มแข็งทางใจ ความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลของบุคคลได้ (Magyar-Moe, Owens, & Conoley, 2015; Sin & Lyubomirsky, 2009) อีกทั้งยังพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาการฟื้นคืน

สภาพส่วนบุคคล (Resilience) ของผู้เข้าร่วมกระบวนการได้อีกด้วย (Marks & Wade, 2015; Venieris, 2017) การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ทั่วไป โดยให้ผู้เข้าร่วมระลึกและเขียนสะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการที่จัดขึ้นซึ่งกระบวนการมีทั้งการดำเนินการด้วยตนเองและดำเนินการจากผู้นำกลุ่ม โดยผลการศึกษาพบว่าการกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกส่งผลต่อตัวแปรเชิงบวกในระยะยาวและจะมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นหากประยุกต์ใช้กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับรูปแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดอื่น ๆ กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกจึงเป็นกระบวนการที่น่าสนใจที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในระบบการให้บริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาให้ครอบครัวที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมและรวดเร็วอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเอง

ระบบการให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก ซึ่งเป็นการเตรียมความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังแต่ละราย แต่มิได้คำนึงถึงผลกระทบที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ดูแลและไม่มีกิจกรรมที่จะช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านการจัดการความเครียดและการสร้างเสริมสุขภาพในระหว่างดูแล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) จากผลการวิจัยของ Allison Spence และคณะ (Spence, A., et al, 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง (COPD) พบว่า “ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมน้อย ซึ่งผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือทางสังคมในขณะที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลจะได้รับการดูแลจากทีมผู้รักษาเช่นกัน” นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคล (Tyler et al., 2020) ซึ่งหากนำการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมร่วมกับกิจกรรมหรือโปรแกรมต่าง ๆ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมาก (Aymanns, Filipp, & Klauer, 1995) ดังนั้นการให้การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อพัฒนาและส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองได้ การให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลให้การสนับสนุนส่งเสริมทางด้านจิตใจ ร่างกายและสังคม ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีควบคู่กันไป ผู้วิจัยในฐานะนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครองในมิติด้านสังคม โดยกระบวนการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ แนะนำข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษา ประเมินข้อมูลทางสังคมเพื่อทำความเข้าใจบริบทหรือสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและ

ผู้ปกครอง ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ วางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยร่วมกับผู้ปกครอง ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ปกครอง รวมทั้งประสานงานหน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือดูแล โดยมีการติดตามและประเมินผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นระยะตลอดการเข้ารับการรักษาทั้งทางโทรศัพท์และการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งกระบวนการปฏิบัติงานสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย นักสังคมสงเคราะห์จึงเป็นผู้มีบทบาทในการให้การสนับสนุนทางสังคมและสามารถขับเคลื่อนกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพของผู้ปกครองได้เป็นอย่างดี

การศึกษาการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ใช้กระบวนการกลุ่มที่จัดขึ้นในหน่วยงานในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมการสานสัมพันธ์ และกิจกรรมการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เป็นต้น (สุคนธ์พณิชธตพันธ์พงศ์, 2561; สุทธดา บัวจีน, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, & รัชนีกร อุปเสน, 2559) สำหรับการศึกษาการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้รูปแบบของการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและการทำกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกผสานกันที่สามารถเติมเต็มความรู้เกี่ยวกับวิธีการในการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวซึ่งสามารถครอบคลุมทั้งปัจจัยทางจิตและสังคมนั้นยังพบได้ไม่มากนัก การปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและผู้ปกครองในแต่ละรายจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทครอบครัว และปัญหาที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองกำลังเผชิญอีกทั้งในแต่ละครอบครัวมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่แตกต่างกัน (Leung, D. Y., et al., 2020) ดังนั้นจึงไม่สามารถควบคุมการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละครอบครัวได้ การศึกษาเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณจึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรในแต่ละครอบครัวให้เท่ากันได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคซึ่งเป็นรูปแบบวิธีการวิจัยที่เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคไม่ได้มุ่งเน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยา แต่มีเป้าหมายเพื่อเรียนรู้สถานการณ์ปัญหาอันนำไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสามารถวางแผนและกำหนดกิจกรรมภายใต้บริบทของผู้ร่วมวิจัยได้ อันจะก่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่

สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละรายอย่างแท้จริง และนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวางแนวทางการศึกษาตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ โดยศึกษาและทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กในสภาวะวิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานในปัจจุบัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่สามารถฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค โดยนำกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกผสานร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมตามบริบทของนักสังคมสงเคราะห์มาเป็นแนวทางในการกำหนดกระบวนการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวภายใต้สถานการณ์ของผู้ปกครองแต่ละรายตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค อันประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตติดตามผล (Observation) และการสะท้อน (Refection) และศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองในแต่ละวงรอบโดยใช้แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองและสัมภาษณ์เพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และนำข้อมูลจากการศึกษาในระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคนี้ไปสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งผ่านการศึกษาหลากหลายมิติ ทั้งมิติทางสังคม มิติทางจิตวิทยา และมิติสุขภาพ และองค์ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกอย่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ อีกทั้งยังหวังว่ารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจะสามารถเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองด้วยตนเอง รวมทั้งทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความสำคัญของการวิจัย ดังนี้

1. เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยอาศัยมุมมองที่เป็นสหวิทยาการทั้งมุมมองแนวคิดทางจิตวิทยา สังคมวิทยา และแนวคิดอื่น ๆ ในการทำความเข้าใจการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

2. องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ โดยกลุ่มผู้ปกครองที่กำลังเผชิญการป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของบุตรหลานในครอบครัวสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของตนเองได้

3. ทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

4. หน่วยบริการทางสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน สามารถนำแนวปฏิบัติหรือวิธีการที่เหมาะสมในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่กำลังเผชิญ

สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังอันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ปกครองในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

5. เกิดการต่อยอดในการนำแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปต่อยอดและประยุกต์ใช้แนวคิดในการศึกษาและพัฒนาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในครั้งนี้ มีขอบเขตเนื้อหาที่ครอบคลุมกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยศึกษาภายใต้แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) ซึ่งนอกจากจะศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองในภาวะวิกฤต เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในระยะที่ 2

การพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในระยะที่ 2 ครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพภายในของผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองเห็นความเข้มแข็งทางจิตใจของตนและดึงศักยภาพนั้นมาใช้ในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยพัฒนารูปแบบภายใต้แนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman และคณะ (Seligman. et al., 2005) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ผ่านบริบทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ทำความเข้าใจบริบทผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับทีมแพทย์ให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในเชิงลึกหลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาฯ โดยอาศัยมุมมองจากแนวคิดที่เป็นสหวิทยาการเป็นแนวทางในการศึกษาและทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทั้งในมิติของสังคมวิทยา และจิตวิทยา เช่น แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว แนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ขอบเขตด้านวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค (Technical Action Research) เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รวมทั้งสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นรูปแบบร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมผ่านบริบทการทำงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ภายใต้สถานการณ์ของผู้ปกครองแต่ละรายตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค อันประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตติดตามผล (Observation) และการสะท้อน (Refection) ซึ่งในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคได้ศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยการวัดจากแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกระบวนการการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และนำข้อมูลปัจจัย องค์ประกอบต่าง ๆ และรายละเอียดของการทำกระบวนการในแต่ละระยะของการพัฒนามาสังเคราะห์เป็นข้อสรุปรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อันจะเป็นประโยชน์ในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในกลุ่มผู้ปกครองที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของบุตรหลานในครอบครัวด้วยตนเอง อีกทั้งทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญ

สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ซึ่งการออกแบบวิจัยทั้ง 2 ระยะนี้ เพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน สมบูรณ์ และให้ได้ผลการวิจัยที่มีความลุ่มลึกละเอียด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งยังสามารถอธิบายปรากฏการณ์สู่กลุ่มตัวอย่างในวงกว้างได้เป็นอย่างดี

ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ร่วมวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด ซึ่งครอบคลุมทั้งที่บุตรหลานเข้ารับการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยนอกและระบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน และเป็นผู้ที่สะดวกในการให้การสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 21 คน จาก 15 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ร่วมวิจัยในระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2-4 คือเพื่อพัฒนารูปแบบฯและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง รวมทั้งสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้แบ่งผู้ร่วมวิจัยเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1) ผู้ปกครองในระยะก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 2 ของวงรอบที่ 1 จำนวน 8 ท่าน จากทั้งหมด 6 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

กลุ่มที่ 2) สมาชิกท่านอื่นในครอบครัวของผู้ปกครองกลุ่มที่ 1 ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำนวน 6 ท่าน จากทั้งหมด 4 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยจะมี

บทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค เพื่อให้การทำกิจกรรมเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกภายในกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 3) ผู้ปกครองจากกลุ่มที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 2 จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ปกครองมีบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรมการพัฒนาซึ่งทำกับผู้ปกครองรายใหม่และสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในวงรอบที่ 2 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

กลุ่มที่ 4) ผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่ที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด ที่บุตรหลานทราบผลการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ปี 2565-2566 จำนวน 1 ท่าน ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในวงรอบที่ 2

กลุ่มที่ 5) ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์สังคมวิทยา 1 ท่าน และ อาจารย์จิตวิทยา 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน จะเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นมาจากข้อมูลในระยะที่ 1 ก่อนจะนำกิจกรรมที่ออกแบบไว้ไปศึกษาตามขั้นตอนวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4

โดยผู้ปกครองในระยะก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคและระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค เป็นผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถิติการเข้ารับการรักษามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ โดยครอบคลุมผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง เนื่องจากพื้นที่การวิจัยดังกล่าว เป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคยากและซับซ้อนและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัด โดยมีหน่วยสาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็ง (Pediatric Hematology and Oncology) ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ ดังนั้นโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงเหมาะที่จะเป็นพื้นที่ทำวิจัยครั้งนี้

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กและเยาวชน (children and youth) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ แรกเกิด ถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL)

ผู้ปกครอง (parent) หมายถึง บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือสมาชิกในครอบครัวท่านอื่น ที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด

นักสังคมสงเคราะห์ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเกี่ยวกับการประเมินข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว รวมทั้งประสานงานหน่วยงานภายในและภายนอกเพื่อร่วมกันระดมทรัพยากรในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ตามกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ พ.ศ. 2556

การฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง คุณลักษณะหรือกระบวนการที่สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัว เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบทบาทการทำหน้าที่ และดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เป็นผู้มีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง ในสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) ของบุตรหลาน แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยการให้การสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในบริบทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ภายในโรงพยาบาล

กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง รูปแบบกระบวนการที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสุข อารมณ์เชิงบวก ความหวัง ความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลของบุคคล รวมทั้งพัฒนาการฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคล (Resilience) ของผู้เข้าร่วมกระบวนการตามแนวคิดของ Seligman และคณะ (Seligman, et al., 2005) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) โดยรูปแบบกิจกรรมเป็นการสะท้อนจุดแข็งของผู้ปกครองจากตัวผู้ปกครองเอง และให้ผู้ปกครองอธิบายว่าจุดแข็งของตนจะสามารถ

ช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างไร 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimistic) โดยให้ผู้ปกครองระลึกถึงสิ่งดีที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เจ็บป่วยของบุตรหลาน และ 3) การขอบคุณ (Gratitude) โดยใช้รูปแบบการเขียนจดหมายขอบคุณตนเองและผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับตัวผู้ปกครอง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค หมายถึง รูปแบบการวิจัยที่มุ่งพัฒนาเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยปฏิบัติการร่วมกันของผู้วิจัย ผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่ร่วมทำวิจัยตั้งแต่การศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครอง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยออกแบบกิจกรรมจากโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ดังนี้ 1) ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดประเด็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยกำหนดกิจกรรม ระยะเวลาและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน 2) ขั้นปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนด 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสังเกตผลการปฏิบัติกิจกรรมว่าเป็นอย่างไร และ 4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนผลการปฏิบัติกิจกรรมว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งสิ่งที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนาในวงรอบต่อไป โดยผู้วิจัยศึกษาผลลัพธ์ของการร่วมกิจกรรมในแต่ละวงรอบโดยใช้แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) และใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) เพื่อเสนอผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จนสามารถสรุปและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อไป

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผ่านมา ซึ่งการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 การฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ส่วนที่ 3 กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

ส่วนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ส่วนที่ 7 นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน** (Acute Lymphocytic leukemia: ALL)

จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กของประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) ร้อยละ 38.1 ของมะเร็งทั้งหมดในเด็ก ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการสร้างและการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดขาวในไขกระดูก โดยพบเซลล์มะเร็งในสาย Lymphoid ได้แก่ ลิมโฟไซท์ (Lymphocytes) และ พลาสมาเซลล์ (plasma cells) ที่ผิดปกติเป็นจำนวนมากในกระแสเลือด ซึ่งสาเหตุของการเกิดความผิดปกติดังกล่าวส่วนใหญ่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด (ปิยะ รุจกิจยานนท์, 2563)

1.1 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ผู้ป่วยเด็กและเยาวชนจะมาด้วยอาการไข้ (Fever) ร้อยละ 50 อาการอ่อนเพลีย (Lassitude) ร้อยละ 60 และอาการซีด (Pallor) ร้อยละ 40 (Lanzkowsky, Lipton, & Fish, 2016) โดยอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่เป็น ALL ที่พบบ่อยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) คือ

1) อาการทั่วไปของโรคมะเร็ง อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ อาการซีด ไข้ เลือดออก ปวดกระดูก เดินไม่สะดวก มีก้อนที่คอหรือในท้อง อาการเหล่านี้จะมีมาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน อาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย คือ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลงและท้องโตขึ้น

2) อาการและอาการแสดงของไขกระดูกล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด มีไข้ มีจุดเลือด หรือจ้ำเลือดตามตัวและมีเลือดออกง่าย ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อย บางรายถ้ามีเกล็ดเลือดต่ำมากอาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการติดเชื้อง่ายกว่าปกติ เนื่องจากเซลล์ปกติที่สร้างในไขกระดูกถูกแทนที่ด้วยเซลล์ตัวอ่อนที่เรียกว่าบลาส (Blast) ทั่วไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดปกติของไขกระดูกลดลง ผู้ป่วยอาจมีไข้ อ่อนเพลียและปวดกระดูก เป็นต้น

3) ต่อมน้ำเหลืองโต ตับและม้ามโต

4) เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemic cells) แทรกเข้าไปตามเนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ลูกอัณฑะ ตับ ม้ามและไต

1.2 การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แพทย์จะเป็นผู้ประเมินและตรวจร่างกายของผู้ป่วยพร้อมทั้งระบุชนิดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (นุชนันต์ อารีธรรมศิริกุล, 2563) โดยการรักษามี ดังนี้

1) ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจให้ในรูปยาฉีดหรือยากิน หรือทั้งสองแบบ ยาเคมีบำบัดจะเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง เพื่อให้ไขกระดูกสามารถสร้างเซลล์เม็ดเลือดปกติออกมาได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องได้รับเลือดแดงหรือเกล็ดเลือดระหว่างรักษา รวมไปถึงยาปฏิชีวนะหากมีอาการติดเชื้อ

2) การให้ยาเคมีบำบัดทางน้ำไขสันหลัง เฉพาะในรายที่มีภาวะการลุกลามเข้าสมองหรือน้ำไขสันหลัง หรือเพื่อป้องกันการกระจายของมะเร็งเข้าระบบสมองและน้ำไขสันหลัง

3) การฉายแสง จะพิจารณาให้ในผู้ป่วยบางรายที่มีมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงในการลุกลามเข้าสมอง เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก

4) การปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นการรักษาที่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ การรักษานี้ต้องทำในระยะที่โรคสงบหลังได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว ทีมแพทย์จะให้คำแนะนำเรื่องการหาผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเพื่อย่นระยะเวลาการรอปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

5) การเปลี่ยนถ่ายพลาสมาเพื่อลดจำนวนเม็ดเลือดขาวอย่างรวดเร็ว จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงมาก หรือมีอาการของเม็ดเลือดขาวอุดตันตามหลอดเลือด เช่น หอบเหนื่อย ซึม สับสน

1.3 ผลข้างเคียงจากการรักษา

ผลข้างเคียงจากการรักษา หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นขณะได้รับยาและการฉายแสงหรือภายหลังได้รับยาและการฉายแสงเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งผลข้างเคียงของการรักษาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยาเคมีบำบัดตัวนั้น ๆ รวมถึงความแรงของการฉายแสง ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเลือกใช้ให้เกิดประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อยที่สุด (MedThai, 2020) ซึ่งสามารถสรุปผลข้างเคียงจากการรักษาได้ดังนี้

1) ยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผมร่วง ภาวะซีด การทำงานของตับผิดปกติ การติดเชื้อจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และการมีเลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

2) ยาเคมีบำบัดทางน้ำไขสันหลัง ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ ปวดศีรษะ ปวดตามตัว คลื่นไส้ มีผื่นขึ้น เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ มีความผิดปกติในการทำงานของตับ ยาบางชนิดอาจก่อให้เกิดสิวทั่วตัว หรือบางชนิดอาจก่อให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย เมื่อเกิดบาดแผลจะทำให้แผลต่าง ๆ ติดยาก และอาจเป็นสาเหตุทำให้ผนังลำไส้ทะลุได้

3) การฉายแสง ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ ขนหรือผมจะร่วง ผิวบริเวณดังกล่าวจะแห้งและคัน เป็นต้น ซึ่งในโรคนี้มักฉายรังสีบริเวณสมองเพื่อป้องกันไม่ให้โรคแพร่กระจายสู่สมอง

4) การปลูกถ่ายไขกระดูก ผลข้างเคียงที่พบได้ คือ เกิดการติดเชื้อรุนแรง เนื่องจากร่างกายอาจปฏิเสธไขกระดูกจากผู้อื่น จึงก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อหรือเกิดการอักเสบเรื้อรังของอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร ตับ และปอด

อาการข้างเคียงของการรักษาที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้น พบว่าผู้ป่วยเด็กและเยาวชนแต่ละรายอาการอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด ความแรงของการฉายแสง และปัจจัยอื่น ๆ รวมทั้งภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของอวัยวะที่มีผลต่อการเผาผลาญยา การดูดซึมยา การกระจายของยาและการขับออกของยา เช่น การทำหน้าที่ของตับ ไต เป็นต้น

จากอาการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการฉายแสงการรักษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าผู้ป่วยเด็กและเยาวชนจะได้รับความทุกข์ทรมานและได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจแลพัฒนาการเนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ซึมเศร้า แยกตัว หรือมีปัญหาพฤติกรรม ผู้ปกครองจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับบริบทการเจ็บป่วยของบุตรหลาน เช่น อาจจำกัดกิจกรรมของบุตร เลี้ยงดูบุตรแบบปกป้องมากเกินไป รวมทั้งผู้ปกครองจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่องานและเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางในระหว่างเข้ารับการรักษา การหยุดงานมาเพื่อดูแลผู้ป่วย เป็นต้น การเจ็บป่วยของบุตรหลานอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปกครองตกอยู่ในภาวะที่กดดัน วิตกกังวล หงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (Espírit Santo, Gaiva, Espinosa, Barbosa, & Belasco, 2011; บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ และคณะ., 2556) ดังนั้นผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจึงควรได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

2. **การฟื้นคืนสภาพครอบครัว** (Family Resilience)

2.1 **ความหมายของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว**

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเผชิญกับปัญหาไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากตัวบุคคลนั้นเองหรือเป็นปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมก็ตาม บุคคลนั้นย่อมได้รับผลกระทบทั้งทางจิตใจและสังคม เช่น เกิดความคับข้องใจ เครียด วิตกกังวล เป็นต้น โดยทั่วไปบุคคลนั้นจะพยายามปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ เพื่อบรรเทาผลกระทบจากปัญหานั้น และหาหนทางที่จะก้าวข้ามปัญหาที่เกิดขึ้น นักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ สังคมวิทยา จิตวิทยา และวิทยาศาสตร์ครอบครัว ต่างตั้งคำถามเดียวกันว่า “อะไรทำให้บางครอบครัวยังคงมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ทั้งยังทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับภัยอันตรายและความทุกข์ยาก ในขณะที่บางครอบครัวก็ไม่เป็นเช่นนั้น” ปรากฏการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวหรือครอบครัวโดยรวมทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ยากนี้ ถูกเรียกว่า “การฟื้นคืนสภาพของครอบครัว” ซึ่งนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้นิยามของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไว้แตกต่างกัน บางกลุ่มให้

นิยามการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ในเชิงคุณลักษณะของครอบครัว ดังนี้ National Network for Family Resiliency (1995) ระบุไว้ว่า การฟื้นคืนสภาพครอบครัวคือคุณลักษณะของครอบครัวที่จะสร้างความเข้มแข็งเพื่อข้ามผ่านความท้าทายของชีวิตในทางบวกซึ่งมีความคล้ายคลึงกันกับ McCubbin, H. I. และคณะ (1998) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การฟื้นคืนสภาพหมายถึง คุณลักษณะมิติ หรือคุณสมบัติของครอบครัวที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถต้านทานต่อสิ่งรบกวนเมื่อต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่วิกฤต และยังสอดคล้องกับ Sixbey (2005) ที่กล่าวว่า การฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นคุณลักษณะของบุคคลในครอบครัวที่สามารถปรับตัวภายหลังจากประสบภาวะวิกฤตของครอบครัวอย่างมั่งคงและเข้มแข็งไม่เพียงแต่สามารถผ่านสภาวะวิกฤตมาได้เท่านั้น แต่ยังสามารถเจริญเติบโตผ่านสภาวะวิกฤตนั้นอย่างดีด้วย

นักวิชาการบางกลุ่มได้ให้นิยามของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ในเชิงกระบวนการหรือวิธีการจัดการปัญหาของครอบครัว ดังนี้ Patterson (2004) ให้คำนิยามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวว่าคือ กระบวนการที่ครอบครัวสามารถปรับตัวและยังคงสามารถทำหน้าที่ได้ดีแม้ว่าจะต้องประสบกับความทุกข์ยากหรือวิกฤตการณ์ร้ายแรง โดยมุ่งทำความเข้าใจในความแข็งแกร่งของครอบครัวและเครื่องมือหรือทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ซึ่งครอบครัวจะสามารถนำมาใช้ได้มากกว่าความบกพร่องหรือความผิดปกติของครอบครัวและมุ่งความสนใจไปที่สุขภาพจิตที่ดีและการทำหน้าที่ได้ดี ซึ่งหมายรวมถึงการมีการตอบสนองในกระบวนการปรับตัวที่ดีและสามารถปรับตัวได้สำเร็จ คล้ายคลึงกับนิยามของ Luther (2006) ที่ให้คำนิยามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวว่าเป็นกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกในบริบทของการเกิดสภาวะวิกฤตของครอบครัว และนิยามของ Walsh (2012a) ที่ให้ความหมายการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการจัดการกับสภาวะวิกฤตและความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการบางท่านนิยามการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ว่าเป็นทั้งกระบวนการการจัดการปัญหาของครอบครัวและเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังที่ ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ (2547) ได้ให้นิยามการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ว่าหมายถึง แบบแผนพฤติกรรมทางบวก ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว รวมถึงระบบครอบครัวซึ่งแสดงออกภายใต้ภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่เลวร้าย ประเมินได้จากความสามารถของครอบครัวในการฟื้นฟูสู่สภาพเดิมโดยดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของระบบครอบครัว ซึ่งกระบวนการปรับตัวจะรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและชุมชนเพื่อให้การฟื้นคืนสภาพนั้นเกิดความผสานกลมกลืน มีดุลยภาพ และเกิดความผาสุกของครอบครัว

กล่าวโดยสรุปการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมโดยสมาชิกครอบครัวจะปรับตัว เปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษากระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน รวมทั้งศึกษารูปแบบการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งกลุ่มผู้ปกครองต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านจิตใจและการดำเนินชีวิต งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาว่าผู้ปกครองมีกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์ปัจจุบันอย่างไรเมื่อบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็ง และมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวบ้าง รวมทั้งมีความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้านใดและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

2.2 แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเรื่องการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการรวบรวมแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้

1) ทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin และคณะ (H. I. McCubbin et al., 1996)

Hamilition I. McCubbin , Ann I. Thompson และ Marilyn A. McCubbin ได้คิดทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจากคำถามที่ว่า อะไรทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเลวร้ายและความผันผวนของวงจรชีวิตได้ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวที่มีภาวะวิกฤตสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ (ดวงพร หุ่นตระกูลและคณะ, 2547) โดยได้ศึกษาครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสงครามในประเทศต่าง ๆ ซึ่งพบว่าครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้แม้ว่าบางช่วงจะมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ตกต่ำ ส่วนใหญ่ก็สามารถกลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ โดย Hamilition I. McCubbin , Ann I. Thompson และ Marilyn A. McCubbin มีมุมมองเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Paradigm of family resiliency) เพื่อทำความเข้าใจว่าทำไมครอบครัวเหล่านี้จึงสามารถดำเนินชีวิตผ่านช่วงเวลาทุกข์ยากได้ โดยได้ศึกษาในครอบครัวที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตต่าง ๆ และพัฒนาทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งจะช่วยอธิบายกลไกการฟื้นคืนสภาพ เช่น ครอบครัวมีการเรียนรู้เมื่อต้องเผชิญภาวะเครียดเรื้อรังและการเจ็บป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะวิกฤตนั้น ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งจะเกิดพฤติกรรมได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยปัจจัยที่มีผลคือ แหล่งทุนและทรัพยากรของครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของครอบครัว (Resources) การรับรู้สถานการณ์ของครอบครัว (Perceptions) ระบบความเชื่อของครอบครัวและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับตัวของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนพฤติกรรมด้านลบ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ (Stresses) เช่น ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวมีหนี้สินมาก มีความขัดแย้งในครอบครัวหรือการมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งหากครอบครัวมีปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น ปัญหาก็จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น การฟื้นคืนสภาพครอบครัวก็จะทำได้ยากลำบากยิ่งขึ้น

2) ทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Family resilience) ของ Forma Walsh (Walsh, 2015)

Forma Walsh เริ่มศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ตั้งแต่ ค.ศ.1930 ซึ่งเน้นถึงความเข้มแข็งของครอบครัวที่สามารถผ่านสภาวะวิกฤตได้ โดยศึกษาในครอบครัวที่มีบุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภท Walsh พบว่า การฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล หรือพัฒนาได้ในตัวของแต่ละบุคคลหรือเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และปรับปรุงได้ เนื่องจากการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไม่ใช่เพียงแค่คุณลักษณะในการจัดการและการอยู่รอดของครอบครัวในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่านั้น แต่ความทุกข์ที่ครอบครัวประสบนั้นก่อให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพก่อให้เกิดการเจริญเติบโตส่วนบุคคลและการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กันในครอบครัว โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบของการทำงานในครอบครัว ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อในครอบครัว 2) รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว และ 3) กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว หากครอบครัวมีการส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวในการปรับตัวจะทำให้ครอบครัวก้าวข้ามสถานการณ์วิกฤตได้ (Goldstein & Brooks, 2013) ทฤษฎีนี้เหมาะที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางคลินิกการให้คำปรึกษาครอบครัวให้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในภาวะวิกฤตได้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) เนื่องจากมีความเหมาะสมในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยสามารถอธิบายกลไกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวได้ เช่น ระบบความเชื่อในครอบครัวในการเผชิญภาวะเครียดเรื้อรังและการเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งการฟื้นคืนสภาพไม่ได้เป็นเพียงจุดแข็งและทรัพยากรทั่วไปหรือการ

รับมือ แต่การฟื้นคืนสภาพยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) ที่ส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกในบริบทของความทุกข์ยากที่สำคัญ (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten & Cicchetti, 2016 อ้างถึงใน Walsh, 2016a) ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ปกครองจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยผู้ปกครองจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเองมากที่สุดและค้นหาทรัพยากรทั่วไปอย่างการได้รับการสนับสนุนจากความผูกพันกับเครือญาติ เพื่อนที่ใกล้ชิดและที่ปรึกษา เช่น โค้ชและครูที่สนับสนุนความพยายามของพวกเขา เชื่อในศักยภาพของพวกเขา และสนับสนุนให้พวกเขาใช้ชีวิตให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.3 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

กระบวนการฟื้นคืนสภาพของครอบครัวได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านสังคมศาสตร์และการปฏิบัติทางคลินิกที่ต้องการทำความเข้าใจตัวแปรสำคัญที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัวที่ทำงานได้ดี (Walsh, 1996, 2015) ซึ่งกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนี้ทำหน้าที่เป็นแผนผังความคิดในการระบุและกำหนดเป้าหมายกระบวนการสำคัญของครอบครัวที่สามารถลดความเครียดและความเปราะบางในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง สามารถเสริมสร้างขีดความสามารถของครอบครัวในการฟื้นตัวจากวิกฤตและควบคุมความท้าทายในชีวิตอย่างต่อเนื่อง (Walsh, 2003) โดยสามารถสรุปใน 3 ประเด็นของการทำงานในครอบครัว ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อในครอบครัว 2) รูปแบบองค์กรของครอบครัว และ 3) กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหาของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบความเชื่อในครอบครัว (Family Belief systems)

1.1 สร้างความหมายของความทุกข์ยาก (Make meaning of adversity)

- มุมมองเชิงสัมพันธ์ของการฟื้นคืนสภาพ (Relational view of resilience) คือ ครอบครัวเชื่อว่าความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทายร่วมกัน โดยจะต้องอาศัยความเข้มแข็งของสมาชิกในครอบครัวทุกคน

- ปรับสภาพความทุกข์ให้เป็นปกติ (Normalize, contextualize distress) คือ สมาชิกในครอบครัวสามารถมองว่าความยากลำบากของพวกเขาเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ สมาชิกในครอบครัวมองว่าปัญหาของพวกเขาเป็น “เรื่องปกติ” ในครอบครัวที่เผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

- ความรู้สึกเชื่อมโยงกัน (Sense of coherence: View crisis as meaningful, comprehensible, manageable challenge) คือ ครอบครัวปรับวิกฤตให้เป็นความท้าทายที่เข้าใจได้ จัดการได้ และมีความหมายต่อการรับมือ เกี่ยวข้องกับความพยายามในการชี้แจงลักษณะของปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ ค้นหาความหมายหรือสิ่งที่ได้เรียนรู้จากความทุกข์ยากและความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งทีทำได้

- การประเมินเชิงอำนวยความสะดวก (Facilitative appraisal: Causal/ explanatory attributions; future expectations) คือ สมาชิกในครอบครัวพยายามที่จะทำความเข้าใจว่าสิ่งต่าง ๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยมีเหตุผลที่อธิบายได้และครอบครัวมองไปยังอนาคตด้วยความหวังและความกลัวหรือความท้าทาย ซึ่งมีทางเลือกและการวางแผนกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา

1.2 การมองโลกในแง่บวก (Positive outlook)

- ความหวัง อคติในแง่ดี ความมั่นใจในการเอาชนะอัตราต่อรอง (Hope, optimistic bias; confidence in overcoming odds) คือ ครอบครัวมีความหวังว่าจะพบหนทางที่สามารถก้าวผ่านวิกฤติไปได้เพราะความหวังและแรงบันดาลใจมีความสำคัญต่อจิตวิญญาณ เช่น เมื่อครอบครัวหนึ่งได้รับแจ้งว่าบุตรของตนเจ็บป่วยโดยมีอัตราฟื้นตัวเพียง 10% ตามที่ผู้ปกครองให้เหตุผล ครอบครัวจะบอกว่าตนเองต้องเป็นที่อยู่ใน 10% นั้น โดยที่ครอบครัวจะทำทุกอย่างที่ทำได้เพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย

- ความกล้าหาญ กำลังใจ ยืนยันจุดแข็ง มุ่งเน้นไปที่ศักยภาพ (Courage/ encouragement; affirm strengths; focus on potential) คือ ครอบครัวมองเห็นจุดแข็ง ทรัพยากรที่มีศักยภาพและส่งเสริมความมุ่งมั่นที่จะก้าวผ่านวิกฤตไปได้โดยการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความกล้าที่จะคว้าโอกาสและพยายามอย่างต่อเนื่อง

- ความคิดริเริ่มและความเพียรพยายาม (จิตวิญญาณที่ทำได้) (Active initiative and perseverance (can-do spirit)) คือ ครอบครัวแสดงความมั่นใจว่าพวกเขาจะพยายามอย่างเต็มที่และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของสมาชิกในครอบครัวในการเอาชนะความท้าทายของพวกเขา ครอบครัวเชื่อมั่นว่าความพยายามของคน ๆ หนึ่งสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงได้ ครอบครัวเชื่อมั่นว่า “เราสามารถทำได้”

- ฝึกฝนสิ่งที่เป็นไปได้ ยอมรับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ อดทนต่อความไม่แน่นอน (Master the possible; accept what can’t be changed; tolerate uncertainty) คือ

ครอบครัวมุ่งเน้นการทำสิ่งที่ดีที่สุดของตัวเลือกหรือข้อจำกัดและทรัพยากรของพวกเขา ยอมรับสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของพวกเขา

1.3 วิชชา (สภาวะที่อยู่เหนือความเข้าใจของมนุษย์ เช่น ปรัชญา) และจิตวิญญาณ (Transcendence and spirituality)

- คุณค่าหรือวัตถุประสงค์ที่มากขึ้น (Larger values, purpose) คือ ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับจิตวิญญาณให้ความหมายและจุดประสงค์ที่ใหญ่ขึ้นของครอบครัวทันที

- จิตวิญญาณ (ศรัทธา การปฏิบัติไตร่ตรอง ชุมชน การเชื่อมโยงกับธรรมชาติ) (Spirituality: Faith, contemplative practices, community; connection with nature) คือ การเชื่อมโยงกับประเพณีทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของครอบครัว ครอบครัวมีศรัทธาต่อศาสนา พิธีกรรมและพิธีการ ทำให้เห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ที่มีความหมายมากขึ้นและการแสวงหาชีวิต เช่น การอธิษฐานมีผลต่ออารมณ์ซึ่งส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบหัวใจและหลอดเลือด

- แรงบันดาลใจ (จินตนาการความเป็นไปได้ ความฝันในชีวิต การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ การกระทำทางสังคม) (Inspiration: Envision possibilities; life dreams; creative expression; social action) คือ การที่ครอบครัวมองเห็นอนาคตที่ดีขึ้นผ่านความพยายามของพวกเขาและจินตนาการถึงความเป็นไปได้ใหม่ ๆ

- การเปลี่ยนแปลง (การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและการเติบโตจากความทุกข์ยาก) (Transformation: Learning, change and growth from adversity) คือ ครอบครัวคว้าโอกาสในการเรียนรู้และคิดค้น การเปลี่ยนแปลงและการเติบโตในเชิงบวก การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2. รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว (Family Structural / Organizational Patterns)

2.1 ความยืดหยุ่น (Flexibility)

- เปิดรับการเปลี่ยนแปลง (เด้งจัดระเบียบใหม่ ปรับให้เข้ากับเงื่อนไขใหม่) (Open to change: Rebound, reorganize, adapt to new conditions) คือ การเด้งไปข้างหน้าของครอบครัวซึ่งไม่ใช่การตีกลับ เป็นการปรับความสัมพันธ์ใหม่และจัดระเบียบรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้เข้ากับเงื่อนไขใหม่ การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองความท้าทายใหม่ ๆ (Olson & Gorall, 2003 อ้างถึงใน Walsh, 2002, 2012c)

- ความเสถียรในการต่อต้านการหยุดชะงัก (ความต่อเนื่อง ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการคาดการณ์) (Stability to counter disruption: Continuity, dependability, predictability) คือ ครอบครัวยังต้องป้องกันและถ่วงดุลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความพยายามในการรักษาความต่อเนื่องของการปรับตัวซึ่งเป็นการปรับตัวที่เหมาะสม น่าเชื่อถือและความสามารถในการคาดการณ์ สมาชิกในครอบครัวยังคงทำกิจวัตรประจำวันและพิธีกรรมที่มีความหมายของครอบครัวได้

- ผู้นำเด็ดเดี่ยวและแข็งแกร่ง (Strong authoritative leadership: nurture, guide, protect) คือ ครอบครัวมีผู้นำครอบครัวที่เด็ดเดี่ยวซึ่งสามารถเลี้ยงดู แนะนำ ปกป้อง สมาชิกได้ ผู้นำต้องมีประสิทธิภาพในการจัดการความเป็นอยู่ของสมาชิก ต้องแข็งแกร่งและสามารถพึ่งพาได้

- รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างกัน (Varied family forms: Cooperative parenting/ caregiving teams) คือ ครอบครัวสร้างความร่วมมือในการดูแลสมาชิกร่วมกันและทำงานเป็นทีมในการดูแลภายในครัวเรือนได้

- ความสัมพันธ์แบบคู่รัก / คู่ครอง (Couple/ co-parent relationship: Mutual respect; equal partners) คือ ครอบครัวมีความเคารพซึ่งกันและกัน มองความสัมพันธ์ของครอบครัวเหมือนพันธมิตรที่เท่าเทียมกัน

2.2 ความเชื่อมต่อ (Connectedness)

- การสนับสนุนการทำงานร่วมกันและความมุ่งมั่นซึ่งกันและกัน (Mutual support, collaboration and commitment) คือ การที่ครอบครัวสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีความสามัคคีในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมุ่งมั่นต่อการแก้ปัญหาร่วมกัน

- เคารพความต้องการและความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Respect individual needs, differences) คือ สมาชิกในครอบครัวยังต้องเคารพความแตกต่าง ความแบ่งแยกของขอบเขตซึ่งกันและกัน

- ค้นหาการเชื่อมโยงใหม่ ซ่อมแซมจุดตัดหรือความคับข้องใจ (Seek reconnection, repair cutoffs, grievances) คือ สิ่งสำคัญต้องรักษาการเชื่อมต่อความสัมพันธ์ที่สำคัญผ่านภาพถ่าย ของที่ระลึก เป็นเหมือนการแลกเปลี่ยนเชิงสัญลักษณ์ที่ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เพื่อบรรเทาการเปลี่ยนแปลงครั้งแรกของหลาย ๆ คนที่รออยู่ข้างหน้า เช่น การโทรศัพท์ติดต่อกัน การเยี่ยมเยียนและการติดต่อทางช่องทางออนไลน์

2.3 การระดมทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ (Mobilize social and economic resources)

- ระดมเครือญาติ เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ต้นแบบที่ปรึกษา (Mobilize kin, social and community networks; models and mentors) คือ การได้รับการสนับสนุนทางเครือข่ายเป็นสายสัมพันธ์สิ่งสำคัญในช่วงเวลาแห่งปัญหาโดยให้การสนับสนุนในทางปฏิบัติและทางอารมณ์ มีคนคอยให้คำแนะนำและปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งให้การช่วยเหลือที่จำเป็นแก่ครอบครัวได้

- สร้างความมั่นคงทางการเงิน สร้างสมดุลระหว่างการทำงานและครอบครัว (Build financial security; balance work/family strains) คือ ครอบครัวจะต้องมีการปรับสมดุลระหว่างการทำงานหาเลี้ยงครอบครัวกับการดูแลครอบครัว

- ระบบที่ใหญ่ขึ้น การสนับสนุนเชิงสถาบันและโครงสร้าง (Larger systems: Institutional, structural supports) คือ การเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มชุมชน การช่วยเหลือให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลจากสถาบันหรือหน่วยงานที่มีศักยภาพซึ่งสนับสนุนให้ครอบครัวมีการเติบโต

3. กระบวนการสื่อสารและการแก้ปัญหา (Communication/problem solving Processes)

3.1 ข้อความที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน (Clear, Consistent Messages)

- ชี้แจงข้อมูลที่ไม่ชัดเจน การแสวงหาความจริง (Clarify ambiguous information; truth seeking) คือ ครอบครัวจะต้องมีความชัดเจนและความสอดคล้องของทั้งคำพูดและการกระทำที่ช่วยให้ครอบครัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Epstein, et al., 2003 อ้างถึงใน Walsh, 2012a) เพราะความคลุมเครือเป็นเชื้อเพลิงความวิตกกังวลและจะปิดกั้นความเข้าใจและความเชี่ยวชาญ ทั้งการชี้แจงและแบ่งปันข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤตและความคาดหวังในอนาคตของครอบครัว การยอมรับข้อมูลความเป็นจริงร่วมกัน และการเปิดใจกว้างที่จะพูดคุยคำถามหรือข้อกังวลร่วมกัน

3.2 เปิดการแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์และการโต้ตอบที่น่าพอใจ (Open Emotional Expression: Emotional Expression and Pleasurable Interactions)

- แบ่งปันความรู้สึกเจ็บปวด การตอบสนองอย่างเห็นอดเห็นใจ อดทนต่อความแตกต่าง (Share painful feelings; empathic response; tolerate differences) คือ ครอบครัวมีการแบ่งปันความรู้สึกทั้งความสุข ความเจ็บปวด ความหวัง ความโกรธ และความกลัวร่วมกัน ซึ่งแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจกัน อดทนและยอมรับความแตกต่างของความรู้สึกของสมาชิก

- ปฏิสัมพันธ์ที่น่าพอใจ ความมีอารมณ์ขันและผ่อนปรน (Pleasurable interactions, humor; respite) คือ การสร้างเวลาและพื้นที่เพื่อการพักผ่อนและแบ่งปันประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจเพื่อการเชื่อมต่ออารมณ์ในเชิงบวก สมาชิกในครอบครัวแบ่งปันความสุขเล็ก ๆ น้อย ๆ และช่วงเวลาที่มีเสียงหัวเราะนั้นสามารถเติมพลังงานความสัมพันธ์ของพวกเขาให้เหนียวแน่นมากขึ้นและยังสามารถยกระดับวิญญาณอันนำไปสู่การฟื้นคืนสภาพได้ (Wuerffel, et al., 1990 อ้างถึงใน Walsh, 2012a)

3.3 การแก้ปัญหาร่วมกันและการเตรียมความพร้อม (Collaborative Problem Solving and Preparedness)

- การระดมความคิดอย่างสร้างสรรค์ ความมั่งคั่งของทรัพยากร (Creative brainstorming; resourcefulness) คือ การระดมความคิดอย่างสร้างสรรค์และความมีไหวพริบ การเปิดโอกาสใหม่ ๆ หรือแหล่งข้อมูลใหม่ ๆ ในการเอาชนะความทุกข์ยาก

- แบ่งปันการตัดสินใจ ซ่อมแซมความขัดแย้ง การเจรจาต่อรอง ความเป็นธรรม (Share decision making; repair conflicts; negotiation; fairness) คือ การตัดสินใจร่วมกันและการจัดการความขัดแย้งผ่านการเจรจาต่อรองด้วยความเป็นธรรมและการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันตลอดเวลา

- มุ่งเน้นไปที่เป้าหมายดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม (Focus on goals, take concrete steps: build on success; learn from failure) คือ สมาชิกกำหนดลำดับความสำคัญที่ชัดเจนและเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้และดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อมุ่งสู่สิ่งที่ปรารถนา สร้างความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ และใช้ความล้มเหลวเป็นประสบการณ์การเรียนรู้

- จุดยืนเชิงรุก (Proactive stance: Preparedness, planning, prevention) คือ การที่ครอบครัวเปลี่ยนจากภาวะวิกฤตเป็นท่าทีเชิงรุก โดยมีการเตรียมความพร้อม มีแผนสำรอง ป้องกันปัญหาและหลีกเลี่ยงวิกฤต

2.4 หลักสำคัญของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

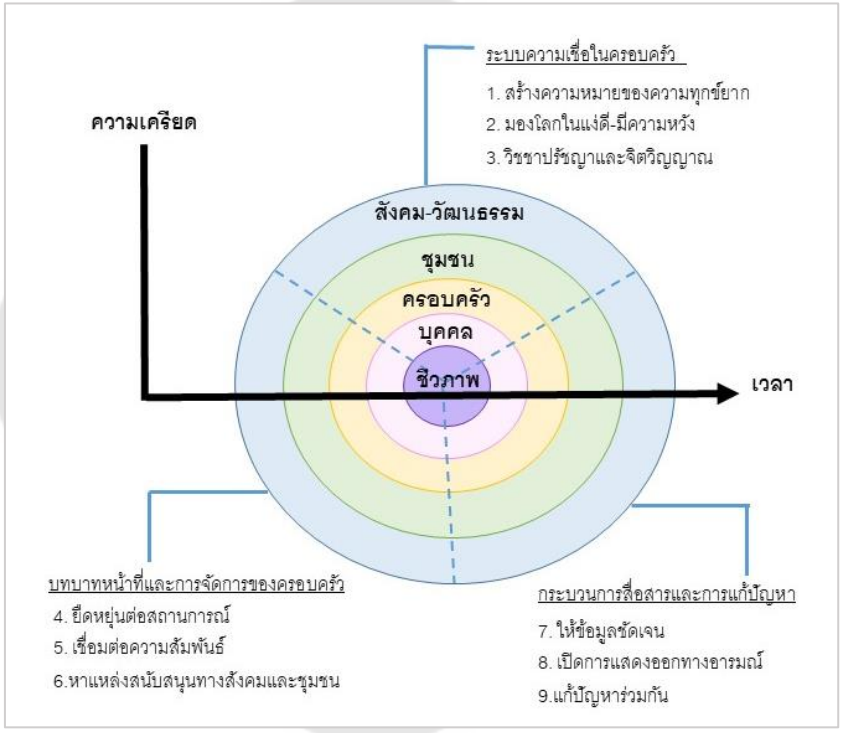
หลักสำคัญของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh มีหลายประการ ได้แก่ 1) การฟื้นคืนสภาพครอบครัวจะมุ่งเน้นไปที่จุดแข็งภายใต้ความเครียดท่ามกลางวิกฤตและการเอาชนะความทุกข์ยาก 2) การทำงานของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจะได้รับการประเมินในบริบท เช่น เทียบกับค่านิยมโครงสร้าง ทรัพยากรและความท้าทายในชีวิตของแต่ละครอบครัว เนื่องจากไม่มีโมเดลใดที่เหมาะสมกับทุกครอบครัวหรือทุกสถานการณ์ และ 3) กระบวนการเพื่อการทำงานที่ดีที่สุดและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกจะแตกต่างกันไปตามกาลเวลาเนื่องจากความ

ท้าทายที่เกิดขึ้นและครอบครัวมีวิวัฒนาการไปตลอดวัฏจักรชีวิต ดังนั้นกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนี้จึงเป็นแนวทางที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อระบุและกำหนดเป้าหมายกระบวนการหลักในการทำงานของครอบครัวภายใต้บริบทและสถานการณ์ที่จำกัดของแต่ละครอบครัว

การวิจัยระบบครอบครัวหลายทศวรรษแสดงให้เห็นว่าไม่มีรูปแบบเดียวที่บ่งบอกลักษณะของครอบครัวที่ทำงานได้ดี (Lebow & Stroud, 2012) หรือไม่มีรูปแบบของครอบครัวแบบเดียวที่เหมาะกับทุกคน แต่มุมมองด้านการฟื้นคืนสภาพครอบครัวมีพื้นฐานมาจากความเชื่อมั่นอย่างลึกซึ้งในศักยภาพในการฟื้นตัวของครอบครัวและการเติบโตจากความทุกข์ยาก แม้แต่ผู้ที่มีประสบการณ์การบาดเจ็บที่รุนแรงหรือความสัมพันธ์ที่มีปัญหามากก็มีศักยภาพในการรักษาและการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตรุ่นต่อ ๆ ไป (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi & Kilmer, 2005 อ้างถึงใน Walsh, 2012a) โดยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนั้นต้องอาศัยการโต้ตอบซึ่งกันและกันอย่างการทำงานร่วมกันของปัจจัยทั้งสามอย่างแยกจากกันไม่ได้ ตัวอย่างเช่น มุมมองเชิงสัมพันธ์ของการฟื้นคืนสภาพ (ระบบความเชื่อ) สนับสนุนและเสริมด้วย ความเชื่อมโยง (กระบวนการจัดการ) และการแก้ปัญหาร่วมกัน (กระบวนการสื่อสาร) การสร้างความหมายร่วมกันเกิดขึ้นผ่านกระบวนการสื่อสาร มุมมองเชิงบวกช่วยเอื้อต่อการแก้ปัญหาที่ประสบความสำเร็จ การหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณอาจพบได้ในค่านิยมและค่าปฏิบัติร่วมกันในครอบครัวและ/หรือการมีส่วนร่วมในชุมชน การที่ศรัทธาธรรมชาติหรือการเคลื่อนไหวทางสังคมก็ตาม อาจจำเป็นต้องถ่วงดุลขององค์ประกอบของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว เช่น การหมุนเวียนระหว่างความมั่งคั่งของการเงินและการเปลี่ยนแปลงเพื่อความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับความท้าทายใหม่ ๆ ผ่านการระดมการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนอย่างเต็มที่

ในบริบทนี้การฟื้นคืนสภาพไม่ได้หมายถึงการตีกลับโดยไม่ได้รับบาดเจ็บ แต่เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าในผู้ใช้บริการที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเรียนรู้จากความทุกข์ยากและผู้ที่พยายามผสมผสานประสบการณ์เข้ากับชีวิตของพวกเขา (Higgins, 1994 อ้างถึงใน Walsh, 2002) มุ่งเน้นไปที่การสร้างการสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในครอบครัวและแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ ดังนั้นนักบำบัดสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมุ่งเน้น การค้นหาความห่วงใยและความสามารถ ซึ่งนักบำบัดจะต้องเชื่อมั่นว่าจุดแข็งและศักยภาพสามารถพบได้ในทุกครอบครัว ควบคู่ไปกับช่องโหว่และข้อจำกัดที่ครอบครัวมี และสร้างกำลังใจจากความพยายามในการฝึกฝนในแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้และยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ของครอบครัว และช่วยให้ครอบครัวถ่วงดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับความมั่นคงของการทำกิจวัตรเดิม จากการระดม

แหล่งข้อมูล ทรัพยากรหรือแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ทั้งนี้การส่งเสริมการแก้ปัญหาการทำงานร่วมกัน ความมุ่งมั่นที่จะไปถึงเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และทำให้ครอบครัวเติบโตไปข้างหน้า (Walsh, 2015) และนักบำบัดหรือนักวิจัยจะต้องตระหนักถึงลักษณะการเกิดซ้ำแบบไดนามิกของกระบวนการเหล่านี้ในการฟื้นคืนสภาพภายในการดำเนินงานทั้งภายในและข้ามระดับของระบบในบริบทของความเครียดและเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่ง Walsh (2016a) ได้สรุปกระบวนการวนซ้ำหลายระดับในการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นภาพและผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กระบวนการวนซ้ำหลายระดับในการฟื้นคืนสภาพครอบครัว
(Walsh, F., 2016a แปลภาษาไทยโดยผู้วิจัย)

2.5 การนำกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปประยุกต์ใช้

ปัจจุบันมีการประยุกต์กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh ไปใช้หลายโครงการ เช่น (ก) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวและความท้าทาย เช่น การหย่าร้างและการปรับโครงสร้างครอบครัวแบบขั้นบันไดของคู่รักเพศตรงข้ามและครอบครัวที่เป็นเพศเดียวกัน (ข) การสูญเสียงานและการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (ค) ความเจ็บป่วยทางจิตใจและร่างกายที่

ร้ายแรง (ง) ความท้าทายและการสูญเสียในตอนท้ายของชีวิต และ (จ) การฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับสงคราม โดยสามารถสรุปแนวทางสำคัญที่ใช้ ดังนี้

- การทำกลุ่มมุ่งเน้นไปที่กุญแจสู่การฟื้นคืนสภาพ เช่น การระบุความเชื่อที่จำกัดของผู้เข้าร่วม
- ประสบการณ์ของเราคือสมาชิกในครอบครัวพบคุณค่านี้ร่วมกัน (ทำเต็มที่แล้ว)
- การหาวิธีรักษาหรือกำหนดเป้าหมายของแต่ละบุคคลและร่วมกันภายใต้ข้อจำกัดของครอบครัว
- การแบ่งปันประสบการณ์ผ่านการยอมรับความเป็นจริง การระลึกถึง และการสื่อสารที่เปิดกว้างของช่วงเวลาความรู้สึกและความพยายามที่มีความหมาย
- การปรับโครงสร้างระบบครอบครัวและการเริ่มต้นใหม่ในความสัมพันธ์และการแสวงหาชีวิตด้านอื่น ๆ
- การแสดงออกที่เห็นอกเห็นใจเพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวแบ่งปันเรื่องราวความทุกข์และการต่อสู้ของพวกเขา
- การดึงจุดแข็งและทรัพยากรของครอบครัวมาใช้

แนวทางสำคัญเหล่านี้อาจได้รับการจัดระเบียบและแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของครอบครัว การกำหนดค่าโครงสร้าง สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และทรัพยากรที่มีอยู่ภายในครอบครัว สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณาคุณค่าทางวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว สถานที่ตั้งทางสังคม และสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและลำดับความสำคัญของพัฒนาการของครอบครัวนั้น ๆ

2.6 การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

สำหรับแนวทางการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวนั้นมีการประเมินโดยใช้มาตราส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ดัชนีความเข้มแข็งของครอบครัว (The Family Hardiness Index : FHI), ดัชนีเวลาและกิจวัตรของครอบครัว (the Family Time and Routine Index : FTRI), มาตราส่วนประเพณีครอบครัว (the Family Traditions Scale : FTS), ดัชนีการเผชิญปัญหาครอบครัว (the Family Coping Index : FAMCI) ดัชนีการเชื่อมโยงการเผชิญปัญหาครอบครัว (the Family Coping Coherence Index : FCCI) (H. I. McCubbin et al., 1996) และแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (the Family Resilience Assessment Scale : FRAS) แบบประเมินเหล่านี้วัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในแง่มุมต่าง ๆ แต่ไม่ครอบคลุมประเด็นโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั้งหมด ในขณะที่แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh Family Resilience

Questionnaire : WFRQ) ที่ครอบคลุมลักษณะส่วนใหญ่ของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และมีข้อคำถามจำนวนมากซึ่ง และนำเสนอโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่สมบูรณ์มากกว่าแบบประเมินอื่น ๆ

2.5.1 แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh Family Resilience Questionnaire : WFRQ) ของ Walsh (Walsh, 2015) ที่พัฒนาแบบประเมินตามแนวคิดของ Walsh (Walsh, 1996, 2012a, 2015) ซึ่งถูกถามถึงการจัดการของครอบครัวพวกเขากับวิกฤตและความท้าทายที่กำลังดำเนินอยู่ได้อย่างไร แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ เป็นมาตรส่วนแบบ Likert ตั้งแต่ 1 คือ ไม่จริงที่สุด จนถึง 5 คือ จริงที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินมีตั้งแต่ 32 ถึง 160 คะแนน ซึ่งคะแนนไม่ได้มีการแปลผลแบบแบ่งช่วงของระดับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยประเมิน 3 ประเด็น คือ (1) ระบบความเชื่อของครอบครัว (มี 13 ข้อ เช่น ความทุกข์เป็นเรื่องธรรมดาและเข้าใจได้ ความท้าทายเป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ครอบครัวทำให้สถานการณ์เป็นปกติหรือไม่) (2) รูปแบบการจัดการ (มี 9 ข้อ เช่น ความเป็นผู้นำของผู้ปกครองในปัจจุบัน การพึ่งพาเพื่อนและชุมชน ครอบครัวจัดระเบียบวิถีชีวิตใหม่เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์หรือไม่) และ (3) การสื่อสาร / การแก้ปัญหา (มี 10 ข้อ เช่น ครอบครัวร่วมมือกันในการตัดสินใจ สมาชิกในครอบครัวชี้แจงข้อมูล) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคสำหรับแบบประเมินคือ 0.93 (Rocchi, et al, 2017)

ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบผู้ที่ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (2012a) เพียงการศึกษาเดียวเท่านั้น คือ

2.5.2 แบบวัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ วันเพ็ญ มานะเจริญ ซึ่งพัฒนาและสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012a) โดยแบบวัดดังกล่าวได้มีการประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการจัดการภายในครอบครัว จำนวน 31 ข้อ 2) ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ และ 3) ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบวัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ ระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51-3.50 ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51-2.50 และระดับน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.51ลงมา โดยแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนาจากการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 380 คน ซึ่งพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ 0.74

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้พัฒนาแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh Family Resilience

Questionnaire : WFRQ) ให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในครอบครัวไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) รูปแบบการจัดการหน้าที่ภายในครอบครัว 3) การแก้ปัญหาและการสื่อสารของครอบครัว เนื่องจากแบบประเมินนี้นิยมใช้ในการประเมินก่อนและหลังการฝึกหรือการศึกษาประสิทธิผลสำหรับการให้คะแนนภายในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ที่นำแบบประเมินไปใช้ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบบประเมิน WFRQ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพที่ทำงานส่งเสริมศักยภาพครอบครัวเนื่องจากสามารถเป็นแนวทางในการแทรกแซงการรักษาโดยเน้นที่ทรัพยากรและปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของครอบครัวได้ (Rocchi, et al, 2017)

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภายใน 10 ปี ย้อนหลัง พบเพียงงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพของผู้ปกครองในเด็กที่เป็นออทิสติกหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ และกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เท่านั้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพสามารถแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

2.6.1 การศึกษาเชิงสาเหตุของการฟื้นคืนสภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นคืนสภาพและตัวแปรอื่น ๆ โดยงานส่วนใหญ่เน้นศึกษาสาเหตุที่มาจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อม พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่

ก) ปัจจัยภายในของครอบครัว เช่น ความเชื่อของครอบครัว, ทัศนคติในการดำเนินชีวิต และระดับความสุขหรือความทุกข์ที่มีของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ข) การสร้างความหมายต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญของครอบครัว เช่น การให้ความหมายกับการเจ็บป่วยของบุตรหลาน และความเข้าใจในภาวะที่คนในครอบครัวกำลังเผชิญ เป็นต้น

ค) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่แน่นแฟ้น ผ่านกิจกรรมภายในครอบครัว

ง) การจัดการและทำหน้าที่ภายในครอบครัว เช่น การแบ่งหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว, การแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว, ระบบการเลี้ยงดูบุตรหลานในครอบครัว และ การสื่อสารภายในครอบครัว เป็นต้น

จ) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือทั้งโรงเรียน องค์กรที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาล เป็นต้น (Bayat, 2007; Faccio, Renzi, Giudice, & Pravettoni, 2018; Greeff & Walt, 2010; Knestricht & Kuchey, 2009; Odintsova et al., 2020; Plumb, 2011; Saetes, Hynes, McGuire, & Caes, 2017; VanOrmer, 2020b; ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์ และคณะ., 2562)

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นคืนสภาพและตัวแปรอื่น ๆ พบว่า การฟื้นคืนสภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ปกครอง ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การก้าวผ่านการเจ็บป่วย (โรคมะเร็งเต้านม) การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Chen et al., 2018; Li, Qiao, Luan, Li, & Wang, 2019; Liu et al., 2021) และการฟื้นคืนสภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด ภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (Chen et al., 2018; Li et al., 2019)

2.6.2 การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินการฟื้นคืนสภาพ พบเพียง 2 งานเท่านั้น ได้แก่ การศึกษาของ Sixbey (2005) ที่ศึกษาเครื่องมือที่สามารถวัดรูปแบบของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั่วไป และการศึกษาของ Lane (2011) ที่ศึกษาการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้สำรวจการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (the Family Resilience Assessment (FRA)) ของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม โดยการศึกษาทั้งสองชิ้นใช้แนวคิดทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (1996, 2002, 2003) ในการพัฒนาเครื่องมือ

2.6.3 การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพในครอบครัว พบเพียง 3 งานเท่านั้น ได้แก่

ก) การศึกษาของ Lum (Lum, 2008) ที่ศึกษาการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีของผู้ปกครอง ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมที่พบปะสังสรรค์ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ CBT มาร่วมในการพูดคุย

ข) การศึกษาของตันติมา ด้วงโยธา (2553) ที่ศึกษาและพัฒนาการฟื้นคืนสภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อพัฒนาการฟื้นคืนสภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ค) การศึกษาของวันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญนภา กุลนภาดล และวรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ (2560) ที่ศึกษาในกลุ่มภรรยาและบุตรที่มีสามีหรือบิดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012a) ได้แก่ การส่งเสริมความเชื่อที่เหมาะสมภายในครอบครัว, การส่งเสริมการจัดการหน้าที่ต่าง ๆ ภายในครอบครัว และ การส่งเสริมการสื่อสารและแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมภายในครอบครัว

โดยการศึกษาทั้งสามงาน มีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่ทุกการศึกษามุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนภายในของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ ความคิด ทัศนคติ และความเชื่อ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการให้คำปรึกษาที่จัดขึ้นในองค์กรหรือหน่วยงานเป็นหลัก

2.6.4 การศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว พบการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาผ่านการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

ก) การศึกษาที่เกี่ยวกับระบบครอบครัวภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ของ Prime, H และคณะ (2020) โดยพบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพระบบความเชื่อในครอบครัว ในการจัดการการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ ทำให้ครอบครัวผ่านอุปสรรคหรือสถานการณ์วิกฤตไปได้

ข) การศึกษาการฟื้นคืนสภาพแต่ละบุคคลและครอบครัวในบริบทของโรคมะเร็ง ของ Flavia Faccio และคณะ (2018) ที่พบว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นมุมมองเชิงระบบ การเปลี่ยนจากบุคคลไปสู่ครอบครัวนั้นคือมุมมองของครอบครัวเปลี่ยนไปสู่มุมมองเชิงบวกที่ถูกท้าทายจากความทุกข์ยาก อีกทั้งมีมุมมองว่ามะเร็งเป็น “โรคในครอบครัว” เนื่องจากไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสัมพันธ์และการทำงานของครอบครัวด้วย

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยตรงพบเพียง 3 งานเท่านั้น ได้แก่

ก) การศึกษาของ Dupont (2009) ที่ศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพในครอบครัวที่ลูกได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิซึม (ASDs) ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อทำความเข้าใจว่าครอบครัวที่ลูกมีภาวะออทิซึมฟื้นพลังเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่ทุกข์ยากจากการเลี้ยงดูลูกที่มีความต้องการพิเศษและมีความท้าทายอย่างไร

ข) การศึกษาของ ดวงพร หุ่นตระกล และคณะ (2547) ที่ศึกษาการฟื้นคืนสภาพของครอบครัวภาคอีสานที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ค) การศึกษาของ รัชนก กั้งจำปา (2552) ที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

โดยการศึกษาทั้งสามพบว่า กระบวนการฟื้นคืนสภาพจะแยกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการเปลี่ยนแปลงและระยะการปรับตัว ซึ่งแต่ละกลุ่มตัวอย่างนั้นพบสถานการณ์ที่เผชิญมีความแตกต่างกัน ทำให้ความเชื่อหรือขนบธรรมเนียมของครอบครัวที่ศึกษาในแต่ละชิ้นงานแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ได้กล่าวมาพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเชิงปริมาณเพื่อศึกษาสาเหตุของการฟื้นคืนสภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นคืนสภาพและตัวแปรอื่น ๆ เท่านั้น ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองในภาวะวิกฤตอย่างการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลาน อีกทั้งยังพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผ่านมาผู้วิจัยส่วนใหญ่นำรูปแบบการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ใช้รูปแบบกิจกรรมอื่นที่ผู้ปกครองสามารถนำกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นไปประยุกต์ใช้หรือทำกิจกรรมด้วยตนเองภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเพื่อใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเชิงคุณภาพหรือแบบผสมผสานและอยู่ในกรอบแนวคิดของ McCubbin & Patterson (Patterson, 2002) และ / หรือ Walsh (2003, 2016a) ส่วนใหญ่ตรวจสอบกระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในการจัดการกับความทุกข์ยากบางประเภทภายในครอบครัว เช่น การเสียชีวิตของเด็กหรือพ่อแม่ เจ็บป่วยร้ายแรงหรือทุพพลภาพ การใช้สารเสพติดของผู้ปกครอง การแยกจากกันและการรวมครอบครัวใหม่ หย่า หรือการมีลูกเลี้ยง ซึ่งหลักสำคัญสำคัญของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวคือการเปลี่ยนแปลงแบบไดนามิก

การออกแบบการวิจัยจึงจำเป็นต้องให้ความสนใจมากขึ้นในการชี้แจงลักษณะครอบครัวที่สำคัญ บริบททางสังคมและพัฒนาการและสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อยู่ระหว่างการศึกษา ตัวแปรเฉพาะ ได้แก่ (1) หน่วยครอบครัว (เช่น คู่ครอง โครงสร้างครอบครัว ครัวเรือน หรือเครือข่ายเชิงสัมพันธ์) (2) ตำแหน่งของผู้ตอบ (เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส บุตร) (3) สถานที่ตั้งทางเศรษฐกิจและสังคม และ (4) ประเภทและความรุนแรงของความทุกข์ยากที่ต้องเผชิญ (เหตุการณ์เฉียบพลันวิกฤตซ้ำซากหรือภาวะหลายฝ่ายเรื้อรัง, อดีตล่าสุดหรือต่อเนื่อง) เนื่องจากธรรมชาติของโครงสร้างการฟื้นคืนสภาพขึ้นอยู่กับตัวแปรในสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันและความซับซ้อนของครัวเรือนในครอบครัวและความผูกพันทางเครือญาติที่สำคัญ ดังนั้นควรมีการชี้แจงบทบาทในครอบครัวของผู้ตอบ รวมทั้งบริบททางสังคมของผู้ตอบ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่านักวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมักนำความคิดเห็นส่วนตัวและแนวทางที่คาดหวังของตนเองมาใช้ในการประเมินทุกครั้ง โดยฝังอยู่ในบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม การวางแนววิชาชีพและประสบการณ์ส่วนตัว (Walsh, 2012b)

ดังนั้นนักวิจัยจำเป็นต้องฝึกฝนการควบคุมความท้าทายด้านแนวคิดและระเบียบวิธีที่แปลกใหม่เพื่อพัฒนาความเข้าใจระบบพัฒนาการหลายระดับเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพของมนุษย์ (Luthar & Brown, 2007) แม้ว่าจะไม่สามารถประเมินหรือควบคุมตัวแปรทั้งหมดได้โดยตรง แต่ต้องมุ่งเน้นไปที่ประเภทของความทุกข์ยาก ประชากรเป้าหมาย บริบททางสังคมและทางโลกและจุดมุ่งหมายในการศึกษาเป็นสำคัญ

3. กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก)Positive psychology intervention)

จิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology)) เป็นศาสตร์ที่มุ่งพัฒนามนุษย์ให้เป็นผู้มีความสุข โดยมีพื้นฐานของความสุขจากการพัฒนาตนเอง การเป็นคนดีมีมุมมองต่อชีวิตและโลกในเชิงบวก (M. E. P. Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) โดย Dr. Martin Seligman นักจิตวิทยาชาวอเมริกาได้พัฒนาแนวคิดจากองค์ความรู้กลุ่ม Humanistic psychology จากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Abraham Maslow (Maslow, 1954) ซึ่งความต้องการในลำดับสุดท้ายของมนุษย์ คือ ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของตน เป็นแนวคิดในการพัฒนาศักยภาพคนให้ไปถึงระดับสูงสุด (Highest Potential) เป็นการจุดประกายของการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ทางด้านจิตวิทยาไปสู่การวิจัยค้นคว้าพฤติกรรมมนุษย์ในอีกด้านหนึ่ง และในปี ค.ศ.1998 Martin Seligman และ Mihaly Csikszentmihalyi นำแนวคิดเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของนำกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกมาใช้ในจิตวิทยาคลินิกสู่การแก้ปัญหา

โดยการสร้างความแข็งแกร่งภายในของบุคคลและทำให้ผู้นั้นตระหนักถึงความสามารถของเขามากขึ้น

กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention: PPI) จึงเป็นชุดของเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์และกลยุทธ์ในรูปแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสุข อารมณ์เชิงบวก ความหวัง ความเข้มแข็งทางใจ ความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลของบุคคลได้ (Keyes, 2005; Magyar-Moe et al., 2015; Sin & Lyubomirsky, 2009) อีกทั้งยังพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาพลังสุขภาพจิตหรือการฟื้นคืน (Resilience) ของผู้เข้าร่วมกระบวนการได้อีกด้วย (American Psychological Association, 2016; Lyubomirsky, King, et al., 2005; Lyubomirsky, Sheldon, et al., 2005; Marks & Wade, 2015; Venieris, 2017) เนื่องจาก PPI เป็นกระบวนการที่ใช้ง่าย ทุกคนสามารถทำเองได้ โดยอาจจะไม่จำเป็นต้องมาพบกับบุคลากรด้านสุขภาพจิตหรือนักจิตวิทยา ซึ่งรูปแบบกระบวนการประกอบด้วย การช่วยเหลือตนเอง, การฝึกอบรมกลุ่ม และการบำบัดเฉพาะบุคคล โดยในการศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้กิจกรรมในรูปแบบของการช่วยเหลือตนเอง (A. M. Grant, 2012; Veenhoven, 1988)

3.1 ประเภทของกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวก

กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก สามารถแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้ (A.C. Parks & Schueller, 2014)

1. การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) เป็นการสร้างการรับรู้ลักษณะบุคลิกภาพเชิงบวกหรือคุณค่าภายในตัวบุคคลนั้น ๆ และนำมาระบุการใช้/หรือพัฒนาจุดแข็งของตนเอง (A. C. Parks & Biswas-Diener, 2013) การศึกษาของ M. E. P. Seligman et al. (2005) ที่ออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมระบุจุดแข็งของตนเองที่ตัวเองรับรู้ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงพลังหรือจุดแข็งภายในตนเองช่วยในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในตนเอง (M. E. P. Seligman et al., 2005) ทั้งนี้การดึงเอาจุดแข็งของตนเองมาใช้จะต้องใช้ให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับสถานการณ์นั้น ๆ (Schwartz & Hill, 2006)

2. การขอบคุณ (Gratitude) โดยเป้าหมายของกระบวนการนี้เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกในแง่บวกสำหรับผู้ให้และผู้รับ (S.M. Schueller & Parks, 2012) รูปแบบกระบวนการที่มีการศึกษาอย่างมากคือ การเขียนจดหมายขอบคุณ ซึ่งการเขียนจดหมายก่อให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์หรือความรู้สึกในเชิงบวกในชีวิตของบุคคล รูปแบบส่วนใหญ่ของกระบวนการนี้เน้นความสำคัญของการส่งจดหมายถึงบุคคลที่เขียนและการอ่านออกเสียงของผู้เขียน ซึ่งนำไปสู่

ความรู้สึกเชิงบวกที่ดียิ่งขึ้น (Boehm, Lyubomirsky, & Sheldon, 2011; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2011; S.M. Schueller & Parks, 2012)

3. การค้นหาความหมายในชีวิต (Meaning) กระบวนการประเภทนี้ช่วยในการทำความเข้าใจสิ่งที่มีความหมายในชีวิตเราและค้นหาสิ่งที่เราสามารถทำได้เพื่อให้บรรลุสิ่งสำคัญในชีวิตนั้น ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้บุคคลมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและสร้างความคาดหวังเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ อันนำไปสู่ความสุขและพอใจมากขึ้น (Steger, Kashdan, & Oishi, 2008; Steger, Oishi, & Kashdan, 2009) โดยกระบวนการอาจเป็นการกำหนดเป้าหมายในชีวิตสั้น ๆ ที่เป็นจริงและหาความหมายในเป้าหมายนั้น ๆ ว่าสำคัญกับชีวิตตนเองอย่างไร การสะท้อนความหมายของอาชีพ (Adam M. Grant, 2008) หรือการเขียนสะท้อนชีวิตของคน ๆ หนึ่ง (McAdams, Reynolds, Lewis, Patten, & Bowman, 2001) เป็นต้น

4. การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส (Savoring) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นไปที่ประสบการณ์เฉพาะเพื่อเพิ่มความสุข (Peterson, 2006) หลักการคือการสนับสนุนให้บุคคลได้มีประสบการณ์ผ่านทางร่างกาย, ประสาทสัมผัส, อารมณ์หรือสังคม (Kabat-Zinn, 2009) โดยเราสามารถเชื่อมต่อประสบการณ์ประสาทสัมผัสไปสู่ความทรงจำหรือประสบการณ์ทางอารมณ์อื่น ๆ (Bryant, Smart, & King, 2005) ตัวอย่างเช่น การสะท้อนความเข้าใจและความเชื่อมโยงเกี่ยวกับประสบการณ์ทำอาหารที่ชื่นชอบกับประสบการณ์ที่พึงพอใจในชีวิต (S. M. Schueller, 2010) หรือการถ่ายภาพและสะท้อนมุมมองและความทรงจำกับประสบการณ์ที่ผ่านมา (Kurtz, 2012) เป็นต้น

5. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวกในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและให้บุคคลนั้นเข้าใจมุมมองของผู้อื่นมากขึ้น รูปแบบกระบวนการที่เป็นที่นิยมคือการสะท้อนมุมมองของตนเองและผู้อื่นต่อสถานการณ์เดียวกัน (Batson, Chang, & Rowland, 2002; Hodges, Clark, & Myers, 2011) ซึ่งกระบวนการสะท้อนมุมมองผู้อื่นทำให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจความซับซ้อนหรือความคิดที่หลากหลายของคนอื่นมากขึ้น (Waugh & Fredrickson, 2006)

6. การให้ความเมตตา (Kindness) เป็นกระบวนการที่แสดงถึงความมีน้ำใจของผู้ให้ผ่านการแบ่งปันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การซื้อของบริจาค การช่วยคนแบกของ การเป็นจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งกระบวนการในลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุสิ่งของเสมอไป แต่เป็นการได้แสดงความเมตตาต่อผู้อื่นอันนำมาซึ่งความสุขผ่านความพึงพอใจที่เห็นแก่ผู้อื่นและเสียสละของผู้ที่ได้ให้มากขึ้น (Howell, Pchelin, & Iyer, 2012; Lyubomirsky, Tkach, & Sheldon, 2004)

7. การมองโลกในแง่ดี (Optimistic) เป็นกระบวนการที่สร้างผลลัพธ์ในเชิงบวก โดยการให้บุคคลคิดถึงอนาคตในทางบวกของตนเองและสร้างความคาดหวังในเชิงบวก ซึ่งอาจผสานการทบทวนจุดแข็งของตนเอง และทุกแง่มุมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตของตนเอง เช่น การออกแบบชีวิตตนเองในอนาคตที่ตนเองคาดหวังไว้ (King, 2001) หรือ การถอดบทเรียนประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่ผ่านมาว่าตนเองได้เรียนรู้อะไรบ้าง (M. E. P. Seligman, Rashid, & Parks, 2006) เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) ตามแนวคิดของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) โดยกระบวนการมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ปกครองลงมือทำกิจกรรมฝึกปฏิบัติโดยมีเป้าหมายให้เกิดความสุขในตนเอง และสามารถปรับตัวรับมือกับสถานการณ์วิกฤตในชีวิตของตนเองได้ ซึ่งประเภทกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่นำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่

1) การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส (Savoring) โดยให้ผู้ปกครองได้นำภาพถ่ายกิจกรรมของครอบครัวมาสะท้อนความทรงจำที่ดีกับประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อเชื่อมโยงอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกจากอดีตมาสู่สถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันผู้ปกครองจะต้องเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีภาวะอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนแรกเพื่อดึงความรู้สึกเชิงบวกของผู้ปกครองมาใช้ในกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกอื่นต่อไป

2) การค้นหาความหมายในชีวิต (Meaning) โดยให้ผู้ปกครองสะท้อนความหมายของครอบครัวของตน เช่น ครอบครัวมีคุณค่ากับตนเองอย่างไร ครอบครัวมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตอย่างไร ผู้ปกครองคาดหวัง เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรอาจก็ให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สองเพื่อให้ผู้ปกครองได้เข้าใจสิ่งที่มีค่าหรือเป้าหมายในชีวิตของตนเองมากขึ้น

3) การมองโลกในแง่ดี (Optimistic) โดยให้ผู้ปกครองระลึกถึงสิ่งที่ดีในประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญ เนื่องจากผู้ปกครองที่ต้องดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนของอาการหรือการดำเนินโรคของบุตรหลานอยู่บ่อยครั้ง อาจส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีมุมมองต่อสถานการณ์ในเชิงลบได้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สามเพื่อนำผู้ปกครองมามองและวิเคราะห์สิ่งที่ดีของสถานการณ์อันนำไปสู่การจัดการปัญหาของครอบครัวต่อไป

4) การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) โดยให้ผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตนเองและอธิบายว่าจุดแข็งของตนจะสามารถช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างไร เนื่องจากการจะข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานได้นั้น ผู้ปกครองจะต้องเห็นถึงคุณค่าหรือพลังภายในตนเองที่เป็นแรงผลักดันให้ก้าวข้ามวิกฤตครั้งนี้ไปได้ก่อน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สี่เพื่อให้ผู้ปกครองได้ค้นหาและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุลต่อไป

5) การขอบคุณ (Gratitude) โดยให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายขอบคุณ 3 ฉบับ ได้แก่ ขอบคุณตนเอง ขอบคุณครอบครัว และขอบคุณใครก็ได้ที่ต้องการขอบคุณเพิ่มเติม โดยใส่รายละเอียดในสิ่งที่ต้องการจะขอบคุณและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งที่คนนั้นช่วยเหลือคุณ เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานนั้นนอกจากตัวผู้ปกครองเองแล้วยังมีผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลร่วมกับตัวผู้ปกครอง เช่น สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ บุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่ห้าเพื่อให้ผู้ปกครองได้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกแง่บวกในการสนับสนุนของบุคคลรอบตัวมากขึ้น ทั้งจากตนเอง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนบ้านที่พร้อมจะเป็นแหล่งช่วยเหลือให้ผู้ปกครองข้ามผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของบุตรหลานไปได้เสมอ

โดยกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ยกตัวอย่างเหล่านี้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันต่อไป

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภายใน 5 ปี ย้อนหลัง พบเพียงงานที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ใหญ่ทั่วไปหรือในประชากรกลุ่มอื่นเท่านั้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

3.2.1 การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยพบเพียงการศึกษาของ Oades และคณะ (Oades, Ozturk, Hou, & Slemp, 2020) และ ฉันท์ธนิตถ์ สิมะวรางกูร (2563) ซึ่งการศึกษาของ Oades และคณะ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก wellbeing และความสามารถในการรู้หนังสือ พบว่าความสามารถในการรู้หนังสือมีความสัมพันธ์กับการทำกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกเนื่องจากกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการส่งสาร

ระหว่างผู้ที่ส่งและรับ ดังนั้นหากผู้ส่งสารมีความสามารถในการใช้ภาษาจะทำให้กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าความสามารถในการรู้หนังสืออาจเป็นสื่อกลางระหว่างกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่จัดขึ้นและสุขภาวะของผู้ร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ฉันท์ธนิตถ์ สิมะวรางกูร ที่ได้นำเสนอแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและการนำโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท นั้นคือการนำแนวคิด Well-being Theory ของ Seligman (Martin E. P. Seligman, 2012) และรูปแบบกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก ตามแนวคิดของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) มาผสานในโปรแกรมการให้การช่วยเหลือหรือฟื้นฟูผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเศร้าช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มสุขภาวะที่ดี ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมทั้ง 2 งานทำให้ผู้วิจัยได้เห็นประเด็นเชื่อมโยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกและการประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งเกิดจากการผสานแนวคิดที่หลากหลายทำให้กระบวนการที่จัดขึ้นมีประสิทธิผลมากขึ้น

3.2.2 การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อตัวแปรต่าง ๆ โดยสามารถสรุปประเด็นได้ 3 ประเด็นหลักได้แก่

3.2.2.1 วิธีการในการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยสามารถแบ่งลักษณะวิธีการวิจัยเป็น 3 ลักษณะ คือ

ก) การศึกษาผู้เข้าร่วมกระบวนการทั้งหมดโดยไม่มีการแบ่งกลุ่ม คือ มีการประเมินตัวแปรที่จะศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ โดยมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ (Barnes & Mongrain, 2020; นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, ขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ และไพลิน ลิ้มวัฒนชัน, 2562) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกมีการพัฒนาในตัวแปรเชิงบวกมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ข) การศึกษาที่แบ่งผู้เข้าร่วมกระบวนการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการศึกษาลักษณะนี้ จะออกแบบกระบวนการที่หลากหลายเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมทุก ๆ กระบวนการและศึกษาประสิทธิผลเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการ (Tunariu, Tribe, Frings, & Albery, 2017; เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สันติภาพ นันทะสาร และสุธีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2563) โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกมีการพัฒนาในตัวแปรเชิงบวกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการ

ค) การศึกษาที่แบ่งผู้เข้าร่วมกระบวนการมากกว่า 2 กลุ่ม คือ มีการแบ่งกลุ่มตามเงื่อนไขของกระบวนการ เช่น กลุ่มที่ทำกระบวนการ Three funny things กลุ่มที่ทำกระบวนการบันทึกความทรงจำในวัยเด็ก (placebo controlled) กลุ่มที่ทำกิจกรรม Gratitude เป็นต้น และเปรียบเทียบผลของแต่ละกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการที่แตกต่างกัน (Gander et al., 2016; Venieris, 2017; Waters, 2020; Wellenzohn, Proyer, & Ruch, 2016; Woodworth, O'Brien-Malone, Diamond, & Schüz, 2017) โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกในแต่ละกระบวนการรวมถึงกลุ่มที่ใช้กระบวนการหลอก (placebo controlled) มีการพัฒนาในตัวแปรเชิงบวกไม่แตกต่างกัน และมีการวิเคราะห์ด้วย ANOVA พบว่าผู้เข้าร่วมกระบวนการชอบรูปแบบของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกในลักษณะต่าง ๆ มากกว่าการเข้าร่วมกระบวนการหลอก (Gander et al., 2016)

จากการทบทวนการศึกษาวิธีการในการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่กล่าวมานั้น พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ได้มีการติดตามผลทั้งผลระยะสั้นและระยะยาว โดยระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามได้แก่ 1 สัปดาห์หลังทำกระบวนการ 1 เดือนหลังทำกระบวนการ 3 เดือนหลังทำกระบวนการ และ 6 เดือนหลังทำกระบวนการ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประสิทธิผลของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อตัวแปรเชิงบวกในระยะยาว

3.2.2.2 ตัวแปรที่ศึกษาร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยพบว่าการศึกษากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกส่วนใหญ่มุ่งศึกษาตัวแปรอื่น ๆ โดยไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบตัวแปรที่ศึกษาร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยเรียงจากตัวแปรที่มีการศึกษามากที่สุดไปจนถึงการน้อยที่สุด ได้แก่ ความสุข (Gander et al., 2016; Venieris, 2017; Waters, 2020; Wellenzohn et al., 2016; Woodworth et al., 2017; นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์และคณะ, 2562) ภาวะซึมเศร้า (Barnes & Mongrain, 2020; Gander et al., 2016; Wellenzohn et al., 2016; Woodworth et al., 2017; เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ, 2563) สุขภาวะหรือ well-being (Barnes & Mongrain, 2020; Gander et al., 2016; Tunariu et al., 2017) การฟื้นคืนสภาพบุคคลหรือ Resilience (Tunariu et al., 2017; Venieris, 2017) รูปแบบบุคลิกภาพ (Barnes & Mongrain, 2020) ความเครียด (Venieris, 2017) การปรับตัวทางสังคม (นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, ขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ และไพลิน ลิ้มวัฒนชัน, 2562) และ ต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สันติภาพ นันทะสาร และสุธีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2563) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ และคณะ (2562)ที่ศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้เข้าร่วมกระบวนการ

ทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้เข้าร่วมกระบวนการเกิดการพัฒนาความสุขจากการได้แบ่งปันความทุกข์ ประสบการณ์จากเพื่อนซึ่งกลับมาสะท้อนให้มองเห็นคุณค่าและความงดงามภายในชีวิตของตนนอกจากนั้นการปรับตัวทางสังคมดีมากขึ้นจากการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่และเกิดความรู้สึกใกล้ชิดกับเพื่อนมากขึ้น

3.2.2.3 รูปแบบของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้ ได้แก่

- การหาจุดแข็ง (Signature strength - Strong) ซึ่งพบทั้งการหาจุดแข็งภายในของตนเอง และหาจุดแข็งในครอบครัว ได้แก่ การใช้จุดแข็งเพื่อสร้างความสุขในครอบครัว (Strengths Family Contract: SFC), การชี้นำครอบครัวให้ไตร่ตรองถึงการฟื้นคืนสภาพ จุดแข็งและอัตลักษณ์ของครอบครัว (Strong Ancestry-Strong Family: SASF), การระบุจุดแข็งของตน (Signature strengths) ซึ่งพบการศึกษาทั้งที่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมระบุเป็นตัวหนังสือและการวาดใบหน้าของตนเองที่สะท้อนจุดแข็งให้เพื่อนสมาชิกเห็น, ใช้จุดแข็งที่บอกมาแก้ไขเหตุการณ์ในรูปแบบใหม่ (Using signature strengths)

- การระบุสิ่งดีดีที่เกิดขึ้น (good things) การศึกษาส่วนใหญ่นิยมให้ระบุสามสิ่งดีดีรอบตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 3 สิ่ง ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องจดสิ่งดีดีที่เกิดขึ้นแต่ละวันพร้อมคำอธิบายสาเหตุของแต่ละสิ่ง

- การขอบคุณ (Gratitude) ซึ่งมีทั้งกิจกรรมที่ให้เขียนจดหมายขอบคุณตนเองและคนอื่นรอบตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- กิจกรรมที่ใช้อารมณ์ขัน ได้แก่ สามสิ่งที่ตลก (ทุกเย็นจะต้องเขียนสิ่งที่สนุกที่สุดสามสิ่งที่พวกเขาได้สัมผัสในระหว่างวันและเพื่อบรรยายความรู้สึกในแต่ละประสบการณ์), รวบรวมสิ่งที่ตลก (Collecting funny things: ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำสั่งให้จดจำสิ่งที่สนุกที่สุดอย่างหนึ่งที่พวกเขาเคยประสบมาในอดีตและจดไว้ในรายละเอียดที่เป็นไปได้มากที่สุด), นับเรื่องตลก (Counting funny things: ในระหว่างวันผู้เข้าร่วมจะนับเรื่องตลกทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระหว่างวันและจดบันทึกจำนวนทั้งหมดทุกเย็น), ใช้อารมณ์ขัน (Applying humor: ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำแนะนำให้สังเกตอารมณ์ขันที่เกิดขึ้นในระหว่างวันและเพิ่มกิจกรรมตลกใหม่ ๆ เช่นอ่านการ์ตูนเรื่องตลกดูหนังตลก ฯลฯ), แก้ไขสถานการณ์ที่ตึงเครียดด้วยวิธีที่ตลกขบขัน (Solving stressful situations in a humorous way: ผู้เข้าร่วมต้องคิดถึงประสบการณ์ที่ตึงเครียดในระหว่างวันและวิธีแก้ไข (หรืออาจจะ) ด้วยวิธีที่ตลกขบขัน)

- หาเหตุการณ์ที่กวนใจและมองเหตุการณ์ในแง่บวก (Positive reinterpretation)

- เขียนจดหมายถึงตนเองในเหตุการณ์ที่ผ่านมาสะท้อนมุมมองที่ห่วงใย (Self-compassion)

- แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Compassionate action)

- การฟังเพลงที่มีความหมายดี

- การเขียนจดหมายจากตัวเองในอนาคต (Letter from your future self)

- การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

- การให้ข้อมูลการจัดการความเครียดในเว็บบอร์ดออนไลน์

- การนึกถึงเหตุการณ์เชิงบวกในวัยเด็ก (Early positive memories) รวมทั้งประสบการณ์เชิงบวกกับคนอื่น ๆ

- การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เผชิญหรือการดำเนินชีวิตของตนเอง (Meaning)

- การระลึกถึงความประสบความสำเร็จของตนเอง (Accomplishment)

- การทำสมาธิเพื่อแผ่เมตตา (Meditating on positive feelings toward others) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำอยู่ในภาวะผ่อนคลาย และขอบคุณส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตนเอง ขอบคุณคนใกล้ชิดและสรรพชีวิตที่อยู่รอบตัวที่เกื้อกูล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การหาจุดแข็ง (Signature strength – Strong) การระบุสิ่งดีดีที่เกิดขึ้น (good things) และ การขอบคุณ (Gratitude) โดยรูปแบบของกระบวนการทำกิจกรรมเป็นการให้ผู้เข้าร่วมระลึกและเขียนสะท้อนตามแต่ละกระบวนการรวมทั้งบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้กับผู้วิจัยหรือผู้เข้าร่วมกระบวนการทางอื่นทราบ ซึ่งการประยุกต์ใช้กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับรูปแบบกระบวนการภายใต้แนวคิดอื่น ๆ จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพของกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกมากยิ่งขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน ลักษณะของการ

ติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วยข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุน ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

มีผู้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคม ไว้มากมายแตกต่างไปตามเรื่องที่ผู้วิจัยท่านนั้น ๆ สนใจศึกษา จึงไม่มีนิยามของการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นมาตรฐานที่ถูกต้องตายตัวเพียงอันหนึ่งอันใด แต่ขึ้นอยู่กับว่าผู้วิจัยต้องการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแนวใด แต่โดยทั่ว ๆ ไป แล้วการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการมีเพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ หรือการสนับสนุนเฉพาะพิเศษตามความต้องการของบุคคลเมื่อถึงช่วงเวลาวิกฤต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลพิจารณาเรื่องเกี่ยวกับปัญหาและภาพพจน์ของตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งยังส่งเสริมหน้าที่ของบุคคลให้สมบูรณ์ (Malecki & Demaray, 2002) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังหมายถึงการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองเป็นที่รัก เป็นที่ห่วงใย มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมซึ่งให้การช่วยเหลือและมีกฎข้อบังคับร่วมกัน (Taylor et al., 2004)

หากพิจารณานิยามทั้ง 2 ที่กล่าวมา จะพบว่านิยามแรกแสดงให้เห็นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมเป็นการกระทำที่ช่วยเหลือให้บุคคลพ้นจากวิกฤต แต่นิยามที่สองแสดงให้เห็นการสนับสนุนซึ่งบุคคลรับรู้ได้ทางใจโดยไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เป็นการกระทำ

การให้นิยามตามแนวทางที่สองมีผู้นิยามอยู่หลายท่าน เช่น นิยามของ Cobb (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าคือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งในเครือข่าย (network) ของการติดต่อสื่อสาร (communication) และหน้าที่ที่มีต่อกัน เช่นเดียวกับ Gottlieb (B. H. Gottlieb, 1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการในการปฏิสัมพันธ์ การสร้างความสัมพันธ์และการรวมตัวกันเป็นกลุ่มทางสังคมเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันในการเผชิญกับปัญหา สนับสนุนให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นคง และศักยภาพของตนเอง ซึ่งอาจได้รับในรูปแบบของการสนับสนุนทางด้านวัตถุหรือทางด้านจิตใจ Lin และคณะ (Lin, Simeone, Ensel, & Kuo, 1979) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจเป็นลักษณะเอกบุคคล กลุ่มคน หรือเป็นชุมชน การติดต่อสัมพันธ์นั้นทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม Kaplan Cassle และ Gore (Kaplan, Cassle, & Gore, 1977) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว คือ (1) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมใน

แต่ละคน ซึ่งได้แก่ การได้รับความรัก การยกย่องว่ามีคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งและการได้รับความปลอดภัย โดยได้รับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และ (2) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

สำหรับบางท่านจะให้นิยามผสมกันระหว่างแนวทางทั้งสองดังนิยามของ Faber (Faber, 1983) ซึ่งได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมคือ ความสัมพันธ์ยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลทำให้เกิดความช่วยเหลือต่อกัน ความสัมพันธ์นั้นอาจเกิดจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional support) อันได้แก่ การให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ให้การยอมรับ ให้ความสนิทสนม ยินดี พบปะสังสรรค์ พูดคุย เป็นประการที่หนึ่ง ประการที่สองคือ การสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial aid) ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำในการแก้ปัญหาหรือการปฏิบัติตัว ซึ่งนิยามนี้สอดคล้องกับ นิยามของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) ที่สรุปไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล โดยบุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันความเครียดและผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของวิกฤตการณ์และเป็นแหล่งประโยชน์เพื่อการปรับตัวต่อวิกฤต และ Kahn (Kahn, 1979) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ Caplan (G. Caplan, 1974) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในด้านข่าวสาร อารมณ์ หรือด้านสิ่งของ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู เป็นต้น Thoits (Thoits, 1982, 1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความช่วยเหลือต่อการปรับตัวกับความเครียดหรือการที่บุคคลอื่นที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมอย่างจริงจังต่อความพยายามในการจัดการกับความเครียดในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ความหมายและปฏิกิริยาทางอารมณ์ Tardy (Tardy, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีหลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์(การรับฟัง) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ(การให้เวลาและแหล่งสิ่งของ) การสนับสนุนด้านข้อมูล (การจัดหาข้อมูลข่าวสาร) และการสนับสนุนด้านการประเมิน (การให้ข้อมูลย้อนกลับ) Cohen และ Wills (Cohen & Wills, 1985) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูลหรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ มีผลทางด้านบวกและทางลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของบุคคล House และ Kahn (House & Kahn, 1985) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

อย่างไรก็ตามนิยามการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 แนวทางนี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวพันกับการแสวงหาและการได้รับการช่วยเหลือ เพื่อจะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังแสดงให้เห็นถึงการมีความผูกพันต่อสังคม ซึ่งความผูกพันดังกล่าวเป็นเครื่องหมายแห่งการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ปกติ และถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่เป็นประโยชน์ (Taylor et al., 2004)

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมตามที่กล่าวมาแล้วนั้น ซึ่งพอสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการสนับสนุนทั้งทางด้านนามธรรม เช่น ความรู้สึก อารมณ์ การยอมรับ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองยังคงมีคุณค่าในสายตาของบุคคลใกล้ชิดที่ให้ความสำคัญแก่ตนเอง นอกจากนี้ยังมีรูปแบบในเชิงของการช่วยเหลือทางด้านรูปธรรม เช่น มีแหล่งของข้อมูลในการตัดสินใจ ได้รับวัสดุสิ่งของที่ช่วยเกื้อกูลให้บุคคลนั้นนำไปแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่าแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมาจากหลายแหล่ง ซึ่งเป็นแหล่งจากเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั่นเอง

4.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ซึ่งสุขภาพกายย่อมส่งผลถึงสมรรถภาพทางสมอง และความพร้อมในการเรียนรู้ (Pollitt, 1984) กันยา สุวรรณแสง (2538) กล่าวไว้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีจิตใจปลอดโปร่ง สามารถศึกษาได้สำเร็จ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือมีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นว่าความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยยับยั้งความเครียด ซึ่งความเครียดนี้เป็นตัวบั่นทอนทั้งประสิทธิภาพทางสมองและประสิทธิภาพในการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆทางการเรียน ดังที่ปรากฏในผลงานวิจัยเมื่อเกิดความเครียดมาก ร่างกายจะหลั่งสารคอร์ทิซอล (Cortisol) ในปริมาณมาก ซึ่งสารตัวนี้จะส่งผลทำลายประสิทธิภาพในเรื่องของความจำของสมอง(Comeau, 2002) และประสิทธิภาพของสมองที่ต่ำลงย่อมส่งผลต่อการเรียนรู้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญกับพฤติกรรมการปรับตัวด้วย

งานวิจัยหลายเรื่องที่นำการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมากและให้ผลดีเมื่อนำมาใช้กับโปรแกรม ยกตัวอย่างเช่น ผลการวิจัยของ Lindsay Dodd และ Chen (Lindsay, Dodd, & Chen, 1985) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส นอกจากการวิจัยของ Lindsay Dodd และ Chen แล้วยังมีการศึกษาของ Aymanns (Aymanns et al., 1995) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 169 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นจากการศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางจิตเวชที่ต้องให้การบำบัด หรือต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเผยให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ได้ถึงการดูแลเอาใจใส่ การได้รับความรัก ความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่า (Esteemed and Valued) และมีความรู้สึกเป็นสมาชิกในกลุ่มหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb, 1976) โดยผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลแม้ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ (Bowling & Gabriel, 2004) และผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลและสิ่งของจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีสุขภาพที่ดีได้ (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังทำหน้าที่เสมือนกันชน (Buffer) ที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยได้ดี (B. Gottlieb, 1983) โดย Cohen Underwood และ Gottlieb (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้การให้และการรับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวหรือจากองค์กรที่เกี่ยวข้องมีผลทำให้บุคคลนั้นพ้นจากวิกฤติ ความเครียด และการคุกคามทางจิตใจ(สุรวัฒน์ คูวิเศษแสง, 2545)

จากความสำคัญทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล สำคัญช่วยให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ในที่นี้จะขอกล่าวเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Caplan (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นพฤติกรรมที่ให้กับบุคคลโดยตรงในรูปของวัตถุ การให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายหรือการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

2) การสนับสนุนที่เป็นนามธรรม (Intangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์และการสร้างความรู้สึกทางบวก เช่น การยกย่องและการให้กำลังใจ เป็นต้น

Cobb (1976) กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วยการสนับสนุน 3 ทาง ได้แก่

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่

2) การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ย้ำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือการให้ความรัก

2) การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3) การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นเงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

House (House, 1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การให้ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2) การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) เป็นต้น

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information) เป็นต้น

4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Thoits (Thoits, 1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument aid) หมายถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 รูปแบบ ได้แก่

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการแสดงออกทั้งทางวจนภาษา (Verbal expression) และอวจนภาษา (Nonverbal expression) ที่เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ให้การปลอบโยนและการดูแลเอาใจใส่

2) การสนับสนุนทางด้านคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษาและอวจนภาษา ที่ช่วยสร้างความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองรวมทั้งความรู้สึกถึงการมีคุณประโยชน์และมีความสามารถ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือการได้รับคำแนะนำ การแนะแนวหรือแม้แต่การชี้นำจากคนอื่น ๆ

4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ (Tangible support) คือการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านปัจจัยในรูปของการบริการและทรัพยากร

5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย (Network support) คือการเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนความสนใจและกิจกรรมร่วมกัน

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น พันธุมนาวิน (Bhanthumnavin, 2000) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การพูดปลอบโยน การพูดให้กำลังใจ ให้ความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นใจ รวมทั้งการให้การยอมรับ เป็นต้น การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น การช่วยเหลือในการแก้ปัญหา ช่วยหาทางออกที่ดี การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา การให้รางวัลหรือลงโทษ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ หรือการตัดสินใจที่ดี เป็นต้น การสนับสนุนด้านวัสดุ เครื่องใช้ รวมทั้งเงินและแรงงาน (Material Support)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับประเภทของการสนับสนุนทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน โดยครอบคลุมด้านสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์และสังคม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ในการแบ่งการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวจำแนกการสนับสนุนทางสังคมไว้ชัดเจน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการฟื้นคืนสภาพและการสนับสนุนทางสังคมผ่านบริบทการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ภายในโรงพยาบาล ภายใต้สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกัน เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองในแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาในการดำเนินชีวิต การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เครือข่าย ญาติ ที่จะช่วยสนับสนุนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสนับสนุนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว อันส่งผลต่อการฟื้นฟูเสริมสร้างอารมณ์จิตใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.4 กระบวนการให้การสนับสนุนทางสังคม

กระบวนการหรือรูปแบบกิจกรรมการให้การสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย โดยสามารถรวบรวมรูปแบบกิจกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยพบทั้งที่เป็นกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างการสนทนาและกลุ่มที่มีโครงสร้างการสนทนาชัดเจน

- กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียด การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา การพัฒนาทักษะการสื่อสารการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นต้น

- กิจกรรมอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคและสุขภาพจิต การใช้ยาและกฎหมายที่ควรรู้ เป็นต้น

- กิจกรรมการสานสัมพันธ์ เช่น การติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรมทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความเป็นอยู่และแสดงความห่วงใยต่อผู้ร่วมโปรแกรม เป็นต้น

- กิจกรรมสันทนาการ โดยกิจกรรมสันทนาการมักพบในโครงการเพื่อบำบัดฟื้นฟูในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ซึ่งมักพบส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การเต้นลีลาศ การจัดกลุ่มทัศนศึกษา เป็นต้น

ทั้งนี้กิจกรรมที่รวบรวมมานั้นเป็นเพียงกิจกรรมส่วนหนึ่งเท่านั้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นจากผู้วิจัยหรือองค์กรที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ยังไม่รวมกิจกรรมที่ได้จากการสนับสนุนจากหน่วยปฐมภูมิอย่าง ครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน โดยรูปแบบของกระบวนการหรือกิจกรรมการให้การสนับสนุนหนึ่งรูปแบบอาจมีการให้การสนับสนุนที่มากกว่า 1 ประเภท เช่น กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจได้ทั้งความรู้ และกำลังใจในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ จากผู้จัดงานหรือเพื่อร่วมกิจกรรม ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมองเห็นคุณค่าให้ตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

รูปแบบของกระบวนการหรือกิจกรรมการให้การสนับสนุนที่นิยมใช้ในการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม คือ กิจกรรมอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการฝึกทักษะต่าง ๆ และกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับตติยภูมิหรือจากหน่วยงานภายนอก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จึงไม่มีการควบคุมหรือติดตามการให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิอย่างครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการควบคุมการให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิของแต่ละผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้มีระดับที่เท่ากันอาจเป็นไปได้อยากเนื่องจากบริบทแวดล้อมของแต่ละท่านแตกต่างกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในขอบเขตตัวแปรวัดและตัวแปรสมทบในการจัดกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งได้ใช้รูปแบบกิจกรรมอบรมให้ความรู้ต่าง ๆ อันได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยกุมารแพทย์ผู้ดูแลจะเป็นวิทยากรในกิจกรรมการให้ความรู้ รวมถึงผู้วิจัยในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องสิทธิการรักษา และใช้รูปแบบกิจกรรม

การสานสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ติดตามผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้กำลังใจและติดตามผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังประสานเครือข่าย เช่น หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ผู้ปกครองหมู่บ้าน ในการระดมทรัพยากรทั้งสิ่งของและบริการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมถึงผสานกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในผู้เข้าร่วมกิจกรรมในช่วงของการดำเนินการปฏิบัติการในระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ซึ่งรูปแบบกิจกรรมการให้การสนับสนุนที่กล่าวมานั้นจะถูกผสานเข้ากับกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกออกมาเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในลำดับต่อไป

4.5 การวัดและการประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการสำรวจงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมักให้ความสำคัญในการรับรู้ของบุคคลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ (Measures of perceived support) การวัดการรับรู้เป็นเรื่องที่สำคัญเพราะหากสามารถทำให้บุคคลรับรู้ได้ว่าพวกเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และถูกมองในแง่ดี จะก่อให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wethington และ Kessler (Wethington & Kessler, 1986)
ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้ถึงการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของบุคคลได้ดีกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่จริง อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Collins และ Feeney (Collins & Feeney, 2004) ที่พบว่าการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่จริง ในงานวิจัยนี้การสนับสนุนทางสังคมถูกประสานเข้าไปในกระบวนการเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้ทางสังคมของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยมีการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการเข้าร่วมกระบวนการ โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายขึ้นอยู่กับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาพัฒนาแบบสอบถามมีประเด็นคำถามแตกต่างกันไป เช่น แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย (มัสลิน จันทน์ผา, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, 2561) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (ธวัลชญาน์ โชติเจริญธนันต์, สุธิศา ล่ามช้าง และพัชราภรณ์ อารีย์, 2563) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (นภาพร ตูมน้อย, นุจรี ไชยมงคล และมณีรัตน์ ภาคฐูป, 2551)

แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม the Medical Outcomes Study (MOS) social support survey (Sherbourne & Stewart, 1991) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Interpersonal Support Evaluation List-12 (ISEL-12) (Cohen & Wills, 1985) แบบสอบถามแหล่งการสนับสนุนทางสังคม (Shiba, Kondo, & Kondo, 2016) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ENRICHD Social Support Instrument) (Marsack & Samuel, 2017) แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม The Berlin Social Support Scales (Debska, Pasek, & Wojtyna, 2017) เป็นต้น อีกทั้งยังพบแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

4.5.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Rating Scale: SSRS) แบบสอบถามประกอบด้วย 10 ข้อ โดยวัดสามมิติของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจ (4 ข้อ) การสนับสนุนวัตถุสิ่งของ (3 ข้อ) และพฤติกรรมการแสวงหาการสนับสนุน (3 ข้อ) การสนับสนุนด้านจิตใจสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้เครือข่ายระหว่างบุคคลที่แต่ละบุคคลสามารถไว้วางใจ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ สะท้อนให้เห็นถึงระดับของการสนับสนุนที่แท้จริงของแต่ละบุคคลที่ได้รับในอดีต พฤติกรรมแสวงหาการสนับสนุนหมายถึงรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลใช้เมื่อต้องการการสนับสนุนทางสังคม คะแนนรายการของ SSRS ทั้งหมดมีตั้งแต่ 12 ถึง 66 คะแนน โดยสามารถแบ่งเป็นด้านจิตใจ (8 ถึง 32 คะแนน) ด้านวัตถุสิ่งของ (1 ถึง 22 คะแนน) และด้านพฤติกรรมการแสวงหาการสนับสนุน (3 ถึง 12 คะแนน) คะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งขึ้น ความน่าเชื่อถือในการทดสอบการทดสอบซ้ำสองเดือนของ SSRS เกิน 0.92 (Xiao, 1993) โดย SSRS ได้ถูกศึกษาและพัฒนาให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของประเทศจีนในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ในประเทศจีนจำนวนมากเนื่องจากมีความน่าเชื่อถือและความถูกต้องสูง (Cheng et al., 2008; Gao, Chan, & Mao, 2009; L. J. Wang, Zhong, Ji, & Chen, 2016; Z. Wang et al., 2018; Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009)

4.5.2 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support : MSPSS) พัฒนาโดย Zimet, G. D. และคณะ (1988) โดยแบบวัดนี้เป็นแบบวัดที่กระชับที่ออกแบบมาเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนจาก 3 แหล่งที่มา ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นแต่ละแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แหล่งละ 4 ข้อ เป็นมาตรส่วนแบบประมาณค่า ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินมีตั้งแต่ 12 ถึง 84 คะแนน และคะแนนมาตราส่วนเฉลี่ยตั้งแต่ 1 ถึง 7 (นำคะแนนรวมหารด้วย 12) สามารถแปลผลเป็นระดับได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำ (คะแนน 1 ถึง 2.9) การสนับสนุนทางสังคม

ในระดับปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 5) และการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (คะแนน 5.1 ถึง 7) MSPSS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความน่าเชื่อถือภายในและการทดสอบซ้ำที่ดีมีความถูกต้องที่ดีและโครงสร้างที่ค่อนข้างเสถียรในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย (Chai, Mahadevan, Ng, Chan, & Md Dai, 2018; Leung et al., 2020; Ong et al., 2018) อีกทั้งยังได้รับการแปลเป็นหลายภาษา รวมถึงภาษาไทยด้วย ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยแบบประเมินที่ผ่านมาใช้แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและบริบทของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะพัฒนาเครื่องมือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 20 คน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน Likert 4 ระดับ คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 ไม่เห็นด้วย 3 เห็นด้วย และ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) และหาค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมิน

4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภายใน 5 ปี ย้อนหลัง พบเพียงงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เท่านั้น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

4.6.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรอื่น ๆ โดยสามารถแบ่งลักษณะความสัมพันธ์เป็น 2 ลักษณะ คือ

ก) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคล การรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแล พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Kelley, Kent, Litzelman, Mollica, & Rowland, 2019; Leung et al., 2020; Tyler et al., 2020;

ถนัด อาวารุลหัก, 2562; ธวัลชญาน์ โชติเจริญธนันต์ และคณะ, 2563; มัสลิน จันทน์ผา และคณะ, 2561)

ข) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาระของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและผู้ป่วย (Chai et al., 2018; Leung et al., 2020; Shiba et al., 2016; L. J. Wang et al., 2016; Z. Wang et al., 2018; พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล, 2563)

นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างการฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคลภาระของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง (Marsack & Samuel, 2017; Ong et al., 2018)

4.6.2 การศึกษาเชิงสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยพบเพียงการศึกษาของ Grazyna Debska และคณะ (Debska et al., 2017)ที่ศึกษาระดับและแหล่งที่มาของการสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและญาติสนิทที่จัดการกับโรคในชีวิตประจำวันที่ศูนย์มะเร็งใน Krakow และ Tarnow ประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยสามารถระบุแหล่งที่มาของการสนับสนุนที่มีอยู่ได้มากกว่าผู้ดูแล และผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วย

4.6.3 การศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาที่พบศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การศึกษาของ สุคนธ์พณิช ธตพันธ์พงศ์ (สุคนธ์พณิช ธตพันธ์พงศ์, 2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยรูปแบบกิจกรรมการสานสัมพันธ์ การผ่อนคลายความเครียดตามคู่มือของวารี กังใจ (2558)การส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับตัวของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา หลักการดูแล รวมถึงกฎหมายที่ควรรู้ โดยผลการศึกษาพบว่าความเครียด ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนได้รับ ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวไม่พบทฤษฎีหรือแนวคิดเกี่ยวกับการอกแบบกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ (สุทธดา บัวจีนและคณะ2559)ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมที่ศึกษาได้ออกแบบรูปแบบกิจกรรมตามแนวคิดการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อของ Devaramane และคณะ

(Devaramane, Pai, & Vella, 2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese และคณะ (Varghese, Shah, Gs, Murali, & Paul, 2002) ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคและสุขภาพจิต การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา และการพัฒนาทักษะการสื่อสารการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า ภาระของผู้ดูแลหลังรับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังรับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ภาระของผู้ดูแลหลังรับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังรับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สำหรับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ภายใน 10 ปี ย้อนหลัง พบเพียงการศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งไม่มีการจำแนกโรคที่ชัดเจนโดยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือมีพยาธิสภาพของโรคอย่างรุนแรง (ดรุณี ท่วมเพ็ชร, สุธิศา ล่ามช้าง และศรีพรรณ กันธวัง, 2554) โดยใช้กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในโรงพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มเปิดแบบไม่มีโครงสร้างโดยบิดามารดาจะเป็นผู้เสนอประเด็นในการอภิปรายเอง พบว่ากิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้ โดยการศึกษาดังกล่าวมุ่งเน้นให้บิดามารดาเกิดการเรียนรู้วิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้มีการติดตามบิดามารดาของเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับการสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายเข้าไปให้การช่วยเหลือและสนับสนุนฟื้นฟูผู้ป่วยหรือผู้ปกครองนั้นยังไม่พบการศึกษาใด

4.6.4 การศึกษาเพื่อการพัฒนาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบเพียงการศึกษาของ ณิสาชล นาคกุล (2561) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่อาศัยในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จำนวน 135 คน และทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 22 คน โดยการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบในการพัฒนาประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ การพัฒนาศักยภาพ

ของทีมดูแล การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม (สนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา, สนับสนุนด้านข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ, สนับสนุนสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น สายให้อาหาร อุปกรณ์ทำแผล รถเข็น เป็นต้น) ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ เท่านั้นโดยไม่พบงานชิ้นใดที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถส่งเสริมความเข้มแข็งภายในของบุคคลได้ ทั้งนี้การศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในรูปแบบเชิงทดลอง ซึ่งการให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นอาจไม่สามารถควบคุมตัวแปรได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิภายในครอบครัวหรือเพื่อนเพิ่มเติมจากการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น อันส่งผลต่อการสรุปผลการศึกษาที่อาจคลาดเคลื่อนได้ ทั้งนี้การการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ ตามบริบทการปฏิบัติงานของพยาบาลหรือสาธารณสุข โดยไม่พบงานชิ้นใดที่ศึกษาการให้การสนับสนุนทางสังคมในบริบทการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง

5. การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เริ่มมีการพัฒนาขึ้นครั้งแรกใน ปี 1952 โดยนักวิชาการชื่อ Lewin แล้วได้รับการพัฒนา โดยนักวิชาการคนอื่น ๆ ในระยะ ต่อมาอีกหลายท่าน เช่น Kolb ในปี 1984 และ Carr and Kemmis ใน ปี 1986 เป็นต้น ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาของบุคคลและสังคมไปพร้อม ๆ กัน (Gilmore, Krantz and Ramirez, 1986 อ้างถึงใน วรรณดี สุทธินรากร, 2556) และพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติ (Improving by changing) อย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve practice and systematically) ของปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ จากบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert & Carpenter, 1999) ด้วยการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์ปัญหาเฉพาะอย่างเป็นระบบ เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนา

คุณภาพการปฏิบัติงานนั้นจากหลักทฤษฎี (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือในการที่จะทำให้เห็นปัญหาระหว่างผู้ที่เผชิญปัญหาเองและผู้วิจัย และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน (นงพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค (Technical Action Research) เป็นหนึ่งในระดับของการจำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จากแนวคิดการแบ่งประเภทความรู้ตามมโนคติพื้นฐานในการทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ (Interests) ของ Habermas (Carr and Kemmis, 1986; Grundy, 1982) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ได้รับอิทธิพลมาจากกระบวนทัศน์การวิจัยแบบปฏิฐานนิยม (Positivist Research Paradigms) ที่ให้ความสำคัญกับความรู้ด้านทักษะ (Technical Knowledge) และข้อสรุปที่ได้จากการสังเกตและการทดลองซ้ำ ๆ จนกระทั้งสามารถยืนยันข้อสรุปได้ (Generalizations) โดยมีลักษณะเฉพาะดังนี้ (Grundy, 1982; Holter & Schwartz-Barcott, 1993)

1) ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในเรื่องที่ทำวิจัยเป็นอย่างดี (Outside expert) ที่นำแนวคิด แผนงาน หรือโครงการที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูงสุดในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จ

2) การกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค จึงเป็นแบบบนลงล่าง (Top-down) ที่ผู้วิจัยต้องการพัฒนาประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลการปฏิบัติงาน โดยมุ่งเน้นการออกแบบรูปแบบการปฏิบัติหรือการพัฒนาที่จะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ ผู้วิจัยจึงสามารถกำหนดสิ่งที่คาดหวังจากการวิจัยไว้ในวัตถุประสงค์การวิจัยได้ว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้น เนื่องจากเป็นการกำหนดจากตัวผู้วิจัยเอง โดยผู้ร่วมวิจัยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้ตาม (Passive/Follower)

3) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ มักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้ว ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ

4) ความรู้ที่ได้เป็นความรู้เชิงการทำนายความเป็นเหตุเป็นผล (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า Traditional Action Research

ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

5) การพัฒนาหรือผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น

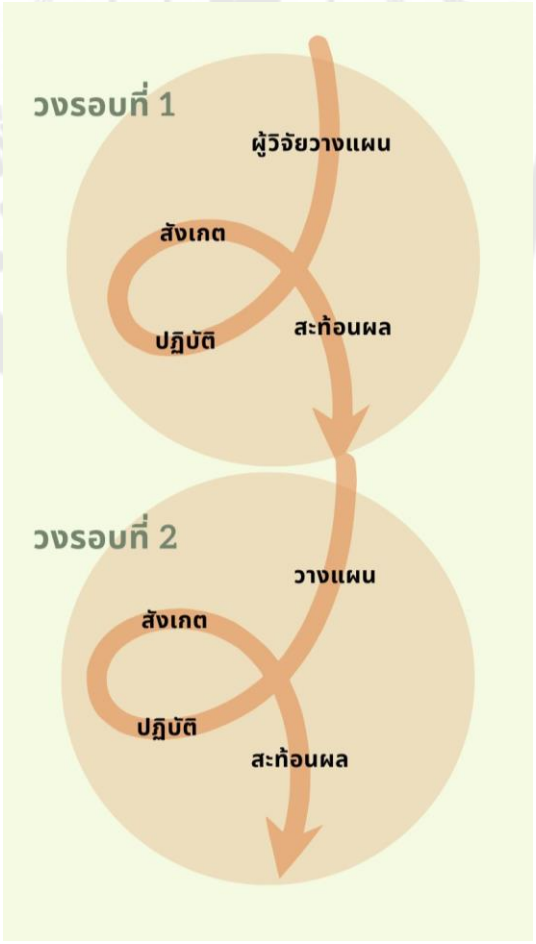
สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคให้ความสำคัญกับความรู้ ทักษะ ความชำนาญของผู้วิจัยในการจัดการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งสามารถสรุปคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

คุณลักษณะ	**การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค**
มุมมอง	Positivism
กระบวนการ	Scientific-technical
ที่มาของปัญหาวิจัย	ผู้วิจัยเป็นผู้เริ่ม
ระเบียบวิธี	วิธีอนุมาน (Deductive Approach)
เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลง
ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง	เร็วแต่ไม่ยั่งยืน
ความรู้ที่ได้รับ	ความรู้เชิงทำนาย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning: P) ที่เกิดจากผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเพื่อวิเคราะห์หาความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา 2) การปฏิบัติ (Acting: A) ที่ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างมีระบบ ซึ่งแผนที่กำหนดไว้สามารถแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์เฉพาะหน้า โดยการกำหนดให้มีความยืดหยุ่นและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัย 3) การสังเกต (Observing: O) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการ

สังเกตของผู้วิจัยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมที่ปฏิบัติเชื่อมโยงกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้ร่วมวิจัย เช่น การบันทึกภาคสนาม (Field Notes) การสัมภาษณ์ (Interviews) การบันทึกเสียง (Recording) เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติและการสังเกตที่วางแผนไว้ล่วงหน้าอาจไม่ครอบคลุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นทั้งหมด อาจมีการปรับแก้ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เรียกว่า “การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า” (Kemmis & McTaggart, 1988: 100-106) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflecting: R) เป็นการประเมินอย่างหนึ่งโดยเกิดจากผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และผู้วิจัยวิเคราะห์ความสอดคล้องที่ได้จากการสังเกตจากปฏิบัติของผู้วิจัย อีกทั้งศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณจากแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อนำผลที่ได้ไปสู่ขั้นวางแผนในวงรอบต่อไปของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคจนกว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถสรุปวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคของการศึกษาครั้งนี้ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ตามภาพประกอบ 2 ดังนี้



ภาพประกอบ 2 กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค
ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988)

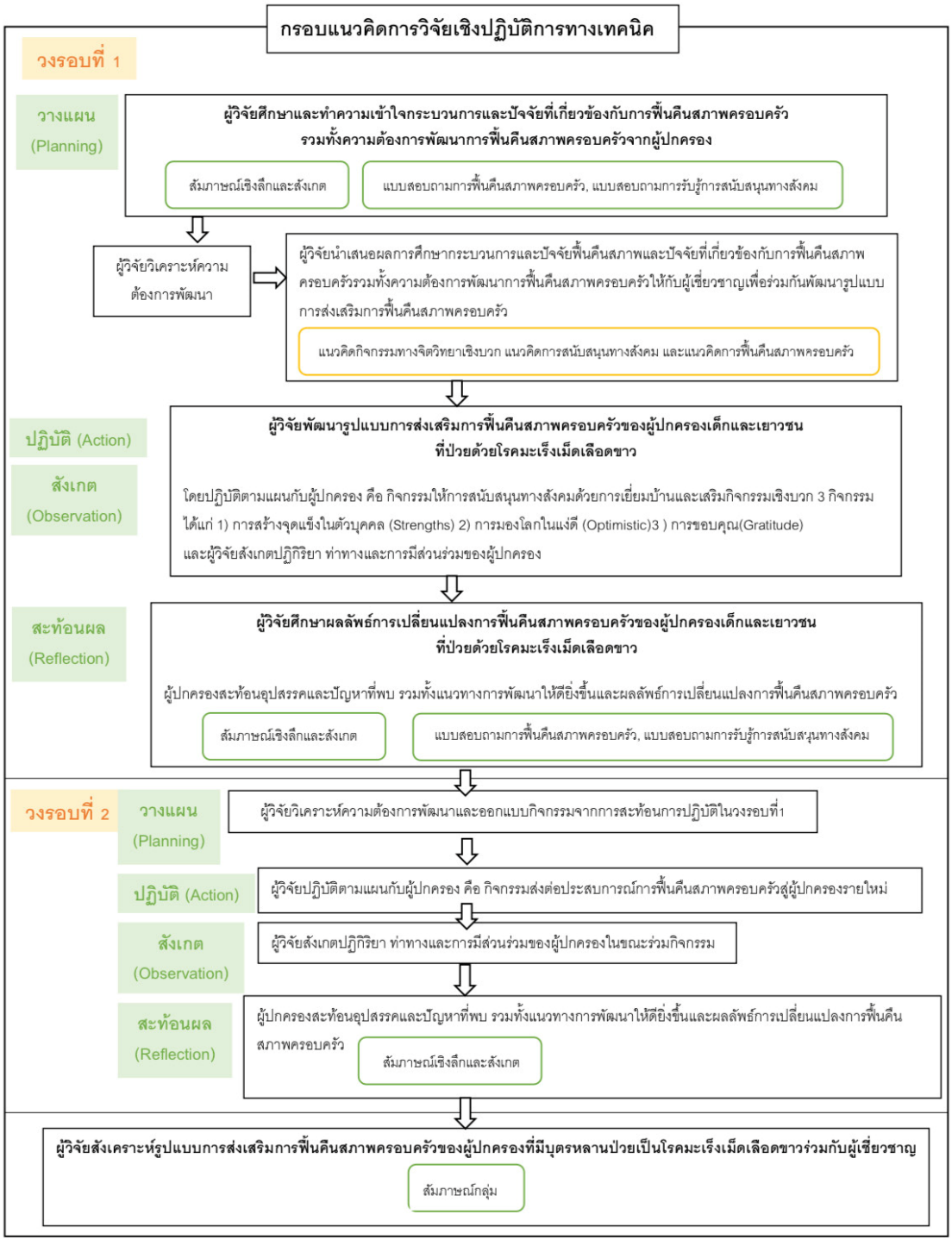
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้ทางสังคมของผู้ปกครอง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค (Technical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติ (Acting: A) การสังเกต (Observing: O) การสะท้อนกลับ (Reflecting: R) เพื่อตอบประเด็นปัญหาการวิจัยซึ่งได้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวว่าเป็นอย่างไร ผ่านการรับรู้การตีความให้ความหมายของผู้ปกครอง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด 21 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยผู้วิจัยอาศัยแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ซึ่งอธิบายถึงกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ และนำข้อมูลที่วิเคราะห์มาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนารูปแบบการฟื้นคืนสภาพครอบครัวตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นแนวทางร่วมกับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ผ่านบริบทการทำงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ภายใต้สถานการณ์ของผู้ปกครองแต่ละรายตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค อันประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Refection) ซึ่งในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคได้ศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยการวัดจากแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองทั้ง

ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม การสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และนำข้อมูล ปัจจัย องค์ประกอบต่าง ๆ และรายละเอียดของการทำกิจกรรมในแต่ละระยะของการพัฒนา มาสังเคราะห์เป็นข้อสรุปรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อันจะเป็นประโยชน์ในการประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในกลุ่มผู้ปกครองที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของบุตรหลานในครอบครัวด้วยตนเอง อีกทั้งทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

ทั้งนี้การกำหนดตัวแปรหรือแนวทางการจัดกิจกรรมที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการลงสนามวิจัยเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกรณีศึกษาตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ เพื่อการกำหนดกรอบการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเบื้องต้น ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษา ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

7. **นิยามศัพท์ปฏิบัติการ**

การฟื้นคืนสภาพครอบครัว (family resilience) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิม โดยสมาชิกครอบครัวจะปรับตัว เปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ สามารถประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจากแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนาแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh Family Resilience Questionnaire : WFRQ) ตามแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) ให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในครอบครัวไทย ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) รูปแบบการจัดการหน้าที่ภายในครอบครัว 3) การแก้ปัญหาและการสื่อสารของครอบครัว โดยได้ตัดองค์ประกอบเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวออกในแบบประเมิน และได้สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแยกออกมาเพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 30 คน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ 1 ไม่จริงที่สุด 2 ไม่จริง 3 ไม่แน่ใจ 4 จริง และ 5 จริงที่สุด และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ซึ่งพบว่ามีค่าความแปรปรวนของแต่ละข้อระหว่าง 0.23-1.43 และมีค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมคือ 55.9

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของบุคคลที่ตระหนักว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเมื่อต้องการความช่วยเหลือ สามารถวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยแบบประเมินที่ผ่านมาใช้แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและบริบทของผู้ให้ข้อมูล

โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 30 คน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ 1 ไม่จริงที่สุด 2 ไม่จริง 3 ไม่แน่ใจ 4 จริง และ 5 จริงที่สุด และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ซึ่งพบว่า มีค่าความแปรปรวนของแต่ละข้อระหว่าง 0.19-1.34 และมีค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมคือ 65.1

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค (Technical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติ (Acting: A) การสังเกต (Observing: O) การสะท้อนกลับ (Reflecting: R) เพื่อตอบประเด็นปัญหาการวิจัยซึ่งได้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และสังเคราะห์รูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 บริบทผู้ร่วมวิจัย
ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล
ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วยทั้งหมด 6 กลุ่ม ซึ่งถูกแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด ซึ่งครอบคลุมทั้งที่บุตรหลานเข้ารับการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยนอกและ

ระบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน และเป็นผู้ที่สะดวกในการให้การสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 21 คน จาก 15 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ร่วมวิจัยในระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2-4 คือเพื่อพัฒนารูปแบบฯและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง รวมทั้งสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้แบ่งผู้ร่วมวิจัยเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1) ผู้ปกครองในระยะก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 2 ของวงรอบที่ 1 จำนวน 8 ท่าน จากทั้งหมด 6 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

กลุ่มที่ 2) สมาชิกท่านอื่นในครอบครัวของผู้ปกครองกลุ่มที่ 1 ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำนวน 6 ท่าน จากทั้งหมด 4 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยจะมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค เพื่อให้การทำกิจกรรมเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกภายในกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 3) ผู้ปกครองจากกลุ่มที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 2 จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ปกครองมีบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรมการพัฒนาซึ่งทำกับผู้ปกครองรายใหม่และสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในวงรอบที่ 2 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

กลุ่มที่ 4) ผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่ที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด ที่บุตรหลานทราบผลการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ปี 2565-2566 จำนวน 1 ท่าน ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในวงรอบที่ 2

กลุ่มที่ 5) ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์สังคมวิทยา 1 ท่าน และ อาจารย์จิตวิทยา 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่ง

ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน จะเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นมาจากข้อมูลในระยะที่ 1 ก่อนจะนำกิจกรรมที่ออกแบบไว้ไปศึกษาตามขั้นตอนวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4

โดยผู้ปกครองในระยะก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคและระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค เป็นผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถิติการเข้ารับการรักษามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ โดยครอบคลุมผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง เนื่องจากพื้นที่การวิจัยดังกล่าว เป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคยากและซับซ้อนและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัด โดยมีหน่วยสาขาวิชาโลหิตวิทยาและมะเร็ง (Pediatric Hematology and Oncology) ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ ดังนั้นโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงเหมาะที่จะเป็นพื้นที่ทำวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2.1 ก่อนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

ก่อนดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ผู้วิจัยทำการศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยทำการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ คือเริ่มศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการลงสนามวิจัย จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง เพื่อศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตกับผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 21 คน จาก 15 ครอบครัวครอบครัวละ 1-2 ท่าน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยใช้เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนาแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว (Walsh

Family Resilience Questionnaire : WFRQ) ตามแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) ให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในครอบครัวไทย ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) รูปแบบการจัดการหน้าที่ภายในครอบครัว 3) การแก้ปัญหาและการสื่อสารของครอบครัว เพื่อนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณไปใช้ในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมในช่วงก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคต่อไป

2.2 ระยะการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

ระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี ซึ่งครอบคลุมทั้งที่บุตรหลานเข้ารับการรักษาด้วยระบบผู้ป่วยนอกและระบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นครอบครัวในระยะก่อนการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยและสามารถเป็นผู้ร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 14 คน จากผู้ป่วย 6 ครอบครัว ครอบครัวละ 2-3 ท่าน ซึ่งสนใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเป็นผู้ร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์สังคมวิทยา 1 ท่าน และ อาจารย์จิตวิทยา 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน อันนำไปสู่การวางแผนและกำหนดกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

3.ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นวางแผน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนรูปแบบส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยเริ่มจากการกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังและกำหนดกิจกรรมพร้อมวิธีการดำเนินกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง ดังนี้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดีบุคคล และ การมองเห็นคุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง

โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังและกิจกรรมที่ดำเนินการ

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 1 ผู้วิจัยโทรแจ้งเตือนวันพบแพทย์ (ใช้เวลา 20 นาที)		**กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพก่อนเริ่มกิจกรรม** เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความอุ่นใจมากขึ้นอันนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม	1.ผู้วิจัยโทรแจ้งเตือนวันพบแพทย์กับผู้ร่วมวิจัย พร้อมทั้งแนะนำการเตรียมเอกสารในการเปิดสิทธิก่อนพบแพทย์ 2.ผู้ป่วยและผู้ปกครองเข้าตรวจติดตามตามปกติ (ใช้เวลาประมาณ 40-90 นาที) 3. ผู้วิจัยนัดหมายการเยี่ยมบ้านรายบุคคล จำนวน 6 ครอบครัว

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 2 นัดหมายตามความสะดวกผู้ปกครอง (ใช้เวลา 1-2 ชม.)	ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	**กิจกรรมที่ 1 การให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม** **ประยุกต์ใช้แนวคิด** การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การสนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ โดยการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าทีมผู้รักษาให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือที่ทีมสหวิชาชีพใช้ในการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนทางด้านคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษาและอวจนภาษาที่ช่วยสร้างความรู้สึกถึงการมีคุณประโยชน์และมีความสามารถของบุคคล ซึ่งในขณะผู้วิจัยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านสามารถสะท้อนจุดแข็งหรือคุณค่าของผู้ปกครองในการมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างไร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การได้รับคำแนะนำและแนวทางทบทวนข้อมูลการดำเนินการของโรคและการดูแลที่ได้รับจากแพทย์ รวมทั้งข้อมูลการใช้บริการต่าง ๆ ของหน่วยบริการสาธารณสุข	**<u>เยี่ยมบ้าน</u>**เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโดยประสานงานหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อระดมทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงานสนับสนุนเพิ่มเติมในการดูแล **กระบวนการดำเนินกิจกรรม** 1. ผู้วิจัยประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้านผู้ป่วย พร้อมทั้งนัดหมายการลงเยี่ยมบ้านพร้อมกับผู้วิจัย

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
		4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ (Tangible support) คือการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านปัจจัยในรูปของการบริการและทรัพยากรจากทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง 5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย (Network support) โดยผู้ปกครองได้รับจากสนับสนุนทั้งจากหน่วยบริการสาธารณสุขและเพื่อนบ้าน รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว **นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพครอบครัว** เมื่อผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ผ่านการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งเปรียบเสมือนการติดตามให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจุดดีในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครอง แนะนำข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ใกล้บ้าน รวมทั้งการประสานงานระดมเครือข่ายทั้งทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสาธารณสุขหรือเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมอันนำไปสู่การดึงทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการปรับตัวหรือการฟื้นคืนสภาพในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานต่อไป	2. ผู้วิจัยประเมินการดูแลภายในบ้านและแวดล้อมรอบบ้าน ทบทวนข้อมูลการดำเนินการของโรคและการดูแลที่ได้รับจากแพทย์ รวมทั้งการแนะนำเรื่องการดูแลจากหน่วยบริการสาธารณสุขหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ (ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง) 3. ผู้วิจัยสรุปข้อมูลบริการกับผู้ปกครอง (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 2 เวลา 13.00 – 13.20 น. (ใช้เวลา 20 นาที)		**กิจกรรมทำความรู้จักกันก่อนเริ่มกิจกรรม** (จับคู่ทำกิจกรรมวงรอบละ 4 ท่าน จาก 2 ครอบครัว) เพื่อให้ผู้ปกครองที่มาร่วมกิจกรรมรู้จักกันมากขึ้นอันนำไปสู่การให้ความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือมุมมองซึ่งกันและกัน	1. ให้ผู้ปกครองแนะนำชื่อเล่น และแนะนำว่าตนเองดูแลบุตรหลานมานานแล้วกี่ปี 2. เมื่อผู้ปกครองทั้ง 4 ท่าน แนะนำตัวเสร็จให้ผู้ปกครองจับคู่กับอีกครอบครัวหนึ่งเข้าสู่การเล่นเกมท้ายคำ 3. ผู้วิจัยนำแผ่นคำปริศนามาให้ผู้ปกครองที่เป็นผู้ทายถือไว้เหนือศีรษะ 10 คำ 4. ผู้วิจัยจับเวลา 5 นาที ให้ผู้ปกครองอีกท่านเป็นผู้ทายคำ 5. หากครบ 5 นาที นับคะแนนทั้งสองคู่และมอบของที่ระลึกทั้งสองคู่ 6. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและทวนชื่อผู้เข้าร่วมและเริ่มกิจกรรมต่อไปได้

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 2 เวลา 13.20 - 13.55 น. (ใช้เวลา 35 นาที)	การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล	**กิจกรรมที่ 2 การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล** (Strengths) **ประยุกต์ใช้แนวคิด** กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกประเภทการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) เนื่องจากการผู้ปกครองต้องปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานนั้น ผู้ปกครองจะต้องเห็นถึงคุณค่าหรือพลังภายในตนเองที่เป็นแรงผลักดันให้ก้าวข้ามวิกฤตครั้งนี้ไปได้ **นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพครอบครัว** เมื่อผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตนเองและได้อธิบายว่าจุดแข็งของตนจะสามารถช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างไร ทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งได้เห็นแนวทางที่จะนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการปรับตัวให้สมดุลกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานของครอบครัวมากยิ่งขึ้น	<u>การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths)</u> โดยรูปแบบกิจกรรมเป็นการสะท้อนจุดแข็งของผู้ปกครองจากตัวผู้ปกครองเอง และให้ผู้ปกครองอธิบายว่าจุดแข็งของตนจะสามารถช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างไร **กระบวนการดำเนินกิจกรรม** 1. ผู้วิจัยให้กระดาษผู้ปกครองคนละ 1 แผ่น และให้ผู้ปกครองวาดภาพตนเองและเขียนจุดแข็งของตนเองมาท่านละ 5 อย่าง (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) เช่น มีความอดทน มีความสามารถในการสื่อสาร มีความเสียสละอุทิศตนเอง มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหา มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีอารมณ์ขัน มีไหวพริบ รักการเรียนรู้ เป็นต้น 2. ผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตนเองพร้อมทั้งการนำจุดแข็งไปใช้ในการปรับตัวให้ผู้เข้าร่วมทุกท่านฟัง (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) 3. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวเอง (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) และหลังจบกิจกรรม พัก 5นาที

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 2 เวลา 13.55 - 14.35 น. (ใช้เวลา 40 นาที)	การมองโลกในแง่ดี	**กิจกรรมที่ 3 การมองโลกในแง่ดี** (Optimistic) **ประยุกต์ใช้แนวคิด** กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกประเภทการมองโลกในแง่ดี (Optimistic) เป็นกิจกรรมที่สร้างผลลัพธ์ในเชิงบวกโดยการให้บุคคลคิดถึงอนาคตในทางบวกของตนเองและสร้างความคาดหวังในเชิงบวก ซึ่งอาจผสานการทบทวนจุดแข็งของตนเอง และทุกแง่มุมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตของตนเอง โดยการดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนของอาการหรือการดำเนินโรคของบุตรอยู่บ่อยครั้ง ดังนั้นการมองสถานการณ์ที่กำลังเผชิญในแง่บวกมีส่วนช่วยในการปรับตัวของผู้ปกครอง **นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพครอบครัว** เมื่อผู้ปกครองมองสถานการณ์และวิเคราะห์สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้อันนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในทิศทางบวกของครอบครัว จะช่วยให้ผู้ปกครองประเมินสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานในทิศทางที่ไม่ตึงเครียดอันนำไปสู่การวางแผนการปรับตัวของครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป	<u>**การมองโลกในแง่ดี** (Optimistic)</u> โดยให้ผู้ปกครองจินตนาการถึงภาพตนเองในอนาคต ว่าหากปัญหาในสถานการ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้วราบรื่นดี ผู้ปกครองคิดว่าภาพในอนาคตของตนเองที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง **กระบวนการดำเนินกิจกรรม** 1. ผู้วิจัยแจกกระดาษ 1 แผ่น ให้ผู้ปกครองวาดภาพหรือเขียนสิ่งที่ดีในอนาคต ว่าหากปัญหาในสถานการ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้วราบรื่นดี ผู้ปกครองคิดว่าภาพในอนาคตของตนเองที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง และเราสามารถนำจุดแข็งของตนเองที่เขียนมาจากกิจกรรมการสร้างจุดแข็ง มาใช้ในสถานการ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้อย่างไร (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) 2. ผู้ปกครองสะท้อนสิ่งที่ตนเองเขียน (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) 3. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) และพัก 5 นาที

ตาราง 2 (ต่อ)

วันและเวลา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	แนวคิดที่เกี่ยวข้อง	รูปแบบกิจกรรม/กระบวนการ
วันที่ 2 เวลา 14.35 - 15.15 น. (ใช้เวลา 40 นาที)	การมองเห็นคุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง	**กิจกรรมที่ 4 การขอบคุณ**(Gratitude) **ประยุกต์ใช้แนวคิด** กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกประเภทการขอบคุณ (Gratitude) เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรนั้นมีผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลร่วมกับตัวผู้ปกครอง เช่น สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ บุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น ผู้วิจัยต้องการให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกแง่บวกในการสนับสนุนของบุคคลรอบตัวมากขึ้นโดยใช้รูปแบบการเขียนจดหมายขอบคุณ **นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพครอบครัว** เมื่อผู้ปกครองได้ระลึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวและเขียนจดหมายขอบคุณ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่ให้การช่วยเหลือรอบตัวผู้ปกครอง และรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้ปกครองและครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้	<u>**การขอบคุณ**(Gratitude)</u> โดยให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายขอบคุณตนเอง ขอบคุณสมาชิกในครอบครัว และขอบคุณใครอีกคนที่ผู้ปกครองต้องการขอบคุณก็ได้ **กระบวนการดำเนินกิจกรรม** 1. ผู้วิจัยแจกกระดาษ 3 แผ่น ให้ผู้ปกครองแต่ละคน โดยให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายขอบคุณตนเอง 1 แผ่น, ขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่มาร่วมกิจกรรมด้วยกัน 1 แผ่น และขอบคุณคนอื่น ๆ ที่ต้องการขอบคุณ 1 แผ่น โดยให้ผู้ปกครองระบุสิ่งที่ต้องการจะขอบคุณให้ชัดเจน (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) 2. ผู้ปกครองบอกบุคคลและสิ่งที่ตนเองต้องการขอบคุณให้กับสมาชิกแต่ละท่านฟัง โดยเรียงจาก ตนเอง บุคคลอื่น และสมาชิกในครอบครัวที่มาทำกิจกรรมด้วย (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) 3. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมการขอบคุณ (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) 4. หลังจบกิจกรรม พัก 5 นาที และเข้าสู่การสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบที่ 1

โดยผู้วิจัยมีการลำดับกิจกรรมโดยนำการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยประสานงานหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อระดมทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงานสนับสนุนเพิ่มเติมในการดูแลขึ้นเป็นกิจกรรมแรก ซึ่งกิจกรรมแรกจะดำเนินการตามวันที่ผู้ปกครองสะดวก

เมื่อผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเสร็จจะเข้าสู่กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่

กระบวนการที่ 1 การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) โดยให้ผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตนเองและอธิบายว่าจุดแข็งของตนจะสามารถช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างไร เนื่องจากการจะข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานได้นั้น ผู้ปกครองจะต้องเห็นถึงคุณค่าหรือพลังภายในตนเองที่เป็นแรงผลักดันให้ก้าวข้ามวิกฤตครั้งนี้ไปได้ก่อน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนแรกเพื่อให้ผู้ปกครองได้ค้นหาและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุลต่อไป

กระบวนการที่ 2 การมองโลกในแง่ดี (Optimistic) โดยให้ผู้ปกครองระลึกถึงสิ่งที่ดีในประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญ เนื่องจากผู้ปกครองที่ต้องดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนของอาการหรือการดำเนินโรคของบุตรหลานอยู่บ่อยครั้ง อาจส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีมุมมองต่อสถานการณ์ในเชิงลบได้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สองเพื่อนำผู้ปกครองมามองและวิเคราะห์สิ่งที่ดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคตและเชื่อมโยงการนำจุดแข็งจากกระบวนการที่ 1 มาอธิบายว่าผู้ปกครองจะประยุกต์จุดแข็งภายในตนเองมาจัดการปัญหาของครอบครัวต่อไปอย่างไร

กระบวนการที่ 3 การขอบคุณ (Gratitude) โดยให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายขอบคุณ 3 ฉบับ ได้แก่ ขอบคุณตนเอง ขอบคุณครอบครัว และขอบคุณใครก็ได้ที่ต้องการขอบคุณเพิ่มเติม โดยใส่รายละเอียดในสิ่งที่ต้องการจะขอบคุณและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งที่คนนั้นช่วยเหลือคุณ เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานนั้นนอกจากตัวผู้ปกครองเองแล้วยังมีผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลร่วมกับตัวผู้ปกครอง เช่น สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ บุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่สุดท้ายเพื่อให้

ผู้ปกครองได้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง แหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกแง่บวกในการสนับสนุนของบุคคลรอบตัวมากขึ้น ทั้งจากตนเอง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนบ้านที่พร้อมจะเป็นแหล่งช่วยเหลือให้ผู้ปกครองข้ามผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของบุตรหลานไปได้เสมอ

3.2 ขั้นการปฏิบัติการและสังเกต เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเริ่มปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ด้วยกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก ในขณะที่ลงมือปฏิบัติกิจกรรมผู้วิจัยได้ทำการสังเกตพฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมถึงบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย การแสดงออกทางความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 สร้างความเข้าใจการดูแลและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี และการเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น และวงรอบที่ 2 กิจกรรมจากวงรอบที่ 1 ที่พัฒนาและปรับปรุงเพิ่มเติม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจากผู้ปกครองที่เข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 1 สู่ผู้ปกครองอาสาสมัครที่บุตรหลานทราบผลการวินิจฉัยในปี 2565

3.3 ขั้นการสะท้อนผลจากการปฏิบัติ เป็นการสะท้อนทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ด้วยเทคนิคการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติ (After action review) ด้วยการจัดการระดมความคิดทันทีที่เสร็จกิจกรรมและกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์เกี่ยวกับเป้าหมายของกิจกรรม สำเร็จหรือไม่เพราะเหตุใด ผู้ปกครองรู้สึกอย่างไรขณะทำกิจกรรม สิ่งที่ได้เรียนรู้มีประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร รวมทั้งมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมในวงรอบต่อไป

เมื่อเสร็จสิ้นวงรอบของการวิจัยผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยการวัดจากแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาคำอธิบายเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วตามรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงได้ยุติการทำกิจกรรมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค จากนั้น

ผู้วิจัยจึงดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4. การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ด้วยตารางเมทริกซ์ และนำรูปแบบไปสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ อันได้แก่ อาจารย์กุมารแพทย์ อาจารย์ทางสังคมวิทยา และอาจารย์ทางจิตวิทยา

ส่วนที่ 3 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3.1 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค โดยอาศัยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นการส่งเสริมทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำไปสู่การฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 3 วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีการในการเก็บข้อมูล
1. เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	- การสัมภาษณ์เชิงลึก - การสังเกต - การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยแบบสอบถาม - การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้วยแบบสอบถาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	- การสังเกต - การสัมภาษณ์การสะท้อนผลการปฏิบัติ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	- การสัมภาษณ์เชิงลึก - การสังเกต - การสัมภาษณ์การสะท้อนผลการปฏิบัติ - การประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยแบบสอบถาม - การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้วยแบบสอบถาม
4. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	- การสัมภาษณ์กลุ่ม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเครื่องมือเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างละเอียดและลุ่มลึก ดังนี้

3.2.1. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) มาเป็นกรอบแนวคิดในการถามคำถาม ดังนี้

ตาราง 4 ตัวอย่างข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกการฟื้นคืนสภาพ

ประเด็นหลัก	ตัวอย่างแนวคำถาม
ก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว	1. เมื่อผู้ปกครองทราบว่าบุตรหลานของตนป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตนเองรู้สึกอย่างไร 1.1 มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกเช่นนั้นอีก 1.2 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่กับผู้ปกครองในระยะเวลานานเท่าใด 1.3 หากให้ประเมินระดับความรู้สึกที่บอกว่า คะแนน 0-10 ความรู้สึกของตนอยู่ในระดับใด เพราะเหตุใดผู้ปกครอง 2. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานส่งผลต่อครอบครัวอย่างไรบ้างและแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร 2.1 ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่ อย่างไร 2.2 ส่งผลต่อการทำหน้าที่หรือบทบาทในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร 2.3 ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร 2.4 ส่งผลต่อสถานะทางการเงินของครอบครัวหรือไม่ อย่างไร 3. ครอบครัวมีสถานการณ์อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือทำให้เกิดความรู้สึกตามที่ตอบในข้อ 1 ที่ต้องเผชิญอีกหรือไม่ 3.1 สถานการณ์นั้นคืออะไร 3.2 สถานการณ์นี้เกิดขึ้นก่อนหรือหลังที่ทราบว่าบุตรหลานป่วย

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ตัวอย่างแนวคำถาม
ระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว	4. ครอบครัวปรับตัวหรือจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร มีความคาดหวังในแต่ละประเด็นอย่างไร 4.1 ครอบครัวจัดการความคิด ความเชื่อภายในครอบครัวอย่างไร 4.1.1 ครอบครัวมีความคิดความเชื่อหรือมุมมองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร 4.1.1 ครอบครัวมีการเชื่อมโยงกับประเพณี วัฒนธรรมหรือศาสนาอย่างไรบ้าง 4.1.2 ครอบครัวที่ปรับตัวได้ควรมีความคิด ความเชื่ออย่างไร 4.2 ครอบครัวจัดการรูปแบบการทำหน้าที่ภายในครอบครัวอย่างไร 4.2.1 ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำหน้าที่หรือบทบาทภายในครอบครัวอย่างไรบ้าง มีความคาดหวังต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำหน้าที่อย่างไร 4.2.2 สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนรักษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างไรบ้าง มีความคาดหวังต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างไร 4.2.3 ครอบครัวได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ อย่างไรบ้าง มีความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างไร 4.3 ครอบครัวจัดการวางแผนการแก้ปัญหาและสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไรบ้าง 4.3.1 ครอบครัวมีการชี้แจงข้อมูลทั้งอาการป่วยและรายละเอียดอื่น ๆ ให้กับสมาชิกในครอบครัวรับทราบอย่างไร มีความคาดหวังต่อการชี้แจงข้อมูลอย่างไร 4.3.2 สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง มีความคาดหวังต่อการแสดงออกทางอารมณ์อย่างไร 4.3.3 ครอบครัวมีการจัดแผนเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตอย่างไร มีความคาดหวังต่อการจัดแผนเตรียมความพร้อมอย่างไร 5. ที่ผ่านมาครอบครัวมีการปรับตัวตามที่ตอบเป็นลำดับหรือไม่ หรือมีการปรับตามสถานการณ์ อย่างไรบ้าง

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ตัวอย่างแนวคำถาม
หลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว	6. เมื่อครอบครัวได้ปรับตัวและจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานตามที่บอก ตอนนี้ครอบครัวรู้สึกอย่างไร เพราะอะไร 6.1 มีการเปลี่ยนแปลงอะไรภายในครอบครัวบ้าง

3.2.2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาคำอธิบายการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมหลังเข้าร่วมกิจกรรม

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเพื่อค้นหาคำอธิบายเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ดังนี้

ตาราง 5 ตัวอย่างข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกระบวนการฟื้นคืนสภาพและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ประเด็นหลัก	ตัวอย่างแนวคำถาม
กิจกรรมฯ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว	1. หลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ คือ มีนักสังคมสงเคราะห์ลงเยี่ยมบ้าน และทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้น ผู้ปกครองรู้สึกอย่างไร 1.1 กิจกรรมไหนบ้างที่ทำให้รู้สึกเช่นนั้น 2. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง 2.1 ครอบครัวมีความคิดความเชื่อเปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร 2.2 ครอบครัวมีความรู้สึกเปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร 2.3 ครอบครัวมีการกระทำเปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร 3. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่บอกมานั้นมาจากสาเหตุใด

ตาราง 5 (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ตัวอย่างแนวคำถาม
กิจกรรมฯ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	1. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ การให้ข้อมูลของเรื่องสิทธิและการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น การลงเยี่ยมบ้านและการทำกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกนั้น ท่านคิดว่าการสนับสนุนจากคนรอบข้างสำคัญอย่างไร 2. คนรอบข้างมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือท่านได้อย่างไรในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน 2.1 คนรอบข้างให้กำลังใจและห่วงใยท่านอย่างไร 2.2 คนรอบข้างให้การยอมรับว่าท่านมีความสามารถหรือข้อดีอย่างไร 2.3 คนรอบข้างให้ข้อมูลหรือคำแนะนำกับท่านอย่างไร 2.4 คนรอบข้างให้การช่วยเหลือในด้านสิ่งของหรือการลงมือช่วยเหลือท่านอย่างไร 2.5 คนรอบข้างเชิญให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บ้างไหม อย่างไร 3. เพราะเหตุใดท่านถึงคิดว่า คนรอบข้างมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือท่าน
การนำรูปแบบการพัฒนาฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น	1. ท่านคิดว่ารูปแบบที่จัดขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้หรือไม่ อย่างไร

3.2.3. **แนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติ**

แนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบการวิจัย ดังนี้

1. ท่านคิดว่าเป้าหมายของกิจกรรมในครั้งนี้คืออะไร
2. ท่านคิดว่ากิจกรรมในครั้งนี้สำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่
3. ความรู้สึกของท่านเป็นอย่างไร
   3.1 ขณะที่ท่านทำกิจกรรมรู้สึกอย่างไร
   3.2 หลังทำกิจกรรมท่านรู้สึกอย่างไร
4. สิ่งที่ท่านได้เรียนรู้มีประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร

5. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมในวงรอบต่อไป

5.1 ท่านคิดว่าอะไรเป็นจุดเด่นของกิจกรรมนี้

5.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นจุดที่ต้องปรับปรุงในกิจกรรมนี้

5.3 ท่านคิดว่ากิจกรรมนี้ต้องปรับปรุงอย่างไร

3.2.4. ประเด็นในการสัมภาษณ์กลุ่ม

ตัวอย่างประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มเกี่ยวกับการสังเคราะห์รูปแบบ

- กิจกรรมที่ดำเนินการแล้วประสบความสำเร็จ และผลของกิจกรรมเป็นอย่างไร

- ผลการเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 2 วงรอบ โดยเชื่อมโยงกับกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นอย่างไร

- รูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง และองค์ประกอบของการฟื้นคืนสภาพครอบครัวควรเป็นอย่างไร

3.2.5 เครื่องมือเชิงปริมาณ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกขึ้นด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้เมื่อบุตรหลานเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร และจำนวนครั้งที่ดูแลบุตรหลานในโรงพยาบาล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย วิธีการรักษาและระยะเวลาในแผนการรักษา อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับการรักษาในปัจจุบัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2015) ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

3 องค์ประกอบจากการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) รูปแบบการจัดการหน้าที่ภายในครอบครัว 3) การแก้ปัญหาและการสื่อสารของครอบครัว เนื่องจากแบบประเมินนี้นิยมใช้ในการประเมินก่อนและหลังการฝึกหรือการศึกษาประสิทธิผลสำหรับการให้คะแนนภายในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งสอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาครั้งนี้ที่นำแบบประเมินไปใช้ประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบบประเมิน WFRQ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพที่ทำงานส่งเสริมศักยภาพครอบครัวเนื่องจากสามารถเป็นแนวทางในการแทรกแซงการรักษาโดยเน้นที่ทรัพยากรและปัจจัยที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของครอบครัวได้ (Rocchi, et al, 2017)

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ 1 ไม่จริงที่สุด 2 ไม่จริง 3 ไม่แน่ใจ 4 จริง และ 5 จริงที่สุด และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α- Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 มีค่าความแปรปรวนของแต่ละข้อระหว่าง 0.23-1.43 และมีค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมคือ 55.9

ชุดที่ 3 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard และ Krupat, 1994) ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยแบบประเมินที่ผ่านมาใช้แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและบริบทของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 คน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ 1 ไม่จริงที่สุด 2 ไม่จริง 3 ไม่แน่ใจ 4 จริง และ 5 จริงที่สุด และเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความ

สอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาปรับปรุงข้อคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α- Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 มีค่าความแปรปรวนของแต่ละข้อระหว่าง 0.19-1.34 และมีค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมคือ 65.1

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของการศึกษา ดังนี้

4.1 ทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากการสังเกต ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลรองด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่ม จัดประเภทของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล โดยใช้หลักตรรกะแบบนิรนัย (deductive) ที่มีกรอบแนวคิดเป็นตัวกำหนด ทำให้ได้ประเภทของข้อมูลแบบ given code และใช้หลักตรรกะแบบอุปนัย (inductive) ที่เกิดจากการนำข้อมูลย่อย ๆ หลายส่วนจากภาคสนาม ซึ่งเป็นข้อมูลแบบ ground code มาหาข้อสรุป ตีความและตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัยร่วมกัน

4.1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติบรรยาย คือ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

4.2 การปฏิบัติการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติในแต่ละวงรอบของกิจกรรม ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อหาข้อสรุปของผลการวิจัย ตีความ และตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย

4.3 การศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยในเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ (Gain Score) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว เทียบตามเกณฑ์ของศิริชัย กาญจนวาสี (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2552) เพื่อเทียบระดับพัฒนาการของทั้งคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ดังตาราง 6

ตาราง 6 เกณฑ์คะแนนพัฒนาการเทียบระดับพัฒนาการ

คะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์	ระดับพัฒนาการ
76-100	พัฒนาการระดับสูงมาก
51-75	พัฒนาการระดับสูง
26-50	พัฒนาการระดับกลาง
0-25	พัฒนาการระดับต้น

ซึ่งมีสูตรคำนวณคะแนนพัฒนาการสัมพัทธ์ ดังนี้ $DS = \frac{(Y-X)}{F-X} \times 100$

เมื่อ DS (%) หมายถึง คะแนนร้อยละของพัฒนาการของผู้ปกครอง (คิดเป็นร้อยละ)

F หมายถึง คะแนนเต็มของแบบวัด (95 คะแนนทั้งแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัว)

X หมายถึง คะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

Y หมายถึง คะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรม

4.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการให้รหัสข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการให้รหัสข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าการให้รหัสข้อมูลของผู้วิจัยนั้นมีความเข้าใจตรงกันกับผู้อื่น ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก 1 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม 1 ท่าน และเพื่อนนักวิจัยจำนวน 4 ท่าน

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยอาศัยการตรวจสอบ 3 วิธี ได้แก่ 1) การตรวจสอบด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) 2) การให้สมาชิกตรวจสอบข้อมูล (Member checking) และ 3) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การตรวจสอบด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีที่หลากหลายนี้มาตรวจสอบความถูกต้องที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและใช้แหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการสอบถามและสัมภาษณ์

2. การให้สมาชิกตรวจสอบข้อมูล (Member checking) โดยผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบข้อมูลขณะที่ให้ข้อมูลและผู้วิจัยทำการสะท้อนผลของข้อมูลไปยังผู้ให้ข้อมูล เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อย ผู้วิจัยทำการส่งข้อมูลการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเพื่อผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบว่าผลการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยเข้าใจนั้นถูกต้องและสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อสารหรือไม่ หากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยได้ดำเนินการทำความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

3. การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) จำนวน 2 ท่าน โดยผู้วิจัยสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับแก้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้มีความสอดคล้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (ชาย โพธิสิตา, 2564; Juthavantana, J. et al, 2021)

ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (Acute Lymphoblastic Leukaemia : ALL) ที่เข้ารับการรักษาที่ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ซึ่งเป็นการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเปราะบาง ความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการออกแบบการวิจัยด้วยความระมัดระวังและได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลข SWUEC-G-002/2564E และจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลข IRB 171/64 รวมถึงทำ

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการที่ลงนามของผู้ร่วมวิจัย พร้อมอธิบายการวิจัยให้ผู้ปกครองทุกท่านทราบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปกครองมีความเข้าใจอย่างแท้จริงและในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ผู้ปกครองสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ แม้ว่าโครงการจะยังไม่สิ้นสุดก็ตามและผู้วิจัยต้องชี้แจงให้ผู้ปกครองมั่นใจว่า การแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของบุตรหลานหรือด้านอื่น ๆ นอกจากนี้ ผู้ปกครองต้องได้รับทราบว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเป็นความลับ โดยในการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นการสรุปภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลและภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค (Technical Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อตอบประเด็นปัญหาการวิจัยซึ่งได้แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และสังเคราะห์รูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่ดำเนินการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย ส่วนที่ 2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และส่วนที่ 5 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่ดำเนินการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัย

ส่วนที่ 2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

2.2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4.1 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1

4.2 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 2

ส่วนที่ 5 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 1 บริบทผู้ร่วมวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการในพื้นที่ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ซึ่งพื้นที่การวิจัยดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคยากและซับซ้อนและรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัด โดยมีหน่วยสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็ง (Pediatric Hematology and Oncology) ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะ ผู้วิจัยนำเสนอบริบทของผู้ร่วมวิจัยเพื่อแสดงให้เห็นถึงบริบทและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดเป็น 6 กลุ่ม ซึ่งจะขอสรุปข้อมูลพื้นฐานและบทบาทในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1) ผู้ร่วมวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ ผู้ปกครองที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อย่างใกล้ชิด จำนวน 21 คน จาก 15 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งตอบแบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสมัครใจเป็นผู้ร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยที่คัดเลือกเข้ามามีทั้งมารดา บิดา ตา ยาย ย่า และพี่ชายผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ป่วยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 ทั้งหมด ซึ่งผู้วิจัยได้ระบุนามสมมติให้กับผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด ดังตารางที่ 7

ตาราง 7 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1

รายที่	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	นามสมมติ
1	มารดา	มะลิ
2	มารดา	กุหลาบ
3	มารดา	ส้ม
4	มารดา	กล้วย
5	มารดา	มะม่วง
6	มารดา	บัว
7	มารดา	ชมพู่
8	มารดา	พุด
9	บิดา	หลิว
10	บิดา	สัก
11	บิดา	ประดู่
12	บิดา	ปาล์ม
13	บิดา	ไทร
14	บิดา	โพธิ์
15	ยาย	รัก
16	ยาย	พิกุล
17	ยาย	แอปเปิ้ล
18	ยาย	ลั่นทม
19	ย่า	ลิลลี่
20	ตา	สน
21	พี่ชาย	ไผ่

โดยผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 30-65 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36-40 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด ผู้ปกครองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 และสถานภาพส่วนใหญ่คือ สมรสและไม่เคยมีครอบครัวมาก่อน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 6 คน

คิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 ซึ่งอาชีพรองลงมาคือ ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ไม่มีรายได้ ซึ่งสำหรับผู้ปกครองที่มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 จากจำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 21 คน โดยพบว่าเมื่อบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต้องหายืมจากแหล่งต่าง ๆ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6

ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 ซึ่งจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ถึง 11 คน ส่วนใหญ่มีสมาชิกประมาณ 4-6 คนในครอบครัว พบจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยจำนวนบุตรหรือหลานที่ต้องดูแลส่วนใหญ่อยู่ 2 คน ต่อครอบครัว พบจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองที่มาดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งส่งผลต่อรายได้ของครอบครัว โดยกลายเป็นสถานการณ์วิกฤตอีกสถานการณ์ที่ครอบครัวต้องเผชิญร่วมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยพบว่าส่วนใหญ่เมื่อบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต้องหายืมจากแหล่งต่าง ๆ รวมทั้งลักษณะครอบครัวที่มีขยายจำนวนสมาชิกจำนวนมากจึงจำเป็นจะต้องจัดสรรทรัพยากรทั้งการเงินและเวลาในการดูแลสมาชิกท่านอื่น ๆ ภายในครอบครัวอีกด้วย สามารถสรุปข้อมูลบริบทพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 เป็นภาพรวมส่วนใหญ่ได้ดังภาพประกอบ 5

ภาพประกอบ 4 ภาพรวมข้อมูลบริบทพื้นฐานส่วนใหญ่ของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1

สำหรับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแลบุตรหลานของผู้ร่วมวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 15 คน อายุผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 และส่วนใหญ่ยังสามารถเรียนได้ตามปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6

การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่พบเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ALL) อย่างเดียวเท่านั้น จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 โดยผู้ป่วยอีก 2 คน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ALL) ร่วมกับภาวะพัฒนาการล่าช้า (delay development) คิดเป็นร้อยละ 13.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาประมาณ 1 ปี 1 วัน – 2 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และประมาณ 2 ปี 1 วัน – 3 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินการของโรคอยู่ระหว่างการรักษา (curative) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยอีก 3 คน มีระยะการดำเนินการของโรคอยู่ช่วงการกลับมาเป็นโรคซ้ำ (relapse) คิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งวิธีการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาภายใน 1 เดือน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 12 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 13 คน โดยผู้ป่วย 1 ราย สามารถเกิดอาการข้างเคียงได้มากกว่า 1 อาการ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น จำนวน 3 คน ไขกระดูกถูกกดการสร้างเม็ดเลือด จำนวน 3 คน มีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร จำนวน 2 คน และมีผิวหนังแห้งเกิดผื่น จำนวน 1 คน ตลอดการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล (admit) นอกเหนือจากการนอนโรงพยาบาลเพื่อให้ยาเคมีบำบัดตามแผนรักษา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 จากข้อมูลการนอนโรงพยาบาล 4 เดือนย้อนหลัง พบความถี่ในการนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งเป็นความถี่ที่น้อยที่สุด โดยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่นอนน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอวัยวะและสติปัญญาครบ 32 ปะการ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองที่มาดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษาครั้งแรกและมีอาการข้างเคียงที่จะต้องเผชิญมากกว่า 1 อย่าง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระบบการศึกษา ฉะนั้นการเจ็บป่วยของบุตรหลานจึงส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ปกครอง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวท่านอื่น ๆ ที่จะต้อง

ปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและสถานการณ์การเจ็บป่วยปัจจุบัน สามารถสรุปข้อมูลบริบทผู้ป่วยเป็นภาพรวมส่วนใหญ่ได้ดังภาพประกอบ 5

ภาพประกอบ 5 ภาพรวมข้อมูลบริบทพื้นฐานส่วนใหญ่ของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2) ผู้ปกครองจากกลุ่มที่ 1 ซึ่งอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในระยะที่ 2 ของวงรอบที่ 1 จำนวน 8 ท่าน จากทั้งหมด 6 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยผู้ปกครองจะเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดในตารางที่ 8

ตาราง 8 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2

ลำดับ	ครอบครัว	นามสมมติ	ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
1	ก	ลิลลี่	ย่า
2	ข	ส้ม	มารดา
3	ค	มะม่วง	มารดา
4	ค	สัก	บิดา
5	ง	แอปเปิ้ล	ยายผู้
6	จ	สน	ตา
7	จ	รัก	ยาย
8	ฉ	พิกุล	ยาย

กลุ่มที่ 3) สมาชิกท่านอื่นในครอบครัวของผู้ปกครองกลุ่มที่ 2 ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จำนวน 6 ท่าน จากทั้งหมด 4 ครอบครัว ครอบครัวละ 1-2 ท่าน โดยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค เพื่อให้การทำกิจกรรมเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกภายในกิจกรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดในตารางที่ 9

ตาราง 9 นามสมมติและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 3

ลำดับ	ครอบครัว	นามสมมติ	ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
1	ก	แอน	มารดา
2	ข	สุข	บิดา
3	ง	โก้	ตา
4	ง	ออย	มารดา
5	ฉ	สม	ตา
6	ฉ	อุ้ม	มารดา

กลุ่มที่ 4) ผู้ปกครองจากกลุ่มที่ 2 ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยในวงรอบที่ 2 จำนวน 1 ท่าน คือ คุณส้ม(นามสมมติ) มารดาผู้ป่วย โดยผู้ปกครองมีบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรมการพัฒนาซึ่งทำกับผู้ปกครองรายใหม่และสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสมในวงรอบที่ 2 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค

กลุ่มที่ 5) ผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่ที่มีบทบาทในการดูแลเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไซติก (ALL) อายุแรกเกิด ถึง 18 ปี อย่างใกล้ชิด ที่บุตรหลานทราบผลการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง ปี 2565-2566 จำนวน 1 ท่าน ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในวงรอบที่ 2

กลุ่มที่ 6) ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์สังคมวิทยา 1 ท่าน และ อาจารย์จิตวิทยา 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งอาจารย์แพทย์สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็กมีบทบาทให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการดำเนินการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน จะเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นมาจากข้อมูลในระยะที่ 1 ก่อนจะนำกิจกรรมที่ออกแบบไว้ไปศึกษาตามขั้นตอนวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค และมีบทบาทเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูลรอง

ตาราง 10 ข้อมูลพื้นฐานผู้ให้ข้อมูลรอง

ลำดับ	นามสมมติ	ระดับการศึกษา	ตำแหน่งงาน	ความเชี่ยวชาญ	ประสบการณ์
1	อ.ไวท์	-ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) สาขาการพัฒนาชุมชนเมือง - ปริญญาโทต่อเนื่องเอก วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์	- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ - ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์	- วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ - สังคมวิทยา	12 ปี
2	อ.กรีน	- ปริญญาตรีจิตวิทยาคลินิก (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) - ปริญญาโทจิตวิทยาการให้คำปรึกษา - ปริญญาเอกวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์	- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ - ประธานหลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิตสาขาจิตวิทยาประยุกต์	- การทำจิตบำบัดแบบ Satir - การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต - การจัดกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก - Personal growth group	12 ปี

ตาราง 10 (ต่อ)

ลำดับ	นามสมมติ	ระดับการศึกษา	ตำแหน่งงาน	ความเชี่ยวชาญ	ประสบการณ์
3	อ.บลู	-ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) - ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขากุมารเวชศาสตร์ - ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขากุมารเวชศาสตร์	- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ - ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหาร	- กุมารเวชศาสตร์ - กุมารเวชศาสตร์โรคเลือดและมะเร็งวิทยา	12 ปี

ส่วนที่ 2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ คุณลักษณะของครอบครัวในฐานะระบบการทำงานที่ต้านทานและปรับตัวจากความทุกข์ยากหรือความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและมีไหวพริบมากขึ้น (Walsh, 2003) การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวว่าเป็นอย่างไร ผ่านการรับรู้ การตีความให้ความหมายของผู้ปกครอง อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อไป ผู้วิจัยนำเสนอ 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และ 2) กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง ลำดับขั้นตอนในการทำงานของครอบครัวที่ต้านทานและปรับตัวจากความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด ซึ่งกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทำหน้าที่เป็นแผนผังความคิดในการระบุและกำหนดเป้าหมายกระบวนการสำคัญที่ลดความทุกข์ยากในสถานการณ์ที่ท้าทาย โดยแบ่งเป็นตามระยะของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง ลำดับขั้นตอนในการเผชิญความทุกข์ยากของครอบครัวเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 4 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเชิงลบเมื่อทราบว่าบุตรหลานป่วย

หมายถึง การที่ครอบครัวเกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจเป็นทุกข์หรือร่างกายมีภาวะใจสั่น ตัวชา หูไม่ได้ยินชั่วขณะ เป็นต้น เมื่อแพทย์แจ้งผลวินิจฉัยของผู้ป่วยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ปกครองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นมักเกิดควบคู่กันหรือพร้อมกัน ไม่สามารถจัดลำดับ

ของการเกิดความรู้สึกได้อย่างชัดเจน เช่น เกิดความรู้สึกตกใจจนตัวชาเนื่องจากเป็นเรื่องที่ครอบครัวไม่ได้คาดการณ์ไว้ เกิดความรู้สึกกลัวการสูญเสียหวั่นใจว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเนื่องจากครอบครัวมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จะต้องเสียชีวิต เกิดความรู้สึกเครียดไม่ทันตั้งตัวบีบคั้นหรือกดดันเนื่องจากไม่ทราบวิธีปรับตัวล่วงหน้า โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ครุ่นคิดเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวไปพร้อมกัน และเกิดความรู้สึกกังวลเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการปรับตัวของครอบครัว ซึ่งเชื่อมโยงกับการคาดการณ์ผลที่ยังไม่เกิดขึ้นในเชิงลบของครอบครัว เช่น อาการที่อาจแย่ลงของผู้ป่วย โรคไม่สามารถรักษาได้ และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

“รู้พร้อมกันครับ คุณหมอเรียกเข้าไปคุย โอ้ย ก็พูดไม่ออกครับ เหมือนตัวชา... (ลากเสียง) เหมือนมันไม่ร้องแต่มันอึ้งไป คือตกใจว่ามันไม่น่าจะเกิดกับเราอย่างนี้ ก็มองหน้ากันอย่างเดียว อึ้งไป ตกใจครับ” (คุณประดู่ บิดาผู้ป่วย)

“ช่วงแรก ๆ ก็ (มองไปทางผู้ป่วย และหัวเราะเสียงเครือ ๆ ฮึฮึ) ก็จะทำใจไม่ค่อยได้ค่ะ หมอบอกแต่ว่าเป็นโรคร้ายแต่เราคิดไปแล้วอะ (เอามือผู้ป่วยมาจับลูบไปตอบไป) ก็กลัวน้องแบบ(มองหน้าผู้ป่วยและลูบมือผู้ป่วยตลอด) ก็โรคอย่างนี้เนาะ คือ ถ้าเราดูแลเขาไม่ดีเขาก็จะทรุดเขาก็จะอะไรอย่างนี้ ก็แบบ(ถอนหายใจ) เครียดนะคะ โรคอย่างนี้ตอนนั้นคิดว่าอาจเลวร้ายอะไรสักอย่างหนึ่ง น้องเขาอายุยังน้อย ครอบครัวก็ไม่มีใครเคยเป็นโรคนี้” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

“หมอบอกอยู่นอนโรงพยาบาลนะอย่างน้อย 1 เดือน อย่างมากเดือนครึ่งเลย(ลากเสียงทำเสียงใหญ่ขึ้น) โอ้ยแม่จะเป็นลม โอ้ย รู้วันนั้นเลยนะแม่เครียดมาก ที่บ้านมันไม่มีใครเป็นเลย ตระกูลเราไม่มีเลย อยู่ ๆ น้อง(ผู้ป่วย)มาเป็นคนเดียวเนี่ย มันก็เครียดว่าเออเป็นได้ยังไงเกิดจากอะไร งงมาก” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 เผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงจากตัวโรคและการรักษา

หมายถึง การที่ครอบครัวต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์หรือผลข้างเคียงของการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งตลอดการรักษา กระตุ้นให้ผู้ปกครองเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านลบขึ้นได้และทำให้ผู้ปกครองมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ กังวล เครียด เป็นต้น อันได้แก่ ครอบครัวเห็นหรือรับทราบการทำหัตถการ

ทางการแพทย์เพื่อการรักษาผู้ป่วยแล้วรู้สึกไม่สบายใจทุกข์ใจ เนื่องจากการทำหัตถการมักทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัว เช่น การเจาะไขสันหลัง การให้ยาทางสายเลือด การฉีดยา การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น และครอบครัวเห็นหรือรับทราบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเนื่องจากการรักษา โดยผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกตกใจ กังวล กลัว เครียด คือ อาการเบลอจากการให้ยา อาการหนาวสั่นจากยา ผมร่วง ปวดท้องรุนแรง หรือบางรายมีภาวะแพ้ยาทำให้เกิดผื่นหรือลิ้นแข็ง เป็นต้น

“มีค่ะ ตอนที่อยู่โรงพยาบาล ตอนที่เขาจะเจาะหลัง จะทำอะไร ซึ่งหลายเนี่ยเจ็บปวดทรมาน เราก็ไม่รู้ว่าเขาจะผ่านวิกฤตนั้นไปได้อย่างไร บางทีเราได้ยินแม่เขาเล่าเราก็เจ็บปวดนะ แค่รู้ว่าเขา(ผู้ป่วย)...(หยุดพูดและเสียงสั่นคลอ)” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“ก็(ถอนหายใจและมองหน้าผู้ป่วย) ตั้งแต่น้องเริ่ม เริ่มเป็นค่ะ ก็ตอนมารักษานะคะ ก็ยังแบบคือถ้าน้องยังไม่หายดีคุณแม่ก็เครียด เครียดตลอด ทุกเวลา (ถอนหายใจลูบมือผู้ป่วยและหัวเราะ ฮีฮี)...ที่น้องต้องให้ยา ต้องเจาะหลังอะไรอย่างเนี่ย (มองหน้าผู้ป่วยตลอด)” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

“มีตอนเขาเบลอ คอร์สแรกเลยเขานอนเบลอมาก จะแปรงฟันก็ไปหยิบลิบมาทาแปรง คนข้างเตียงเขาก็เห็นเปิดน้ำหมุนอยู่อย่างนี้ (ทำท่าหมุนมือ) จนมือเลือดจะออกนะ พยาบาลเลยถามว่าทำอะไร เขาก็ไม่รู้ตัว แล้วหมอให้แตะปลายนิ้วเนี่ยเขาก็แตะเบี้ยว (ทำท่าแตะปลายนิ้ว) แตะเฉียงแต่ใจเขาคิดว่าตรงแล้ว ตอนนั้นใจเสียเลยไม่เคยเป็นอย่างนี้มาก่อน อ่อแล้วเขาก็ดันมาให้ยาฆ่าเชื้ออันนั้นหนักเลย สั่นจนเตียงเหมือนเจ้าเข้า สั่นทึดทึดทึด นึกว่าเขาจะช็อค” (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 เกิดความคงอยู่ของปฏิกิริยาเชิงลบอย่างต่อเนื่อง

หมายถึง การเกิดผลกระทบเชิงลบจากการทราบผลวินิจฉัยและกระบวนการรักษาที่ยังคงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งไม่สามารถเยียวยาได้ทันที โดยครอบครัวมีความรู้สึกด้านลบเกิดขึ้นบ่อยครั้งเป็นระยะเวลามากกว่า 1 สัปดาห์ โดยมีการหยุดและเป็นซ้ำไปมาตลอดการรักษาซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ปกครอง เช่น กินอาหารได้น้อยลงเพราะยังกังวลและเครียดเรื่องผู้ป่วย นอนหลับไม่เต็มอิ่มเพราะเป็นห่วงอาการผู้ป่วย ใจลอยและร้องไห้เวลาทำงานเพราะว่ายังตกใจเรื่องผู้ป่วยอยู่ หรือบางครอบครัวแต่เดิมถึงอยากมีบุตรเพิ่มแต่ตอนนี้กลัวว่าบุตรจะป่วยและเป็นทุกข์อย่างที่เป็นอยู่ นั้นแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกลบที่

เกิดขึ้นนั้น เกิดถี่มากกว่า 1 ครั้ง และเป็นความรู้สึกลบที่เข้มข้นรุนแรงจนสามารถส่งผลต่อความคิดความเชื่อของผู้ปกครองได้

"โอ้ย...(ลากเสียง) นานอยู่ค่ะ ตกใจแล้วก็คิดไปล่ะทีนี้ สารพัดให้คิด...ตลอด เป็นตลอดแล้วยายก็ร้อง...(ลากเสียง)ไห้ แล้วไปทำงาน...โอ้! จะเป็น 3 เดือนนู้นแหละมั้ง...แล้วทำงานยายก็ไม่มีกระจิตกระใจทำนะ แต่ก็ทำไปร้อง...(ลากเสียง)ไห้ไป น้ำตาก็หยดลงไม้กวาด เงินก็ไม่มีคิดสารพัด โอ้ยลำบากมาก...โอ้ย...(ลากเสียง) ก็คิดอยู่นั้น คิดเป็น เป็นโอ้ยหลายเดือน" (คุณลั่นทม ยายผู้ป่วย)

"ก็นั่งเครียดอยู่บ้างที่เตียงอาทิตย์แรก เพราะเราก็ยังไม่มี ไม่รู้จักกับใคร เราก็นั่งคิดอยู่กับลูกข้างเตียง มองลูก...ก็ขี่รถกลับบ้านก็แบบ(จุ๊ปาก) เหมือนสติมันหลุดอะ เหมือนกับแบบมัน แบบก็ขับรถไปก็เกือบชนนะวันนั้นน่ะ แล้วไปตัดหน้าเขาอะ มันคิดไปเรื่อยไง...ให้แม่เศร้า(เน้นเสียง)มากเลยแบบ(เงียบไป)...พอป่วยปุ๊บ มันก็นอนไม่ค่อยหลับ มันก็คิดนู้นคิดนี้ไปหลายอย่าง คิดไปนอนอยู่โรงพยาบาลกับเขา แม่ก็คิดโอ้ย...ลูกเรา...นอนอยู่ก็คิดโอ้ยลูกเราเขาจะเป็นอย่างไรเนาะ ร่างกายเขา เวลาเขาได้รับยาเข้าไป" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"อาการไม่สบายใจนี้ก็คือตั้งแต่ลูกป่วยแล้วก็ ช่วงที่ว่ารักษาช่วง ช่วงระยะแรกเนี่ยประมาณ 2 เดือน 3 เดือนนี้ รู้สึกแบบเออไม่ค่อยเป็นอันทำมาหากินเลยครับ คือเป็นห่วงลูก...เครียดตลอดนะครับ...ตอนนี้ก็ยังกังวลเรื่อง เรื่องป่วยของลูก เพราะว่าก็ยังไม่ได้นิ่งนอนใจซะทีเดียว...ยังมีความกังวลว่าเออกลัวโรคว่าจะกลับมาอะไรอย่างนี้ เออ...(ลากเสียง) ถึงเวลานั้นมันคงจะแย่มาก แต่ไม่อยากให้เกิดขึ้นนะ...มันจะมีความเปลี่ยนแปลงไปในความคิดบางอย่างนะครับอย่างเช่น การวางแผนครอบครัวแบบว่าเราอยากจะมีลูกอีกแต่ว่าเราไม่กล้ามี เรากลัวเจอปัญหาแบบนี้อีก" (คุณไทร บิดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.4 เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพด้านลบ

หมายถึง การที่ครอบครัวมีพฤติกรรมการกินและนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเมื่อทราบว่าบุตรหลานป่วยและต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลานาน โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเชื่อมโยงกับความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้นของผู้ปกครอง เช่น กังวลเรื่องอาการของบุตรหลาน เครียดกลัวสูญเสีย กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือผิดไปจากแผนการรักษา เป็นต้น โดยจากข้อมูลที่ได้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

ก) ครอบครัวเกิดพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงไป คือ ครอบครัวมีพฤติกรรมการรกินอาหารที่ต่างจากเดิม คือ กินอาหารได้น้อยลง หรือบางรายกินมากขึ้นจากเดิม โดยผู้ปกครองเกิดความรู้สึกลบตลอดการรักษาทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออาหารเปลี่ยนแปลงไป บางรายมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการกินที่มากกว่าเดิมโดยเชื่อมโยงว่าตนเองเกิดความเครียดและอ่อนล้าจึงต้องกินน้ำหวานเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น หรือบางรายกินอาหารได้น้อยลงจนน้ำหนักตัวลดลงเนื่องจากตนเองรู้สึกกังวล หดหู่ เสียใจ อันส่งผลทำให้การรับรสของอาหารเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

“กินมากกว่าเดิม อร่อยไม่เหมือนเดิม ด้วยบรรยากาศด้วยกังวลนิด ๆ ถ้าวันไหนลูกท้องเสียตัวร้อนหรือเกล็ดเลือดไม่ดี แม่ก็จะต้องนั่งเฝ้าเราก็ตื่นตัว” (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

“ตอนที่รู้ว่าเป็นช่วงแรก ๆ ไม่อร่อย กินไม่ได้เลยค่ะ 3-4 วัน ดื่มได้แค่น้ำนม ทานไม่ได้ น้ำหนักลดไป 3-4 กิโล” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“กินได้ครับ...ครับก็พอได้อยู่ แต่ว่ามันก็ไม่ค่อยปกติ ก็ไม่ค่อยเท่าไหร่ ไม่เหมือนตอนแรกที่ยังไม่เกิดเรื่องอะครับ เพราะว่าสภาพจิตใจเรามันเปลี่ยนไป (หัวเราะ ฮึ) มันก็ทำให้เรารู้สึกแบบกินอะไรก็ไม่ค่อยอร่อยแบบนี้ครับ” (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

ข) ครอบครัวเกิดพฤติกรรมการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป คือ ครอบครัวมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ต่างจากเดิม ซึ่งผู้ปกครองต่างยกเหตุผลเชื่อมโยงกับความรู้สึกเชิงลบที่เกิดขึ้นตลอดการรักษาเช่นเดียวกับพฤติกรรมการกิน คือ นอนหลับไม่เต็มอิ่มหรือนอนหลับได้สั้นขึ้นเมื่อเทียบจากเดิมที่สามารถนอนได้วันละ 7-8 ชั่วโมงเพราะต้องรับมาดูแลบุตรที่โรงพยาบาล นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ กลางดึกเพราะต้องลุกมาดูอาการของผู้ป่วยตลอดทั้งคืนทำให้ตนเองเพลียในเวลากลางวัน นอนไม่หลับหรือนอนหลับได้ยากขึ้นเพราะกังวลกลัวว่าบุตรหลานจะเสียชีวิตจากการรักษา เป็นต้น

“แรก ๆ นะ จะไม่หลับ มันเหมือนกังวลนะ กังวลว่าเขาจะรอดไหม จะหายไหม แทบจะไม่ได้นอนนะ คือจะคอยดูแลเขาตลอดเวลา” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

“ก็มีหลับ ๆ ตื่น ๆ ...แต่ก่อนเราก็นอนปกติแหละครับ วันหนึ่ง 6 7 8 ชั่วโมงอะไรอย่างเนี่ย...ตอนนั้น คือใหม่ ๆ ก็คือ จะนอนไม่หลับ จะไปหลับก็ตีสองตีสามเนี่ย แล้วเช้าเราก็ 6 7 โมงเราก็ตื่นอะไรอย่างเนี่ย” (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

"ก็ต่างจากเดิมค่ะ เพราะว่าเราต้องดูแลเขาตลอด 24 ชั่วโมง หนักกว่าเขา(คนในครอบครัว) เลยอะค่ะ(หัวเราะเสียงเบา ฮึฮึ) คือต้องคอยดูถ้าเขามีไข้นิดนึงก็เริ่มแบบ เริ่มแบบ เริ่มเครียดนอนไม่หลับ(มองหน้าผู้ป่วยลูกมือผู้ป่วย) กันแล้ว ว่าเขาจะเป็นอะไรรึป่าวเนี่ย ถ้าให้ยาแก้ไข้ไปแล้วยังไม่ลดอย่างเนี่ยค่ะ ก็หรือว่าเขาแบบอาการจะกลับมาอีกอะไรอย่างเนี่ย...ถ้าเกิดน้องเขาแบบมีอาการอะไรอย่างเนี่ย ตัวร้อนเป็นไข้อะไรอย่างเนี่ย เราก็จะไม่ได้แบบ พักผ่อนไม่เพียงพออย่างเนี่ย ก็จะคอยเป็นห่วงเขา (สูดลมหายใจและถอนหายใจ) เขาจะยังอยู่กับเราไหม(หัวเราะ ฮึฮึ และมองหน้าผู้ป่วย ระหว่างนั้นผู้ป่วยลงจากตักมารดา) อะไรอย่างเนี่ย อยู่ ๆ เขาก็แบบไปเลยอะไรอย่างเนี่ย ด้วยความคิดของเขาอะค่ะ...ก็(ลากเสียง) ช่วง...(มองหน้าผู้ป่วยลากเสียง) ช่วงแรก ๆ คือนอนไม่หลับเลย เครียดตาม" (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นหลักที่ 2 ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง ลำดับขั้นตอนในการเผชิญความทุกข์ยากของครอบครัวหลังทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 4 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ครอบครัวปรับความคิดความเชื่อ

หมายถึง การที่ครอบครัวปรับการยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงหรือเป็นสิ่งที่ไว้ใจมั่นใจของครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยจากข้อมูลที่ได้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

ก) ครอบครัวทำความเข้าใจสาเหตุของโรค คือ ครอบครัวมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งของผู้ป่วยรวมทั้งศึกษาแนวทางการรักษาเบื้องต้น ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่มุ่งเป้าของปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดโรคมะเร็งคือ กรรมพันธุ์ของครอบครัว โดยมีการย้อนดูโรคต่าง ๆ ของบรรพบุรุษเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดยส่วนใหญ่บอกว่ากรรมพันธุ์ก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งและมีการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหารการกิน การใช้ชีวิตรวมทั้งมีการศึกษาทำความเข้าใจการดำเนินการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อคาดการณ์และหาวิธีดูแลรักษาด้วย

"พอดีจังหวะที่ได้น้องชายอธิบายให้ฟัง ว่ามันเป็นยังไง อะไรอย่างไรโรคเนี่ย แล้วก็เรา Search ในเน็ตดูด้วย คือก่อนมาเนี่ย ผมสองคนพ่อลูกดูในเน็ตแล้ว ถ้าเป็นเราจะทำอย่างไร ถ้าไม่เป็นก็ไม่เป็นไร สมมติว่าเป็นโรคนี้เราจะทำอย่างไร เพราะเราต้องเตรียมใจว่าโรคเลือดออกไม่หยุดอะไรอย่างเนี่ย เราก็ search ดูลูคีเมียเป็นอย่างไรแล้วก็นอนคุยกัน...เราไม่คิดไงว่าทำไมมัน

จะเกิดกับเรา เราก็พยายามคุยกันทั้งสองครอบครัวว่าทางแม่กับทางผมมีใครเคยเป็นบ้างนะ มัน...(ลากเสียง)ก็ไม่มี แต่ก็มีน้องชายแม่เขานะเป็นมะเร็งลำไส้ที่ว่าเสียไป แต่อันนั้นเปอร์เซ็นต์หายเขาไม่มีเพราะกินเหล้าเยอะ แล้วเขาเป็นไม่รักษาไง เขาไม่สนใจเลย...ตอนนั้นหมอบอกมา หมอจะถามว่าพี่น้องมีใครเป็นไหม เราก็พยายามถอยหลังดูว่ามันมาจากไหนบ้าง อะไรบ้าง" (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

"อืม...(คิดสักครู่) อันนี้มันมีความคิดทีแรกเลยว่า ทางแม่เขามีโรคเลือดธาลัสซีเมีย อาจจะมาจากกรรมพันธุ์หรือเปล่า เราคิดไปเองนะคะ...แม่เขาบอกว่า อันนี้ไม่เกี่ยวข้องกัน...หมอบอกว่าไม่ใช่ ไม่เกี่ยวกับตัวนี้ แต่บางทีก็อาจจะมีส่วนแต่ก็ไม่ใช่ร้อยเปอร์เซ็นต์" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"เพราะว่าแม่จะพยายามปรับตัว แล้วอีกอย่างมันก็จะมีเพื่อนรอบข้างอะเนาะ คือเขาก็บอก อุ้ยไม่ต้องไปเครียดหรอก โรคนี้มันรักษาหายได้ โน้นนี้นั้นอะไรอย่างเนี่ย เขาบอกของเขาเป็นหนักว่านี้ เราก็พยายามอะ เราก็พยายามศึกษาด้วย เราก็เรียนรู้ไปด้วยไง มันก็ทำให้เราแบบ มันทำให้เราแบบมีกำลังใจดีขึ้นอะ ช่วยให้ปรับตัวขึ้น...คือเอาง่าย ๆ ตระกูลเรา ครอบครัวเราที่ผ่าน ๆ มา มันไม่มีเลย มันไม่มีเลย อยู่ ๆ น้องเก้า(ผู้ป่วย) มาเป็นคนเดียวเนี่ย...เออมันเป็นได้ยังไง เกิดจากอะไรอย่างเนี่ย คืองงมาก...search เน็ตดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไรเนี่ย เราก็รู้ว่าเออมันไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากกรรมพันธุ์ใช่ไหม มันอาจจะเกิดขึ้นได้อะไรอย่างเนี่ย" (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

ข) ครอบครัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น คือ ครอบครัวยินยอมโดยไม่มีความรู้สึกคัดค้านและครอบครัวรับรู้ว่าการป่วยของบุตรหลานนั้นเกิดขึ้นกับครอบครัวตนเองจริงและอยู่ในระหว่างการรักษาซึ่งคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวไหนก็ได้ ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยในรูปแบบหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องพบเจอเมื่อทราบผลการวินิจฉัยแล้วก็ต้องทำการรักษาและเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยไปให้ได้

"พอมาเป็นมะเร็งรอบ 2 เราคิดเหมือนตัดพ้อครับ ตัดพ้อในชีวิต พอ...(ลากเสียง) สักพักเราก็ต้องทำใจได้ เพราะเรามานั่งดู มานั่งโทษโน่นโทษนี่มันก็ไม่ได้เกิดประโยชน์อะไร เราก็ต้องเดินต่อไป เราคิดว่ารอบแรกมันยังหาย รอบ 2 มันต้องหายก็คิดอย่างนี้ เราก็เลยต้องสู้ต่อไปครับผม" (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

“ก็เชื่อว่ามันเป็นวาระหนึ่งนะครับ เป็นฤดูกาลหนึ่ง...(พยักหน้า) ใช่ (เสียงหนักแน่น) ที่อะไรที่มันแบบ เพราะมันเจอก็ต้องผ่านมันไป ก็จะมีฤดูกาลใหม่เข้ามาอะไรอย่างนี้ ก็ไม่ได้คิดว่ามันก็ ก็คิดว่ามันเป็นช่วง ช่วงหนึ่งมีก็ต้องปรับ” (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

“(นิ่งมองหน้าผู้ป่วย 6 วินาที) คิดอย่างไร (หัวเราะ ฮึฮึ ถอนหายใจ) เห้อ...(ลากเสียงสูดลมหายใจ) ก็...(นิ่งมองหน้าผู้ป่วย) ก็คิดอย่างไร ก็ไหน ๆ เขาเป็นขึ้นมาแล้วก็เราต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด (เสียงคลอ มองหน้าผู้ป่วย)” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ค) ครอบครัวหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ครอบครัวแสวงหาสิ่งศักดิ์สิทธิ พิธีกรรม หรือความเชื่อบางอย่าง ที่สามารถสร้างความหวังว่าบุตรหลานจะอาการดีขึ้นจนหายป่วยในไม่ช้าและสร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษาว่าจะต้องมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นกับครอบครัวหรือมีปาฏิหาริย์ต่าง ๆ ที่ครอบครัวคาดหวังไว้ โดยมีรูปแบบพฤติกรรมคือการอธิษฐานขอพร สวดมนต์ภาวนา ทำนายดวงชะตาผู้ป่วย หรือบนบานขอสิ่งศักดิ์สิทธิที่ผู้ปกครองนับถือให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง เป็นต้น

“ตอนแรก ๆ ก็พาลูกสวดมนต์นะ สวดมนต์ไหว้พระอะไรอย่างนี้ครับ ขอพรอย่างเดียว ก็พาไปทำบุญ ขอให้เราหาย นะ ให้ทำบุญมากกว่าแบบตามวัด แล้วก็บริจาคโลงศพครับ ทำแล้วก็จิตใจเรามันสบายใจขึ้นครับ มันก็รู้สึกเอ้ยเราสบายใจขึ้นอะไรอย่างนี้” (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

“ตัวย่าเองก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็ได้แต่ขอพร ขอพร ขอพร ขอย่างเดียว ละหมาดขอ ขอ...เราก็ขอ ละหมาดขอไปว่า ขอให้ใจเราสงบ...ส่งผลค่ะ ส่งผลให้ใจสงบ ให้เรารู้ว่าสิ่งที่เราขอ สิ่งที่เนี่ยไป ถ้าเบื้องบนเมตตา สงสาร เขา(พระเจ้า)ก็จะให้เรากลับมา ให้ยืดชีวิตหลาน ให้อะไรอย่างนี้ค่ะ...มีกำลังใจ มีกำลังใจว่าตอนนี้อาจจะช้าหน่อย ขอเวลาอีกนิดนึงเดี๋ยวพระเจ้าให้เรา” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“โอ้ เพราะแม่กลัวว่ามันจะหายไหม ถึงขั้นดูดวงนะ(หัวเราะ) โทรหาหลวงพี่วันแรก ๆ ‘หลวงพี่ดูดวงให้หน่อยสิเนี่ย ดูดวงน้องเก้าเนี่ยเป็นไรไหม อะไรอย่างเนี่ย บอกหลวงพี่ดูให้แม่น ๆ นะ’(ทำอีกเสียง) หลวงพี่ก็บอก ‘โยม หลวงพี่ดูให้แล้วเนี่ย อาตมาดูให้แล้วเนี่ย 3 รอบ 4 รอบ ดวงเขาไม่มีเสียชีวิตนะโยม’(ทำอีกเสียง) แม่ก็อืม อืม...เกี่ยว(กับจิตใจ) เกี่ยว(พยักหน้าเสียงต่ำ) เราก็เหมือนว่าเราก็ศาสนาพุทธอะเนาะ มันก็เหมือนกับว่าอะไรนะ ทางใจก็ ไปบนบ้าง

ไปบนนู้นนี้นั้นอะไรอย่างเนี่ย...ความเชื่อที่ว่ามันจะต้องดีขึ้น มันจะต้องมีปาฏิหาริย์ จิตใจอะมันเป็นที่พึ่งทางใจของเราใช่ไหม" (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 ครอบครัวจัดการรูปแบบหน้าที่และบทบาท

หมายถึง การที่ครอบครัวปรับหน้าที่หรือรูปแบบกิจวัตรภายในครอบครัว รวมทั้งการแสวงหาทรัพยากรภายนอกครอบครัวเพื่อมาสนับสนุนช่วยเหลือในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยจากข้อมูลที่ได้สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

ก) ครอบครัวปรับหน้าที่หาคนดูแลหลัก คือ ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและมอบหมายหน้าที่การดูแลผู้ป่วยแก่สมาชิกท่านใดท่านหนึ่งเป็นคนหลัก ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่แบ่งช่วงเวลาที่ต้องรับผิดชอบและแบบดูแลตลอดการรักษา นอกจากนั้นสมาชิกในครอบครัวบางท่านจะต้องปรับเปลี่ยนหน้าที่ตัวเองในการดูแลงานบ้านหรือดูแลบุตรหลานคนอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด เช่น แต่เดิมมารดาทำงานบ้านและดูแลลูกทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาจึงให้มารดาเป็นผู้เฝ้าและดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นหลักโดยงานบ้านและการดูแลลูกที่บ้านนั้นบิดาจะต้องเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลแทนมารดา หรือบางครอบครัวสมาชิกต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเนื่องจากครอบครัวไม่สามารถจัดสรรเวลาของสมาชิกแต่ละคนระหว่างการทำงานและการดูแลผู้ป่วยได้

"เปลี่ยนไปค่ะ เปลี่ยนไป เพราะว่าเราก็ต้องมา...(หยุดคิด) เขาเรียกว่าให้น้ำหนักให้ความสำคัญกับน้อง(ผู้ป่วย)สูงสุด โดยที่เราก็มีอารมณ์บ้าง เราไม่มีเวลาดูแลลูกสาว(เสียงคลอ) หน้าที่ของพ่อเลยต่างจากเดิม เพราะว่าพ่อต้องมีหน้าที่มาเพิ่มมากขึ้น ก็ต้องปรนนิบัติรเขาเวลามาโรงพยาบาลและก็ต้องดูแลน้องสาวเขาเวลาอยู่ที่บ้าน แล้วยังดูแลงานบ้านด้วยเพราะแม่ไม่อยู่บ้าน (เสียงคลอ) เหมือนกับว่าต้องให้เวลากับเขามากขึ้นเพราะแม่ไม่อยู่บ้าน แม่ต้องให้น้ำหนักมาดูแลผู้ป่วยต้องประกบในการดูแลเขา" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"ก็แบบพอเนย(ผู้ป่วย) ไม่สบาย แม่เขาก็ไปทำงานที่อื่น ยายก็ต้องออกจากงานมาดูแลเนย ก็มีแต่ตาที่ทำงาน...ก็มีแต่ตาคนเดียวที่ทำงาน ยายก็ต้องออกมาดูแล...ช่วงนั้นยายจะทำงานอยู่ ยายจะทำงานอยู่ ถ้าแบบอยู่หลายวันเนี่ย 'แม่ไปเฝ้าเนยนะหนูกลับบ้าน'(ทำอีกเสียง) เราก็เออไปกลับไป...เรื่องการทำงาน ก็มีแต่ตาทำงานคนเดียว ยายก็ไม่ได้ทำงานก็อยู่ดูหลาน" (คุณพิกุล ยายผู้ป่วย)

“ก็แบบว่าเราต้องออกจากงานอย่างนี้ เพราะไม่มีใครดูแลน้อง...น้องก็ยังเล็กอยู่ เพราะตอนน้องมาประมาณ 4 ขวบกว่าเอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อะไรอย่างนี้...ช่วงแรก ๆ เดือนเดือนนึงอ่ะ ต้องสลับกับลูกสาว แล้วไปทำงาน 3 วัน...เราต้องสลับกัน เพราะว่าลูกสาวหยุดบ่อยก็ไม่ได้ เราก็ต้องสลับกัน สลับกันสามคน(มารดาผู้ป่วย ป้าผู้ป่วย ยายผู้ป่วย)...ก็ต้องออกมา เพราะว่าไม่มีใครดูน้องอะ ไม่มีใครดูน้อง แล้วเรื่องกับคงกับข้าวนี้มันสำคัญไง ถ้าเราไปซื้อเนี่ย บางทีก็ใส่ผงชูรสใส่อะไรอย่างนี้ แล้วน้องเขากินไม่ได้อะ แล้วก็กลัวไม่สะอาดพออย่างนี้ คิดว่าเออออกมาดูแลน้องดีกว่า” (คุณแอปเปิ้ล ยายผู้ป่วย)

ข) ครอบครัวรักษาสัมพันธ์ผ่านกิจวัตรเดิม คือ ครอบครัวพยายามทำกิจกรรมภายในครอบครัวที่เคยทำร่วมกันก่อนการทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งของบุตรหลาน เพื่อประคับประคองความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้แน่นแฟ้นเช่นเดิม เนื่องจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวต่างก็ต้องมีหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและบ่อยครั้ง อันส่งผลทำให้กิจวัตรที่ครอบครัวเคยทำร่วมกันนั้นลดน้อยลงได้ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ คือ ครอบครัวพยายามหาเวลารับประทานอาหารร่วมกัน การออกกำลังกายร่วมกัน การออกไปเที่ยวร่วมกัน หรือการที่ได้เจอหน้าพูดคุยกันทุกวัน เป็นต้น

“เราเคยทำอะไรอย่างนี้ก็ปกติเหมือนเดิม ทำแบบไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงเหมือนเดิม ก็คือ กินข้าวอะไรบ้าง ว่างก็มารวมกันถ้าไม่ว่างก็ต่างคนต่างกินอะไรอย่างเนี่ย อย่างปกติเขา(ผู้ป่วย)จะออกกำลังกายกับป๊า ส่วนแม่ไม่ได้ไปหรอก แม่ก็อยู่บ้าน แต่ทุกวันนี้ตอนเช้าแม่จะเป็นคนออกกำลังกายคนเดียว ตื่นเช้ามาก็ใส่บาตรและก็ออกกำลังกาย ตอนป่วยเนี่ยเขาก็นอนด้วยกัน ปกติเขาก็นอนด้วยกัน พอตอนกลับมาจากโรงพยาบาลก็ยังนอนด้วยกันอยู่” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

“เขาอยากกินอะไร ย่าก็จะเป็นคนไปหาซื้อหาจ่ายมา แล้วก็มาทำกัน เขา ลูกเขา ตัวเรา แล้วก็มีลูกอีกคนหนึ่ง เขาก็จะมา joy ด้วย แบบมีหลานอีกครอบครัวหนึ่งอะค่ะ...ปัจจุบันตอนนี้ก็ไม่บ่อยมาก แต่ก็หาเวลากินกันค่ะ” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“เราก็พาเขาไปบ้าง ไปซื้อของนิดหน่อย แต่ไปไม่นานนะคะ แล้วก็พาไปเดือนละครั้ง พาไปหาย่าคนที่เลี้ยงเขา พาไปเดือนละครั้ง บางครั้งก็พาไปวัด เราก็พาไปได้แค่เนี้ย ไปแบบไปแป๊บเดียวแล้วก็กลับอย่างนี้ แต่เขาก็ดีใจที่เขาได้ออกบ้านค่ะ...แล้วทีนี้ช่วงไหนที่ วันเสาร์

อาทิตย์อ่ะ เขา(บิดาผู้ป่วย)ก็จะมาหาเกือบทุกอาทิตย์...เขาก็ตอนเย็นก็ขี่รถมาหาลุกเขา(ที่โรงพยาบาล) แล้ว 20.00 น. เขาก็กลับบ้านอย่างนี้" (คุณมะม่วง มารดาผู้ป่วย)

ค) ครอบครัวหาแหล่งสนับสนุน คือ ครอบครัวแสวงหาการช่วยเหลือทั้งวัตถุสิ่งของ เงินทอง บริการ ข้อมูล และกำลังใจจากคนรอบข้างหรือหน่วยงานในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยการแสวงหาการช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับบริบทสถานการณ์ทางเศรษฐกิจหรือสถานการณ์เรื่องอื่น ๆ ของครอบครัว บางครอบครัวอาจมีการแสวงหาการช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง หรือบางครอบครัวมีการแสวงหาการช่วยเหลือมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป เช่น ครอบครัวกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลจึงได้ยืมญาติเพื่อมาจ่ายค่ารักษาผู้ป่วย ครอบครัวกังวลทั้งค่ารักษาพยาบาลและการเรียนของผู้ป่วยจึงได้ยืมญาติและพูดคุยกับโรงเรียนในการวางแผนการเรียนผู้ป่วย ครอบครัวไม่สามารถเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้จึงขอให้ญาติมาช่วยเฝ้าและเมื่อผู้ปกครองรู้สึกท้อก็จะเข้าไปพูดคุยกับเพื่อนทางออนไลน์เพื่อสร้างกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ เป็นต้น

"ผมยังโชคดีที่ว่ามีน้องเป็นหมอ ยาบางตัวเนี่ยหมอเขาจ่ายแต่เขาไม่ได้บอกว่ายาอะไรใช่ไหม แต่เราก็จำไป เราก็ไปถามน้องยาตัวนี้มันแก้อะไรเนี่ย มันแก้อะไร ทำไมถึงต้องให้อะไรอย่างนี้ ก็อธิบายให้เขาฟัง เราก็เอ้ย ค่อยสบายใจ...ก็จะถามกันอยู่ เราก็ถามบ้าง อย่างช่วงเนี่ยเราก็จะไปถามน้องเขา ก็ดีที่เรามีน้องคอยปรึกษา" (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

"คุณหมอก็บอกว่าที่นั้นรักษาไม่ได้จะส่งต่อ ก็ให้แม่เลือกระหว่างโรงพยาบาลเด็กกับโรงพยาบาลจุฬาฯ แม่ก็เลือกที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ค่ะ...และมีรายจ่ายที่จะต้องจ้างคนอื่นเพื่อที่จะมาดูเด็กสองคน แม่ต้องจ้างเขาอีกวันละ 300 ซึ่งพ่อก็ทำงานคนเดียว ปกติถ้าน้องแพน(ผู้ป่วย)ไม่ป่วย เงิน 300 ก็คือใช้กินกันในครอบครัวได้ แล้วก็ตอนนั้นที่น้องป่วยก็ไม่มีตังค์(หัวเราะฮือฮึ) แม่ก็ขอยืมพี่สาว ตอนแรกเลยที่อยู่โรงพยาบาลอะ คือก็ไม่มีตังค์เพราะว่าครอบครัวก็ไม่มีเงินเก็บอยู่แล้ว พ่อทำงานคนเดียว ก็ยืมเขามาเลย 10,000 ก็ยืมเขาแล้วก็คือเอาไว้ใช้จ่ายก่อน...ที่ว่าเข้าโรงพยาบาลก็ยืมพี่สาวมา 10,000 เนาะ ก็ต้องยืม ก็ ก็คุยกับพี่สาว เขาก็ให้ยืมมา เราก็ผ่อนแม่ก็ไม่มี แม่ก็คืนให้เดือนละ 1,000 บาท...ตอนนั้นตอนแม่ออกจากโรงพยาบาล แม่ก็ทำกับติดกับโรงพยาบาลไว้...ก็รู้สึกดีขึ้นนะคะ จากที่เราแบบ ตอนนั้นเหมือนกับเรามืดไปหมดอะนะ...เราก็แบบอืม ก็คิดไปอะ(พยักหน้า) การที่เราเอ่ยปากยืมเงินเขา เราก็ไม่รู้จะได้หรือเปล่า พอได้กลับมามันก็มีกำลังใจดีขึ้นนะ(เสียงสั่น) และกำลังใจจากคำพูดหรือบางทีถึงเขาจะไม่ได้ช่วยเราด้วยเงิน

ทอง คำพูดมันก็(เสียงคลอน้ำตาคลอ) มันทำให้เราสู้...ทางโรงเรียนแม่ก็คุยเลยว่า ตอนแรกแม่จะย้ายลูกคนเล็กไปโรงเรียนรัฐบาล...แล้วทีนี่คุณครูฝ่ายการเงินอะ เขาก็บอก ไม่ต้อง ไม่ต้องย้าย ทำไมจะต้องย้าย ก็ผ่อนชำระมา(เสียงสั่น) มีเท่าไหร่ก็คือให้ตามนั้น โรงเรียนเขาดีมาก...วันที่จะเอางานไปส่ง(โรงเรียน) แม่ก็รบกวนพี่สาวให้มาอยู่กับแพน(ผู้ป่วย)ที่โรงพยาบาล แม่ก็จะเอางานไปส่งและก็เอาอันทำเสร็จอะไปส่ง แล้วครูก็จะนัดวันนัดอะไร เขาก็รักษามาสามปีก็ได้เลื่อนชั้นตลอดนะคะ คุณครูเขาก็เช็คชื่อเพราะว่าแม่ติดต่อเขาตลอด" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"ช่วงนั้นมีจังหวะนอนโรงพยาบาลด้วยนะ วันสองวัน ก็ให้น้องสาวมาเฝ้า นอนโรงพยาบาลวัน 2-3 วัน ก็มี...อ่อคือว่าข้าวหอม(ผู้ป่วย)ที่ว่ามานอนโรงพยาบาล เขามีการนอนอันนั้นก็เครียดว่าไม่มีคนเฝ้าเขา ก็ต้องให้อาปลาย(อาผู้ป่วย) น้องสาวมาเฝ้า...บางทีถ้าท้อบางทีก็ร้องเพลง แหกปากร้องเพลง(หัวเราะ)...พวกวีซอวีซิ้ง(แอพพลิเคชั่นร้องเพลง) ก็ร้องไป...มีแต่เพลง มีแต่เพื่อนน่ะอยู่ในเพลง ผมคุยกับเพื่อนที่อยู่ในเพลง wesing ครับ เพื่อนจะเข้ามาหากัน...คือเพื่อนที่ไม่รู้จักมาคุยกันอย่างนี้ มีหลายคนด้วยครับ" (คุณโพธิ์ บิดาผู้ป่วย)

ง) ครอบครัวปรับกิจวัตรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ คือ ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตทั่วไปให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ณ ขณะนั้น โดยผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษาจำเป็นจะต้องให้ยากดภูมิคุ้มกันทำให้มีภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป ครอบครัวจึงจำเป็นจะต้องปรับกิจวัตรที่เคยทำให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เช่น แต่เดิมซื้ออาหารนอกบ้านมาให้ผู้ป่วยปัจจุบันต้องทำอาหารเองและต้องอุ่นร้อนเสมอ การแยกของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยออกจากสมาชิกในครอบครัว หรือปัจจุบันมีโรคระบาดทำให้ครอบครัวต้องรับประทานอาหารแยกกันให้มีระยะห่างมากขึ้น(แต่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน)เพื่อลดการติดเชื้อ เป็นต้น

"ไม่ได้กินข้าวร่วมกันแล้วเพราะว่าโควิดและก็ตัวโรคน้อง เขาสั่งห้ามกินร่วมกันเพราะว่าถ้ากินร่วมกันถึงใช้ช้อนกลางเนี่ยก็ติดได้ เพราะน้ำลายกระเด็น พ่อก็ต้องไปกินข้างบนห้องเขา คือพ่อเขาไม่ได้เป็นคนเคร่งคัดในระเบียบวินัยอะไรมาก ตอนนี้ก็ต้องขอความร่วมมือกันค่ะ" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"ต่างไปจากเดิม ก็การกิน การอะไรก็ต้องไม่ให้เหมือนเดิม แม่ก็ต้องทำอะไรใหม่กับข้าวจากเคยซื้อ ก็ไม่ต้องซื้อให้ทำอย่างเดียวเลยตอนนี้...เหมือน(ลากเสียง) พี่สาวเขาเคยไปโน่นไปนี่ เราก็ไปน้อยลงอย่างนี้ แต่ถ้าจะไปนู่นไปนี่มันไม่มีน้อง ไปก็เหมือนไม่ไปอ่ะ...ปรับก็เหมือนว่าอ๋อ(ลากเสียงและหยุดพูด เปลี่ยนท่านั่ง) ต้องพยายามไม่ไปไหนโดยไม่มีเอลซ่า(ผู้ป่วย)นะ...

พยายามอยู่บ้าน อยู่ห้อง เนี่ยไปโลตัสก็ไปพาพี่สาวเขาไป จะใกล้ ๆ ก็อธิบายให้พี่เขาฟังว่าเออเป็นอย่างนี้อย่างนี้" (คุณประดู่ บิดาผู้ป่วย)

"ต้องปรับตัว ที่บ้านก็ต้องแยก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่นอน เรื่องจานช้อนอะไรอย่างนี้ ซึ่งแม่เขาก็เป็นคนจัดการทั้งหมด แม้แต่การซักผ้าก็ต้องแยกจากกัน ก็คือ พูดง่าย ๆ ก็คือต้องดูแลความสะอาดให้เขามากที่สุด" (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

จ) ครอบครัวหาสิ่งทดแทนซ่อมแซมสัมพันธ์ คือ ครอบครัวพยายามรักษาความสัมพันธ์ของสมาชิกด้วยการหาวัตถุสิ่งของที่เป็นตัวแทนของผู้ปกครองมาให้ทั้งผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อเชื่อมโยงถึงความรู้สึกใกล้ชิดและใส่ใจของผู้ปกครอง หรือหาวิธีการที่สามารถติดต่อ พูดคุยกันได้ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ แทนการเจอหน้าเหมือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานและบ่อยครั้งซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับสมาชิกทั้งอื่น ๆ ในครอบครัวได้

"ส่วนมากก็ผ่านโทรศัพท์ คุยไลน์เห็นหน้ากันทุกวัน ให้เหมือนกับการที่เราใช้ชีวิตปกติอยู่ด้วยกันเนาะ เช้ามาพ่อก็โทรหาลูกหาแม่ คุยกัน แล้วก็จะถามกันว่าเออทางนั้นเป็นอย่างไร ก็เหมือนกับว่าเราได้อยู่ด้วยกัน เหมือนว่าเราได้เจอกันทุกวัน ได้คุย ได้ถาม ได้พิมพ์ข้อความส่งหากัน เขาก็พิมพ์หาพ่อให้กำลังใจ พ่อก็ส่งมาให้กำลังใจแม่กับลูก" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"หลานค่ะ คิดถึงพ่อ เราก็บอกเอ้ากอดหมอนแทนนะลูก(หัวเราะ) เขาก็จะให้หมอนกอด นี้เป็นพ่อนะลูกนะ กอดตัวแทน...พอกอดเขาก็ยิ้ม(หัวเราะ)" (คุณรัก ยายผู้ป่วย)

"ตัวแม่เองเหมือนกับยอมเขา(น้องสาวผู้ป่วย)มากขึ้น เช่น เขาขออะไรแต่ก่อนเราก็จะบอกของพวกนี้ฟุ่มเฟือยเนาะ เราก็จะบอกว่าเอาไว้ก่อน...แต่พอพักหลังเนี่ยเหมือนกับว่ามันเป็นกฎของเราตั้งขึ้นมาว่าอื้ย อย่างถ้าเขาขอก็ให้ไปเลย...ก็คือเหมือนเขาจะซื้อของได้ง่ายขึ้นโดยใช้จังหวะที่เอ๊ะแม่ไปอยู่โรงพยาบาลอย่างนี้ แม่ก็ต้องให้" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.3 ครอบครัววางแผนและสื่อสาร

หมายถึง การที่ครอบครัวปรับการกำหนดเป้าหมาย พิจารณาตัดสินใจล่วงหน้า การแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งอวจนภาษาและวจนภาษาของครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์การป่วยของบุตรหลาน โดยจากข้อมูลที่ได้สามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

ก) ครอบครัววางแผนรักษาตามแพทย์เต็มที่ คือ ครอบครัวมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์ในทุกเรื่อง ซึ่งทุกครอบครัวแพทย์จะแจ้งรายละเอียดของแผนการรักษารวมทั้งวิธีการดูแลผู้ป่วยในภาวะปกติของการดำเนินโรคและภาวะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นการแสดงความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์แนะนำให้กับครอบครัว เช่น การรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดนัด การไม่รับประทานอาหารที่ต้องห้าม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังจากให้ยาคีโม การไม่รับประทานสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือกให้กับผู้ป่วยนอกเหนือจากที่แพทย์แผนปัจจุบันสั่ง เป็นต้น

“อ่อ ก็เราเชื่อหมออย่างเดียวจะไม่ทำอะไรที่หมอห้าม คือหมอจะแนะนำเลยว่าถ้ารักษาเนี่ยไม่ให้กินยาสมุนไพร ไม่ให้เอายาอื่น ให้กินเฉพาะยาโรงพยาบาลอย่างเดียว ก็มีคนอื่นมาเสนอยานู้นนั้นนี้เราก็ไม่เอา สมุนพง สมุนไพรเนี่ย เราไม่เอา...น้องเนี่ยรักษามาก็เชื่อหมอก็ดีขึ้นทุกอย่าง เรื่องอาการแพ้ยาเรื่องอาการอะไรอย่างนี้ก็ดีขึ้นทุกอย่าง” (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

“หนูต้องกินนะลูกนะ เพื่อตัวหนูนะลูก...หนูก็กินนะลูกคุณหมอให้หนูทำอะไรหนูก็ปฏิบัติตาม หนูก็จะได้กลับบ้านเร็ว ๆ หนูเก่ง หนูเป็นคนเก่ง’ (ทำอีกเสียง)...เขากินยาตัวหนึ่งยาคีโมตัวหนึ่งที่ให้แล้วปากจะเปื่อยอะไรอย่างนี้ ก็ต้องแลก คุณหมอบอกว่าถ้าเขาถี่ออกมาเยอะ ๆ มันจะได้หายไวไวเนาะ ขับออกมา...แบบคุณหมอบอกว่าอันนี้กินไม่ได้ เขาก็จะไม่ดื้อนะ เขาก็จะไม่กิน ‘หนูไม่กินหรอก เดี๋ยวหนูหายก่อน ก็จะได้กินทีเดียวเยอะๆ’ (ทำอีกเสียง)” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

“ก็ให้กินตามที่หมอสั่งนะครับ ถ้าเรื่องอาหารนะ คือเราจะงดพวกอาหารทะเลอะไรพวกนี้ ที่มียีสต์ มีอะไรที่คุณหมอห้าม จะไม่ให้เลย ก็จะไม่ให้เลย...ก็ทำตามคำแนะนำของหมออย่างเดียวว่าให้กินให้นอนอะไรยังไง กินยาตามระบบ...แค่เราทำตามที่คุณหมอสั่งอย่างเดียวเลย” (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

ข) ครอบครัวชี้แจงข้อมูลให้ทราบทุกคน คือ เมื่อสมาชิกท่านใดได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย แผนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน อาการของผู้ป่วยและการรักษา รวมทั้งการคาดการณ์ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่บุคลากรทางการแพทย์ชี้แนะ ครอบครัวจะบอกเล่าข้อมูลคำแนะนำดังกล่าวให้กับสมาชิกในครอบครัวทุกคนรับทราบโดยไม่ปกปิดข้อมูลใดข้อมูลหนึ่ง

เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจในชุดข้อมูลเดียวกันอันส่งผลต่อการจัดการสถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานในทิศทางเดียวกันทั้งครอบครัว

"มีแม่ที่ต้องไปถ่ายทอดให้ย่าว่าอย่างนี้อย่างนั้น ถ้าได้รับความรู้มาจากหมอแล้วย่าเนี่ยมีโอกาสน้อยมากที่ได้เจอหมอ แม่เขาจะเป็นคนรับข้อมูลมา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับยาหรือการดูแล เขาเองก็คงคิดว่าเขาไม่ได้อยู่กับลูก เวลาเสร็จกระทางนี้(เวลามาเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล) เขาก็มอบให้ย่าดูต่อ" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"ก็ไปเล่า ส่วนใหญ่หมอบอกอะไรมา แม่จะไปประสานงานกับครอบครัวอยู่แล้วก็จะไปบอกลูกกับพ่อเขาว่าคุณหมอทักมาเรื่องพวกนี้...หรือว่าเราไม่เข้าใจในคำที่คุณหมอเขาพูดอะไรอย่างนี้ แต่ก็หันไปทางลูกสาวก็บอกว่า มานา(น้องสาวผู้ป่วย) ก็ทำในสิ่งที่มันถูกต้องนะเพราะว่าแม่ไม่มีเวลาอยู่กับมานาตลอด ไม่ได้เห็นการกระทำตลอดแต่เชื่อว่าไม่น่าจะทำอะไรที่มันไม่ดี...บอกหมดค่ะ บอกหมดค่ะ เพราะว่าคุณหมอ อย่างเราคุยกันอย่างเนี่ยอะค่ะ แม่ก็ต้องจับจุดอะไรไปบอกเขาว่าคนอื่นเขาบอกมาอย่างไร อะไรยังไงค่ะ...เราก็ต้องเอามาประสานงาน บางทีเราไม่รู้เขา(คนในครอบครัว)อาจจะเข้าใจ เขาอาจจะพูดขึ้นมาหรือว่าลูกรู้อยู่ว่ามีอะไร เราประสานงานเขา เวลาขอความร่วมมือเขาจะง่ายขึ้น...ข้อปฏิบัติก็ยังเหมือนเดิม...ก็จะบอกทั้งหมดเพราะว่าสิ่งสำคัญคือทุกคนเวลาเอาอะไรให้ไบเบิ้ล(ผู้ป่วย)กินเนี่ย ก็ต้องสะอาดกว่าและสะอาดกว่าปกติ...กลับไปเล่าให้ฟังว่า รักษาอย่างไร...กลับบ้านไปแม่ก็จะบอกว่าเออครั้งนี้มีให้เลือดนะให้เกล็ดเลือดนะเพราะว่ามันซีด มันเป็นไปได้สำหรับการให้คีโม" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"ถ้าสื่อสาร เราก็จะบอกว่าเออหมอไม่ให้ทำนี้นะ หมอให้กินอย่างนี้นะ แบบนี้นะอะไรอย่างนี้ค่ะ คือแบบว่าเราจะเป็นคนบอกคนในครอบครัวหมดเลยว่า หมอให้กินอย่างนี้ หมอไม่ให้ทำนี้อะไรอย่างนี้ค่ะ...ทุกคนค่ะ รู้ทุกคน...รู้ค่ะ เพราะว่าแม่จะบอกเขาเสมอ อย่างมาหาหมอหมอก็พูดเลยแล้วน้องก็จำได้ 'แม่หมอไม่ให้กินอย่างนี้ใช่ไหม'(ทำอีกเสียง) แม่ก็บอกว่า 'ใช่ลูก'(ทำอีกเสียง)...เขาก็รู้เรื่องค่ะ...เราอยู่กันหลายคน อยู่กันหลายคนอย่างนี้ เราก็ต้องแบบว่า เราก็ต้องพูดให้เขาเข้าใจ สื่อให้เขาเข้าใจอีกว่า เออเดี๋ยวเขาก็จะบอกว่า ทำไมต้องอย่างนี้ ทำไมต้องอย่างนี้เราก็พูดให้เขาเข้าใจ...คือทุกคนเข้าใจหมดแล้ว เราไม่ต้องมานั่งอธิบายทีละคน ทีละคน อะไรอย่างนี้ค่ะ เพราะว่าทุกคนเขาเข้าใจหมดแล้ว" (คุณชมพู่ มารดาผู้ป่วย)

ค) ครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน คือ หากสมาชิกท่านใดเกิดความรู้สึกทั้งบวกและลบสามารถพูดคุยหรือแสดงท่าทางความรู้สึกกับครอบครัวได้ เพื่อเป็นการแบ่งเบาความรู้สึกลบที่สมาชิกในครอบครัวท่านนั้นมีให้กับสมาชิกในครอบครัวและแบ่งปันความรู้สึกบวกกับสมาชิกในครอบครัวท่านอื่น เป็นกระบวนการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งพบทั้งที่ครอบครัวแสดงออกทางวาจาหรือวจนภาษา เช่น เหนื่อยมากต้องดูแลผู้ป่วยช่วยมาทำแทนหน่อยได้ไหม กำลังเครียดอยู่อย่าพึ่งเซ้าซี้หรือพูดให้ข้อมูลอะไรเพิ่มเลย ดีใจมากเลยที่ได้ไปเที่ยวด้วยกัน หนูรักแม่นะ เป็นต้น รวมทั้งครอบครัวยังสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกผ่านอวจนภาษาหรือท่าทาง การกระทำได้ เช่น ร้องไห้เลยเวลาท้อมาก ๆ นิ่งไม่อยากคุยกับใครถ้ารู้สึกเหนื่อย ดีใจวันนั้นก็กอดกันทั้งครอบครัว เป็นต้น

“ใช่...(ลากเสียง) มีอะไรก็คุย อย่างตอนเขา(ผู้ป่วย) รู้ว่าติดเชื้อในปอด เขาโทรมาร้องไห้เลย เขาคิดว่าเขาเป็นมะเร็งเขาหนักแล้ว...(ลากเสียง) ทำไมต้องมีเชื้อราในปอดอีก เขาก็กลัว ตอนแรกหมอบอกต้องเจาะเขายิ่งกลัว โทรมาร้องไห้กับทุกคน ทุกคนก็บอกว่าร้องไห้มาเถอะการร้องไห้ไม่ใช่สิ่งผิดอะไร การที่เราเก็บกดมันจะทำให้เราเครียด เขาระบายก็ดีขึ้น เราก็ให้กำลังใจบอกเขาว่าหมอที่นี้เก่ง...หรือวันนี้เหนื่อยพ่อเจอปัญหาที่ทำงานก็คุยกันกับแม่ แม่เจอที่ทำงานยังไงก็บอกกัน น้องเจอปัญหาที่โรงเรียนเจอคนเอาเปรียบเรื่องโครงงานก็คุยกันตลอดเลย เราก็ให้กำลังใจกัน แล้วก็กอดกันทุกวันครับ(หัวเราะ) อย่างพ่อเนี่ยจุ๊บหัวทุกวัน ผมก็นอนก่ายกันกับน้องทุกวัน(หัวเราะฮึฮึ) มีเรื่องอะไรไม่เคยปิดเลยที่บ้านผม” (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

“ถ้าเราไม่ไหวจริง ๆ เราก็แบบว่าวันนี้เหนื่อยนะ อย่ามาพูดอะไรแบบนะ มันทำให้เครียดอะไรทำนองเนี่ย บอก พอ จบ จบ จบ(ทำมือปัดออก) จบอะไรอย่างเนี่ย(หัวเราะ ฮึฮึ)...เราก็ ‘พอแล้วแม่ พอแค่เนี่ยแหละ หนูเครียดแล้ว จบจบไป เดี๋ยวค่อยคุยกัน’(ทำอีกเสียง) อะไรอย่างเนี่ยก็มีส่วนใหญ่ที่คุยได้ก็จะบอกน้องเขาเนี่ยค่ะ น้าเนี่ย...ก็คุยตามภาษาพี่น้องว่า ‘เออวันนี้พี่ไม่ไหวนะแบบดูหลานแทนพี่หน่อย’(ทำอีกเสียง) อะไรอย่างเนี่ย ‘วันนี้พี่เครียดนะ’(ทำอีกเสียง)” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

“ดีใจ แบบเวลาอยู่กับพี่แพน(ผู้ป่วย)นะ น้องเขาก็จะเข้ามากอด ‘หนูรักพี่แพนนะ’(ทำอีกเสียง)...สองคนเขาอะ แล้วเขาก็(เสียงคลอ)ทำของเขาเองเนาะ แม่ก็ดู ‘หนูรักพี่แพนนะ’(ทำอีกเสียง) คนเล็กอะเขาจะแบบฉลาด เขาจะแบบ ‘หนูรักพี่แพนนะ’(ทำอีกเสียง)...แล้วแม่ก็บอก ‘แม่รักหนูนะ’(ทำอีกเสียง) แม่ก็บอกเขา” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

ง) ครอบครัวจัดเตรียมความพร้อมในการดูแล คือ ครอบครัวมีการเตรียมอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย แวดล้อมสถานที่ภายในบ้าน หรือบุคคลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านหรือระหว่างการรักษา โดยมีการปรับปรุงทำความสะอาดบ้านอย่างพิถีพิถัน ทำห้องสำหรับการพักผ่อนของผู้ป่วยโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นห้องกึ่งปลอดเชื้อคือมีการดูแลความสะอาดเป็นพิเศษเนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าคนทั่วไป มีอุปกรณ์ในการดูแลหรืออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย รวมทั้งจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้าน

“การใช้ชีวิตเปลี่ยนหมดเลย ก็คือถ้าอย่างสมมติว่าเรื่องอาหารการกินหนึ่ง เรื่องที่อยู่อาศัยอย่างนี้ค่ะ เรื่องบุคคลที่จะเข้ามาอย่างนี้ คือในช่วงแรก ๆ นะคะก็กลัวลูกติดเชื้อเพราะภูมิเขาต่ำ เราก็ไม่ค่อยอยากให้ใครเข้ามายุ่งกับลูกเราด้วย ส่วนในบ้านก็จะมีกระดานอันนึงเราก็จะเขียนเรื่องยาว่ากินอย่างไร เท่าไหร่ แต่น้องเขาจะรู้ว่ามียาอะไรที่ต้องกินบ้าง แม่ก็จะแบ่งยาไว้ว่าเออวันนี้นะ ส่วนเรื่องสถานที่พ่อเขาติดพัดลมระบายอากาศข้างนอก แล้วก็ลุงที่ทำงานเขาก็ให้แอร์เก่ามาตัวนึง พ่อเขาก็เอามาติด แล้วก็เอาประตูมาใส่ข้างหน้า ติดพัดลมระบายอากาศห้องนอน แล้วก็เคลียร์ของอะไรที่ไม่จำเป็นในบ้านออกให้หมดเลย เขาเตรียมความพร้อมให้ลูกเขา” (คุณมะม่วง มารดาผู้ป่วย)

“ให้เขากินอะไรที่หมอบอกว่าดีเนี่ย..แล้วเรื่องความสะอาด ความสะอาดให้เขาและอะไรให้เขา แยก แยกกินกันอะไรกัน แบบของไอ้เนย(ผู้ป่วย) เขาก็แยกต่างหาก พวกถ้วยชามอะไรพวกเนี่ย...เราก็เตรียมเขาจะกลับบ้านอย่างเนี่ย เขานอนโรงพยาบาลเป็นหลาย ๆ เดือนอย่างนี้ใช่ป่ะ เขาจะกลับบ้าน เราก็เตรียมเก็บกวดบ้านอะไรบ้าง เปลี่ยนที่หลับที่นอนให้เขาใหม่ อะไรใหม่แบบให้เขาแยกอะ” (คุณพิกุล ยายผู้ป่วย)

“ที่อยู่อาศัยอะไรอย่างนี้เราต้องพิถีพิถัน ต้องสะอาด ต้องติดกระจกติดอะไรอย่างนี้ครับ แบบทำเป็นห้องให้เขาอยู่ปลอดเชื้อครับ...มีการปรับเปลี่ยนเพราะว่าตอนแรกก็จะอยู่แบบเปิดร้านอยู่ห่างจากกัน แต่ทีนี้ก็ต้องมาเปิดแบบติดกัน เพราะว่าเวลาแม่เขาทำงานผมจะได้อยู่กับลูกได้...ก็พยายามแบบแบ่งเวลาดูแลลูก ก็ทำงานก็แบบเปิดอยู่ที่บ้านเลยอย่างนี้(พูดติดขัด คิดไปพูดไปทุกประโยค) มัน มัน มันก็ไม่ต้องไปเปิดไกล ไม่ต้อง ก็ทีนี้ก็คือการปรับตัว...ลูกก็จะอยู่ อยู่ในในส่วนที่ว่าเรากั้นเป็นห้อง เป็นห้องกระจก...แต่ก่อนมัน(ร้านบิดากับมารดา)อยู่อีกซอยหนึ่งแต่ตอนนี้เราขยับมา มาอีกซอยหนึ่งแต่ว่ามันจะอยู่ติดกันอย่างนี้ แล้วเราก็ ออกแบบครับเป็นที่กั้น

เป็น เป็นร้านเสริมสวยแล้วก็ด้านนี้ก็เป็นข้างหน้าเป็นร้านพระ ด้านหลังเป็นห้องนอน ตรงกลางมีที่กั้น กั้นที่นี่คือเป็นกระจกเลื่อน มองเห็นลูกได้" (คุณไทร บิดาผู้ป่วย)

จ) ครอบครัววางแผนจัดการปัญหาอื่นล่วงหน้า คือ ครอบครัวมีการคิดคาดการณ์ ทำนายปัญหาอื่นที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตและวางแผนป้องกันปัญหานั้นไว้แล้ว โดยมีทั้งการคาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเรียนของผู้ป่วยที่จะต้องชี้แจงเงื่อนไขเรื่องสุขภาพให้กับโรงเรียนรับทราบก่อนการเข้าเรียนหรือการหาโรงเรียนที่ใกล้บ้านหากในอนาคตครอบครัวจะต้องย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด คาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ภายในบ้านที่อาจเกิดช่องว่างของเวลาในการดูแลสมาชิกท่านอื่น ๆ หรือการลดความถี่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวกลับไปทำงานของมารดา คาดการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเงินของครอบครัวที่มีการวางแผนทำอาชีพเสริมเป็นต้น

"หลังจากที่เขาดีขึ้นเรื่อย ๆ เลยบอกว่าเราลองหาอาชีพเสริมมาทำดูไหมจะได้ช่วยเราไปในตัว เพราะว่าร่างกายก็ไม่ค่อยดีแล้วทุกวันนี้ เป็นหลายอย่าง(หัวเราะฮึ) ก็เลยเอาลอตเตอรี่มาขายกัน ออนไลน์อย่างนี้ก็ช่วยได้เยอะอยู่ แบบคุยกันว่าหาอาชีพเสริมให้ได้ค่าเช่าบ้านอย่างน้อยก็ดี เดือนละ 3,000-5,000 ก็ช่วยไปได้เยอะ บางทีผมเลิกงานก็ไปขับวินบ้าง รับซ้อมพวกเครื่องใช้ไฟฟ้า ทำแอร์อะไรอย่างนี้ด้วย" (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

"การเดินทาง การอะไร ก็จะ joy กับคนหรือรถลา เรา plan ไว้หมดเลยว่าต้องไปตรงนั้นนี้ แล้วมันจะง่ายขึ้นมากเลยทุกสิ่งทุกอย่างค่ะ ล่วงหน้าเลยค่ะ...ถ้าเขาได้หาย ก็มีแผนอยากให้เขาได้เรียน...แม่เขาต้องไปทำงานแน่นอน เขาเริ่มถอยออกทีละนิดทีละนิด เพื่อให้ซามาร่า(ผู้ป่วย)ต้องปรับตัว" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"ตอนแรกเลยแม่ก็ไม่คิดว่ามันจะเกิด เขาเรียกว่าอะไรอะ เขาเรียกช่องว่างรึป่าวที่เขาเรียกกัน ก็เชื่อมั่นว่าลูกรู้ว่าเรามาทำอะไร...ส่วนใหญ่หมอบอกอะไรมา แม่จะไปประสานงานกับครอบครัวอยู่แล้ว...แต่ก็หันไปทางลูกสาวก็บอกว่า มานา(น้องสาวผู้ป่วย) ก็ทำในสิ่งที่มันถูกต้องนะ เพราะว่าแม่ไม่มีเวลาอยู่กับมานาตลอด ไม่ได้เห็นการกระทำตลอดแต่เชื่อว่าไม่น่าจะทำอะไรที่มันไม่ดี" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.4 ครอบครัวปรับตัวผสานกันตามสถานการณ์

หมายถึง การที่ครอบครัวการปรับตัวทั้งความคิดความเชื่อ รูปแบบหน้าที่บทบาทและการวางแผนสื่อสารของครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์การป่วยของบุตรหลานตามสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัว จากข้อมูลที่ได้นั้นไม่พบว่ามีครอบครัวใดปรับไปทีละขั้นตอนโดยมีการจัดลำดับชัดเจนไม่ปรับซ้ำไปซ้ำมาเลย โดยทุกครอบครัวให้ข้อมูลว่าครอบครัวมีการปรับความคิดความเชื่อ รูปแบบหน้าที่บทบาทและการวางแผนสื่อสารของครอบครัวไปทีละเรื่องตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีลำดับชัดเจน เช่น ณ เวลานั้นกำลังเผชิญกับความเครียดก็จะปรับเรื่องความเครียดก่อน ซึ่งอาจจะมาพร้อมกับปัญหาการเงิน ซึ่งเมื่อปรับตัวเรื่องความเครียดได้แล้วและเวลาผ่านไปอาจเกิดความเครียดกลับมาได้อีก เป็นต้น ดังนั้นความคิดความเชื่อ รูปแบบหน้าที่บทบาทและการวางแผนสื่อสารของครอบครัวจะปรับผสานกันไปตามสถานการณ์แต่ละครอบครัว

“ปรับปนกัน ส่วนมากก็ปรับปนกันไป ก็เราสมมติว่าเกิดอะไรขึ้นมาเนี่ย เราก็จะปรับเป็นช่วง ๆ ไป นู้นนั้นนี้ จะทำอย่างไร เราไม่รู้ว่าข้างหน้ามันจะเป็นอย่างไร มันปรับหรือคิดล่วงหน้าไม่ได้ แบบมันเกิดเรื่องนี้ขึ้นก็ปรับเรื่องนี้” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

“ปรับตามสถานการณ์ครับ...ก็คือตอนความคิดนะครับ มันก็ มันก็ปรับตามสถานการณ์นะครับ เวลาเจอปัญหาเรื่องงาน เราก็ปรับแก้ไขไป...ตอนนี้ก็เออ(ลากเสียง) มันก็ยังมีปรับตลอด ตลอดนะครับ คือว่ามันยังไม่มีอะไรลงตัว ด้วย ด้วย ความมั่นคงของครอบครัวเรายังไม่ค่อยมั่นคงเท่าไหร่ เพราะว่าเรื่องเศรษฐกิจเรื่องอะไรอย่างนี้ครับ ก็คงจะมีการวางแผนไป แบบต่อไปอ่ะครับ” (คุณไทร บิดาผู้ป่วย)

“ตอนแรกก็ปรับไปตามสถานการณ์ก่อนค่ะว่าตอนนี้ แพน(ผู้ป่วย)นอนโรงพยาบาลอะคือมันวุ่นแล้วแหละ...มันก็ต้องเริ่มปรับแล้ว..พอปรับการใช้ชีวิตเสร็จ เอาให้มันลงตัวหน่อย ว่าต่อไปนี้นะครอบครัวเรามันต้องเป็นแบบนี้แล้วนะ มันจะเป็นเหมือนเดิมไม่ได้ พ่อก็ต้องอย่างนั้นแม่ก็ต้องอย่างนี้ จากนั้นก็มาคุยสื่อสารกันว่าเออ มันเป็นอย่างไร...ก็ผสานกันอะค่ะ...พอหน้าที่มันได้ เราก็จะสื่อสารกันได้...เราอยู่ทางนี้เราก็ทำของเราเนาะ แล้วก็สื่อสารควบคู่กันไป” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นหลักที่ 3 ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง ลำดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวทั้งความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้นภายในและพฤติกรรมที่แสดงออกภายนอก รวมทั้งความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 ครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความรู้สึกเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นเมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ ได้แก่ 1) ครอบครัวรู้สึกดีขึ้นจากความสิ้นหวัง คือ ครอบครัวมีอารมณ์ในทิศทางบวกที่รู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อเทียบจากความรู้สึกครั้งแรกที่ทราบว่าบุตรหลานป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงเหตุผลว่าเพราะอะไรถึงรู้สึกดีขึ้น 2) ครอบครัวรู้สึกดีใจที่รักษาตรงจุด คือ ครอบครัวมีอารมณ์ชื่นมื่นโดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากทีมผู้รักษาดูแลและรักษาอาการผู้ป่วยได้ตรงจุดซึ่งทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นจนเหมือนหายเป็นปกติ ซึ่งบางครอบครัวไม่สามารถอธิบายจำกัดความรู้สึกที่เป็นได้ แต่ก็บอกว่าตนเองรู้สึกว่าสบายใจและเชื่อมโยงกับอาการของผู้ป่วยว่าดีขึ้นเนื่องจากการรักษาและดูแล และ 3) ครอบครัวรู้สึกดีใจที่ผ่านมาได้ คือ ครอบครัวมีอารมณ์ที่ชื้นมื่นเนื่องจากครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่เป็นทุกข์จากการป่วยของบุตรหลาน โดยผู้ปกครองมักย้ำถึงเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญก่อนหน้าว่าก่อให้เกิดความทุกข์ยากอย่างไรและครอบครัวต้องปรับตัวอย่างไรจนมาถึงปัจจุบันที่ใกล้เคียงเป้าหมายที่ครอบครัวตั้งไว้

“ทีแรกก็มันท้อแท้ไป สิ้นหวังไป เราก็ปรับจากตรงนั้น พอเริ่มมีการรักษาหมอก็บอกมีโอกาสหาย เราก็เริ่มดีขึ้นระดับหนึ่ง จนกระทั่งทุกวันนี้คิดว่าเขาหายเป็นปกติแล้วค่ะ ดีขึ้นมาก...ก็รู้สึกดีใจที่เราผ่านจุดนี้ไปได้ค่ะ และก็ขอบคุณคุณหมอทุกครั้งในโรงพยาบาลนี้...เพราะว่าที่ผ่านมาเนี่ยลำบากและก็เหมือนประสบความสำเร็จได้เยอะเลย...เรื่องการรักษาของคุณหมอ ซึ่งมันตรงจุด และแม่เขาก็ช่วยตลอดตอนเขาอยู่โรงพยาบาล...ความสุขของเราคือมาให้เราได้รู้ว่าช่วงวินาทีนั้นเขา(ผู้ป่วย)จะเป็น จะอยู่ หรือหลุดไป เราก็อยากมาตรงนั้น แต่ทีนี้พอเราผ่านมาได้ก็ดีใจมากแล้ว” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“เรื่องป่วยน้องหรือว่าเรื่องอนาคตอะไรก็แล้วแต่ คือมันค่อย ๆ ปรับ เรารับได้ เพราะว่าเราผ่านมาแล้ว จุดนี้มันเป็นอย่างนี้ จากหนักมาจนถึงเบา จนถึงทุกวันนี้อะไรอย่างนี้ แล้วต่อไปเขาจะหายไหม เราคิดอยู่เหมือนกันว่า ก็คิดเผื่อไว้ ตอนนี้ดีใจ ว่าเขาหายมาได้ขนาดนี้” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

“ก็ดีใจค่ะ ดีใจว่าเออครอบครัวเรามาถึงขั้นนี้แล้วใช่ไหม...อ๊ากยังดีใจอะเนาะที่เขามา อู้ย...(ลากเสียง) เห็นทีแรกนึกว่าเขาจะตายแล้ว (หัวเราะ ฮืฮื และสูดลมหายใจ) ตอนที่เขาหลงลืมอะนะ” (คุณรัก ยายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดมุมมองเชิงบวกอย่างต่อเนื่องภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤต

หมายถึง การที่ครอบครัวเกิดความคิด ความเชื่อภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ ได้แก่ 1) ครอบครัวเข้าใจคนอื่นมากขึ้น คือ ครอบครัวมีความเอาใจเขามาใส่ใจตนเอง มองในมุมความคิดและเหตุผลของคนอื่นมากขึ้นจากเดิม ซึ่งข้อมูลที่ได้พบทั้งการเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นเนื่องจากเผชิญเหตุการณ์การรักษาไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วยหรือการได้ทำกิจกรรมบางอย่างแทนผู้ป่วย เช่น การประสานงานเรื่องเรียนกับครู การติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น การเข้าใจคำพูดหรือการกระทำของคนอื่นมากขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงถึงเหตุการณ์ที่ตนเองเคยประสบในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน เป็นต้น และ 2) ครอบครัวเชื่อว่าจะก้าวผ่านเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ ในอนาคตไปได้ คือ ครอบครัวมีความคิดว่าหากครอบครัวเจอสถานการณ์ที่ตึงเครียดอื่น ๆ ในอนาคต ครอบครัวจะสามารถผ่านพ้นความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งผู้ปกครองแสดงความเชื่อมั่นว่าครอบครัวจะก้าวผ่านเรื่องทุกข์ยากในอนาคตได้ โดยมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ความทุกข์ยากอื่นที่ต้องเผชิญร่วมกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานว่าเขาเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์นี้ครอบครัวก็จะผ่านไปได้แน่นอน

“ผมรู้สึกว่ามันเปลี่ยนแปลงผมเริ่มรู้จักคำว่าอะไรหลาย ๆ อย่าง เช่น การเข้าโรงพยาบาลครั้งแรกคุณหมอถามว่ามีเงินไหม ไอ้เราก็นั่งคิดเพราะหมออยากช่วยรักษาเต็มที่ต้องการให้รักษาให้เร็วที่สุด ผมถึงเข้าใจตรงนี้ คือเข้าใจความหมายของคำ บางคนอาจไม่เข้าใจว่าทำไมหมอถามแบบนั้น ความคิดเราเปลี่ยนหมดเลย เราต้องเข้าใจ ต้องคิดก่อนว่าทำไมเขาพูดแบบนั้น ผลดีผลเสียเราต้องแยกให้ออก” (คุณสน ตาผู้ป่วย)

"คือถ้าตัวเราเองถ้ามันมีปัญหา(เสียงหนักแน่น)ที่มันมาอีก มันต้องเจออยู่แล้วล่ะมนุษย์นะ แม่ว่าแม่ชิลนะ สำหรับแม่เพราะว่าเราเจอปัญหาด้านชีวิตตรงหน้าที่เราควบคุมไม่ได้มาแล้ว" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"คนไข้มาเข้ามาเนี่ย ผมก็จะแนะนำเขา ลักษณะว่าไม่เป็นไรหรอก อย่างดูเมื่อก่อนผมมาใหม่ ๆ ลูกผมก็อย่างเนี่ย บางคนลักษณะเหมือนซึมเศร้าเลยนะเข้ามา ก็จะพยายามไปคุยกับเขา ว่าเราต้องเข้าใจไง หัวอกคนเป็นพ่อแม่ ลูกเป็นแบบเนี่ย ผมก็จะพยายามคุยกับเขา...แล้วเราก็มองว่าเขาเนี่ยคงไม่มีคนที่ปรึกษามากกว่าเราหรอก...คนที่มาเขาคงไม่มีโอกาสเหมือนเรานะ...คือเปลี่ยนแปลง อย่างแม่เก้า(มารดาผู้ป่วย) ก็บอกผมว่า เอ้าวันนี้ไม่เอาของไปแจกแล้วเหรอ คือปกติเนี่ยเขาจะไม่อย่างนี้ไง คือปกติไม่เคยมาถามหรอก สงสัยเขาอยากให้เราทำบุญเนาะ" (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 3.3 ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกอย่างต่อเนื่องภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤต

หมายถึง การที่ครอบครัวเกิดการกระทำและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ ได้แก่ 1) ครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจความสะอาดภายในบ้านมากขึ้น คือ ครอบครัวดูแลความสะอาดภายในบ้านทั้งสิ่งแวดล้อมและอาหารการกินของครอบครัวมากขึ้นจากเดิม โดยผู้ปกครองบอกว่าเรื่องความสะอาดของบ้านจะต้องทำบ่อยขึ้นกว่าแต่ก่อนรวมทั้งใส่ใจความสะอาดของอาหารที่รับประทานมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ 2) ครอบครัวมีพฤติกรรมใส่ใจสุขภาพมากขึ้น คือ ครอบครัวมีการดูแลสุขภาพโดยรวมของทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายลักษณะของพฤติกรรมที่ครอบครัวแสดงถึงการใส่ใจสุขภาพได้ 3) ครอบครัวรักกันมากขึ้น คือ ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงความรักใคร่ปรองดองซึ่งกันและกันมากขึ้นจากเดิม โดยความรักใคร่ปองดองจะเชื่อมโยงกับความมีน้ำใจ ความห่วงใยซึ่งกันและกันของครอบครัว รวมทั้งมีลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดแน่นแฟ้นกันมากขึ้นซึ่งผู้ปกครองมักอธิบายตัวอย่างพฤติกรรมที่บอกถึงความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นของสมาชิกร่วมด้วย 4) ครอบครัวเข้มแข็งมากขึ้น คือ ครอบครัวมีความอดทนต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบหรือความคิดเชิงลบมากขึ้นจากเดิม โดยผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าตนเองและสมาชิกในครอบครัวเป็นคนใจเย็นขึ้นและอดทนต่อสิ่งเร้าที่เคยทำให้เกิดความหงุดหงิดและโมโหได้มากขึ้น เนื่องจากกลัวกระทบต่อจิตใจ

ของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ครอบครัวสามารถดูแลคนอื่นต่อได้ คือ สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถให้การช่วยเหลือดูแลด้านใดด้านหนึ่งคนรอบข้างได้ เช่น ตนเองสามารถดูแลญาติที่ป่วยคนอื่นเพิ่มได้ สามารถช่วยเหลือชาวบ้านที่ระแวกเดียวกัน และสามารถให้คำแนะนำกับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งคนอื่นได้ และ 6) ครอบครัวพัฒนาศักยภาพมากขึ้น คือ สมาชิกในครอบครัวสามารถมีทักษะด้านใดด้านหนึ่งที่พัฒนาขึ้นจากเดิม เช่น ตนเองมีทักษะการร้องเพลงเพิ่มขึ้น เพราะใช้การร้องเพลงในการผ่อนคลายความเครียดจนปัจจุบันร้องเพลงได้ดีขึ้น พี่น้องผู้ป่วยทำงานบ้านได้หลายอย่างมากขึ้นมีทักษะที่สามารถช่วยงานบ้านบางอย่างได้มากขึ้น เป็นต้น

“ส่งผลคือทุกคนเหมือนต้องร่วมมือ เพราะว่าโรคพวกนี้มันต้องสะอาดนะ โรคพวกนี้ในเรื่องความสะอาด ถึงแม้ว่าจะมีโควิดอยู่แล้วตอนแรก เราก็ไม่ได้ Strick มากในเรื่องการล้างมือ แต่พอลูกกลับบ้านไปเราขอความร่วมมือเลย ห้ามกินดิบต้องกินสุก เพราะว่ามีเชื้อโรคใช่ไหมคะ ก็จะบอกทั้งหมดเพราะว่าสิ่งสำคัญคือทุกคนเวลาเอาอะไรให้น้องกินต้องสะอาดกว่าปกติ ซึ่งหลัง ๆ เขาก้ปรับตัวกัน ต้องใช้คำพูดที่ว่าต้องทำ อย่างล้างของกินคือล้างทุกอย่างจริง ๆ ล้างลึกล้างดีขึ้นไปอีก อย่างล้างไข่นะล้างลูกต่อลูกเลย” (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

“มันก็มีเปลี่ยนแปลงไปบ้างจากการมองเนาะ การใช้ชีวิตหลาย ๆ อย่าง แม่ก็กลับไปบอกเขาว่าพ่อสูบบุหรี่อะ ‘ไม่รู้หรอกนะว่าลูกเป็นเพราะอะไร’(ทำอีกเสียง) แต่พ่อดูดบุหรี่คือดูดเยอะ ถ้าเลิกได้ก็คือเลิกเนาะ คืออย่าเห็นความสุขส่วนตัวเรากับอีกสี่คนที่อยู่ในบ้าน ดูหน่อยเราก็บอกพ่อเขา พ่อเขาก็โอเคดีขึ้น แต่ก็ค่อย ๆ ปรับตอนนี้ก็ไปสูบนอกบ้านไกลหน่อย ลดลง ปกติเขาจะสูบในห้อง ก็ถือว่าเขาดูแลคนในครอบครัวมากขึ้น หลายอย่างก็โอเคขึ้น” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

“เราก็มีบางอารมณ์ที่แบบว่าเขาอาจจะงอแงบ้าง เราก็ควบคุมตรงนั้น คือเราต้องไม่โมโห พอเรารู้ว่าเขาไม่สบายก็กลัวเขาจะเครียดด้วยตรงนั้นค่ะ เราก็ใจเย็นขึ้น ควบคุมอารมณ์ตรงนั้นได้ดีขึ้น(หัวเราะ) เพราะว่าปกติเป็นคนอารมณ์ร้อน ก็คือแบบอย่า(เสียงดัง) ถ้าไม่หยุดนี้คือผัวเลย(ยกมือทำท่าจะตี) อย่างนี้ค่ะ ต้องอย่ามีอย่าที่ 2 ถ้าแต่ก่อนคือมือถึงเลย จะเป็นอารมณ์นั้นน่ะแม่” (คุณบัว มารดาผู้ป่วย)

“ส่วนน้องสาวเขากับภาพรวมของครอบครัวเนี่ย ก็คิดว่า ก็คิดว่าทุกคนปรับตัวทำอะไรงานบ้านเองมากขึ้น(หัวเราะ) จะใช้คำว่าศักยภาพก็ไม่ใช่ เพราะมันเป็นหน้าที่ที่ควรต้องทำแต่เขายังทำอะไรไม่เป็นตอนนี้เขาก็ได้ปรับตัวตรงนี้ด้วย เขาทำเยอะขึ้น” (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

จากข้อมูลกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานนั้น มีจำนวนข้อความสนับสนุนของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังตารางที่ 11

ตาราง 11 สรุปจำนวนข้อความสนับสนุนของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามประเด็นย่อย

ผู้ให้ข้อมูลวิจัย	ประเด็นหลักที่ ระยะก่อน 1 การฟื้นคืนสภาพครอบครัว					ประเด็นหลักที่ ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 2														ประเด็นหลักที่ 3 ระยะหลังการฟื้นคืนฯ		
				เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพด้านลบ		ครอบครัวปรับความคิดความเชื่อ			ครอบครัวจัดการรูปแบบหน้าที่และบทบาท					ครอบครัววางแผนและสื่อสาร								
	เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์	เกิดปัญหาเรื่องการเงินที่ต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	เกิดความขัดแย้งในครอบครัว	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง	ทำความเข้าใจสาเหตุของโรค	ครอบครัวยอมรับว่าเป็นโรคนี้	ครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับใจ	ครอบครัวมีการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น	ครอบครัวมีการเรียนรู้ร่วมกัน	ครอบครัวมีการสื่อสารที่ดีขึ้น	ครอบครัวมีการปรับบทบาทหน้าที่	ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	ครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน	ครอบครัวมีการสื่อสารที่ชัดเจน	ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	ครอบครัวมีการสื่อสารที่ชัดเจน	ครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน	ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม			
1	4	2	1	1	1	1	2	5	3	2	0	2	0	0	2	0	0	4	1	3	4	1
2	5	0	3	1	2	2	1	4	4	0	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	8	3
3	6	2	1	1	1	4	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	5	0	1	0	3	3
4	4	1	2	0	1	2	1	2	1	1	2	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1
5	6	3	2	1	1	0	1	1	1	1	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0
6	7	1	1	0	1	1	2	1	2	0	1	0	1	0	1	2	0	2	1	1	0	0
7	5	0	2	1	1	3	0	3	2	0	7	1	3	1	1	4	1	2	1	1	3	0
8	6	2	2	1	1	0	0	3	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	0
9	4	0	0	2	1	1	0	1	5	1	3	1	1	1	2	1	4	0	1	2	2	0
10	4	2	1	0	3	2	0	1	3	2	3	2	1	1	0	3	3	4	1	1	3	1
11	4	2	2	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0
12	2	0	1	1	1	2	2	1	2	1	2	0	0	2	1	1	2	1	1	1	2	0
13	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1
14	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	3	1	2	2	1	0	0	0	1	2	0
15	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	3	0	0	1	1	0	0
16	4	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	3	2	0	2	1	3	1	1	1	2	1
17	2	0	1	1	1	2	1	0	4	2	3	1	1	0	2	1	3	2	1	1	2	1
18	4	1	2	1	1	0	0	1	2	2	4	3	1	1	2	0	2	0	1	3	1	0
19	2	1	2	0	1	1	0	1	1	3	1	3	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0
20	3	1	4	1	1	0	0	2	1	0	3	1	1	1	1	2	1	0	1	2	0	0
21	6	2	2	0	1	1	1	1	3	2	3	5	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0
รวม	85	24	32	15	24	27	16	33	43	23	40	36	19	20	26	31	34	24	20	26	39	12

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ปัจจัยเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว หมายถึง สภาวะที่เอื้อหรือสิ่งสนับสนุนคุณลักษณะของครอบครัวในการทำงานต้านทานและปรับตัวจากความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในบุคคลอย่างความเชื่อของครอบครัว และปัจจัยภายนอก ได้แก่ รูปแบบการทำหน้าที่ในครอบครัว การวางแผนและการสื่อสารภายในครอบครัว และเหตุการณ์ที่ตึงเครียดอื่นที่ครอบครัวต้องเผชิญ ซึ่งจะพบปัจจัยเหล่านี้ในขั้นระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในหัวข้อ 2.1 โดยสามารถสรุปปัจจัยได้ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความเชื่อในครอบครัว

ความเชื่อในครอบครัว หมายถึง ความคิด การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงหรือเป็นสิ่งที่ไว้ใจ มั่นใจของครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวจากความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด โดยความเชื่อในครอบครัวไม่จำเป็นต้องเป็นความจริงที่ตรงตามหลักเหตุผลหรือทางหลักวิทยาศาสตร์ใด ๆ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 7 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 ครอบครัวมีความหวังว่าบุตรหลานจะหายจากโรคมะเร็ง

หมายถึง การที่ครอบครัวมีมุมมองความคิด ความมั่นใจ ว่าบุตรหลานของตนจะหายป่วยจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในอนาคต ซึ่งเชื่อมั่นว่าครอบครัวจะพบหนทางที่สามารถก้าวผ่านสถานการณ์การเจ็บป่วยไปได้ โดยมีทั้งที่เชื่อมั่นว่าบุตรหลานจะหายป่วยโดยไม่มีเหตุผลใดรองรับถึงที่มาของความคิดความเชื่อมั่นนี้ และเชื่อมโยงกับเหตุผลเนื่องจากครอบครัวได้รับข้อมูลการดำเนินโรคและการรักษาจากแพทย์ ผู้ปกครอง หรือประสบการณ์จากผู้ป่วยที่รักษามาก่อน รวมทั้งการที่ครอบครัวประเมินอาการภายนอกของบุตรหลานและเปรียบเทียบอาการกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทำให้ครอบครัวมองว่าโอกาสที่บุตรหลานจะหายจากโรคมะเร็งสูงกว่าโอกาสที่จะเสียชีวิต และยังเชื่อมั่นว่าบุตรหลานของตนเองจะเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนที่สามารถหายขาดจากโรคมะเร็งได้ ความเชื่อมั่นเหล่านี้จึงเปรียบเสมือนพลังขับเคลื่อนชีวิตในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานของครอบครัวอันนำไปสู่เป้าหมายว่าบุตรหลานจะต้องหายจากโรคมะเร็งที่เป็นอยู่

“คือเรื่องพวกนี้ทั้งน้องด้วย แม่ด้วย 90-100% คือเราเชื่อว่าหาย ตั้งแต่พบโรคอยู่แล้ว...พูดง่าย ๆ ว่า(โรค)เกิดได้ก็หายได้ เพราะเราเชื่อว่าเราหาย...ถึงตอนนี้เรารู้สึกว่าลูกเราใกล้จะถึงวันที่หายจริง ๆ แล้ว” (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

“ผมว่าน่าจะหาย นะ เพราะว่าต้นทางบอก คุณหมอเขาก็แนะนำ หมอช่วยเราได้ เพราะว่าหนึ่งอาการของน้องอีฟ(ผู้ป่วย)เนี่ย ผมดูอาการแล้วมันไม่เหมือนคนอื่น เขาเป็นเนี่ยไม่ได้ขึ้นสมอง ไม่ได้ลงปอดลงไต...ผมมั่นใจแล้ว ผมมีความเชื่อว่าน้องต้องหาย...แล้วงวดนี้ก็ไม่มีไข้ไม่มีอะไร ผมก็เลยมั่นใจว่ามันน่าจะหาย” (คุณสน ตาผู้ป่วย)

“ใจหนึ่งเราคิดว่าลูกเราต้องหายขาด...บางทีมารักษาแล้วจะเห็นนักศึกษาคนหนึ่งนะ แม่ก็ถาม ‘เอ้าหนูมาทำอะไรละลูก’(ทำอีกเสียง) แล้วเด็กผู้หญิงคนนั้นก็บอกว่า ‘หนูก็มารักษาค่ะ หนูมาเช็คเลือด’(ทำอีกเสียง) อืม เขาก็ถามแม่ว่า ‘น้องเป็นอะไรเหรอคะ’ (ทำอีกเสียง) ตอนนั้นน้องแพน(ผู้ป่วย)ยังผมไม่ขึ้น แม่ก็บอก ‘เขาเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจ๊ะ ALL’ ‘อ๋อ เป็นเหมือนหนูเลย เนี่ยหนูรักษามาตั้งแต่เด็กนะ เด็กกว่าน้องอีกเนี่ย ตอนนี้หนูเรียนมหาลัยแล้วนะ’ (ทำอีกเสียง) เขาก็บอก เราก็แบบโอ้ มันทำให้ใจเราเนาะ เด็กคนนี้เป็นตั้งแต่อายุน้อย ตอนนี้เข้ามหาวิทยาลัยแล้ว พอเราเห็น(หัวเราะเบาๆ) แบบใจเรา(เสียงสั่น) คนเป็นแม่เราก็ดีใจเนาะ” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 ครอบครัวมีความเชื่อว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิดว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานสามารถเกิดขึ้นกับครอบครัวใดก็ได้ซึ่งหากเกิดกับครอบครัวตนเองก็ไม่ใช่เรื่องผิดธรรมชาติอะไร โดยมองว่าการเจ็บป่วยเป็นวัฏจักรของชีวิตที่ทุกคนจะต้องพบเจอทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวต่างก็ต้องปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยไปให้ได้ ซึ่งเป็นเรื่องปกติถ้าครอบครัวที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานจะเกิดความทุกข์หรือความไม่สบายใจภายในครอบครัว ความเชื่อนี้จึงส่งผลต่อการยอมรับความเป็นจริงในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของบุตรหลาน

“ก็เชื่อว่ามันเป็นวาระหนึ่งนะครับ เป็นฤดูกาลหนึ่ง ที่อะไรพอมันพบเจอก็ต้องผ่านมันไป ก็จะมีฤดูกาลใหม่เข้ามาอะไรอย่างนี้ ก็คิดว่ามันเป็นช่วง ช่วงหนึ่งมีก็ต้องปรับ...ก็ป่วยมันก็ไม่ดี แต่ว่าก็เพราะมองอย่างนี้แหละว่าเป็นฤดูกาล มันอาจจะเหนื่อยขึ้น เดินทางไปโรงพยาบาล

อย่างนี้ นอนเฝ้าที่โรงพยาบาลมันก็เหนื่อยเป็นเรื่องปกตินะ เพราะว่าในบ้านมันก็ต้องมีคนเหนื่อย มีคนสบาย มันเป็นปกติเรื่องแบบนี้" (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

"เมื่อเราได้เข้ามารักษา เราเห็นคนนั้นคนนี้มันก็เลยทำให้เออ...มันก็ถือว่าเป็นปกติอะนะ เป็นเรื่องปกติของโรคอะ...พอเราได้เข้ามา คนนั้นบอก โอ้ยของหนูเป็นเยอะ ของหนูเป็นอย่างนี้ อะไรอย่างเนี่ย มันแบบ แม่ไม่รู้เลยนะว่าโรคนี้คนจะเป็นโรคมะเร็งได้เยอะขนาดนี้ แล้วเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลขนาดนี้" (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

"เราก็บอกลูก ก็แม่ก็ไม่รู้ว่าแม่จะพูดยังไงให้ลูกมองว่าเป็นเรื่องที่เราต้องเจอ เป็นเรื่องอะไรอย่างเนี่ยอ่ะค่ะ...พระเจ้าควบคุมชีวิตเราอยู่ค่ะ ก็จะมีระหว่างทางเนี่ยอาจจะมีอะไรที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ค่ะ" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 ครอบครัวมีความเชื่อว่าสามารถจัดการกับการปรับตัวได้

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิด ความมั่นใจ ว่าครอบครัวจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ โดยพยายามชี้แจงลักษณะของสถานการณ์ที่ครอบครัวกำลังเผชิญและทรัพยากรที่ครอบครัวมีอยู่นั้นสามารถช่วยแก้ไขอาการการเจ็บป่วยของบุตรหลานให้เบาบางลงหรือเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้อย่างไร เช่น เชื่อมั่นว่าจะจัดการได้เพราะผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของทีมผู้รักษาที่มีความรู้ มีเทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัย และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ครบครัน รวมทั้งมองเห็นการนำทรัพยากรภายในครอบครัวมาใช้ต่อการจัดการสถานการณ์ได้ เช่น การมีประกันชีวิต การมีสิทธิในการรักษา การช่วยเหลือร่วมมือของคนในครอบครัว เป็นต้น ความเชื่อนี้จึงสร้างความมั่นใจในการเข้าใกล้เป้าหมายของครอบครัว คือการที่บุตรหลานหายจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

"คือความไม่สบายใจถ้าให้คะแนน 0 คงไม่ได้...ก็ต้องไม่สบายใจเพราะว่าลูกป่วย แต่ว่าถ้ามันไม่ได้ถึงขนาดเป็น 10 เลยอะไรอย่างนี้ เพราะว่ารู้ว่าเป็นโรคที่รักษาได้ แล้วอาการที่เขาเป็นมันไม่ได้เหมือนคนโดนรถชนปุ๊ปเลือดออก ไม่ได้อารมณ์นั้น รู้ว่ารักษาได้อยู่ในมือหมอ เรามีประกันสุขภาพ เรามีสิทธิบัตรทอง มีอะไรอย่างนี้ เราก็เหมือนกับว่าโอเค เราก็อาศัยเวลารักษาหน่อย...เราก็ทำได้ในส่วนที่เราทำได้อย่างนี้ เช่น ก็ให้น้องสาวมาปลูกถ่าย มาดูแล ทำได้อะไรอย่างนี้ แล้วก็เดี๋ยวเขาก็คงหาย หายแล้วก็ปรับตัว" (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

"โรคนี้มันรักษาหาย เด็กเขาเป็นกันเยอะ...แล้วเดี๋ยวเราก็จะผ่านมันไปได้ เราบอกกับลูก...แม่เชื่อว่า(เสียงคลอ) ครอบครัวเราอะ เราต้องผ่านไปได้...จุดไหนที่มันมีปัญหาก็ค่อย ๆ ปรับไป มันก็แก้ปัญหา มันมีทางออกหมดแหละ เราก็ต้องช่วยกัน มีหนี้สิ้นมีอะไรก็ค่อย ๆ บอกค่อย ๆ ผ่อนเขาไป เพราะลูกเราเขาเป็นแบบนี้ แม่ก็บอกเขา ทางโรงเรียนแม่ก็คุยเลย" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"ผมคิดว่าการแพทย์มันไปไว ทุกอย่างมันสามรถรักษาได้ ถ้าเราหนึ่งร่างกายเราแข็งแรง ยาดี เราดูแลตัวเองดี อะไรที่หนักมันก็เบา เราไม่ทำอะไรที่มันนอกลู่นอกทาง ผมว่ามันสามารถรักษาหายได้ครับผม...ไม่เครียดไม่อะไรครับ อย่างแม่เนี่ยทำท่าจะตกงาน...เราก็ไปเดินหน้าเข้าไป...เราหยุดนิ่งไม่ได้...เราก็เดินหน้าต่อไป" (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.4 ครอบครัวมีศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวว่าสามารถนำพาครอบครัวให้ก้าวข้ามสถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานไปได้

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิด ความเชื่อมั่น ว่าสิ่งที่นับถือหรือคุณงามความดีของตนเองมีผลต่อการปรับตัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ โดยการเชื่อมโยงต่อศาสนาหรือสิ่งยึดเหนี่ยว ได้แก่ ครอบครัวมีความคิดความเชื่อมั่นว่าศาสดาทางศาสนาของตนจะนำพาครอบครัวไปสู่สิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งจะสอดคล้องกับหลักคำสอนในแต่ละศาสนา เช่น ศาสนาคริสต์เชื่อว่าพระเจ้ารักและเมตตาต่อมนุษย์ดังนั้นการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจจะเกิดสิ่งที่ดีต่อครอบครัวในด้านอื่น ๆ ศาสนาอิสลามเชื่อว่าหากพระเจ้าเมตตาและเห็นใจครอบครัวตน พระเจ้าจะประทานพรให้บุตรหลานของตนหายจากโรคมะเร็งไปได้ และศาสนาพุทธที่เชื่อถึงบาปบุญและเวรกรรม โดยเชื่อว่าคุณงามความดีของตนที่เคยกระทำต่อผู้อื่นจะส่งผลดีในอนาคตและทำให้ครอบครัวก้าวข้ามสถานการณ์การเจ็บป่วยไปได้ ความศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวจึงเป็นเหมือนแสงนำทางให้ครอบครัวมุ่งมั่นที่จะก้าวข้ามวิกฤตการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานไปได้

"ก่อนที่จะทราบผลก็คือ แม่เชื่อพระเจ้าด้วยไง แม่เชื่อว่าสิ่งร้ายมันน่าจะไม่เกิด แต่ถ้ามันเกิดพระเจ้าก็อนุญาตให้เกิดและก็น่าจะมีสิ่งดี ก็คิดแค่นั้น...ตอนนี้เราก็เชื่อพระเจ้ามากขึ้นเพราะเราก็เชื่อว่านอกจากแผนการรักษาของมนุษย์แล้วนะคะ เราก็เชื่อว่าพระเจ้าควบคุม...ดีหรือไม่ดี เดี๋ยวก็คิดว่าเป็นแผนการที่ดีของพระเจ้าอยู่แล้ว" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

“เอ้า พูดตรง ๆ เหมือนกับเราคิดว่าน้องเนี่ย รอดมาเนี่ย เหมือนกับเราทำบุญมาใช่ไหม อยู่ ๆ เนี่ยอาการไม่ออกแต่เราไปถอนฟันแล้วเราไปเจอไง...คิดอย่างเดียวว่าเราคงทำบุญ คนก็พูดว่าเราทำบุญมาอะไรอย่างนี้ เราก็เลยพยายามทำต่อ เรามีบุญไง ก็ดูอย่างเก้า(ผู้ป่วย) เจอได้ไง เราก็นึกอยู่ ๆ ทำไมเราต้องไปถอนฟันด้วย มันก็ไม่ได้ปวด ใช่ปะ” (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

“ก็ละหมาดขอ ขอให้ใจเราสงบ...ส่งผลให้ใจสงบ ให้เรารู้ว่าสิ่งที่ขอไป ถ้าเบื้องบนเมตตา สงสาร เขา(พระเจ้า)ก็จะให้เรากลับมา ให้ยืดชีวิตหลาน อะไรอย่างนี้ค่ะ...มันมีกำลังใจค่ะ ตอนนี้อาจจะช้าหน่อย ขอเวลาอีกนิดเดี๋ยวพระเจ้าให้เรา ตอนนี้ใกล้ถึงแล้ว ซึ่งทุกวันก็ประสบความสำเร็จว่าอย่างน้อยก็ผ่านช่วงที่ลำบากมามากเลยค่ะ” (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.5 ครอบครัวมีกำลังใจจากพิธีกรรม

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความปรารถนาที่เปี่ยมไปด้วยพลังทางความคิดและกำลังใจ ว่าบุตรหลานจะอาการดีขึ้นตลอดการรักษาและครอบครัวจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ โดยมีการเชื่อมโยงกับการกระทำบางอย่างหรือการอธิษฐาน เช่น การบนบานศาลพระภูมิเจ้าที่หรือสิ่งศักดิ์สิทธิที่ตนเองนับถือ การนำสิ่งของไปเซ่นไหว้ขอสิ่งที่ครอบครัวปรารถนากับสิ่งศักดิ์สิทธิ การร่วมกันอธิษฐานอวยพรให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเจ็บป่วยของบุตรหลาน เป็นต้น โดยการกระทำเหล่านี้เป็นเหมือนพิธีกรรมเพื่อสร้างขวัญ พลังและกำลังใจภายในครอบครัวในการก้าวข้ามวิกฤตสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานไปได้

“เราศาสนาพุทธเนาะ มันก็เหมือนว่าทางใจ ไปบนบ้าง ไปบนผู้นั้นนี้ ให้น้องหายป่วย ส่วนป๊าเขาก็บนว่าถ้าน้องหายจะให้เขาบวช แม่บนว่าจะไปถวายไข่หลวงพ่อดำ วัดไร่ขิง ...มันมีความรู้สึกว่ามันต้องดีขึ้น มันจะต้องมีปาฏิหาร จิตใจด้วย มันเป็นที่พึ่งทางใจของเรา จะได้ไม่ได้อีกเรื่องหนึ่ง เราไม่รู้ แต่เรารู้ว่าเราศรัทธา เรามีความหวังที่เราได้พึ่งอย่างนี้ มีกำลังใจขึ้นมันดีนะ มันก็มีกำลังใจ” (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

“ตอนนี้เราไม่ได้ไปชุมนุมที่โบสถ์ เปลี่ยนเป็นออนไลน์แทน...เขาเรียกว่าการอธิษฐานติดตัวเราตลอดเวลาอยู่แล้ว...คือเราอธิษฐานเหมือนกับเราพูด เหมือนที่เราพูดกันอย่างนี้ค่ะ...มันก็ส่งผลต่อความเชื่อ ความมั่นใจในการใช้ชีวิตเลยค่ะ...ในออนไลน์ก็จะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยในแต่ละเรื่อง” (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

“อันดับแรกเลยเนี่ย แม่เคยบนหลวงพ่อวัดไร่ขิง และก็วัดนครปฐม เคยตอนเป็นรอบแรก...เสร็จโมเม(ผู้ป่วย)ก็อาการดีขึ้นหาย...ทีนี่มาเป็นรอบ 2 อีก...บอกแม่เลย บอกไปจุดธูป

16 ดอกกลางแจ้งเลย ไปบอกหลวงพ่อว่าให้โมเม(ผู้ป่วย)หาย...ชื่อนางสาวนี่นะ อยู่ชั้นนี้ เตียงนี้ ให้มาปกป้องหน่อย อะไรหนักเป็นเบา จุด 16 ดอก พอจุดปุ๊ปย้ายเตียงเลย ย้ายไปคนละเตียง (หัวเราะ) ตอนแรกอยู่เตียง 10 ย้ายไป 16(หัวเราะ) คราวนี้พอย้ายเสร็จแม่ก็ไปจุดใหม่...ซึ่งมันเป็นที่ยึดเหนี่ยวครับผม คือเราทำแล้วสบายใจ" (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.6 ครอบครัวมองเห็นแง่มุมเชิงบวกจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิด ความเชื่อว่ามีสิ่งที่ดีบางอย่างเกิดขึ้นภายในครอบครัว แม้ว่าครอบครัวจะกำลังเผชิญสถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานก็ตาม โดยครอบครัวจะชี้แจงสิ่งที่ได้เรียนรู้หรือสิ่งที่เป็นผลดีที่เกิดขึ้นกับทั้งตนเอง ผู้ป่วย และครอบครัว เช่น การป่วยทำให้ครอบครัวเราใกล้ชิดกันมากขึ้น การป่วยทำให้ได้ฝึกความอดทนของครอบครัว โชคดีที่ป่วยตอนนี้เพราะไม่กระทบกับการเรียนของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงแง่มุมเชิงบวกเกี่ยวกับการพบอาการของผู้ป่วยก่อนที่ระยะการดำเนินโรคมะเร็งจะลุกลามไปมากกว่าเดิม เช่น โชคดีที่ไปถอนฟันแล้วรู้เร็ว โชคดีที่เจ็บหน้าอกเลยได้มาหาหมอก่อนนัด เป็นต้น รวมทั้งครอบครัวสามารถมองเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษา เช่น เราจะหายป่วยจากโรคมะเร็งได้เราต้องยอมแลกกับผมที่ร่วง เป็นต้น ซึ่งการที่ครอบครัวสามารถมองเห็นแง่มุมเชิงบวกเหล่านี้จากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญจะทำให้ครอบครัวมีพลังขับเคลื่อนการปรับตัวต่อสถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานไปได้

"ก็คิดว่ามันเป็นช่วง ช่วงหนึ่งมีก็ต้องปรับ ก็ได้ฝึกความอดทนของคนรอบข้างด้วย ได้เข้าใจกัน ได้อะไรกัน ก็พยายามมองมุมบวกครับ...แล้วก็เชื่อว่ามันจะมีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างนี้ ซึ่งมันก็มีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้นหลายอย่างในช่วงที่เขาไม่สบาย เช่น ไม่สบายในจังหวะที่เป็น COVID ซึ่งมันไม่ต้องไปเรียน คนอื่นก็ไม่ต้องไปเรียน ทำให้มันไม่สะดุดถึงขั้นต้องหมดสิทธิสอบ แบบโห้ยต้องหมดสิทธิอะไรทุกอย่างเลยอย่างนี้ เพราะไม่ได้ไปเรียนเลย เพราะทุกคนอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน" (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

"มันจะมีความรู้สึกว่า เออมันมีเวลามาให้กัน ดูแลอะไรอย่างเนี่ย คือเช้ามาป๊าเขาก็มาดูแลลูกอะไรตลอด แต่ก่อนที่น้องจะป่วย พอเช้ามาก็ ก็ต่างไปทำงาน เพราะกว่าแม่จะกลับมาจากขายของก็ตั้งสิบโมงแล้ว" (คุณกุหลาบ มารดาผู้ป่วย)

"ผ่านมาไม่กี่เดือน ค่าเลือดมันผิดปกติ คราวนี้พอดีว่าที่เขาเจ็บหน้าอก ถ้าเราไม่รู้ว่ามันเจ็บหน้าอกกว่าจะเจอหมออีกทีคือ 4 เดือน เพราะเราพึ่งไปหามา เพราะว่าปีหนึ่งหา 2 ครั้ง ทุก 6 เดือน...ก็คิดว่าเราก็ยังโชคดีที่มันมีอาการที่เจ็บหน้าอก ถ้าไม่งั้นเราก็รู้ว่าน้องเป็นมะเร็งกลับมา ถ้าสายกว่านั้นอาจจะแย่ ตอนนี้เราอาจจะรู้เร็ว แล้วก็อีกอย่างก็คือหมอเขาบอกว่าที่เจ็บหน้าอกมันไม่เกี่ยวกับมะเร็งเลย...เขาให้ยาฆ่าเชื้อก็หายเลย" (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.7 **ครอบครัวมีความเชื่อมั่นว่าจะพยายามให้ถึงที่สุด**

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิด ความมั่นใจที่แน่วแน่ว่าครอบครัวจะพยายามอย่างเต็มที่ให้สุดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการดูแลเรื่องอาหารการกิน การพาผู้ป่วยมารักษาอย่างสม่ำเสมอ และการปรับตัวของครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยเชื่อมั่นว่าความพยายามที่ครอบครัวทำนั้นสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ ความเชื่อมั่นของครอบครัวที่จะพยายามก้าวข้ามวิกฤตในสถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานนั้นจึงทำให้ครอบครัวมองเห็นลู่ทางที่จะไปสู่เป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้นนั้นคือ การที่บุตรหลานหายป่วยจากโรคมะเร็งและครอบครัวยังคงดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

"ตอนแรก ๆ มันตกใจนะคะ เพราะคิดว่ามันเยอะ มันประดัง เราคิดว่าเราสูญเสียทุกอย่าง เรากะว่าถ้ามีอะไรเราก็จะช่วยชีวิตเขาอย่างนี้ค่ะ...เราต้องสู้ให้ถึงที่สุดค่ะว่าถ้าเราผ่านตรงนี้ไปได้...เราต้องพยายามให้ถึงที่สุดค่ะ" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"ต้องดูแลเขา ต้องแบบการกินทุกอย่างต้องให้ดีเหมือนกับตอนที่เขาป่วย ต้องดูแลให้เหมือนเขา ณ จุดนั้น...ฝ่าฟันไปได้โดยการที่เราก็ทำดีที่สุด ดูแลอย่างเต็มที่แล้ว ดูแลเขาเท่าที่คนเป็นแม่จะทำได้(เสียงสั่น)เนาะ...พอกลับไป อันดับแรกก็คือ ดูแลเขาให้ดี ให้เขาต่อสู้ให้ผ่านมันไปให้ได้ และก็มาปรับเรื่องการเรียน ปรับทุกอย่างว่าเออ ต่อไปคุณหมอบอกว่าโรคนี้มันเป็นแล้วมันก็หายขาดได้ หรือมันก็กลับมาได้...เราก็รักษาเขาให้ดีที่สุด แม่ก็คิดอะ ดูแลเขาให้ดีที่สุด ใจหนึ่งเราก็ต้องคิดว่าลูกเราต้องหายขาด" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"เราไม่ต้องคิดอะไรมาก คือไม่ต้องไปคิดอะไรเลย เพราะว่าตอนนี้เราทุ่ม ทุ่มให้เขาดูแลเขาให้ดีดี...คือหนึ่งอะไรที่มันเสี่ยงเราไม่ให้เขาไป ตอนนี้เราต้องปรับตัวคือเราต้องดูแลเขาให้ดีครับ...แต่ผมตอนนั้นผมบอกเท่าไหร่เป็นกัน เรื่องอื่นเอาไว้ทีหลัง ตอนนั้นผมแบบ ผมมีเงินอยู่ไง

เก็บเงินไว้อ่ะที่ว่าจะไปทำบ้านอ่ะครับ ผมก็เลยบอกหมอว่าเออเต็มที่เลยหมอ ผมยอมครับ ตอนแรกน่ะผมคือยอมทุกอย่างขอให้หลานผมหายนั้นแหละ" (คุณสน ตาผู้ป่วย)

ประเด็นหลักที่ 2 รูปแบบบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

รูปแบบบทบาทหน้าที่ในครอบครัว หมายถึง เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการกระทำหรือพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามตำแหน่งหรือสถานภาพซึ่งเป็นไปตามลักษณะการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรวมทั้งการรับรู้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่นหรือสมาชิกในครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวจากความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียด ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 6 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ครอบครัวมีความสามัคคีช่วยกันดูแล

หมายถึง การที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางด้านความคิดที่มุ่งมั่นในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของบุตรหลานร่วมกันและอธิบายการกระทำหรือหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองและผู้อื่นที่สอดคล้องเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยสะท้อนถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านบริการของสมาชิกในครอบครัวที่ต่างให้ความร่วมมือ เป็นทีมเดียวกันและความรู้สึกที่ไม่โดดเดี่ยวในการข้ามผ่านวิกฤตการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลาน

"ก็จะบอกกับพี่เขา อธิบายให้เขาฟังว่าน้องเราไม่สบายนะ เราต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเรา เหมือนเราเคยทะเลาะกัน เหมือนเราเคยไม่พอใจ...เราก็ต้องดูแลน้องช่วยกันอย่างนี้ค่ะ...ก็บอกกับพี่เขา พี่เขาก็เข้าใจค่ะ...หน้าที่ก็ยังเหมือนเดิมค่ะ ถ้าพ่อมา พ่อว่างเขาก็จะทำ ถ้าแม่ว่างแม่ก็จะทำ เราจะไม่เกี่ยงกันค่ะ...ป้าเขาก็จะดูพวกอาหารการกินให้ตรงนั้น พี่สาวคนกลางเขาก็จะดูหลาน ดูพี่น้องอีกคน" (คุณบัว มารดาผู้ป่วย)

"เขา(มารดาผู้ป่วย)ดีมาก เขามีแฟนใหม่แล้ว แต่เขาก็โดดตัวมาเต็ม ๆ ทุกคืนที่ลูกเขาป่วยมานอนโรงพยาบาล เขาก็ไม่เคยให้ย่ามาเฝ้าแม้แต่ครั้งเดียว เขาเป็นคนทำหน้าที่ความเป็นแม่ดี...พ่อเขาก็ดูแลเรื่องการเงิน ส่งมาให้ลูกเขา...ส่วนแม่เขาก็มาหาทุกอาทิตย์ บางอาทิตย์ก็อาจจะไม่ได้มา...บทบาทเปลี่ยนไป จากที่ย่าดูแลเขาคนเดียว ตอนนี้แม่ก็ยื่นมือออกมาช่วยดูแลค่ะ ...และทุกคนในบ้านก็ต้องพร้อมให้ความช่วยเหลือด้านนี้ด้วย เพราะว่าถ้าบอกใครมาใครไปใครทำอะไร ทุกคนต้องยื่นมือมาหมดเพื่อน้อง(ผู้ป่วย) ทุกคนพร้อมหมดค่ะ" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"เราช่วยกันทำ ก็คือวันอาทิตย์ใช่ไหม หยุด 1 วัน แล้วก็ช่วยกันทำ...เรามาเฝ้าอิคคิว (ผู้ป่วย)ที่โรงพยาบาลอย่างนี้ เขาก็ช่วยกันทำ ล้างห้องน้ำ ล้างจาน ซักผ้าเนี่ย เพราะว่าเราต้องกลับไปอย่างนี้ เราไม่มีเสื้อผ้าใส่...ทางนู้นเขาก็จัดการให้เราเรียบร้อย" (คุณแอปเปิ้ล ยายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 ครอบครัวมีความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละคน

หมายถึง การที่ครอบครัวสามารถบอกลักษณะการทำหน้าที่ ข้อจำกัด หรือเงื่อนไขการทำหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้ เช่น มารดาผู้ป่วยทำหน้าที่เฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาลต้องนอนที่นอนเล็ก ๆ เพื่อเฝ้าลูก ตาต้องเข้าเวรทำงานทั้งกลางวันกลางคืน ซึ่งต้องอดหลับอดนอน หรือ ป้าเป็นคนมาช่วยเฝ้าแต่ป้าต้องกลับไปดูแลครอบครัวป้าเช่นกัน เป็นต้น ซึ่งการที่ครอบครัวมีความเข้าใจในหน้าที่ของสมาชิกนั้นสามารถกำหนดขอบเขต จัดสรรทั้งรูปแบบสิ่งที่ได้รับมอบหมายให้ทำและช่วงเวลาในการทำของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

"บทบาทเปลี่ยนไป จากที่ย่าดูแลเขาคนเดียว ตอนนี้แม่ก็ยื่นมือออกมาช่วยดูแลค่ะ มาช่วยดูแลเรื่องโรงพยาบาลเนี่ยค่ะ เพราะไปกลับเนี่ยจะเป็นหน้าที่แม่เขาทั้งหมดค่ะ ย่าก็ถ้าน้องกลับจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ย่า ย่าจะจัดการเรื่องอาหาร ทำทุกอย่างให้เขา(มารดาผู้ป่วย) เหนื่อยน้อยที่สุด take care เขาระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลนอนที่เล็ก ๆ ดูแลลูกเหนื่อยแล้วพอกลับบ้านย่าก็จัดแจงเรื่องกิน เรื่องนอน ย่าทำหมดเลย ให้เขาได้พักผ่อน พอถึงเวลาได้ออกมาก็หน้าที่เขา" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

"ก็ไม่ค่อยได้โทรค่ะ ไม่ค่อยโทรเพราะว่าอีกคนหนึ่ง โดยตัวแม่เองนะ เราก็ไม่รู้อีกคนหนึ่งทำอะไรอยู่ แม่ทำธุระอยู่ตอนเช้า พ่ออาจจะยังไม่ตื่น เพราะพ่อเขาเป็นคนที่นอนตื่นสาย เพราะว่าเขานอนดึก แล้วก็เหมือนว่าเวลาเราไม่ตรงกันในช่วงนี้ พอจะติดต่อพ่อก็เป็นช่วงบ่ายถึงจะโทรไป ถึงจะรายงานเรื่องอะไรหรืออะไรไปอะค่ะ" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"คือ...(ลากเสียง เสียงสั่นน้ำตาคลออีกครั้ง) คือเรารบกวนพี่สาวไง พี่สาวเขาก็ต้องทำงานแต่พี่สาวมาเฝ้าให้เราก็มี...(ลากเสียง) ให้เงินเขาใช้อะไรอย่างนี้ค่ะ...เพราะว่าเขาอยู่เขาก็ต้องใช้จ่ายก็ต้องให้เขาแบ่งกัน เงินที่กู้มาก็ทยอยให้เขาบ้างเพราะเขาก็มีลูกสาวที่ต้องเรียน (เสียงคลอตลอดน้ำตาไหลเป็นหยด)...เขาไม่ค่อยเอา ไม่ค่อยเอาเงินนะ หนูก็เกรงใจไง(เสียงคลอ) เพราะว่าเขามาช่วยทุกอย่าง เขาเหนื่อย เหนื่อยกว่าเรา เราทำงานแต่เขาต้องเฝ้าหลานอย่างนี้ (เช็ดน้ำตาตลอด)" (คุณพุด มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.3 ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเรื่องเงิน

หมายถึง การที่ครอบครัวได้รับเงินช่วยเหลือจากคนรอบข้างหรือหน่วยงานในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ทั้งรูปแบบการให้โดยไม่มีสิ่งแลกเปลี่ยนและการให้ยืมเงินสำรองจ่ายเพื่อให้ครอบครัวได้หมุนเวียนทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั่วไปในครอบครัว ไม่ให้กระทบกับการหยุดการรักษาของผู้ป่วย เช่น ได้รับเงินช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านมาใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ได้รับเงินจากญาติที่ให้ยืมมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น การเจ็บป่วยจะต้องมีผู้ดูแลหลักซึ่งต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย รายได้ครอบครัวจึงลดลง ทั้งนี้การรักษาโรคมะเร็งของบุตรหลานจำเป็นจะต้องเดินทางมารักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น การที่ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนทางการเงินนั้นจึงช่วยลดภาวะตึงเครียดในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้

“คือช่วงนั้นนะพูดตรง ๆ ว่าเราก็มีโชคดีอยู่บ้าง...ก็มีเพื่อนในกลุ่มก็ช่วยกันมาบ้างเวลาทางนั้นเขามี คนหนึ่ง 5,000 3,000 10,000 อะไรเนี่ย ส่วนแหล่งอื่นก็ที่ทำงานเนี่ย อ๋อแล้วก็มีก๋ง(ปู่ผู้ป่วย)นั้นแหละช่วยมาเรื่อย” (คุณหลิว บิดาผู้ป่วย)

“ก็นอกนั้นที่ว่าโรงพยาบาลก็ยืมพี่สาวมา 10,000 เนาะ ก็ต้องยืม ก็ ก็คุยกับพี่สาวเขาก็ให้ยืมมา เราก็ผ่อน แม่ก็ไม่มี แม่ก็คืนให้เดินละ 1,000 บาท...ทางโรงเรียนก็เอาเงินมาช่วย 1,000 บาท ใช่ เอามาให้แม่ 1,000 บาท” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

“ก็มีญาติพี่น้องบางคนเขาก็ เขาก็มาเยี่ยมอะไร เขาก็ส่วนมากเขาจะให้(เงิน)หลาน ให้อะไรอย่างนี้...ก็รู้สึกดีครับ ก็...(ลากเสียง) เออ...(ลากเสียง) มันได้ลดค่าใช้จ่าย อย่างทางโรงพยาบาลตอนนี้เราก็ไม่ค่อยมีอะไรมากแล้ว(เงียบไปนาน 2 วินาที สายตามองต่ำและหันมามองผู้วิจัยและพยักหน้า)” (คุณไทร บิดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.4 ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ

หมายถึง การที่ครอบครัวได้รับวัตถุสิ่งของจากคนรอบข้างหรือหน่วยงานในการดูแลบุตรหลานหรือการดำรงชีวิตในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ซึ่งสิ่งของที่ผู้ปกครองได้รับมีทั้งอาหารที่ช่วยให้ครอบครัวได้แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายหลักลง เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เครื่องแต่งกายที่สามารถสนับสนุนสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย หรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ โน้ตบุค สำหรับติดต่อสื่อสารและเรียนออนไลน์ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

โดยวัตถุสิ่งของเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่ช่วยให้ครอบครัวดำรงชีวิตสมดุล ลดผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวได้

“บางทีขาดของใช้น้องแพน(ผู้ป่วย) แพมเพอร์ทุกอย่าง อยากกินอะไรเขาก็เอามาให้ ครอบครัวแม่เขาก็ดี...แล้วก็ถ้าสิ่งของก็คือพี่สาว ก็คือขอความช่วยเหลือเขาไปมันก็ไม่ได้มากมายอะไร บางทีแม่ก็จะขอแพมเพอร์ กระดาษเปียกที่น้องมาอยู่ช่วงแรก ๆ เลยไง ให้เขาซื้อมาให้” (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

“ครูอ้อยกับป้าอ้อยเขาบอกว่าเห็นโมเม(ผู้ป่วย) ใช้โทรศัพท์รุ่นเก่าเมื่อ 6 ปีที่แล้ว รุ่น j7 แล้วเขาเห็นโมเม(ผู้ป่วย)เรียนตลอดเวลาแต่โทรศัพท์มันค้าง...ครูอ้อยจะไปคุยกับผู้หลักผู้ใหญ่ให้ว่าซื้อ Notebook ให้เครื่องนึงเพื่อจะได้ทำงาน วีดีโอคลอเห็นหัน ก็ได้ตรงนั้นมาช่วย” (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

“ก็จะมีพี่น้องที่ทำงานซะส่วนใหญ่ แล้วก็จะมีญาติพี่น้อง แล้วก็จะมีเพื่อนบ้าน... เวลาเขาทำกับข้าว เขาก็จะเอามาให้เราด้วย” (คุณมะม่วง มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.5 ครอบครัวมีกำลังใจจากคนรอบข้าง

หมายถึง การที่ครอบครัวมีคนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่สามารถเป็นผู้รับฟัง ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลพูดคุยเมื่อครอบครัวรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกอัดอั้น รวมทั้งได้รับคำพูดเสริมแรงบวกหรือได้รับความห่วงใยผ่านการกระทำจากคนรอบข้างทำให้มีแรงเสริมทางบวกในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานจากคนรอบข้าง ซึ่งข้อมูลที่ได้มีทั้งญาติที่คอยบพูดคุยรับฟังทางโทรศัพท์ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองได้รับคำพูดเชิงบวกในการเผชิญสถานการณ์ ผู้ปกครองเด็กป่วยท่านอื่น ๆ ที่แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึกเวลาอยู่ในหอผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองได้เห็นถึงประสบการณ์และข้อมูลที่สามารถเป็นทิศทางในการปรับตัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะข้อมูล ให้กำลังใจและติดตามสุขภาวะต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นต้น การที่ครอบครัวมีกำลังใจจากคนรอบข้างจึงเชื่อมโยงกับการสร้างความหวังว่าผู้ป่วยจะหายและไม่ย่อท้อต่อการก้าวข้ามปัญหาให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

“แต่ว่าก็ดีนะคะ ดีมาก ๆ ที่บางทีเราอยู่ช่วงนี้ ช่วงที่เราเฝ้าไข้เราไม่ได้คุยกับใครมันมีงานวิจัยนี้ขึ้นมาก็จะได้ดีต่อตัวแม่เองด้วย เพราะว่าเราก็ได้พูดอะไรที่เราอยากระบายได้ปลดปล่อยอะไรอย่างนี้ แต่สำหรับบ้านอื่นเขาอาจจะคุยสายกันอยู่แล้ว เราอาจจะไม่รู้นะ แต่บางบ้านอาจจะไม่ได้คุยกับใครเลยก็เป็นประโยชน์ต่อเขา ที่เขาได้มาปล่อยความทุกข์ เขาเรียกว่า

ปล่อยความกังวลให้คุณนุ๊กนิ๊ก(ผู้วิจัย) ฟังเนาะ เวลาพูดไปเนี่ยคุณนุ๊กนิ๊ก(ผู้วิจัย)ก็มีวิธีสัมภาษณ์แล้วให้กำลังใจเขามากขึ้น ก็ดีนะ...ด้านกำลังใจมีมาก่อนอยู่แล้ว กำลังใจมีมาก่อนจากคนใกล้ตัวก่อน...แล้วปกติน้าหลานเขาคุยกันอยู่แล้ว...ส่วนคนที่โบสถ์อย่างเนี่ยก็ อย่างที่บอกค่ะ เจาก็พอทราบเนี่ยแรก ๆ ก็จะเป็นกลุ่มย่อย ๆ ก่อนที่จะทราบ ก็มีอธิษฐานเผื่อกันทุกครั้ง ทุกครั้งจริง ๆ นะคะ" (คุณมะลิ มารดาผู้ป่วย)

"กำลังใจจากครอบครัวหมดเลย พี่สาว ครอบครัวทุกคนดีหมด ก็โทรมาหกำลังใจเหมือนกัน ส่งไลน์นั้นแหละค่ะ คุยในไลน์ คุยในแชท ส่งให้สู้ ๆ ส่งทุกวันแหละค่ะ คุยกันตลอด... ก็มีเพื่อน เพื่อนก็บอก เขาก็พูดภาษาเพื่อนบอก 'มึงก็สู้ ๆ นะ'(ทำอีกเสียง) อะไรอย่างนี้ เขาก็บอก แม่ก็บอก เออสู้อยู่แล้ว (เสียงสั่น หัวเราะฮือฮือ)...ก็รู้สึกดีขึ้นนะคะ...พอได้กลับมามันก็มีกำลังใจดีขึ้นนะที่เราจะใช้จ่าย(เสียงสั่น)และกำลังใจจากคำพูดหรือบางทีถึงเขาจะไม่ได้ช่วยเราด้วยเงินทองคำพูดมันก็(เสียงคลอน้ำตาคลอ) มันทำให้เราสู้...พอตื่นมาก็เจอพวกแม่ของน้อง ๆ เขาผู้ป่วยด้วยกันเราก็คุยกัน แลกเปลี่ยนกัน บางทีก็คลายเครียดไป ถ้าเราได้เจออยู่ตรงจุดนั้นเราก็หายเครียดไปเยอะ" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"คือดีค่ะ กำลังใจคือแบบว่าดีมากเลย แม่กับน้องหรือไม่ก็ญาติเขาก็บอกว่าอย่าคิดมาก อย่ากังวล เดี๋ยวลูกก็หาย รักษาหาย เขาก็หาวิธีค่ะ search หาใน Google ว่ามีวิธีรักษาถ้าเราเป็นชนิดนี้หาย นะ เด็กบางคนหาย เขาทำให้เราไม่เครียด ไม่ให้เรากังวลค่ะ" (คุณชมพู่ มารดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 2.6 **ครอบครัวรับรู้ถึงการได้รับบริการ**

หมายถึง การที่ครอบครัวสามารถบอกลักษณะการกระทำหรือพฤติกรรมในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือจัดบริการในรูปแบบต่าง ๆ จากคนรอบข้าง บุคลากรทางการแพทย์ หรือหน่วยงานในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ เช่น คุณครูในการจัดเตรียมเอกสารการเรียนให้ผู้ป่วย พยาบาลหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย และทีมแพทย์ในการทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลการดำเนินการของโรค เพื่อนบ้านให้การดูแลหรือช่วยเหลือทางด้านบริการอื่น ๆ เป็นต้น โดยการบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบหนึ่งซึ่งหากครอบครัวมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนนี้จะทำให้ครอบครัวรู้สึกอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว มีคนรอบข้างคอยเป็นทีมร่วมกับครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานไปพร้อม ๆ กัน

"เรามาใจชื้น ตอนที่เราพบหมอโรคเลือดแล้ว เขาก็แนะนำเราว่าโอกาสหายคือ 80-90% โอกาสหายเยอะกว่าที่มันจะกลับมา เขาก็พูดอย่างนี้และทีนี้เขาพูดถึงวิธีการรักษาอะไรประมาณนี้ค่ะ ก็คือเขาให้คำแนะนำเราว่าการรักษาเขาจะเป็นอย่างไร ต้องให้คีโม กี่คอร์ส เขาก็จะให้คำแนะนำเรา เราก็ยังคิดว่า เราก็ใจชื้นอยู่ว่าเออโอกาสหายมันเยอะนะ" (คุณมะม่วง มารดาผู้ป่วย)

"เขาก็มีสนับสนุนมีช่วยเหลือ มีอ๊า...(ลากเสียง) อะไรอย่างนี้คือแนะนำหลายเรื่องอ่ะ โรงเรียนก็เรียกว่าเป็นสถาบันที่ดูแลค่อนข้างดี อันนี้ก็รับรู้ด้วยกัน...แล้วก็เหมือนกับโรงเรียนก็ก็โอเค ก็ดูแลดีอ่ะ โรงเรียนก็ดูแลดี แล้วก็พยายามที่จะให้น้องสาวไปเรียนที่เดียวกันด้วยอะไรอย่างนี้ครับ" (คุณปาล์ม บิดาผู้ป่วย)

"คุณหมอจุฬาฯนี้ดีมากเลย คือหมอนะต้อนรับอย่างดี ส่งไปนู้นผมก็คนละทิศละทางยุ่งวิ่งวุ่นอยู่คุณหมอช่วยดีมาก...คุณหมอเขาก็แนะนำ...คือคุณหมอนี้เขาอธิบายให้เราเข้าใจ... เจ้านายเขาก็คอยเช็คให้เรานะ แนะนำให้เราให้นู้นอย่างนี้ แนะนำว่าเออ เจ้านายเขาก็คอยศึกษาเรื่องโรคนี้ให้เราด้วย...เจ้านายเขาก็ช่วยอยู่ ส่วนไอ้ทางนี้(ชี้ผู้วิจัย) คือหนึ่งทางโรงพยาบาลที่เขารักษาเนี่ย เขาก็ไม่ได้เก็บแบบอะไรล่ะ แบบเป็นก้อน(เน้นเสียง)ใหญ่นะ เขาก็เก็บแบบเรื่อย ๆ อย่างนี้แต่ละเดือนละเดือน เราก็สู้ไหวอย่างนี้" (คุณสน ตาผู้ป่วย)

ประเด็นหลักที่ 3 การวางแผนและการสื่อสารในครอบครัว

การวางแผนและการสื่อสารในครอบครัว หมายถึง เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมายพิจารณาตัดสินใจล่วงหน้า การแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งอวจนภาษาและวจนภาษาของครอบครัวในการต้านทานและปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 ครอบครัวสามารถแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย

หมายถึง การที่ครอบครัวสามารถแสดงออกผ่านพฤติกรรมหรือบอกความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบของตนเองให้กับครอบครัวรับรู้ได้ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อระบายความอัดอั้นของตนเอง เพื่อขอความเห็นใจจากครอบครัวหรือเพื่อให้อีกฝ่ายรับรู้ความรู้สึกที่ตนเองกำลังเผชิญ เช่น การแสดงออกผ่านการสัมผัสสมาชิกในครอบครัวเมื่อตนเองรู้สึกเชิงบวก เช่น การกอด หอม ลูบหัว หรือบางครอบครัวมีพฤติกรรมที่สงบ เงียบขรึมขึ้น

อยู่นิ่ง ๆ ไม่คุยกับใคร หรือร้องไห้ เมื่อตนเองรู้สึกเชิงลบ และการบอกความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่น รู้สึกรัก รู้สึกดีใจ รู้สึกเหนื่อย เป็นต้น

"คือจะบอกไม่ค่อยได้พูดเรื่องพวกนี้ครับ แต่ว่าเราจะสื่อทางการกระทำมากกว่า ก็เข้าไปกอด (หัวเราะ) กอดบ้างอะไรอย่างนี้ ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยแสดงออกเรื่องคำพูดนะครับ เขาก็ร้องไห้บ้างนะ แต่แรก ๆ ครับ ก็มีร้องไห้ ท้ออะเนาะ เราก็บอกว่ามันต้องสู้" (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

"ดีใจ แบบเวลาอยู่กับพี่(ผู้ป่วย)นะ น้องเขาก็จะเข้ามากอด 'หนูรักพี่นะ'(ทำอีกเสียง) เขาทำเองนะสองคนพี่น้อง(เสียงคลอ) แม่ก็ดู 'หนูรักพี่นะ'(ทำอีกเสียง) คนเล็กเขาจะฉลาดพูด" (คุณกล้วย มารดาผู้ป่วย)

"โอ้ยแต่ก่อนเวลาท้อก็ไปกอด กอดแม่เขา...เหนื่อย บางทีก็ร้องไห้เหมือนกันแหละ ...ก็โอเคอ่ะครับ ก็ปรับตัวหากัน แล้วก็บอกว่า เดี๋ยวมันก็ดีขึ้น ดีขึ้น ดีขึ้น...ความสุขก็กอดกันธรรมดาครับ" (คุณโพธิ์ บิดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 ครอบครัวมีการตั้งเป้าหมายการดูแล

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ต้องการในอนาคต ซึ่งเป้าหมายโดยส่วนใหญ่คือการที่ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ เช่น การได้เรียนหนังสือที่โรงเรียนเหมือนเพื่อนตามปกติ ได้ประกอบอาชีพในอนาคตที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ หรือเป้าหมายการใช้ชีวิตภาพรวมของครอบครัว เช่น ได้พาผู้ป่วยเยี่ยมญาติที่ไม่ได้ไปมานานหรือเที่ยวต่างจังหวัด ได้กลับไปทำงานหารายได้เหมือนเดิม ได้ย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่ที่ครอบครัววางแผนไว้ เป็นต้น การที่ครอบครัวมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันนั้นจะสามารถกำหนดทิศทางการปรับตัวและเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่สอดคล้องกันและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

"ตอนนี้อยากให้น้องสุขภาพแข็งแรง อยากไปขายของ อยากไปทำงาน เพราะอยู่มา 7-8 เดือนแล้ว เราก็คิดถึงลูกค้า อยู่กับบ้านบางทีมันก็เบื่อ ก็มันอยู่กับบ้านมีเงินผมก็พอว่ามันอยู่บ้านไม่มีเงินแล้วก็ต้องมีค่าใช้จ่ายนั้นแหละครับ" (คุณไผ่ พี่ชายผู้ป่วย)

"เผื่อเขาหายก็อะไร อยากให้เขาทำงานเบา ๆ อะไรอย่างนี้ ไม่อยากให้เขาทำงานหนัก สิ่งที่ยายอยากให้ทำก็คือตาเขาน่ะเป็นช่างตัดผมเนาะ...อยากให้กัน(ผู้ป่วย)นี้ ได้เรียนช่างตัด

ผมอะไรอย่างนี้ แล้วก็ช่างไฟฟ้าอย่างนี้ก็ได้คือมันเบา ๆ ไม่ได้หนักหนาอะไร" (คุณลั่นทม ยายผู้ป่วย)

"ก็ให้เขาได้เรียนหนังสือ ขอให้เขาได้หาย เราคิดบอกไว้ก่อนนะคะว่า ถ้าเขาได้หาย ก็มีแผนอยากให้เขาได้เรียน...พอเราหายจะพาลูกขึ้นเครื่องบินไปหาพ่อเขา เพราะว่าตั๋วเครื่องบินที่หาดใหญ่มันก็ไม่แพงนะคะ บินแค่แป๊ปเดียวก็ถึง เขาก็เป็นความสุขลึก ๆ ที่พ่อเขารอคอยอยู่" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 3.3 ครอบครัวมีความพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน

หมายถึง การที่ครอบครัวบอกหรือคาดเดาถึงความรู้สึกของสมาชิกท่านอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยมีการอธิบายทำความเข้าใจเหตุผลของความรู้สึกของสมาชิก ซึ่งข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่มักพูดถึง ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ความเครียดในการประกอบอาชีพเพื่อสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลบุตรหลานของสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกน้อยใจของสมาชิกท่านอื่นหากผู้ปกครองสนใจดูแลผู้ป่วยจนเกินไป ความรู้สึกหงุดหงิดความกลัวของผู้ป่วยในการรักษาของผู้ป่วย เช่น เฝ้าลูกในโรงพยาบาลคงไม่สบายตัว เข้าเวรทำงานดึกคงเหนื่อยมาก ดูแลหลานเขาก็เหนื่อยเพราะหลานกินยายาก เป็นต้น การที่ครอบครัวมีความพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันนั้นมีส่วนช่วยในการสร้างความเห็นใจซึ่งเชื่อมโยงกับการแสดงออกหรือการตอบสนองทางพฤติกรรมกับสมาชิกอย่างเหมาะสมได้

"เราเข้าใจ บางทีก็อารมณ์คุณยายเขาจะอารมณ์เสียเมื่อก่อนหลานกินยายาก เพราะคุณยายเขาเหนื่อย เห้อ...(ถอนหายใจเสียงดังทำท่ายกอก) อย่างนี้ ถอนหายใจบางทีก็ 'เบื่อ เบื่อ เบื่อ' ให้เขาได้ระบาย เขาก็รักหลานครับ เขาก็เป็นแป๊ปเดียว" (คุณสน ตาผู้ป่วย)

"ส่วนแม่เขาก็มาหาทุกอาทิตย์ บางอาทิตย์ก็อาจจะไม่ได้มา ถึงเขา(มารดาผู้ป่วย)จะมีแฟนใหม่ เขาก็มาเยี่ยมทุกอาทิตย์ เขาไม่มีใคร support เขาตัวคนเดียว...เจาอาจจะกลัวสูญเสียแม่ไป เพราะเวลาเขาอยู่ปกติเขาจะอยู่กับย่าตลอด แต่พอเวลาเขาป่วยเขาได้แม่เขากลับมาจากครอบครัวที่แตกร้าวไป ย่ามองจุดนี้ ย่าก็อภัยเขาไป...ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล(มารดาผู้ป่วย)นอนที่นอนเล็ก ๆ ดูแลลูกเหนื่อย" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

“สลับกะ แต่ว่าตาก็...(ลากเสียง) แบบว่าเหนื่อยสุด ๆ เหมือนกัน กลางคืนไปเข้าเวรกลางวันมานอนเฝ้าหลาน ง่วงนอนก็ไม่ได้นอนกลางวัน กลัวไม่หาย...แล้วก็ ถามกัน(ผู้ป่วย) ว่าเออรู้สึกยังไงอะไรอย่างนี้ ไปหาหมอมาเจ็บไหมปวดไหม เขาก็บอกว่าไม่เจ็บ ก็เจ็บตั้งแต่ตรงที่ฉีดยา มีอะไรผิดปกติไหมก็ถามหลานบ่อย” (คุณลั่นทม ยายผู้ป่วย)

จากข้อมูลปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยการนำปัจจัยที่ส่งเสริมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและให้บริการครอบครัวผู้ป่วยทำให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ปัจจัยที่ส่งเสริมดังกล่าว อันส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ โดยมีจำนวนข้อความสนับสนุนของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังตารางที่ 12

ตาราง 12 สรุปจำนวนข้อความสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามประเด็นย่อย

ผู้เข้าร่วมวิจัย	ประเด็นหลักที่ 1 ความเชื่อในครอบครัว							ประเด็นหลักที่ 2 รูปแบบบทบาทหน้าที่ในครอบครัว						ประเด็นหลักที่ 3 การสื่อสารและการวางแผนในครอบครัว		
	มีความหวังว่าบุตรหลานจะหายจากโรคมะเร็ง	มีความเชื่อว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้	มีความเชื่อว่าสามารถจัดการกับภาวะปริแตกได้	มีศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวว่าสามารถนำพาครอบครัวให้ก้าวข้ามผ่านภาวะการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานไปได้	มีกำลังใจจากพี่น้องกรม	มองเห็นแง่มุมเชิงบวกจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ	มีความเชื่อมั่นว่าจะพยายามให้ดีที่สุด	มีความสามัคคีช่วยกันดูแล	มีความเข้าใจกันที่ของแต่ละคน	มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ	มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ	มีกำลังใจจากคนรอบข้าง	รับรู้ถึงการได้รับบริการ	สามารถแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย	มีการพูดคุยกันหมายการดูแล	มีความพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน
1	0	3	1	2	4	0	2	8	3	2	1	4	1	1	4	8
2	3	3	1	4	3	1	0	3	1	2	0	3	1	2	2	1
3	1	0	0	2	2	5	0	0	0	2	0	4	2	2	0	1
4	2	1	0	1	2	4	0	2	0	1	0	4	1	1	0	0
5	1	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	2	0	2	1	2
6	1	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	0	1
7	3	0	4	1	5	1	2	3	0	2	3	9	2	3	0	2
8	1	0	0	3	2	0	0	0	1	0	0	4	0	2	0	0
9	0	0	0	0	1	0	1	3	2	0	0	1	1	1	1	1
10	3	0	0	0	2	1	0	1	0	1	1	1	4	2	0	0
11	2	0	0	1	2	0	1	2	0	1	0	1	0	2	2	0
12	1	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	2	1	1	0	0
13	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
14	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	3	1	1	0	3
15	2	0	2	0	4	1	1	0	1	1	1	2	2	3	1	2
16	5	0	0	0	3	0	2	1	3	3	0	2	5	2	1	2
17	4	2	2	1	1	2	0	1	0	1	0	2	2	1	0	0
18	1	0	0	0	2	0	0	3	1	2	1	2	3	0	1	1
19	1	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0
20	1	0	0	1	2	0	1	1	1	3	0	1	2	2	1	3
21	3	0	2	0	1	0	2	0	1	3	2	0	2	2	0	0
รวม	37	9	12	18	43	15	15	39	15	29	9	50	32	32	15	27

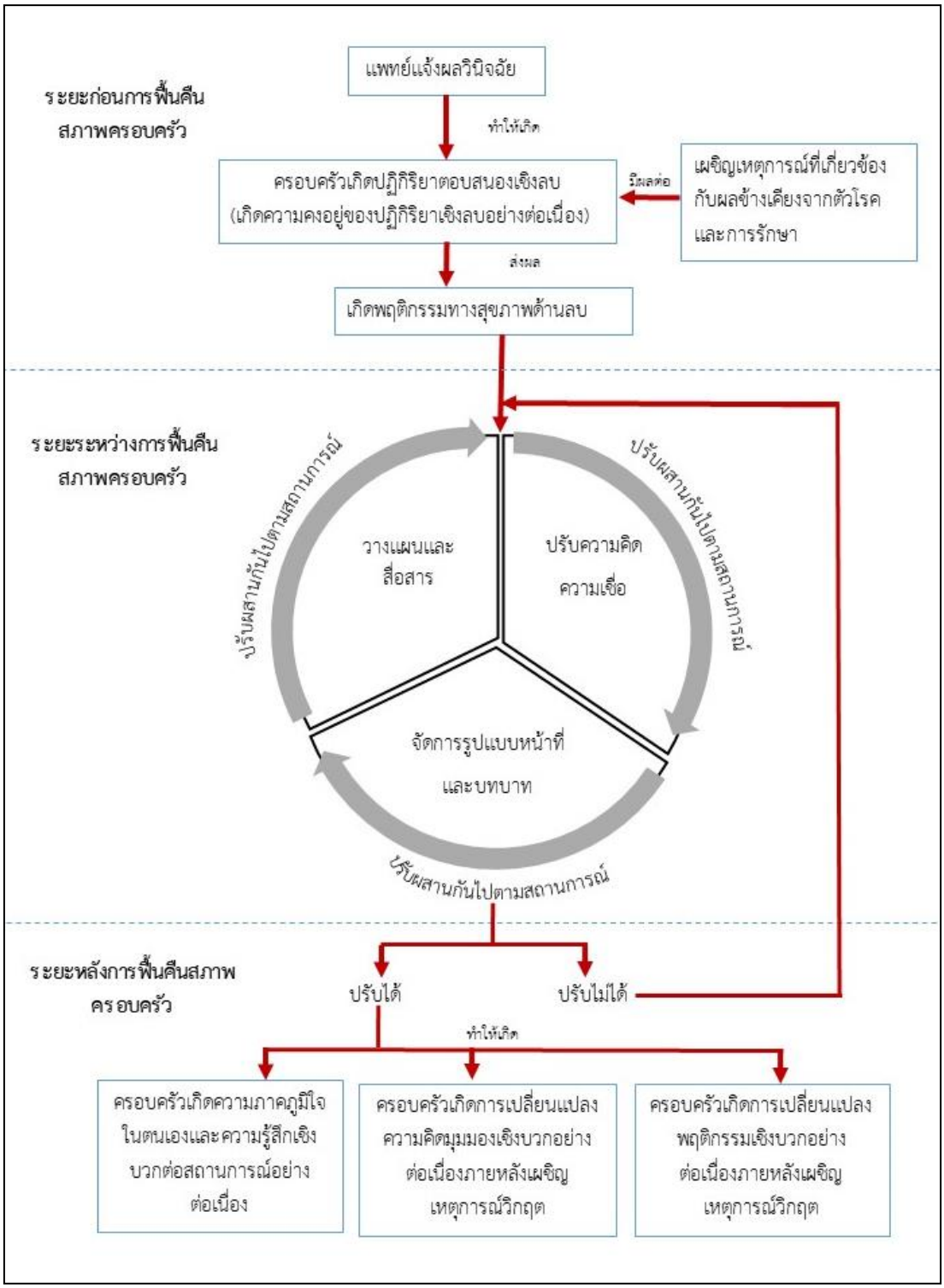
ข้อมูลกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวข้างต้น พบว่า ครอบครัวมีลำดับการเผชิญสถานการณ์ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งในแต่ละระยะครอบครัวจะต้องเผชิญกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

โดยระยะที่จะต้องปรับตัวเพื่อการฟื้นคืนสภาพครอบครัวคือ ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะต้องปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความคิดความเชื่อ รูปแบบหน้าที่และบทบาท การวางแผนและการสื่อสาร โดยลำดับการปรับตัวของทั้ง 3 องค์ประกอบไม่มีลำดับขั้นตอนที่แน่ชัด แต่จะปรับตัวผสานกันหรือสามารถย้อนกลับไปองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ ขึ้นกับสถานการณ์เวลา ณ ขณะนั้นของแต่ละครอบครัว จนกว่าครอบครัวจะเกิดความรู้สึกสบายใจในสถานการณ์ปัจจุบันอันนำไปสู่ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่นอกจากครอบครัวจะเกิดความรู้สึกเชิงบวกแล้ว ครอบครัวยังสามารถมองเห็นการเกิดความคิด ความสัมพันธ์ รวมทั้งพฤติกรรมเชิงบวกในปัจจุบันได้

ซึ่งในระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละองค์ประกอบ เช่น มีความหวังว่าบุตรหลานของตนจะหายจากโรคมะเร็งและครอบครัวสามารถผ่านวิกฤตไปได้ มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยช่วยเหลือ มีเป้าหมายในทิศทางบวกร่วมกันของคนในครอบครัว มีความพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ดีมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาทั้งความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางบวกซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ 1) ต้องการที่จะพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 2) ต้องการที่จะพัฒนาการรับรู้จุดแข็งในตัวผู้ปกครอง 3) ต้องการที่จะพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของผู้ปกครอง และ 4) ต้องการที่จะพัฒนาการรับรู้คุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง เพื่อวางแผนที่จะพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคต่อไป

ทีมสหวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นสามารถประยุกต์นำข้อมูลทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและกระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปใช้ในการจัดบริการเพื่อดูแลและพัฒนาทั้งด้านพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคมของครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวได้อย่างปกติสุข หรือสามารถนำข้อมูลไปถอดบทเรียนเป็นคู่มือสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อทำความเข้าใจต่อ

สถานการณ์ที่ครอบครัวกำลังเผชิญร่วมกันและสามารถมองเห็นทิศทางการปรับตัวของครอบครัวจากประสบการณ์ของผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลในคู่มือ อันนำไปสู่การป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมของครอบครัวในอนาคตได้ โดยข้อมูลกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่อธิบายไปสามารถแสดงเป็นแบบจำลองของกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ดังนี้



ภาพประกอบ 6 แผนผังแบบจำลองของกระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็ง

3.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

กระบวนการในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตั้งแต่การศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ทำให้เห็นถึงความต้องการการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ร่วมวิจัย รวมถึงรูปแบบหรือกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกิจกรรมการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังอันนำไปสู่การส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวอย่างสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดำเนินกิจกรรม และสะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม ก่อนสังเคราะห์กิจกรรมที่ดำเนินการแล้วประสบผลสำเร็จมาเป็นรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคในการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยผู้วิจัยนำเสนอแต่ละวงรอบของการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ขั้นการวางแผน

การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มจากการนำผลการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาจากการศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในการวิจัยระยะที่ 1 และวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง รวมทั้งกำหนดกิจกรรมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังให้แก่ผู้ผู้เชี่ยวชาญได้เห็นภาพรวมในสิ่งที่ต้องการพัฒนา จากนั้นจึงร่วมกันกำหนดกิจกรรมการพัฒนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 13 การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังและกิจกรรมที่ดำเนินการ

ความต้องการในการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	รายละเอียดการพัฒนา	กิจกรรม
ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	- ผู้ปกครองอธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมได้ - ผู้ปกครองรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ - ผู้ปกครองปรับปรุงพื้นที่การดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน	เมื่อผู้ปกครองได้รับข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวที่เหมาะสมการดูแลเอาใจใส่ ข้อมูลการให้บริการจากหน่วยงานใกล้บ้าน รวมทั้งระดมทรัพยากรการบริการจากหน่วยงานใกล้บ้านที่จะช่วยในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม อันนำไปสู่การดึงทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการปรับตัวหรือการฟื้นคืนสภาพครอบครัว	กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน
การรับรู้จุดแข็งในตัวผู้ปกครอง	- ผู้ปกครองอธิบายจุดแข็งของตนเองและการนำไปใช้ได้ - ผู้ปกครองรู้สึกภาคภูมิใจ - ผู้ปกครองนำจุดแข็งของตนเองไปใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้	เมื่อผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตนเองและได้อธิบายว่าจุดแข็งของตนสามารถช่วยในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้อย่างไร ทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งได้เห็นแนวทางที่จะนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการปรับตัวให้สมดุลกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานมากยิ่งขึ้น	กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล

ตาราง 13 (ต่อ)

ความต้องการในการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง	รายละเอียดการพัฒนา	กิจกรรม
การมองโลกในแง่ดี	- ผู้ปกครองอธิบายถึงสิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน - ผู้ปกครองมีกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ - ผู้ปกครองวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกได้	เมื่อผู้ปกครองมองสถานการณ์และวิเคราะห์สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้อันนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในทิศทางบวกของครอบครัว จะช่วยให้ผู้ปกครองประเมินสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานในทิศทางที่ไม่ตึงเครียดอันนำไปสู่การวางแผนการปรับตัวของครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป	กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี
การรับรู้คุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง	- ผู้ปกครองอธิบายคุณค่าของตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างได้ - ผู้ปกครองรู้สึกภาคภูมิใน ซาบซึ้งใจทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง - ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกภายในครอบครัวได้	เมื่อผู้ปกครองได้ระลึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวและเขียนจดหมายขอบคุณ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่ให้การช่วยเหลือรอบตัวผู้ปกครอง และรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้ปกครองและครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้	กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ

ขั้นปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมในวงรอบที่ 1 และวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยในวงรอบที่ 1 นี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ 1) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 2) สร้างจุดแข็งในตัวบุคคล 3) พัฒนาการมองโลกในแง่ดี และ 4) พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง โดยการปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติขอนำเสนอเป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

1.1 ขั้นปฏิบัติการและสังเกต

การปฏิบัติการและสังเกต เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยเริ่มต้นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัย โดยโทรนัดหมายผู้ร่วมวิจัยเพื่อแจ้งเตือนวันพบแพทย์ตามนัดและแนะนำเอกสารในการเปิดสิทธิก่อนพบแพทย์

2) ผู้วิจัยโทรนัดหมายผู้ร่วมวิจัยเพื่อแจ้งเตือนวันพบแพทย์ตามนัด

3) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ร่วมวิจัยในวันพบแพทย์ของผู้ร่วมวิจัยและสอบถามข้อมูลสรุปการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการดำเนินการของโรคปัจจุบัน

4) ผู้วิจัยนัดหมายในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

5) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม

6) ผู้วิจัยเข้าสู่กระบวนการกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เริ่มด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยนำสำรวจแผนผังบ้าน มุมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้ร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงจุดที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยและพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย

พร้อมทั้งให้เหตุผลในการปรับปรุงพื้นที่ รวมทั้งชื่นชมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยและการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ร่วมวิจัยทำได้ดีให้ผู้ร่วมวิจัยฟัง

7) ผู้วิจัยสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการจัดบริการที่ได้รับ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน โรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงเรียนผู้ป่วย ผู้นำชุมชน สถานประกอบพิธีทางศาสนา สวนสาธารณะใกล้บ้าน สำนักงานเขตหรือที่ว่าการอำเภอ โดยให้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายถึงการได้รับบริการจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาว่าครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างไร และผู้วิจัยสรุปการจัดบริการและการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ร่วมวิจัยฟังทั้งหมดอีกครั้ง

โดยผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ซึ่งอธิบายการสนับสนุนทางสังคมว่ามีประเภท 5 ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ และการสนับสนุนด้านเครือข่ายมาเป็นขอบเขตของกิจกรรม ขณะที่ดำเนินกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยทำการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและผลจากการดำเนินกิจกรรม ปรากฏผลดังนี้

จากการสังเกตขณะจัดกิจกรรม พบว่า ลักษณะของการเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการโทรแจ้งเตือนการนัดพบแพทย์ของผู้ร่วมวิจัยนั้นสร้างความเอาใจใส่แก่ผู้ร่วมวิจัย อีกทั้งการที่ผู้วิจัยจำชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกสนิทสนม ทำให้บรรยากาศในการพูดคุยในวันที่มาพบแพทย์มีความเป็นกันเอง เมื่อทำกิจกรรมร่วมกันจึงช่วยทำให้ผู้ร่วมวิจัยเปิดใจในการทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น

ในระหว่างการทำกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้ร่วมวิจัยมีความตื่นเต้นและให้ความสนใจในการปรับปรุงพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ร่วมวิจัยต้องการให้ผู้วิจัยสำรวจบ้านและให้คำแนะนำในทุกจุดภายในบ้าน ซึ่งในขณะที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำและชื่นชมผู้ร่วมวิจัยตั้งใจฟัง ยิ้มตอบรับ และซักถามข้อสงสัยตลอดกิจกรรม และเมื่อผู้วิจัยซักถามรายละเอียดผู้ร่วมวิจัยก็ยินดีในการตอบคำถามและยกตัวอย่างพฤติกรรมดูแลที่ผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้วิจัยเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ช่วยส่งเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้มากขึ้น

1.2 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลในกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ดังนี้

การเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกได้ว่ากิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้การติดตามความเป็นอยู่ ทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านและเรื่องการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ร่วมวิจัยมองเห็นภาพของสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยชัดเจนมากขึ้น เช่น ห้องนอนผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงเชื้อรา ภาชนะในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยควรแยกออกจากสมาชิกท่านอื่นในครอบครัว การวางแผนสำรองเรื่องการเดินทาง เป็นต้น อีกทั้งการเยี่ยมบ้านยังเป็นการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมให้กับครอบครัวได้รับรู้การบริการมากยิ่งขึ้น เช่น วัดหรือมัสยิดที่สามารถให้ครอบครัวได้ทำกิจกรรมเพื่อคลายความกังวลใกล้บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือองค์การบริหารส่วนตำบลใกล้บ้านที่สามารถติดตามอาการและให้อุปกรณ์สนับสนุนกับครอบครัวผู้ป่วยได้ เป็นต้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทุกท่านสะท้อนว่ากิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ตั้งไว้

“ก็คิดว่ามาดูการเป็นอยู่ของเรา ตั้งแต่กลับมาบ้านครั้งแรกจนตอนนี้ปรับสถานที่และการดูแลอย่างไร ดีขึ้นไหม เพื่อจะได้คิดถึงความสะดวกในการแก้ไขปัญหาล่วงหน้า ก็แบบคนนี้ไม่ว่างมีใครสามารถมาแทนได้ จะได้วางแผนไว้ ส่วนเรื่องถามวัดที่ใกล้บ้านก็คงเพื่อให้เราสบายใจผ่อนคลายมีที่พึ่ง...สำเร็จครับ ก็สำเร็จในทางที่ว่าคุณนุ๊กนิ๊ก(ผู้วิจัย) คอยติดตามตลอดมีกิจกรรมอะไรหรือมีตัวช่วยอะไรให้ครอบครัวเราก็จะแนะนำตลอดเลย” (คุณโก้ ตาผู้ป่วย)

ความรู้สึกในขณะร่วมกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน คือ ความรู้สึกอบอุ่นใจและตื่นเต้น โดยผู้ร่วมวิจัยให้เหตุผลว่าตนเองยังไม่เคยมีประสบการณ์การติดตามลงเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลที่เคยเข้ารับบริการ จึงรู้สึกอบอุ่นที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การเอาใจใส่ ทำรู้สึกใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

"ตื่นเต้นค่ะ ต้อนรับเขาอย่างไงดี จริง ๆ โรงพยาบาลอื่น ไม่เห็นมีเยี่ยมนะคะ คนที่ทำงานก็เหมือนกันค่ะ พอเราบอกว่าเนี่ยเดี๋ยวมีนักสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาลจะลงมาเยี่ยมบ้านเรานะ เพื่อนก็บอกว่าดีจังเลย โรงพยาบาลมีแบบนี้ด้วยเหรอ มันอบอุ่นค่ะ" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนผลการเรียนรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ได้แก่ ได้เรียนรู้การนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยในการจัดการสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว ได้เรียนรู้การวางแผนและแลกเปลี่ยนความคิดภายในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในอนาคตของตนเองได้คือ หากมีปัญหาวิกฤตอื่นที่ต้องเผชิญในอนาคตผู้ร่วมวิจัยจะพยายามหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่มาจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้

"แม่ก็ได้เรียนรู้ว่าการพัฒนาของการรักษา มันไม่ได้รักษาแค่ในโรงพยาบาล มันมีการติดตามไปเยี่ยมบ้านหาแหล่งช่วยเหลืออีก มันเลยทำให้เรารู้ว่าเราสำคัญ ว่ามีคนคอยอยู่ข้าง ๆ เรา มีคนคอยพูดคุยอะไรอย่างนี้ค่ะ มันก็อุ่นใจ อีกเรื่องคือ สิ่งที่เราจะเอาไปใช้ในอนาคตคือ เราจะยอมรับความจริงและอยู่กับความจริงในวันข้างหน้าได้ ถ้ามันจะเกิดอะไรขึ้นอีก เราก็จะยอมรับและหาแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งที่เรามีมาจัดการมันให้ได้ เราจะดำเนินชีวิตในวันข้างหน้าให้ได้" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

2. กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล

2.1 ขั้นปฏิบัติการและสังเกต

การปฏิบัติการและสังเกต เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดสถานที่ทำกิจกรรม โดยการหาห้องที่เป็นพื้นที่ปิดมีพื้นที่ในการทำกิจกรรมหรือมีความเป็นส่วนตัวในการจัดกิจกรรม จัดโต๊ะเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยทำกิจกรรมได้สะดวก รวมทั้งปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า เสียงรบกวน และเด็กเล็กภายในบ้าน ก่อนการทำ

กิจกรรมเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีสมาธิตลอดการทำกิจกรรม และเตรียมอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม ได้แก่ กระดาษที่มีหัวข้อสิ่งที่ต้องเขียนในทุกกิจกรรม ปากกา ดินสอ ยางลบ สี ให้พร้อม

2) ผู้วิจัยเริ่มต้นกิจกรรมกลุ่มการสร้างสัมพันธภาพเพื่อละลายพฤติกรรมและกระตุ้นความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัย โดยใช้กิจกรรมไบ้คำปริศนาให้ผู้ร่วมวิจัยทายพร้อมมอบของที่ระลึกก่อนเริ่มกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งกิจกรรมนี้สมาชิกในครอบครัวท่านอื่นสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เพื่อสร้างบรรยากาศที่สนุกและผ่อนคลายร่วมกัน

3) ผู้วิจัยเชิญเด็กเล็กหรือสมาชิกท่านอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมออกจากห้อง และเข้าสู่กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยเขียนจุดแข็งหรือข้อดีของตนเองมา ซึ่งผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างจุดแข็งมา 25 อย่าง เช่น มีความคิดสร้างสรรค์ รักในการเรียนรู้ มีความกล้าหาญ ขยันหมั่นเพียร มีกระตือรือร้น เป็นผู้นำ เป็นต้น (นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, 2565) โดยพิมพ์ตัวอย่างจุดแข็ง 25 อย่างลงในกระดาษเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบจุดแข็งของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายจุดแข็งของตนเองให้ผู้วิจัยและคนในครอบครัวฟัง

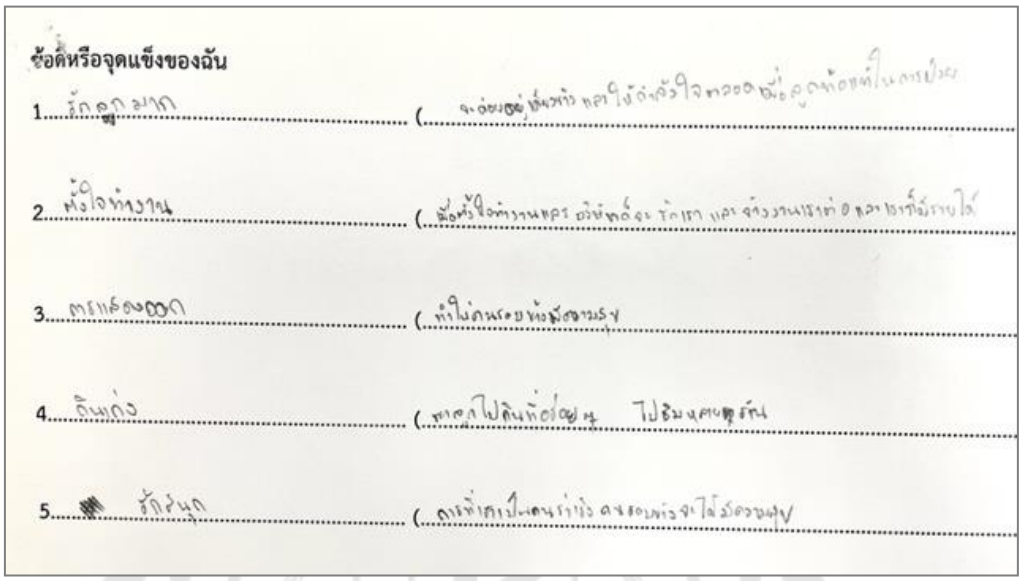
4) ผู้วิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล และสรุปจุดแข็งของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนอีกครั้ง

โดยผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) เรื่องการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) มาใช้เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นถึงคุณค่าหรือพลังภายในตนเองที่จะเป็นแรงผลักดันให้ก้าวข้ามสถานการณ์วิกฤตไปได้ผู้วิจัยทำการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและผลจากการดำเนินกิจกรรม ปรากฏผลดังนี้

จากการสังเกตขณะจัดกิจกรรม พบว่า ลักษณะของการเริ่มต้นกิจกรรมด้วยกิจกรรมเกมไบ้คำปริศนานั้นสร้างความสนใจและผ่อนคลายแก่ผู้ร่วมวิจัย ทำให้บรรยากาศในการทำกิจกรรมมีความเป็นกันเอง สนุก เมื่อทำกิจกรรมร่วมกันจึงช่วยทำให้ผู้ร่วมวิจัยตั้งใจฟังผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นพูดและทำให้ผู้ร่วมวิจัยกล้าแสดงความคิดความรู้สึกมากขึ้น

ในระหว่างการทำกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ผู้ร่วมวิจัยมีความกังวลในช่วงแรกของการนำกิจกรรม ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างจุดแข็งทั้งหมด 25 อย่างให้ผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ตนเองได้ชัดเจนมากขึ้นทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกผ่อนคลายและสามารถเขียนจุดแข็งของตนเองได้ครบทั้ง 5 ข้อ ในระหว่างที่ผู้ร่วมวิจัยอธิบายจุดแข็งของตนเองผู้ร่วมวิจัยท่านอื่น ๆ ต่างตั้งใจฟังและมีการเสริมความคิดของผู้ร่วมวิจัยโดยการตอบรับอย่างจุดแข็งที่ผู้วิจัยอธิบายมานั้นจริง เห็นด้วย ทำให้ผู้วิจัยมีใบหน้าที่ยิ้มและท่าทีเขินอายอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า

กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าหรือพลังภายในตนเองของผู้ร่วมวิจัยได้มากขึ้น



ภาพประกอบ 7 ผลงานการเขียนระบุจุดแข็งของผู้ปกครองและการนำจุดแข็งมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน

2.2 **ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ**

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลในกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลดังนี้

การเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกได้ว่ากิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้คิดทบทวนจุดเด่นหรือจุดแข็งของตัวเอง และให้ผู้ร่วมวิจัยได้อธิบายถึงการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่อธิบายว่ากิจกรรมนี้ทำให้ตนเองมองเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น ว่าตนเองเป็นคนที่มีศักยภาพด้านไหนบ้าง พร้อมทั้งสามารถอธิบายการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานภายในครอบครัวได้ โดยผู้ร่วมวิจัยทุกท่านสะท้อนว่ากิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ตั้งไว้

"คิดว่าให้เขียนเพื่อให้เราเห็นตัวเองมากขึ้น เพราะในชีวิตประจำวันของเรา เราไม่ค่อยมองตัวเองหรอก ...การที่เราได้มาเขียนอย่างนี้ก็คือ มองตัวเอง โห้...(ลากเสียง) กว่าจะได้ 5 อัน ฉันมีข้อดีอะไรบ้างเนี่ย ... พึ่งได้มามองตัวเองมากขึ้น คือเราไม่เคยมองตัวเองไง...สำเร็จค่ะ ก็เพราะว่าเราได้มานั่งคิดและมองตัวเองจริง ๆ ว่าเรามีอะไรดีบ้างนะ ถ้าเขียนข้อที่ 6 จะเป็นเรื่องอะไรอย่างนี้ ... กลับไปวันนี้จะลองเขียนข้ออื่น ๆ เพิ่ม (หัวเราะ)" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

ความรู้สึกในขณะร่วมกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล คือ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยช่วงแรกของกิจกรรมอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าจะไม่สามารถเขียนจุดแข็งของตนเองออกมาได้ครบทั้ง 5 ข้อ ทั้งนี้ในขณะทำกิจกรรมผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างจุดแข็งที่หลากหลายเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยค้นหาจุดแข็งของตนเองได้ง่ายขึ้น ซึ่งในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยอ่านจุดแข็งของตนเองให้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นฟังนั้นเป็นการย้ำเตือนเหตุการณ์ที่ผ่านมาของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจของตนเองที่เอ่อล้น

"ขณะเขียนก็รู้สึกสับสนว่าจะเริ่มเขียนอะไรก่อนดี ... การที่จะมาแสดงอะไรในมุมอ่อนโยนแม่จะเซนซิทีพ เราจะแบบว่าน้ำตามาก่อน (หัวเราะ) คือเราอินกับชีวิตของทุก ๆ คนเลย ...พอพูดนี้คือ เอ่อล้นเลยความรู้สึก น้ำตามาตลอดเลย มันเหมือนทุกครั้งที่พูดเหมือนมีภาพที่นึกย้อนในหัว ได้ทวนได้คิด" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนผลการเรียนรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล คือ ได้เห็นจุดแข็งของตนเองมากขึ้น ได้เห็นว่าจะนำจุดแข็งที่ตนเองมาไปใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร พร้อมทั้งเห็นจุดแข็งด้านอื่นที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ และยังอธิบายว่าหากมีสถานการณ์วิกฤตอื่น ๆ เกิดขึ้นในอนาคต ผู้ร่วมวิจัยจะทบทวนจุดแข็งของตนเองที่มีมาจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ได้

"แม่ชอบอันแรกที่ให้เขียนข้อดี ได้เขียนก็เหมือนได้ตอกย้ำตัวเองในสิ่งที่เป็น เราเขียนโดยที่เราไม่ต้องคิดมากและเราเองก็จะต้องพัฒนาจุดดีนั้นให้ดีขึ้นไป เพราะตอนนี้รู้สึกว่าจุดดีของเรายังไม่ชัดพอ สามารถพัฒนาเพิ่มได้อีก ถ้าในอนาคตมีปัญหาอะไร แม่จะวางแผนจากจุดดีที่เราเป็นนี้แหละ ว่าวันข้างหน้าเจออะไรมาก็มองสิ่งดีที่เราทำได้ เอาสิ่งที่เป็นจุดแข็งเราเผชิญปัญหามันไปให้ได้" (คุณมะม่วง มารดาผู้ป่วย)

3. กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี

3.1 ขั้นปฏิบัติการและสังเกต

การปฏิบัติการและสังเกต เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าสู่กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยจินตนาการถึงภาพตนเองในอนาคตว่าหากปัญหาในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้ว ราบรื่นดี ผู้ร่วมวิจัยคิดว่าภาพในอนาคตของตนเองที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง พร้อมทั้งวาดภาพที่ตนเองคิดใส่กระดาษ

2) ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายภาพที่ตนเองวาด โดยให้อธิบายว่าใครกำลังทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ความรู้สึกตอนนั้นเป็นอย่างไร

3) ผู้วิจัยเชื่อมโยงกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยอธิบายการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้อย่างไรเพื่อให้เกิดภาพที่ตนเองวาดให้ผู้วิจัยและคนในครอบครัวฟัง

4) ผู้วิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และสรุปภาพวาดในอนาคตของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนอีกครั้ง

โดยผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) เรื่องการมองโลกในแง่ดี (Optimistic) มาใช้เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นถึงผลลัพธ์ในเชิงบวกและสร้างความคาดหวังในเชิงบวก และผสานการทบทวนจุดแข็งของตนเองมาเพื่อสร้างวางแผนวิธีการดำเนินการให้เกิดภาพในเชิงบวกได้ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยทำการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและผลจากการดำเนินกิจกรรม ปรากฏผลดังนี้

จากการสังเกตขณะจัดกิจกรรม พบว่า ลักษณะของกิจกรรมที่เริ่มด้วยการสร้างจินตนาการนั้นทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีความคิด ความรู้สึกผ่อนคลายและเชื่อมั่นในภาพที่ผู้วิจัยกำลังเล่าเป็นการนำอารมณ์ของผู้ร่วมวิจัยให้เกิดความคาดหวังที่ดีในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน

ในระหว่างการทำกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ผู้ร่วมวิจัยมีความตื่นเต้นที่ได้อธิบายภาพที่ตนเองคาดหวัง และอธิบายด้วยน้ำเสียงที่หนักแน่น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยท่านอื่น ๆ ต่างตั้งใจฟังและพยักหน้าตอบรับผู้ร่วมวิจัยตลอดการอธิบาย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยกล้าแสดงความคิดความรู้สึกมากขึ้น และผู้วิจัยมีการซักถามถึงรายละเอียดของความรู้สึกและเหตุการณ์ภายในภาพที่ผู้ร่วมวิจัยวาด ทำให้ผู้วิจัยเกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์เชิงบวกที่ตนเองคาดหวังได้มากขึ้น

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการมองโลกในแง่ดีช่วยส่งเสริมความคาดหวังเชิงบวกของผู้ร่วมวิจัยได้มากขึ้น

3.2 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลในกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ดังนี้

การเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกได้ว่ากิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความหวังและกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยการมองภาพหรือคิดถึงเหตุการณ์ที่ดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคต เช่น การที่บุตรหลานอาการดีขึ้นหรือหายป่วย การที่ครอบครัวได้ทำกิจกรรมที่ไม่เคยได้ทำในช่วงที่บุตรหลานป่วยด้วยกัน การมีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัวมากขึ้นเพราะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลบุตรหลานแล้ว เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการสร้างจุดแข็งมาเชื่อมโยงกับกิจกรรมมองโลกในแง่ดีด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยนำจุดแข็งที่ตัวเองแจ้งมาอธิบายว่าสามารถประยุกต์จุดแข็งนี้ให้เป้าหมายที่ผู้ปกครองตั้งเป้าไว้ได้อย่างไร ทำให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถวางแผนทิศทางการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยได้กำหนดสิ่งที่อยากจะให้เกิดขึ้นในอนาคตและอธิบายถึงขั้นตอนในการนำครอบครัวไปสู่เป้าหมายที่ตนเองแจ้งไว้ เช่น หากอาการของบุตรหลานดีขึ้นครอบครัวจะย้ายไปอยู่ต่างจังหวัดและสร้างบ้านเป็นของตัวเอง ตอนนี้จะใช้จุดแข็งเรื่องความมุ่งมั่นในการทำงานมาเตือนตนเองเวลาที่รู้สึกเหนื่อยจากการทำงาน ครอบครัวมีเป้าหมายอยากทำกิจการร้านอาหารหากมีเงินเก็บจากการไม่ต้องเสียค่ารักษาจะเริ่มจากการเก็บเงินอย่างไรโดยจะใช้การเป็นคนเรียนรู้ของตนเองในการเก็บข้อมูลการทำกิจการ เป็นต้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทุกท่านสะท้อนว่ากิจกรรมมองโลกในแง่ดีบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ตั้งไว้

“ทำเพื่อให้เรามีความหวัง ... ถ้าเรามีความหวังแม้กระทั้งเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างแม่จะสัญญากับเขา(ผู้ป่วย) ว่าเราจะดูหนังด้วยกันทุกเดือน...เราก็จะมีความหวังว่าในทุก ๆ สิ้นเดือน ฉันจะต้องเก็บเงินตรงนี้ไว้นะเพื่อที่จะพาลูกไปดูหนัง นั้นก็คือความหวังแม่...กิจกรรมนี้มันทำให้เรามีความหวังในวันข้างหน้านะ ประสบความสำเร็จค่ะ ก็... มันเป็นภาพความหวังที่ใหญ่และสำคัญกับเรามาก ๆ ที่เราอยากจะไปให้ถึงตรงนั้น ที่เราฝันว่าอยากไปเที่ยว อยากมีคาเฟ่ ฝันว่าอยากมีบ้านอย่างนี้ แบบกลายเป็นว่าฝันเราเหมือนกัน ย่าก็คิดเหมือนกัน ... เราเลยรู้สึกว่าฝันหรือหวังครั้งนี้มันยิ่งใหญ่สำหรับครอบครัวเรามาก...ข้อดีที่เราเขียน มันชัดมากว่าเราจะใช้มันอย่างไร

ในเรื่องความฝันไหนบ้าง กลายเป็นว่าเอ่อมัน มันก็เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกันได้ ...มันทำให้ภาพเราชัดขึ้นค่ะ" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

ความรู้สึกในขณะร่วมกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี คือ ความรู้สึกผ่อนคลายเหมือนได้จินตนาการตามใจที่ตนเองคิด และมีกำลังใจ มีความหวัง เนื่องจากกิจกรรมนี้ทำให้ครอบครัวได้เห็นสิ่งที่ดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งทำให้ผู้ปกครองเห็นภาพฝันหรือความหวังของตนเองชัดเจนขึ้นจากการดึงทรัพยากรภายในของตนเองอย่างจุดแข็งภายในตนเองในกิจกรรมก่อนหน้ามาใช้ให้ความหวังตนเองสำเร็จได้อย่างไร

"ตอนนั้นก็รู้สึกอุ่นใจค่ะ ภาพที่วาดเราอยากให้ทุกคนอยู่รอบตัวกันไปแบบนี้ พอได้วาดก็รู้สึกกำลังใจในอนาคตเลยค่ะ เลยยิ่งรู้สึกอุ่นใจ ...รู้สึกว่าผ่อนคลายเพราะเห็นภาพว่าเขายังมีใครอีกหลายคนที่อยู่กับเขาค่ะ" (คุณลิลลี่ ย่าผู้ป่วย)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนผลการเรียนรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี คือเรียนรู้การวางแผนและแลกเปลี่ยนมุมมองของความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน ซึ่งสามารถอธิบายการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากแต่ละกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในอนาคตของตนเองได้ คือ หากเกิดสถานการณ์วิกฤตอื่น ๆ ผู้ร่วมวิจัยจะมองผลลัพธ์ของสถานการณ์ในมุมมองเชิงบวก ไม่ย่อท้อต่อวิกฤตที่เกิดขึ้นและมุ่งมั่นที่จะจัดการสถานการณ์ให้เต็มที่

"ถ้าได้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันก็คือ ในอนาคตสมมติว่าครอบครัวเจอวิกฤตเรื่องอื่น เราคงต้องมาวางแผนหาวิธีช่วยกันครับ เราต้องช่วยกัน ต้องคิดถึงเรื่องที่เราเคยผ่านมาว่าเรายังผ่านกันมาได้ ถ้าเจอปัญหาอื่นอีกเราก็จะผ่านไปได้ ต้องคิดแบบนี้ ภาพที่เราคิดคือเราก็จะไม่ท้อแท้ เราต้องสู้ให้เป็นแบบภาพที่เราวาดครับ" (คุณสน ตาผู้ป่วย)

ภาพประกอบ 8 ผลงานการวาดภาพตามจินตนาการของผู้ปกครองหากปัญหาในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้ว ราบรื่นดี

4. กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ

4.1 ขั้นปฏิบัติการและสังเกต

การปฏิบัติการและสังเกต เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าสู่กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยเขียนจดหมายขอบคุณตนเอง ขอบคุณใครก็ได้ และขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่ทำกิจกรรมด้วยกันวันนี้ โดยให้ระบุสิ่งที่ต้องการจะขอบคุณและความรู้สึกหรือผลลัพธ์ที่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเหล่านั้นให้ชัดเจน

2) ผู้วิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านจดหมายที่ตนเองเขียนทั้ง 3 ฉบับ ด้วยการออกเสียงให้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นฟัง

3) ผู้วิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณและสรุปสิ่งที่ต้องการขอบคุณจากจดหมายของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคนอีกครั้ง

โดยผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman และคณะ (M. E. P. Seligman et al., 2005) เรื่องการขอบคุณ (Gratitude) มาใช้เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดความรู้สึกแง่บวกในการสนับสนุนของบุคคลรอบตัวมากขึ้น ผู้วิจัยทำการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและผลจากการดำเนินกิจกรรม ปรากฏผลดังนี้

จากการสังเกตขณะจัดกิจกรรม พบว่า ลักษณะของกิจกรรมที่แบ่งเป็นช่องของจดหมายให้ผู้ร่วมวิจัยได้เขียนแยกบุคคล และได้อ่านออกเสียงสิ่งที่ต้องการขอบคุณนั้น รวมทั้งมีการให้อธิบายความรู้สึกหรือผลลัพธ์ที่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ด้วยทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกซาบซึ้งในคุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้มากขึ้น

ในระหว่างการทำกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ผู้ร่วมวิจัยมีท่าทีกัดปากและคุ้นคิดซึ่งแสดงถึงความประหม่าที่จะเขียนในช่วงแรก ผู้วิจัยจึงได้ยกตัวอย่างการเขียนจดหมายขอบคุณของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ความกดดันจากการเรียนทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีพยักหน้าตอบรับและผ่อนคลายมากขึ้น อันส่งผลต่อความกล้าแสดงทางความคิดและความรู้สึกมากขึ้น ทั้งนี้ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยอ่านออกเสียงผู้ร่วมวิจัยเกิดเสียงที่สั่นคลอ บางรายร้องไห้ขณะอ่าน ซึ่งทำให้ผู้ร่วมวิจัยในครอบครัวสวมกอดกันเมื่ออ่านจบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ของผู้ร่วมวิจัยได้มากขึ้น รวมทั้งสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้นด้วย

4.2 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลในกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ดังนี้

การเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกได้ว่ากิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมองเห็นคุณค่าในตนเองว่าตนเองก้าวผ่านอะไรมาบ้างและอย่างไร เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการสถานการณ์ที่ผ่านมาได้ รวมทั้งยังเป็นการสร้างการตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมรอบตัวผู้ร่วมวิจัย เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ได้อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือทรัพยากรต่าง ๆ โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถอธิบายถึงการช่วยเหลือในแต่ละด้าน อันทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกหรือมีการพัฒนาด้านใดจากการช่วยเหลือเหล่านั้น อีกทั้งกิจกรรมยังเป็นการแสดงความรู้สึกเชิงบวกระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ร่วมกันจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานให้ราบรื่นมาจนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อการพัฒนาเรื่องความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยทุกท่านสะท้อนว่าการเขียนจดหมายขอบคุณบรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ตั้งไว้

“คงอยากรู้ว่าเรารู้สึกอย่างไร... เราเองก็ได้รู้ตัวตนของตัวเองด้วยครับ อย่างเขียนขอบคุณตัวเองก็เหมือนกับอยากให้เรารักตัวเองใช่ไหม ... อยากให้เขียนถึงใครก็ได้ก็คงมีวัตถุประสงค์อยากให้เราขอบคุณคนที่ช่วยเหลือเราอย่างไร ... ส่วนอันสุดท้ายที่ให้ขอบคุณแฟนและลูก คือแบบ (หัวเราะเขิน ๆ) อยากให้เรารู้สึกอย่างไรกับคนในครอบครัวเรา อยากให้เราขอบคุณกัน ... เราก็เขียนตามที่เรารู้สึก(ไม่กล้ามองหน้าแม่) มันก็เขิน ๆ ครับ (หัวเราะ แม่กับผู้ป่วยก็หัวเราะเช่นกัน) ... ก็ตรงตามวัตถุประสงค์นะครับก็ผมรู้สึกว่าผมได้ตามนั้น อย่างผมพูดถึงความอดทนตัวเอง ขอบคุณตัวเองที่อดทนมา ผมรู้สึกว่าเอ่อตัวเองอดทนเก่งนะ ผมก็ได้เห็นคุณค่าตัวเอง ได้รู้ตัวเราด้วย... พอได้ฟังได้พูดก็รู้สึกว่าเรายังเป็นกำลังให้กันอยู่เสมอ” (คุณสักบิดาผู้ป่วย)

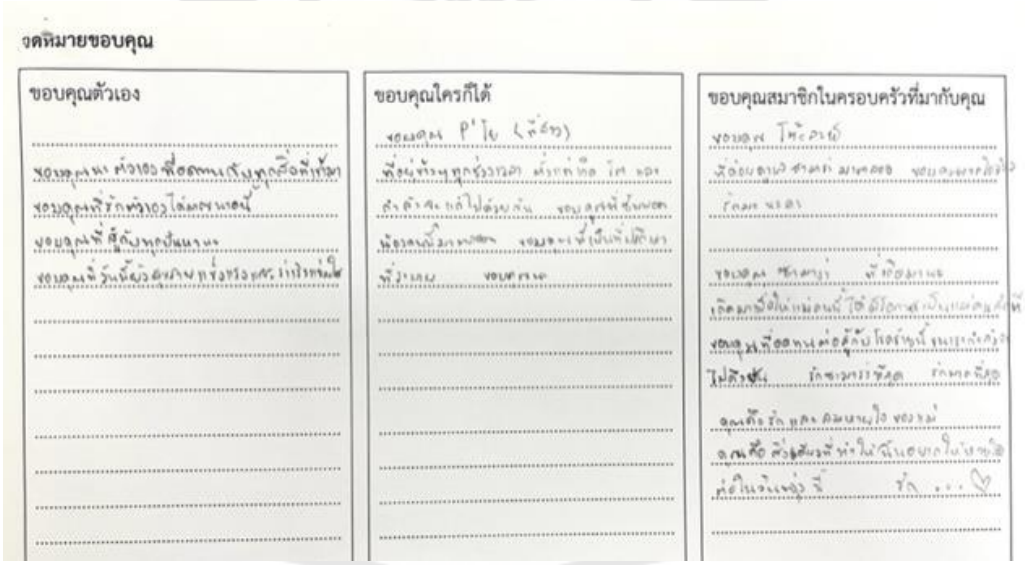
ความรู้สึกในขณะร่วมกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ คือ ความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเองที่สามารถฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิตทั้งการเจ็บป่วยของบุตรหลาน ต้องสูญเสียงานเพราะต้องลาออกมาดูแลบุตรหลาน รู้สึกซาบซึ้งต่อคนรอบข้างไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้องที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดการรักษาของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การเอาใจครอบครัวตนเองซึ่งทำให้ผู้ปกครองไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญสถานการณ์ และรู้สึกซาบซึ้งต่อสมาชิกในครอบครัวที่มาร่วมกิจกรรมด้วยกัน ที่คอยอยู่ข้าง ๆ กันทั้งในยามที่ครอบครัวทุกข์เมื่อรู้ผลการวินิจฉัย มาคอยดูแลผู้ป่วยร่วมกันตลอดการรักษา และในยามสุขครอบครัวก็ไม่เคยลืมที่จะเชิญชวนให้ทำกิจกรรมร่วม เช่น ทานข้าวด้วยกัน ไปเที่ยวด้วยกัน เป็นต้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ได้แสดงความรู้สึกซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้ปกครองสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ครอบครัวจัดการร่วมกันได้

“พอเราเขียนเรารู้สึกขอบคุณจริง ๆ ตอนที่พูดแล้วน้ำตาไหล มันได้นึกย้อนกลับไปว่ามีหลาย ๆ คน คอยอยู่กับเรา อย่างเช่นมะ (ย่าผู้ป่วย) อยู่กับเราในวันที่คุณหมอบอกว่าน้องป่วย (เสียงสั่น น้ำตาไหล) เราจับมือกันสองคน... มันเหมือนว่าได้มองภาพเก่า ๆ เราก็เลยอยากขอบคุณ คืออย่างน้อย ๆ เราทุกข์ขนาดไหนเขาก็อยู่ข้าง ๆ เราอย่างนี้ (หยิบทิชชูซับน้ำตา) เราไม่ได้อยู่คนเดียวนะ” (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนผลการเรียนรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ว่าได้เรียนรู้คุณค่าในตนเองที่ทำมาว่าตนเองมีส่วนสำคัญในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน อีกทั้งยัง

รับรู้ว่าตนเองมีคนรอบข้างหรือหน่วยงานใดบ้างที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งกิจกรรมนี้ทำให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละคนในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ภายในครอบครัว และยังสามารถอธิบายการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในอนาคตของตนเองได้ พร้อมทั้งเห็นทิศทางการพัฒนาความสัมพันธ์และพัฒนาทักษะในการขอบคุณทั้งตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น

"ได้เรียนรู้ความรู้สึกซึ่งกันและกันค่ะ คือปกติอย่างที่บอกเราไม่เคยได้พูดกันเท่าไหร่ มีกิจกรรมแบบนี้มันได้แสดงความรู้สึกต่อกัน ก็ในอนาคตจะพัฒนาเรื่องการพูดขอบคุณทั้งตัวเอง และคนรอบข้างมากขึ้นค่ะ จะเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้สึกกันมากขึ้นค่ะ" (คุณออย มารดาผู้ป่วย)



ภาพประกอบ 9 จดหมายขอบคุณของผู้ปกครอง

จากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 1 เพื่อตอบผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง คือ พัฒนาการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม สร้างจุดแข็งภายในบุคคล พัฒนาการมองโลกในแง่ดี พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง และพัฒนาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลการปฏิบัติทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ว่าสามารถตอบการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้ และข้อมูลเชิงปริมาณของคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในหัวข้อ ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มี

บุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้เพื่อสร้างผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสะท้อนในส่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพิ่มเติม โดยผู้ร่วมวิจัยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนากิจกรรมและนำไปสู่การวางแผนในการทำกิจกรรมในวงรอบที่ 2 ดังนี้

ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมให้ทำกิจกรรมแยกไปแต่ละครอบครัวเนื่องจากการนัดหมายของแต่ละครอบครัวให้มาทำกิจกรรมพร้อมกันจึงเป็นเรื่องที่จำกัด อีกทั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในพื้นที่ปลอดเชื้อและห่างจากผู้คน และยังส่งผลต่อการกล้าแสดงความรู้สึก ความคิดของสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น

“ที่อยากให้เพิ่มคือเวลาที่นัดให้พร้อมกับครอบครัวอื่นคือยากมาก เพราะแค่นัดกันในครอบครัวเราครอบครัวเดียวก็ยากแล้ว ถ้าทำหลายครอบครัวมันก็คงได้ความบันเทิงได้ฟังเรื่องราวเขา แต่เราก็นัดกันยากมาก อีกอย่างโควิดเราก็ไม่อยากเจอครอบครัวอื่นเท่าไหร่ ถ้าทำครอบครัวเราครอบครัวเดียวเราก็ได้พูดความรู้สึกแบบไม่เขินและก็ได้ระบายเยอะขึ้นค่ะ” (คุณแอนมารดาผู้ป่วย)

และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ควรมีการขยายผลนำกิจกรรมไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายอื่น ๆ โดยผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายอื่น ๆ ได้ ทั้งครอบครัวที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งชนิดอื่น ๆ ก็ตาม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการฟื้นคืนสภาพครอบครัวหลาย ๆ ด้าน เช่น การปรับปรุงสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย การได้รับข้อมูลอาการและการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การได้ผ่อนคลายความกังวลจากความเครียดในการดูแลบุตรหลานที่ป่วย เป็นต้น

“ผมคิดว่านำกิจกรรมไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายอื่น ๆ ได้ครับ ... ไปเจอในห้องนี้ไม่มีพัดลมระบายอากาศเลย ก็แนะนำครอบครัวนั้น... เพื่อช่วยเรื่องระบายอากาศในห้องแบบนี้ครับ คือถ้าลงพื้นที่แบบนี้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมกับอาการและการดูแบที่เหมาะสมกับเขาครับ แล้วถ้าเอากิจกรรมผ่อนคลายนี้ไปทำกับเขาก็จะได้ช่วยเสริมเรื่องการดูแลจิตใจไปด้วยครับ แบบจะได้รู้ว่าเขาคิดอย่างไร ครอบครัวเขาคิดอย่างไร วางแผนอย่างไรต่อแบบนี้ครับ” (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

จากข้อเสนอแนะดังกล่าวจึงนำมาสู่การวางแผนเพื่อดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 2 คือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ โดยประกอบด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรมทั้งหมดให้กับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยในการนำกิจกรรม ดังจะได้นำเสนอต่อไปนี้

วงรอบที่ 2 การพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยมีผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้นำกิจกรรม

ขั้นการวางแผน

การวางแผนและกำหนดรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มจากการนำผลการสะท้อนผลการปฏิบัติทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนากิจกรรมและการขยายผลนำกิจกรรมไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายอื่น ๆ จากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มากำหนดกิจกรรม โดยผู้ร่วมวิจัยรองเห็นว่ากิจกรรมที่ส่งต่อสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นการฝึกฝนให้ผู้ร่วมวิจัยได้เรียนรู้จากการทำซ้ำด้วยกระบวนการแบบเดิม เป็นการฝึกฝนให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติด้วยความเชื่อว่า หากได้ทำซ้ำ ๆ แล้วจะเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น ดังนั้นผู้ร่วมวิจัยรองจึงเห็นควรมีการฝึกถ่ายทอดข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกในวงรอบที่ 2 อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง โดยให้ผู้ปกครองที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มาอาสาเป็นผู้นำกิจกรรมให้กับผู้ปกครองอาสารายใหม่ที่พึ่งทราบผลการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งของบุตรหลาน ดังตารางที่ 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง และกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในวงรอบที่ 2

ความต้องการในการพัฒนา	**การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง**	**รายละเอียดการพัฒนา**	**กำหนดกิจกรรมวงรอบที่ 2**
เสริมสร้างความเข้มข้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของตนเองมากขึ้น	- ผู้ปกครองอธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครองรายใหม่ได้ - ผู้ปกครองรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในการเผชิญสถานการณ์ - ผู้ปกครองส่งต่อข้อมูลการดูแล การใช้สิทธิและแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองรายใหม่ได้ - ผู้ปกครองดำเนินกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกให้แก่ผู้ปกครองรายใหม่ได้	เมื่อผู้ปกครองได้รับเป็นผู้ปฏิบัติเองโดยการทำซ้ำและเป็นผู้ถ่ายทอดทั้งความรู้ ข้อมูล และประสบการณ์ของตนสู่ผู้อื่น จะเกิดการทบทวนข้อมูลอันส่งเกิดให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนมากขึ้น อีกทั้งผู้ปกครองได้เป็นผู้นำกิจกรรมเอง ทำให้ตนเองต้องเข้าใจถึงหลักการ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ของแต่ละกิจกรรม อันส่งผลให้เกิดการฝึกฝนในเชิงปฏิบัติมากขึ้น	กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก

1. ขั้นปฏิบัติการและสังเกต

การปฏิบัติการและสังเกต เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้ปกครองอาสาจากวงรอบที่ 1 และผู้ปกครองอาสารายใหม่ มาทำกิจกรรมร่วมกันที่โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่เป็นห้องปิดส่วนตัว ไม่มีเครื่องใช้ไฟฟ้าหรือเสียงรบกวน มีโต๊ะที่สามารถทำกิจกรรมได้ และจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมให้พร้อม

2) ผู้วิจัยเริ่มต้นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่และเพื่อกระตุ้นความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัยด้วยการแนะนำชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเบื้องต้น และเล่นเกมใบ้คำปริศนาให้ผู้ร่วมวิจัยทายพร้อมมอบของที่ระลึกก่อนเริ่มกิจกรรม

3) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัย และผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในการดำเนินกิจกรรม

4) ผู้วิจัยเข้าสู่กระบวนการกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการตั้งคำถามผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมเมื่อทราบผลการวินิจฉัยของบุตรหลาน

5) ผู้ร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ของตนเองและครอบครัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัยของบุตรหลาน พร้อมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยตอบคำถามที่ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ถาม

6) ผู้วิจัยตั้งคำถามผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับอาการในแต่ละช่วงการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ผู้ร่วมวิจัยเห็นและวิธีจัดการหรือดูแลผู้ป่วย

7) ผู้ร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ของตนเองและครอบครัวเกี่ยวกับอาการในแต่ละช่วงการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ผู้ร่วมวิจัยเห็นและวิธีจัดการหรือดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยตอบคำถามที่ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ถาม

8) ผู้วิจัยตั้งคำถามผู้ร่วมวิจัยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านใด อย่างไร และจากแหล่งใดบ้างในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

9) ผู้ร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ของตนเองและครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยตอบคำถามที่ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ถาม

10) ผู้วิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเข้าสู่กระบวนการกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ โดยอธิบายถึงลำดับของกิจกรรมและบทบาทผู้ร่วมวิจัยที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกิจกรรมอีกครั้ง

11) ผู้ร่วมวิจัยเข้าสู่กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ด้วยการให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เขียนจุดแข็งหรือข้อดีของตนเองมา ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ยกตัวอย่างจุดแข็งมา 25 อย่าง เพื่อให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ตรวจสอบจุดแข็งของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อธิบายจุดแข็งของตนเองให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยฟัง

12) ผู้ร่วมวิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล และสรุปจุดแข็งของผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และได้แลกเปลี่ยนจุดแข็งของตนเองให้กับผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ฟัง

13) ผู้ร่วมวิจัยเข้าสู่กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ด้วยการให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จินตนาการถึงภาพตนเองในอนาคตว่าหากปัญหาในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้ว ราบรื่นดี ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่คิดว่าภาพในอนาคตของตนเองที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง พร้อมทั้งวาดภาพที่ตนเองคิดใส่กระดาษ

14) ผู้ร่วมวิจัยให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อธิบายภาพที่ตนเองวาด โดยให้อธิบายว่าใครกำลังทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ความรู้สึกตอนนั้นเป็นอย่างไร และให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อธิบายการนำจุดแข็งของตนเองจากกิจกรรมการสร้างจุดแข็งภายในบุคคล มาใช้อย่างไรเพื่อให้เกิดภาพที่ตนเองวาดให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยฟัง

15) ผู้ร่วมวิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และสรุปภาพวาดในอนาคตของผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และได้แลกเปลี่ยนสรุปภาพวาดในอนาคตของตนเองที่เคยวาดให้กับผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ฟัง

16) ผู้ร่วมวิจัยเข้าสู่กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ด้วยการให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เขียนจดหมายขอบคุณตนเอง ขอบคุณใครก็ได้ และขอบคุณ

สมาชิกในครอบครัว โดยให้ระบุสิ่งที่ต้องการจะขอบคุณและความรู้สึกหรือผลลัพธ์ที่เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเหล่านั้นให้ชัดเจน

17) ผู้ร่วมวิจัยให้ผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่อ่านจดหมายที่ตนเองเขียนทั้ง 3 ฉบับ ด้วยการออกเสียงให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยฟัง

18) ผู้ร่วมวิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ และสรุปสิ่งที่ต้องการขอบคุณจากจดหมายของผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ และได้แลกเปลี่ยนการเขียนจดหมายขอบคุณที่เคยเขียนให้กับผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ฟัง

19) ผู้วิจัยสรุปกระบวนการกิจกรรมและสรุปข้อมูลการทำกิจกรรมทั้งหมด ได้แก่ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี และกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ให้กับผู้ร่วมวิจัยและผู้ปกครองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ฟัง และกล่าวปิดกิจกรรม

ผู้วิจัยทำการสังเกตการเปลี่ยนแปลงและผลจากการดำเนินกิจกรรมปรากฏผลดังนี้

จากการสังเกตขณะจัดกิจกรรม พบว่า ลักษณะของการเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยคร่าว ๆ ทำให้ผู้ปกครองรายใหม่เกิดความเชื่อมโยงและรู้สึกว่าผู้ร่วมวิจัยกับตนเป็นบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน โดยผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ปกครองรายใหม่ขยับตัวเข้ามาใกล้ผู้ร่วมวิจัยและมีท่าทีผ่อนคลายมากขึ้นหลังจากแนะนำตัว อีกทั้งกิจกรรมเกมใบ้คำปริศนานั้นสร้างความสนใจและผ่อนคลายแก่ผู้ร่วมวิจัย ทำให้บรรยากาศในการทำกิจกรรมมีความเป็นกันเอง สนุก เมื่อทำกิจกรรมผู้ร่วมวิจัยก็รู้สึกกล้าที่จะเป็นผู้นำกิจกรรมกับผู้ปกครองรายใหม่ อันส่งผลต่อการกล้าแสดงความคิดความรู้สึกและข้อมูลของตนเองมากขึ้น

ในระหว่างการทำกิจกรรมผู้ร่วมวิจัยมีท่าทีกังวลและประหม่าในช่วงของการเริ่มต้นกิจกรรม ผู้วิจัยจึงได้ขับเคลื่อนกิจกรรมโดยการถามประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ไปทีละประเด็น ทำให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเล่าประสบการณ์ของตนและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ปกครองรายใหม่ได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้ในระหว่างที่ทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกผู้ร่วมวิจัยมีท่าทีกัดปากระหว่างพูดและจะมองผู้วิจัยตลอดการพูด อันแสดงให้เห็นถึงความกังวล ผู้วิจัยจึงได้ช่วยดำเนินกระบวนการกิจกรรมในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยติดขัด ทั้งนี้เมื่อผู้ร่วมวิจัยได้มีโอกาสเป็นผู้สรุปกิจกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกของตนในช่วงสุดท้ายของแต่ละกิจกรรมย่อยนั้น ผู้ร่วมวิจัยสามารถพูดสรุปถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ความรู้สึกที่ตนเคย รู้สึก ความคิดที่ตนเองได้พัฒนา ให้ผู้ปกครองรายใหม่ฟังด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน

หนักแน่น และท่าทีที่ผ่อนคลายแต่จริงจัง อีกทั้งยังมีการจดสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกและเคยทำในวงรอบที่ 1 ไปพร้อม ๆ กับผู้ปกครองรายใหม่ด้วย นั้นสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ช่วยส่งเสริมความเข้มข้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การได้รับการบริการ และการสนับสนุนด้านอื่น ๆ จากแหล่งต่าง ๆ และส่งเสริมความเข้มข้นการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของตนเองมากขึ้น

2. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลในกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ ดังนี้

การเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกได้ว่ากิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และได้แบ่งปันข้อมูลตนเองให้กับผู้ปกครองรายใหม่ลดความกังวลและได้นำไปปฏิบัติ ได้ทบทวนเน้นย้ำการรับรู้จุดแข็งของตนเองและหาจุดแข็งของตนเองเพิ่มอันเป็นการดึงทรัพยากรภายในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้มากขึ้น รวมทั้งได้ตรวจสอบและย้ำเตือนความหวังของตนเองจากกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสามารถช่วยในการวางแผนการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานให้ราบรื่นจนเกิดภาพที่ตนเองคิดในอนาคตได้อย่างไร และให้ผู้ร่วมวิจัยย้ำเตือนและตระหนักในคุณค่าของตนเองและผู้อื่นรอบตัวมากขึ้นกว่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรววงรอบที่ 1ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนว่ากิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ตั้งไว้

“ที่ให้แม่ทำรอบ 2 พาเขาทำ ก็อาจจะอยากให้เราแชร์ความรู้สึกหรือว่าแชร์ประสบการณ์ที่ลูกเราเป็น ว่าเราดูแลลูกอย่างไร ทำอย่างไรลูกถึงดีขึ้นก็ได้มาแชร์ตรงนี้ค่ะ...อยากให้เรามาทบทวนความคิดของเราค่ะ อีกรอบว่าข้อดีเราเคยเขียนมีอะไรและถ้ามีข้อดีข้ออื่น ๆ เราจะเขียนอะไรค่ะ และได้เห็นข้อดีของแม่ท่านอื่นด้วย คือรอบ 2 เนี่ยเห็นข้อดีตัวเองเยอะขึ้นค่ะ (หัวเราะ)...เราจะได้วางแผนครอบครัวเราว่าถ้าเกิดน้องหายเป็นปกติแล้ว เขาจะไปใช้ชีวิตอย่างไร ...คงให้เราย้ำจุดเดิมว่า ความฝัน ความหวังของเราคือตรงนี้ เหมือนเดิมค่ะ...คงอยากให้แม่ได้ขอบคุณตัวเองอีกครั้ง เวลาฟังเขาอ่านขอบคุณเราก็ได้นึกถึงตอนเราทำและก็พูดในใจไปพร้อม ๆ กับเขานะคะ แบบแม่ยังคงเห็นคุณค่าของตัวเองและก็เห็นว่าใครคอยช่วยเหลือเราบ้าง ทำให้แม่

เครียดน้อยลงค่ะ (หัวเราะ)...มันยิ่งทำให้แม่นึกเห็นคนรอบข้างอีกหลายคนค่ะว่าเขาโอเคกับเรามาก ๆ...กิจกรรมได้ตามจุดประสงค์นะคะ คือ เราก็มีพลังที่จะพยายามเพิ่มให้ความฝันนั้นเป็นจริงให้ได้ค่ะ...ยังหวังเสมอว่าภาพนั้นที่วาดไปจะเกิดขึ้นได้ไม่ไกลค่ะ ได้ทบทวนว่าตัวเราเป็นอย่างไร ย้ำว่าเราเป็นแบบไหน" (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ความรู้สึกในขณะร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ คือ ความรู้สึกดีใจ ยินดีที่ตนเองได้แบ่งปันข้อมูลและมีส่วนช่วยให้ผู้ปกครองรายใหม่ได้ผ่อนคลายความเครียด ความกังวลมากขึ้น เนื่องจากเชื่อมโยงความรู้สึกตนเองในอดีตกับผู้ปกครองรายใหม่ เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น และเกิดเป็นความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้นที่สามารถช่วยให้ผู้ปกครองรายใหม่มีทิศทางการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ดีขึ้น โดยในขณะที่เป็นผู้นำกิจกรรมผู้ร่วมวิจัยสะท้อนว่าตนเองรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการทำกิจกรรมจากวงรอบที่ 1 และแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ปกครองรายใหม่ได้จากการสะท้อนความเข้าใจความรู้สึกของผู้ปกครองรายใหม่ในขณะที่ทำกิจกรรม

"เราก็ดีใจนะคะที่ได้แชร์ความรู้สึกหรือประสบการณ์ในการดูแลลูกเราไปให้คนอื่น เพราะตอนนั้นเราก็อยากจะฟังคนอื่นมาแชร์ให้เราฟังเหมือนกัน...กิจกรรมหาจุดแข็งตัวเอง ...คือตอนนี้ก็รู้ว่ามีหลายจุดอยู่นะที่อยากจะเขียนลงไป แบบพอได้เป็นคนนำกิจกรรมก็เข้าใจแม่ใยไหม (นามสมมติผู้ปกครองอาสารายใหม่)นะ...ตอนนำกิจกรรมชอบมากกว่าตอนทำกิจกรรมอีกค่ะ เพราะตอนเขียนครั้งแรกมันเครียดคิดไม่ออก แต่ตอนนี้ให้บอกข้อ 10 11 ก็บอกได้ค่ะ คือมันคิดง่ายและหาง่ายกว่าตอนเขียนครั้งแรกค่ะ...กิจกรรมมองโลกในแง่ดี ... พอเห็นภาพของแม่ใยไหม (นามสมมติผู้ปกครองอาสารายใหม่)ก็มาขยายภาพของตัวเองเพิ่มได้อีกค่ะ...แล้วก็ได้วางแผนอนาคตของเขาชัดขึ้นกว่าตอนแรกค่ะ...แม่รู้ว่าแม่เขามองโลกในแง่ดีมากเลยนะคะ พอฟังเขาพูดคือรู้สึกว่าการที่เรามีความคิดที่ดี มีทิศทางที่บวกเหมือนเขา ...ชอบความคิดคุณแม่มากเลย... สุดยอดมีความคิดดีมากเลย" (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ ผู้ร่วมวิจัยสามารถบอกสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคตได้ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลการเรียนรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่คือ มีความตระหนักในเรื่องของการรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การบริการ วัตถุสิ่งของ การหาเครือข่ายและการเห็นคุณค่าในตัวบุคคลที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถยังยกตัวอย่างการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมย่อยไปใช้ในเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ ได้

"ก็การได้คนรอบข้างมาพูดให้กำลังใจมันก็ทำให้เรามีพลังนะคะ หรือบางทีถ้าในอนาคตเกิดปัญหาอะไรแม่ก็คิดว่าต้องหาเพื่อนมาพูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองแบบนี้เผื่อได้อะไรดีดีจากเขา...อย่างเรื่องขอบคุณตัวเองเนี่ย แม่ก็ฝึกพูดกับตัวเองบ่อย ๆ เหมือนแม่เขา มองจุดที่อดทนที่ตัวเองผ่านมาและให้กำลังใจตัวเองมากขึ้น...วันนี้ยิ่งรู้สึกอยากพัฒนาเรื่องนี้ของตัวเองมากขึ้นค่ะ ... และก็รู้สึกว่าตัวเองพัฒนาเรื่องอารมณ์ใจเย็นของตัวเองดีขึ้นเรื่อย ๆ ค่ะ ...กิจกรรมที่ทำวันนี้แม่ว่าดีแล้วนะคะ พอมาทำรอบ 2 แม่ได้ย้ำ ได้ทวนตัวเองตลอดเลย แม่ชอบค่ะ (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

จากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 2 อันเป็นการพัฒนาต่อยอดจากการสะท้อนผลจากการปฏิบัติในวงรอบที่ 1 ผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลว่าสามารถตอบผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังตามที่กำหนดไว้ กล่าวคือ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสู่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ทำให้เกิดความเข้มข้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของตนเองมากขึ้น และเป็นวงรอบที่ก่อให้เกิดการส่งต่อกิจกรรมสู่ผู้ปกครองผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งเป็นการนำความรู้ไปสู่ความยั่งยืน ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคนี้ นำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังได้นำเสนอในหัวข้อถัดไป

ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง การแสดงออกของผู้ปกครองต่อการปรับตัวที่สังเกตได้หรือประเมินได้ทั้ง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ในช่วงเวลาตั้งแต่ที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าบุตรหลานของตนเองป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจนถึงปัจจุบันที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งการแสดงออกเหล่านั้นส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยการวิจัยครั้งนี้จะขอนำเสนอผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง 2 ประเด็นตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทาง

เทคนิค คือ 1) ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1 และ 2) ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 2 ดังนี้

4.1 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1

ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1 หมายถึง การแสดงออกของผู้ปกครองต่อการปรับตัวและการรับรู้ที่สังเกตได้หรือประเมินได้ทั้ง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำจากการเข้าร่วมกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ปกครองจากการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 (ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2) จำนวน 8 ท่าน และ สมาชิกในครอบครัวท่านอื่นอีก 6 ท่าน (ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 3) รวมทั้งสิ้น 14 ท่าน จากทั้งหมด 6 ครอบครัว เพื่อให้การทำกิจกรรมเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกภายในกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

สำหรับผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 1 สามารถสรุปผลการเปลี่ยนแปลงตามประเด็นหลัก 2 ส่วน คือ 3.1.1) ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพ และ 2) ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงปริมาณ ได้ดังนี้

4.1.1 ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพ

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้ปกครองเกิดการกระทำ ความคิดและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปเมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ โดยจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 การเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ

หมายถึง การที่ครอบครัวมีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้ปกครองส่วนใหญ่สะท้อนว่าตนเองมีความเชื่อมั่นเพิ่มมากขึ้นว่าบุตรหลานของตนจะหายจากโรคมะเร็ง โดยผู้ปกครองให้เหตุผลถึงการได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมจากโรงพยาบาล การได้รับการดูแลเอาใจใส่ในครอบครัว การปรับสถานที่ของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับตัวโรค ทั้งนี้ครอบครัวแสดงออกถึงน้ำเสียงที่หนักเน้นไม่ลังเลในการแสดงความคิดเห็นและความเชื่อของตน และมีท่าทางที่เด็ดเดี่ยว ตอบอย่างรวดเร็วและเสียง

ดังชัดเจนอันแสดงถึงความมั่นใจในสิ่งที่กำลังสะท้อน ซึ่งต่างจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความไม่แน่ใจในการตอบคำถาม ลังเลและตอบเสียงเบาและลากเสียง เช่น ก็คิดว่าน่าจะหาย อาจจะหาย นะ เป็นต้น

"คือในครอบครัวเราเชื่อกันอยู่แล้วว่าลูกเราต้องหาย แต่ยิ่งมีกิจกรรมแบบนี้มันยิ่งสนับสนุนความคิดเราว่า มันต้องใช่ มันต้องเป็นแบบนี้ มันเหมือนได้เสริมความหวังให้ชัดขึ้น แล้วลองคิดดูค่ะว่าถ้าครอบครัวไหนที่มีความหวังน้อย หวังแค่ 10 เต็ม 100 ถ้ามีกิจกรรมแบบนี้เขาอาจจะหวังเป็น 50 เป็น 70 เป็น 100 ก็ได้" (คุณแอน มารดาผู้ป่วย)

"อย่างยายเนี่ย...เชื่อว่าไอ้เนย(ผู้ป่วย)จะหายดี เพราะเวลาที่เขาอยากกินอะไรเขาจะโทรมาถามก่อน ว่ากินได้ไหม ระวังตัวมาก" (คุณพิกุล ยายผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 **การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่**

หมายถึง การที่ครอบครัวจัดการหน้าที่ภายในครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้ปกครองส่วนใหญ่สะท้อนว่าการทำกิจกรรมทำให้ครอบครัวเข้าใจถึงข้อจำกัดและรายละเอียดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมากขึ้น และยังสามารถสะท้อนสิ่งที่วางแผนพัฒนาหรือช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกท่านอื่นได้ ทั้งนี้ผู้ปกครองยังแสดงความคิดเห็นถึงการเข้าใจความรู้สึกในการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้งท่าทาง สีหน้าในการแสดงความเห็นใจซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ปกครองสะท้อนทางคำพูดออกมา

"ก็ส่วนใหญ่จะมีแต่แม่เขาทำนะครับ พ่อจะเป็นคนทำงานนอกบ้านเป็นหลัก แบบผมก็ต้องช่วยด้วยเรื่องในบ้าน อย่างอาหารการกินก็ช่วยกัน ไปซื้อของ รายละเอียดแม่จะเป็นคนบอกครับ ผมก็ช่วยไปซื้อ ถ้าเรื่องกินยาลูกต่อไปผมจะต้องช่วยดูที่กระดานที่เขาเขียน แต่พ่อเชื่อมั่นว่าแม่ละเอียดกว่าพ่อ แต่พ่อก็จะพยายามเตือนแม่อีกทีครับ" (คุณสัก บิดาผู้ป่วย)

"ผมว่า มันทำให้เรากระตือรือร้นในการดูแลลูกมากขึ้น อีกอย่างความรู้สึกเรามันก็ผ่อนคลายมากขึ้นนะและทุกวันนี้ผมเข้าใจหน้าที่ตัวเองชัดเจนอยู่แล้ว แต่จะทำหน้าที่ตัวเองให้เต็มที่และดีขึ้นกว่าเดิม คือพอผมมาฟังคุณตาน้องอีฟ(ผู้ป่วย)พูดเนี่ย ก็มองว่าตอนแรกไม่รู้ว่าคนอื่นเป็นอย่างไร พอได้ฟังก็กล้าที่จะพูดเรื่องตัวเองบ้าง แล้วทำให้เราได้กล้าคุยเรื่องหน้าที่เรากับที่บ้านไปด้วย ผมว่าผมได้เรียนรู้บ้านอื่นด้วยนะ" (คุณสุข บิดาผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 **การเปลี่ยนแปลงการวางแผนและการสื่อสาร**

หมายถึง การที่ครอบครัวแลกเปลี่ยนข้อมูลและเตรียมความพร้อมในการรับมือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานที่แตกต่างไปจากเดิม โดยผู้ปกครองทุกท่านสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางการสื่อสารอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการแสดงออกออกทางความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างเหมาะสม เช่น ครอบครัวได้มีการฝึกขอบคุณกันมากขึ้นในความเสียสละของสมาชิก หากในอนาคตมีความรู้สึกเชิงลบหรือไม่เห็นด้วยกับความคิดของสมาชิกท่านอื่นจะพูดคุยกันด้วยเหตุผลและหาวิธีสื่อสารให้เหมาะสม รวมทั้งผู้ปกครองยังสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยมีแผนสำรองและคาดการณ์ปัญหาในอนาคตเพิ่มเติมได้ เช่น หากผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์แต่บิดาที่ทำหน้าที่หลักในการเดินทางติดภารกิจไม่สามารถพาผู้ป่วยมาได้ครอบครัวจะวางแผนให้สมาชิกท่านใดหรือจะจัดการปัญหาอย่างไร เป็นต้น โดยผู้ปกครองมีน้ำเสียง ท่าทาง และแววตาที่สอดคล้องกับสิ่งที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง

“เรารู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น เปลี่ยนแปลง คือ ทำให้เราได้พัฒนาความคิดตัวเองนะ เรื่องที่อยู่อาศัยของเราให้ดีขึ้น ... และยังทำให้เราได้ทบทวนว่าครอบครัวควรทำอย่างไรที่จะดูแลหลานไม่ให้โรคมะเร็งของเขากลับมาเป็นอีก...มันก็ทำให้เราได้ใส่ใจเรื่องความเป็นอยู่ภายในครอบครัวช่วยกัน ... ส่วนเรื่องสื่อสาร...กิจกรรมวันนี้ก็ช่วยให้เราได้เข้าใจกันมากขึ้นครับ ได้กล้าแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกมากขึ้น บอกกันแบ่งปันความรู้สึกกัน ถ้าสมมุติในอนาคตมีคนใดคนหนึ่งรู้สึกหงุดหงิด ... แล้วค่อยมาคุยกัน เราจะไม่ใส่อารมณ์ตอนที่กำลังโกรธกัน” (คุณสนตาผู้ป่วย)

“กิจกรรมวันนี้ก็ช่วยให้เราได้เข้าใจกัน แต่ก่อนแม่ไม่เคยพูดเลย แต่ถ้าบ้านแม่ก็... (ผู้วิจัยถามว่าถ้าสมมุติในอนาคตมีคนใดคนหนึ่งรู้สึกหงุดหงิด ไม่พอใจที่คนในครอบครัวทำหรือคิดไม่เหมือนกับตัวเอง) ตอนนี้แม่จะพูดเลยนะคะ ว่าเราไม่พอใจหรือไม่สบายใจอะไรบ้างตอนนี้ แต่ว่าจะให้เหตุผลกันมากขึ้น อีกอย่างเราก็น่าจะแชร์ความรู้สึกกันมากขึ้นนะ จะพยายามแชร์กันมากขึ้น” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

4.1.2 ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงปริมาณ

ผลการสะท้อนของผู้ปกครองในการเข้าร่วมกิจกรรมวงรอบที่ 1 จะพบว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยยังได้ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ปกครองจากการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 จำนวน 8 ท่าน และ สมาชิกในครอบครัวท่านอื่นอีก 6 ท่าน รวมทั้งสิ้น 14 ท่าน จากทั้งหมด 6 ครอบครัว โดยพบข้อมูลเชิงปริมาณผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวพบว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เพิ่มขึ้นระหว่าง 3-24 คะแนน ผู้ปกครองทั้งหมดได้คะแนนระหว่าง 79-95 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่อยู่ในระดับที่สูงจากคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเต็ม 95 คะแนน โดยพบคะแนนพัฒนาการระดับกลาง จำนวน 5 คน พัฒนาการระดับสูง จำนวน 7 คน และพัฒนาการระดับสูงมาก จำนวน 2 คน และยังพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นระหว่าง 5-16 คะแนน ผู้ปกครองทั้งหมดได้คะแนนระหว่าง 78-95 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่อยู่ในระดับที่สูงจากคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเต็ม 95 คะแนน โดยพบคะแนนพัฒนาการระดับต้น จำนวน 1 คน พัฒนาการระดับกลาง จำนวน 6 คน พัฒนาการระดับสูง จำนวน 6 คน และพัฒนาการระดับสูงมาก จำนวน 1 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตาราง 15 ผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมรายบุคคล

ลำดับ	นามสมมติ	คะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว				คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม			
		ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	คะแนนพัฒนาการ	ระดับพัฒนาการ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม	คะแนนพัฒนาการ	ระดับพัฒนาการ
1	สุข	76	87	57.89	สูง	76	83	36.84	กลาง
2	ส้ม	75	88	65	สูง	71	81	41.67	กลาง
3	สน	71	81	41.67	กลาง	72	83	47.83	กลาง
4	รัก	71	79	33.33	กลาง	73	82	40.91	กลาง
5	สม	74	85	52.38	สูง	71	86	62.50	สูง
6	พิกุล	74	81	33.33	กลาง	72	85	56.52	สูง
7	อุ้ม	58	82	64.86	สูง	70	84	56	สูง
8	โก้	68	82	51.85	สูง	72	84	52.17	สูง
9	แอปเปิ้ล	76	89	68.42	สูง	73	78	22.73	ต้น
10	ออย	77	83	33.33	กลาง	82	88	46.15	กลาง
11	ลิลลี่	87	90	37.50	กลาง	76	82	31.58	กลาง
12	แอน	79	95	100	สูงมาก	80	95	100	สูงมาก
13	สัก	73	89	72.73	สูง	69	85	61.54	สูง
14	มะม่วง	72	90	78.26	สูงมาก	69	85	61.54	สูง

จากข้อมูลผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 73.64 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 6.36 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 85.79 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 4.61 อันแสดงให้เห็นว่าผลคะแนนจากการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 73.29 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 3.91 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 84.36 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 3.89 อันแสดงให้

เห็นว่าผลคะแนนจากการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้ ซึ่งนำเสนอในตารางที่ 16

ตาราง 16 ผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลง	**ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม** (n=14)		**หลังเข้าร่วมกิจกรรม** (n=14)	
	M	SD	M	SD
การฟื้นคืนสภาพครอบครัว	73.64	6.36	85.79	4.61
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	73.29	3.91	84.36	3.89

4.2 ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 2

ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากวงรอบที่ 2 หมายถึง การแสดงออกของผู้ปกครองต่อการปรับตัวและการรับรู้ที่สังเกตได้หรือประเมินได้ทั้ง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำจากการเข้าร่วมกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับพัฒนาจากวงรอบที่ 1 ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ปกครองอาสาสมัครจากการวงรอบที่ 1 จำนวน 1 ท่าน คือ คุณส้ม (นามสมมติ) มารดาผู้ป่วยโดยผู้ปกครองมีบทบาทเป็นผู้นำกิจกรรมการพัฒนาซึ่งทำกับผู้ปกครองรายใหม่และสะท้อนรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เหมาะสม และผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันรายใหม่ที่พึ่งทราบผลการวินิจฉัย จำนวน 1 ท่าน ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นย่อยทั้งหมด 5 ประเด็น ดังนี้

ก) การเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อ หมายถึง ครอบครัวมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานเจ็บป่วยของบุตรหลานเปลี่ยนแปลงไปจากวงรอบที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ปกครองสะท้อนว่าตนเองมีความคิดที่หนักแน่นมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับความเชื่อว่าบุตรของตนจะหายจากโรคมะเร็งซึ่งมีโอกาสสูงมาก โดยเชื่อมโยงเหตุผลมาสนับสนุนความคิดความเชื่อนี้ คือ อาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้นตามลำดับ การดูแลอย่างใส่ใจของครอบครัว และการรักษาของทีมผู้รักษาที่ให้ข้อมูลการดำเนินโรคและการปฏิบัติตัวกับครอบครัวตลอดการรักษา

“ตอนนี้แม่คิดว่าลูกเราโอกาสหายขาด 100% แน่นอนค่ะ 100 เลยนะความคิดแม่ตอนนี้ คือทีมแพทย์ก็ดูแลดีให้ข้อมูลตลอด ผลตรวจเลือดก็ดี เลยรู้สึกว่าโอกาสหายขาดมีสูงมาก แบบตับที่เคยไม่ดีก็ดีขึ้น คือแต่ก่อนนะคิดว่าลูกเราไม่มีโอกาสหายได้เลยนะ หรือไม่ก็ต้องรักษาตลอดชีวิตแบบนี้ตอนนั้นกังวลเรื่องอาการลูกตลอด” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ข) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก หมายถึง ครอบครัวมีภาวะอารมณ์ในการตอบสนองต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานเจ็บป่วยของบุตรหลานเปลี่ยนแปลงไปจากวงรอบที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ปกครองเกิดความรู้สึกปลื้มปิติที่ได้เป็นผู้แบ่งปันทั้งประสบการณ์และข้อมูลของตนให้กับผู้ปกครองที่กำลังตกอยู่ในสถานการณ์วิกฤตอย่างที่ตนเองเคยประสบมา อันนำไปสู่การเกิดความรู้สึกภาคภูมิในในตนเองเพิ่มมากขึ้นที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความรู้สึกที่ผ่อนคลายจากความกังวลได้

“แม่เองก็รู้สึกดีใจค่ะ ดีใจที่ได้มาเป็นคนแบ่งปันข้อมูลให้คนอื่นบ้าง ทำให้แม่เขามีความสบายใจขึ้นค่ะ เพราะลูกเรามีโอกาสหายลูกคุณแม่ก็คงมีโอกาสหายเหมือนกันไม่ต้องเครียดมากอะไรแบบนี้ แต่ก่อนนี้เราก็เครียดมากเหมือนกันแต่ตอนนี้คือแบบชิวชิวแล้ว เราแค่ดูแลเขาตามที่คุณหมอแนะนำเรื่องกินการอยู่ทั่ว ๆ ไปค่ะ” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ค) การเปลี่ยนแปลงการกระทำ หมายถึง ครอบครัวมีพฤติกรรมหรือความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับมือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานเจ็บป่วยของบุตรหลาน เปลี่ยนแปลงไปจากวงรอบที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ปกครองได้ย้อนคิดและทบทวนถึงพฤติกรรมการปรับตัวของครอบครัวตนเองและเปรียบเทียบข้อที่ควรปรับปรุงจากแนวทางในการปรับตัวการดูแลผู้ป่วยจากผู้ปกครองรายใหม่ที่ตนเองสามารถนำไปพัฒนาภายในครอบครัวตนเองเพิ่มเติมได้

“การกระทำเปลี่ยนแปลงไปก็คงด้านการดูแลลูกนะคะ เพราะนี้มาฟังคุณแม่ที่เขาพึ่งเป็นยังดูแลใส่ใจลูกขนาดนี้ แม่เขาคิดดีมากเลยค่ะ เลยจะนำสิ่งที่เขาบอกมาปรับของเราเหมือนกันค่ะ” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

ง) สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ หมายถึง ครอบครัวสามารถอธิบายเหตุผลการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ปกครองอธิบายเชื่อมโยงถึงขั้นตอนและกระบวนการของกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวว่าเป็นกิจกรรมที่ทำทีละขั้นตอน และพาผู้ปกครองสะท้อนทั้งเป้าหมายของกิจกรรม ความคิด ความรู้สึกในขณะที่ทำกิจกรรมไปทีละขั้นตอนในแต่ละกิจกรรม ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่เกิด

ความรู้สึกสับสนประเด็นและได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

“ที่บอกว่าเปลี่ยนทั้งความคิด ความรู้สึก การกระทำนั้น แม่คิดว่าเป็นเพราะคุณนุ๊กนิ๊ก (ผู้วิจัย) ให้ค่อย ๆ คิด ค่อย ๆ เขียนในเรื่องต่าง ๆ ทุก ๆ ด้านค่ะ ทั้งภาพในอนาคต การเรียนรู้ตัวเราเอง แล้วยังมาฟังที่คุณแม่คนอื่นพูดในบางข้อที่เราอาจจะยังไม่มีหรือยังต้องพัฒนาได้ พอฟังคุณแม่เขาอ่านออกมา เราเองก็ได้คิดตามเหมือนกันค่ะ ว่าเออ เออ ใช่ ใช่ เราก็เป็นแบบนี้อย่างนี้ค่ะ” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

จ) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ครอบครัวสามารถอธิบายได้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้างอย่างไรบ้าง และการช่วยเหลือนั้นมีผลต่อครอบครัวอย่างไร ซึ่งพบว่าผู้ปกครองสามารถชี้แจงการสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองและครอบครัวได้รับอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น เช่น การสนับสนุนทางจิตใจจากเพื่อน การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของหรือการเงินจากที่ทำงาน การสนับสนุนทางด้านบริการจากญาติและโรงพยาบาล เป็นต้น และยังสามารถเชื่อมโยงถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเหล่านั้นได้อันส่งผลต่อการสร้างความเข้มข้นของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายในตัวผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น

“แม่ก็ว่าเหมือนกันค่ะ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนรอบข้างมันทำให้เรามีกำลังใจ มีแรงที่จะต่อสู้ในทุก ๆ ด้าน ทั้งเรื่องการทำงาน เรื่องโรคของเขา หรือเรื่องเงินก็ตามที่เกี่ยวกับน้องค่ะ ที่เขาช่วยเราเพราะว่าก็เราเป็นครอบครัวเดียวกันค่ะ...การที่เราได้แชร์ความรู้สึกหรือประสบการณ์ในการดูแลลูกเราไปให้คนอื่น เขาจะได้เข้าใจการดูแลแบบเห็นภาพและเอาไปใช้ในการปรับตัวได้ เพราะการที่เราไปหาในสื่อโซเชียลอาจไม่เข้าใจทั้งหมด...อย่างที่โรงพยาบาลก็ช่วยในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลและโรงเรียนที่แม่ทำงานอยู่ก็ช่วยเงินมานะใส่ซองมาให้ และก็เรื่องครอบครัวที่คอยช่วยเหลือหาอาหารการกินมาให้ แบบหลานอยากกินอะไรก็หาซื้อมาให้ค่ะ อย่างพ่อเขาก็เป็นคนหลักในการหาเงิน” (คุณส้ม มารดาผู้ป่วย)

จากข้อมูลผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองทั้งสองวงรอบซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานและข้อมูลเชิงปริมาณคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและระดับพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุน

ทางสังคมภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวด้วยกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกและกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมนั้น พบว่าผู้ปกครองเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก การกระทำ และมีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่น้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งยังพบระดับพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ตั้งแต่ระดับต้นไปจนถึงสูงมาก

ส่วนที่ 5 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยดำเนินการสังเคราะห์โดยพิจารณาจาก มิติด้านสถานการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครอง มิติด้านผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และมิติด้านความยั่งยืน ซึ่งในการสังเคราะห์ความสำเร็จดังกล่าวผู้วิจัยได้เชื่อมโยงกับการวิเคราะห์กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละวงรอบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกิจกรรม ทั้งในระดับบุคคลและระดับครอบครัว ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาสู่การสร้างข้อสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งนี้ก่อนการนำเสนอผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์รูปแบบต่อไป ที่จะได้นำเสนอดังต่อไปนี้

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม

จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรมปฏิบัติการจาก 2 วงรอบ ซึ่งสะท้อนจากผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมในแต่ละวงรอบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ดังนี้

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 1 โดยแต่ละกิจกรรมมีจุดเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน ดังนี้

1) **กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน** เน้นการเปลี่ยนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยผู้ร่วมวิจัยเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย สถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งยังเข้าใจการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ใกล้บ้านในการช่วยสนับสนุนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น เช่น เข้าใจการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมที่ครอบครัวสามารถเข้าร่วมได้ของศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน รับรู้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ใกล้บ้านที่สามารถให้ครอบครัวได้ไปใช้บริการหรือรับการช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ ผู้ร่วมวิจัยเกิดความอบอุ่นใจที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การเอาใจใส่และรู้สึกใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ส่งผลเชื่อมโยงต่อผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ ผู้ร่วมวิจัยปรับปรุงพื้นที่การดูแลผู้ป่วยภายในบ้านและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และนำทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่รอบตัวมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานในครอบครัว

2) **กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล** เน้นการเปลี่ยนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัว และสามารถนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและเกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ ผู้ร่วมวิจัยนำจุดแข็งในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน

3) **กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี** เน้นการเปลี่ยนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในหลักการของการมองสถานการณ์ในทิศทางบวกที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัว เกิดการรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วย และเกิดการรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความหวังและกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ รวมทั้งเกิดความมุ่งมั่นที่จะจัดการสถานการณ์ให้เต็มที่ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ

ผู้ร่วมวิจัยประเมินสถานการณ์ในทิศทางที่ไม่ตึงเครียด และวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย

4) **กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ** เน้นการเปลี่ยนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในหลักการของการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเองและคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว ตระหนักรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง และเกิดการรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้าง และเกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ ผู้ร่วมวิจัยใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น แลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละคนในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานภายในครอบครัว และผู้ร่วมวิจัยขอบคุณตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 2 โดยกิจกรรมมีจุดเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) **กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก** เน้นการเปลี่ยนด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรม โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจนั้น ผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองสถานการณ์ในทิศทางบวก และการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ ตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงศักยภาพของตนเองและการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ เกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยและรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน และตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงคุณค่าของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เข้มข้นขึ้น เกิดความหวังและกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ที่เข้มข้นขึ้น เกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัวที่เข้มข้นขึ้น และเกิดเจตคติที่ดีต่อคนรอบข้าง ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ ผู้ร่วมวิจัยส่งต่อข้อมูลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น นำจุดแข็งในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์มากขึ้น วางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศ

ทางบวกในการเผชิญสถานการณ์ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ฝึกขอบคุณตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น และชื่นชมตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น

โดยได้สรุปข้อมูลผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรมดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 17 ผลการสังเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม

เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง	ด้านความรู้ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	1. ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 2. ความเข้าใจเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ	1. อบอุ่นใจที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การเอาใจใส่ 2. รู้สึกใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น	1. ผู้ร่วมวิจัยปรับปรุงพื้นที่การดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน 2. ผู้ร่วมวิจัยปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย 3. ผู้ร่วมวิจัยนำทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาใช้
การรับรู้จุดแข็งในตัวผู้ปกครอง	1. ความเข้าใจในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล 2. ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง 3. ความเข้าใจในการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน 4. ตระหนักถึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัว	1. เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 2. เกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว	1. ผู้ร่วมวิจัยนำจุดแข็งในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน
การมองโลกในแง่ดี	1.ความเข้าใจในหลักการของการมองสถานการณ์ในทิศทางบวกที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัว 2. การรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วย 3. เกิดการรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน	1. เกิดความหวังในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย 2. เกิดกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ 3. เกิดความมุ่งมั่นที่จะจัดการสถานการณ์ให้เต็มที่	1. ผู้ร่วมวิจัยประเมินสถานการณ์ในทิศทางที่ไม่ตึงเครียด 2. ผู้ร่วมวิจัยวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย

ตาราง 17 (ต่อ)

เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง	ด้านความรู้ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
การรับรู้คุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง	1. ความเข้าใจในหลักการของการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ 2. ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเอง 3. ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว 4. ตระหนักรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง 5. เกิดการรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว	1. เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 2. เกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว 3. เกิดเจตคติที่ดีต่อคนรอบข้าง 4. เกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัว	1. ผู้ร่วมวิจัยใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น 2. ผู้ร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละคนในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ภายในครอบครัว 3. ผู้ร่วมวิจัยขอบคุณตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น

ตาราง 17 (ต่อ)

เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง	ด้านความรู้ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของตนเองที่เข้มข้นมากขึ้น	1. ความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 2. ความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการดูแลผู้ป่วย 3. ความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองสถานการณ์ในทิศทางบวก และการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ 4. ตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงศักยภาพของตนเองและการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ 5. ความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยและรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน 6. ตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงคุณค่าของตนเองและสมาชิกในครอบครัว	1. เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เข้มข้นขึ้น 2. เกิดความหวังในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เข้มข้นขึ้น 3. เกิดกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ที่เข้มข้นขึ้น 4. เกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัวที่เข้มข้นขึ้น 5. เกิดเจตคติที่ดีต่อคนรอบข้าง	1. ผู้ร่วมวิจัยส่งต่อข้อมูลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น 2. ผู้ร่วมวิจัยนำจุดแข็งในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานเพิ่มเติม 3. ผู้ร่วมวิจัยวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น 4. ผู้ร่วมวิจัยขอบคุณตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น 5. ผู้ร่วมวิจัยชื่นชมตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น

นอกจากการวิเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยยังได้ทำการสังเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยการใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะนำเสนอในหัวข้อถัดไป

5.2 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

รูปแบบการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ของกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และผลการเปลี่ยนแปลงจากการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์จากผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวทั้ง 2 วงรอบ รวมถึงผลความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรม ซึ่งในการสังเคราะห์การส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์กิจกรรมที่ประสบความสำเร็จและผลของกิจกรรม เพื่อนำผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมที่ดำเนินการแล้วประสบความสำเร็จ เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

2. สังเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมทั้ง 2 วงรอบ เชื่อมโยงกับกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

3. สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยอ้างอิงจากรายละเอียดตารางที่ 17 ผลการสังเคราะห์ความสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรมที่อธิบายไว้ข้างต้น สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 10

ภาพประกอบ 10 รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

จากข้อมูลที่ได้นำเสนอเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 บริบทพื้นที่ดำเนินการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย ส่วนที่ 2 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนที่ 3 การสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และส่วนที่ 5 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง

เม็ดเลือดขาวนั้น ทีมสหวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว สามารถประยุกต์นำข้อมูลทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว กระบวนการการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปใช้ในการจัดบริการเพื่อดูแลและพัฒนาทั้งด้านพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคมของครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวได้อย่างปกติสุข และผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือกขาวหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ สามารถนำรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปใช้ปรับตัวของตนเองและครอบครัวในสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตทั้งกาย ใจ และสังคมที่ดีได้

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ 1 การวิจัยหลักที่เป็นเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคเพื่อการพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และสังเคราะห์รูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การนำเสนอในบทนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ การอภิปรายผล ซึ่งแบ่งการอภิปรายออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 กระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และตอนที่ 3 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การอภิปรายผล

การนำเสนอการอภิปรายผลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย 1) กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว รวมทั้งความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 2) กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และ 3) ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 กระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การศึกษากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวครั้งนี้ พบว่าครอบครัวมีลำดับการเผชิญสถานการณ์ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 2) ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และ 3) ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin และคณะ (McCubbin, et al., 1997; McCubbin& McCubbin, 1993; Weber, 2011) ที่อธิบายว่ากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวแบ่งเป็นระยะชัดเจนคือ มีระยะปรับสมดุล (adjustment phase) และระยะปรับตัว (adaptation phase) ทั้งนี้กระบวนการที่เกิดขึ้นในทั้งสองระยะตามแนวทางการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin และคณะ (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ หลังครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมีการปรับตัวของการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าในแต่ละระยะ ครอบครัวจะต้องเผชิญกับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยเชื่อมโยงกับทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 1996; 2015) ที่อธิบายว่ากระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Dynamic) จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจตัวแปรสำคัญที่เอื้อต่อการฟื้นคืนสภาพของแต่ละบุคคล อันส่งผลให้การทำงานของระบบครอบครัวดีขึ้น ซึ่งในระยะของการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยจะขออภิปรายเป็น 3 ประเด็นตามระยะการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ ระยะเวลาตั้งแต่ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยเมื่อผู้ปกครองทราบผลวินิจฉัยของผู้ป่วยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวครอบครัวจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองเชิงลบ โดยปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิด The 5 stages of grief ของ Elsabeth Kubler-Ross (Kubler-Ross, 2011; Feldman, 2017) ที่กล่าวถึงกระบวนการทางจิตใจของมนุษย์เมื่อเผชิญกับความผิดหวังร้ายแรง โดยการเจ็บป่วยของบุตรหลานเป็นการสูญเสียสุขภาพที่ควรจะเป็นหรือบางรายอาจเสียชีวิตได้ จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกทุกข์ใจและเกิดปฏิกิริยาทางด้านร่างกายในเชิงลบได้ ซึ่งเป็นเรื่องปกติในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Bronner, et al, 2010; Franck, et al, 2010; Franich, et al, 2013; Soulvie, et al, 2012)

โดยปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ปกครองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมักเกิดควบคู่กันหรือพร้อมกัน ไม่สามารถจัดลำดับของการเกิดความรู้สึกได้อย่างชัดเจน อาจเป็นเพราะว่าการป่วยของบุตรหลานไม่สามารถคาดการณ์ทิศทางและการดำเนินการของโรคที่แน่ชัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Mishel's Uncertainty in Illness Theory ที่อธิบายว่าเมื่อผู้ปกครองเผชิญเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยได้อย่างแม่นยำ เนื่องจากขาดข้อมูลที่เพียงพอจะเกิดความวิตกกังวลและความเครียดจนไม่สามารถตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ (Mishel, 1988; Jessop & Stein, 1985; Stewart & Mishel, 2000; Tackett, et al.,2016; นฤมล ธีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาคธูป และ เอมอร อาจรัตนกูล, 2557) อีกทั้งผู้ปกครองส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่ทำงาน การทราบว่าบุตรหลานของตนป่วยอาจเกิดความกังวลต่อการจัดสรรเวลาทั้งเรื่องการดำเนินชีวิตส่วนตัวและเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.6 เนื่องจากต้องออกจากงานที่ทำ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ไม่มีรายได้ ทำให้เกิดความเครียดและกังวลทั้งเรื่องการเจ็บป่วยของบุตรหลานและเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผศ.ดร.ประพิมพา จรัลรัตนกุล (2563) ที่กล่าวว่า การออกจากงานทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนไปเนื่องจากต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาแทน และเกิดความรู้สึกสูญเสียจุดมุ่งหมายในชีวิตเริ่มประเมินว่าอะไรเป็นสิ่งที่ตนต้องการต่อไปหลังจากออกจากงาน และเกิดความรู้สึกสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง คนส่วนใหญ่ที่ออกจากงานจึงรู้สึกวิตกกังวล เครียดหรือบางรายอาจเป็นซึมเศร้าตามมา นอกจากนั้นครอบครัวยังต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงจากตัวโรคและการรักษาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งตลอดการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาประมาณ 1 ปี – 3 ปี คือมีทั้ง 1 ปี 1 วัน – 2 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และประมาณ 2 ปี 1 วัน – 3 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่มีระยะการดำเนินการของโรคอยู่ระหว่างการรักษา (curative) ซึ่งเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาภายใน 1 เดือน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 12 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 13 คน โดยผู้ป่วย 1 ราย สามารถเกิดอาการข้างเคียงได้มากกว่า 1 อาการ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น จำนวน 3 คน ไขกระดูกถูกกดการสร้างเม็ดเลือด จำนวน 3 คน มีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร จำนวน 2 คน และมีผิวหนังแห้งเกิดผื่น จำนวน 1 คน ทำให้เกิดความวิตกกังวลตลอดการรักษาโดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

พรศิริ ใจสม (พรศิริ ใจสม, 2537) และ Miles และคณะ (Miles, et al., 1989) ที่พบว่าการเห็นบุตรได้รับความเจ็บปวด มีอาการเหนื่อยหอบไม่รู้สึกตัว เห็นบุตรใส่เครื่องมือทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดและวิตกกังวล โดยปฏิกิริยาเชิงลบนี้เกิดอย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและนอนหลับของผู้ปกครองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าความเครียดและวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย รู้สึกหมดพลังและเบื่ออาหาร รวมทั้งมีพฤติกรรมทางสุขภาพต่าง ๆ ที่แย่ลง (Aldridge, 2005; Board, 2004; Witt, et al., 2010; Meltzer, et al., 2015; Cohn, et al., 2020)

ระยะที่ 2 ระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ หลังครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของครอบครัว ครอบครัวจะปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของการฟื้นคืนสภาพ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความคิดความเชื่อ 2) รูปแบบหน้าที่และบทบาท และ 3) การวางแผนและสื่อสาร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันตามแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2012a; 2015) อธิบายว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการจัดการความคิดความเชื่อ รูปแบบหน้าที่และบทบาท และการวางแผนและสื่อสาร กับสภาวะวิกฤตและความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Luthar (Luthar, 2006) ที่ได้อธิบายว่า การฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกในบริบทของการเกิดสภาวะวิกฤตของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะครอบคลุมด้านความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารภายในครอบครัว โดยแต่ละองค์ประกอบมีวิธีการจัดการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ครอบครัวปรับความคิดความเชื่อโดยการทำความเข้าใจสาเหตุของโรค ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งพบว่าการมีความหวังว่าจะหายและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถจัดการได้ การมีมุมมองว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ การมีศรัทธาต่อสิ่งยึดเหนี่ยวเพื่อสร้างกำลังใจ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการปรับความคิดความเชื่อของครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2002; 2012a; 2012b; 2012c; 2012d; 2015; 2016b) ที่อธิบายว่า ครอบครัวจะสร้างความหมายของเหตุการณ์ความทุกข์เป็นเรื่องที่เข้าใจได้และเป็น “เรื่องปกติ” ที่จะเกิดความทุกข์เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต โดยการทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาและแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า

ความเชื่อ ความหวัง การมีมุมมองเชิงบวก เป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้บุคคลมีความมุ่งมั่นและลงมือทำอันนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (รดา ดารา และคณะ, 2565; Matel-Anderson, Bekhet & Garnier-Villarreal, 2019; Kazemi, et al., 2020; Chang, Hsu & Ouyang, 2022; Kirkbir & Zengin, 2021)

องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัวปรับหน้าที่หรือรูปแบบกิจวัตรภายในครอบครัว โดยการปรับหน้าที่หาคนดูแลหลัก ปรับกิจวัตรให้เหมาะกับสถานการณ์ ซึ่งยังคงรักษาความสัมพันธ์ผ่านกิจวัตรเดิม แสวงหาสิ่งทดแทนเพื่อรักษาความสัมพันธ์ รวมทั้งการแสวงหาทรัพยากรภายนอกครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์การป่วยของบุตรหลาน ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องออกจากงานเพื่อทำหน้าที่เป็นดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้ารับการรักษาจึงไม่มีรายได้ ทำให้รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครัวครัวเดี่ยวที่มีจำนวนสมาชิกในประมาณ คน 4-6ในครอบครัว และมีจำนวนบุตรหรือหลานที่ต้องดูแลส่วนใหญ่อยู่ คน ต่อครอบครัว 2ทำให้ต้องแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินและด้านอื่น ๆ เพื่อมาจัดสรรทรัพยากรและเวลาในการดูแลสมาชิกท่านอื่น ๆ ภายในครอบครัวด้วย สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2002; 2012a; 2012b; 2012c; 2012d; 2015; 2016b) ที่อธิบายว่าครอบครัวจะมีการปรับความสัมพันธ์ใหม่และจัดระเบียบหน้าที่ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้เข้ากับเงื่อนไขใหม่ และแสวงหาทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจเพื่อสร้างสมดุลระหว่างการทำงานกับการดูแลครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ren และคณะ (Ren, et al., 2020); Maravilha, Marcelino และ Charepe (Maravilha, Marcelino & Charepe, 2021); Westergaard และคณะ (Westergaard, et al., 2021); Israr และ Ahmad (Israr & Ahmad, 2019) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล จิตใจ วัตถุสิ่งของ เงิน และบริการจากผู้อื่นมีผลเชิงบวกต่อการจัดการความเครียด ความวิตกกังวลของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เปรียบเสมือนเป็นตัวกั้นระหว่างการปรับตัวและสถานการณ์ความเครียด (Norris & Kaniasty, 1996; Zhou, et al., 2013; Åsberg, Vogell & Bowers, 2008; Tumlu, Akdogan & Turkum, 2017; Kuhl & Boyraz, 2017; Sun, et al., 2019) นอกจากนี้การศึกษาของ Salin และคณะ (Salin, et al., 2020) ยังพบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีสามารถส่งผลเชิงบวกต่อการตัดสินใจและการจัดการปัญหาของครอบครัว

และองค์ประกอบที่ 3 ครอบครัวปรับการวางแผนและสื่อสารเพื่อกำหนดเป้าหมายและแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในครอบครัว โดยวางแผนรักษาตามแพทย์เต็มที่ ชี้แจงข้อมูล

ให้ทราบทุกคน แลกเปลี่ยนความรู้สึกซึ่งกันและกัน จัดเตรียมความพร้อมในการดูแลและวางแผนจัดการปัญหาอื่นล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2002; 2012a; 2012b; 2012c; 2012d; 2015; 2016b) ที่อธิบายว่า การชี้แจงข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสถานการณ์ที่คาดหวังของครอบครัวจะช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว ซึ่งการสื่อสารที่เปิดเผยทั้งความรู้สึกและข้อมูลทำให้ครอบครัวเห็นใจซึ่งกันและกัน อันนำไปสู่การตัดสินใจและตั้งเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เจตพล แสงกล้า และ สาลินี จันทร์เจริญ (2562), ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2556) และ กาญจนา เทียนลาย และ วรรณี หุตะแพทย์ (2561) ที่พบว่าการสื่อสารที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้สึกกันเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งความคิด ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยในการคาดคะเนหรือวางแผนปัญหาที่กำลังเผชิญในอนาคต อันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและสร้างความใกล้ชิดระหว่างบุคคลได้

ซึ่งปัจจัยในระยะระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้ดีมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้จุดแข็งในตัวผู้ปกครอง การมองโลกในแง่ดีของผู้ปกครอง และการรับรู้คุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง เพื่อวางแผนที่จะพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิคต่อไป

โดยลำดับการปรับตัวของทั้ง 3 องค์ประกอบไม่มีลำดับขั้นตอนที่แน่ชัด แต่จะปรับผสานกันหรือสามารถย้อนกลับไปองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เวลา ณ ขณะนั้นของแต่ละครอบครัว จนกว่าครอบครัวจะเกิดความรู้สึกสบายใจในสถานการณ์ปัจจุบันอันนำไปสู่ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Luthar, Cicchett และ Becker) Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000) และ Walsh (Walsh, 2003; 2012d) ที่อธิบายว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยมีการทำงานโต้ตอบซึ่งกันและกันและทำงานผสานกันระหว่างความคิดความเชื่อ รูปแบบการทำหน้าที่ และการวางแผนการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการปรับตัวในเชิงบวกในบริบทของความทุกข์ยากที่สำคัญ

ระยะที่ 3 ระยะหลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คือ เมื่อครอบครัวปรับตัวให้สมดุลกับชีวิตประจำวันและก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ ครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกเชิงบวกต่อสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดมุมมองเชิงบวก

อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเกิดพฤติกรรมและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในเชิงบวก เมื่อครอบครัวก้าวผ่านความทุกข์ยากได้ และรักษาคงไว้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเกี่ยวข้องกับการปรับตัวเมื่อเวลาผ่านไปทำให้หลายครอบครัวสามารถ “กลับมา” ใช้ชีวิตเหมือนเดิมก่อนเกิดเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจและในบางครอบครัวสามารถ “ปรับตัวไปข้างหน้า” ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Vogel, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leitz (Lietz, 2007) ที่พบว่าเมื่อครอบครัวเผชิญสถานการณ์ตึงเครียด ครอบครัวจะค้นพบการปรับตัวใหม่และรักษาพฤติกรรมนั้นให้อยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการแบ่งปันความคิดและความรู้สึกของตนอย่างต่อเนื่อง สามารถหัวเราะด้วยกันได้ และหันมาใช้ระบบความเชื่อของครอบครัวเพื่อค้นหาเป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ขึ้น สามารถระบุวิธีที่ทำให้พวกเขาแข็งแรงขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และเมื่อครอบครัวรู้สึกเข้มแข็งเพียงพอหลายครอบครัวสามารถช่วยเหลือผู้อื่นต่อได้

การทำความเข้าใจกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจสถานการณ์แรกเริ่มของวิกฤตครอบครัวจนถึงสถานการณ์เมื่อครอบครัวก้าวข้ามวิกฤตไปได้ เพื่อให้ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพที่ดูแลวางแผนรับมือหรือให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ปกครองหรือทีมสหวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวให้ตระหนักว่าการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและหาแนวทางแก้ไขหรือส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบครัวสามารถฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้อย่างสมดุลกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ

ตอนที่ 2 กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวครั้งนี้ มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 ขั้นศึกษาสถานการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่จริงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจถึงความต้องการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ร่วมวิจัยจากบริบทและประสบการณ์โดยตรงของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยได้นำเสนอในข้อมูลตอนที่ 1 ข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดประจักษ์นิยม (Empiricists) ที่กล่าวว่าบ่อเกิดที่สำคัญของความรู้คือประสบการณ์ ดังนั้น ความจริงต้องอ้างอิงอยู่กับประสบการณ์เท่านั้น และให้เหตุผลว่ามนุษย์

ไม่สามารถใช้เหตุผลที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดเข้าถึงความจริงได้ แต่ต้องใช้เหตุผลของมนุษย์ที่ได้มาจากประสบการณ์ (พระมหาจิณกมล อภิรตโน และคณะ, 2564) และสอดคล้องกับ Weber นักสังคมวิทยา (Weber,M., อ้างถึงใน Coser, Lewis, A.,1971) ที่กล่าวว่าในการศึกษาการกระทำระหว่างกันของคนในสังคมต้องพยายามทำความเข้าใจพฤติกรรม ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่นด้วย โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมภายในเหตุการณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องการศึกษาโดยตรง (Sympathetic Understanding) โดยเรียกวิธีการศึกษาดังกล่าวว่า “verstehen” หรือ “การทำความเข้าใจเชิงการตีความ” และยังสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัย แบบการตีความ (Interpretivism) ในเรื่องระเบียบวิธี (Methodology) ที่ว่าการทำความเข้าใจ (Understanding) แบบแผนของการเกิดปรากฏการณ์ โดยการเข้าไปอ่านความหมายหรือรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกับผู้ที่มีบทบาทอยู่ในปรากฏการณ์นั้นเป็นกรณี ๆ ไป จะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังศึกษาได้อย่างลึกซึ้งขึ้น (Alharahsheh, H. H., & Pius, A.,2020; Ryan, G.,2018) ผู้วิจัยจึงได้เข้าไปศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์หรือบริบทการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจากผู้ปกครองที่เป็นผู้ร่วมวิจัยหลักอันนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้รูปแบบการศึกษาปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของหทัยชนก นิติกุล และ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2565) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีข้อเสนอแนะว่าผลการศึกษาประสบการณ์ดังกล่าวสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยได้ การศึกษาของเสาวนีย์ ทรงประโคน และ หทัยชนก นิติกุล (2564) ที่พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้ศึกษาความต้องการการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ป่วยเด็กและทีมสหวิชาชีพก่อนการวิเคราะห์รูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ได้พัฒนาขึ้นจากข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ยังได้รับความคิดเห็นและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมวิทยา และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ก่อนการนำกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปศึกษากับผู้ปกครองในการดำเนินวิจัยระยะที่

2 ทำให้รูปแบบของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมอันส่งผลต่อการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ (2556) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งได้ศึกษาและวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในระยะเวลา 1 ปี และสังเกตสัมภาษณ์ผู้ดูแลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความเห็นและตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการนำรูปแบบการดูแลมาศึกษา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ จุจิรัตน์ มณีศรี (วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ จุจิรัตน์ มณีศรี, 2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเริ่มต้นการรักษา ในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพัฒนาโปรแกรมฯจากการศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบเดิมของโรงพยาบาลและความต้องการหรือความจำเป็นของการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพในการออกแบบโปรแกรมฯ นอกจากนี้ก่อนการนำโปรแกรมไปศึกษาได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งในเด็ก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งในเด็ก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก เพื่อพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมมากขึ้น อันส่งผลต่อประสิทธิผลของการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯสามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้

2.1.2 ขั้นดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยผู้วิจัยจะขออภิปรายผลการวิจัยตามกิจกรรมดังนี้

1) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโดยประสานงานหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ้าน

ร่วมกันเพื่อระดมทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงานสนับสนุนเพิ่มเติมในการดูแล ซึ่งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเปรียบเสมือนการติดตามให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สะท้อนจุดดีในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของผู้ปกครอง แนะนำข้อมูลการให้บริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ใกล้บ้าน รวมทั้งการประสานระดมเครือข่ายทั้งทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสาธารณสุขหรือเพื่อนบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม อันนำไปสู่การดึงทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานครั้งนี้ โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ คือเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย สถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งยังเข้าใจการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ใกล้บ้านในการช่วยสนับสนุนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความอบอุ่นใจที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้การเอาใจใส่และรู้สึกใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ส่งผลเชื่อมโยงต่อผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ เกิดการปรับปรุงพื้นที่การดูแลผู้ป่วยภายในบ้านและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และเกิดพฤติกรรมการนำทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่รอบตัวมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานในครอบครัว สอดคล้องกับทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) ที่กล่าวว่าการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความกล้าที่จะคว้าโอกาสและผลักดันให้ครอบครัวมีความพยายามเผชิญปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางเครือข่ายเป็นสายสัมพันธ์สิ่งสำคัญในช่วงเวลาแห่งปัญหา โดยให้การสนับสนุนในทางปฏิบัติและทางอารมณ์ มีคนคอยให้คำแนะนำและปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งให้การช่วยเหลือที่จำเป็นแก่ครอบครัวได้ และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ที่ได้จำแนกการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ โดยการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านนั้นสามารถสร้างความเชื่อมั่นว่าทีมผู้รักษาให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านยังเป็นเครื่องมือที่ทีมสหวิชาชีพใช้ในการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนทางด้านคุณค่า เป็นการแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษาและอวจนภาษาที่ช่วยสร้างความรู้สึกถึงการมีคุณประโยชน์และมีความสามารถของบุคคล ซึ่งในขณะลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้วิจัยสามารถสะท้อนจุดแข็งหรือคุณค่าของผู้ปกครองในการมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการแนะนำข้อมูลหรือแนวทางใน

การดูแลผู้ป่วยจากแพทย์ รวมทั้งข้อมูลการใช้บริการต่าง ๆ ของหน่วยบริการสาธารณสุข 4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านปัจจัยในรูปของการบริการและทรัพยากรจากทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และ 5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทั้งจากหน่วยบริการสาธารณสุขและเพื่อนบ้าน รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังที่ Pollitt และ กันยา สุวรรณแสง (Pollitt, 1984; กันยา สุวรรณแสง, 2538) กล่าวว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมย่อมมีจิตใจปลอดโปร่งและยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองซึ่งช่วยยับยั้งความเครียด โดยความเครียดเป็นตัวบั่นทอนทั้งประสิทธิภาพทางสมองและประสิทธิภาพในการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทางการเรียน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาภรณ์ กำลังดี และคณะ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว พบว่า หลังการนำแนวทางการเยี่ยมบ้านไปใช้ ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น รวมทั้งผลคะแนนความพึงพอใจของการรับบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น และการศึกษาของ พุทธชาด มากชุมนุม และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 73 คน พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในระดับที่มาก โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจึงได้ทำกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมแรกเพื่อสร้างกำลังใจ ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทั้งการดูแลผู้ป่วยและการหาแหล่งทรัพยากรในการบริการ

2) การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ด้วยกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลเพื่อให้ผู้ปกครองสะท้อนจุดแข็งของตัวเอง และได้อธิบายถึงการนำจุดแข็งของตนมาใช้ในการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้อย่างไร อันส่งผลทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งได้เห็นแนวทางที่จะนำศักยภาพของตนมาใช้ในการปรับตัวให้สมดุลกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ คือเกิดความเข้าใจในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของสมาชิกในครอบครัว และสามารถนำจุดแข็งของ

ตนเองมาใช้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและเกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ เกิดการนำจุดแข็งในตนเองมาใช้ในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M. E. P. Seligman et al., 2005) ประเภทการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล (Strengths) ที่อธิบายว่าการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลเป็นการสร้างการรับรู้ลักษณะบุคลิกภาพเชิงบวกหรือคุณค่าภายในตัวบุคคลนั้น ๆ และนำมาระบุการใช้หรือพัฒนาจุดแข็งของตนเอง (A. C. Parks & Biswas-Diener, 2013) ซึ่งการศึกษาของ M. E. P. Seligman et al. (2005) ที่ออกแบบกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมระบุจุดแข็งของตนเองที่ตัวเองรับรู้ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ถึงพลังหรือจุดแข็งภายในตนเองช่วยในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในตนเอง (M. E. P. Seligman et al., 2005) ทั้งนี้การดึงเอาจุดแข็งของตนเองมาใช้จะต้องใช้ให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับสถานการณ์นั้น ๆ (Schwartz & Hill, 2006) อีกทั้งยังสอดคล้องกับทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบในการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ในประเด็นการมองโลกในแง่บวก ว่าการยืนยันจุดแข็งและมุ่งเน้นไปที่ศักยภาพของครอบครัวจะสามารถส่งเสริมความกล้า ความมุ่งมั่นที่จะก้าวผ่านวิกฤตไปได้ รวมทั้งประเด็นความเชื่อมต่อ ที่กล่าวว่าหากสมาชิกในครอบครัวเข้าใจความแตกต่างของสมาชิกได้จะสามารถจัดการบทบาทหน้าที่ในการเผชิญสถานการณ์ได้มากขึ้น และประเด็นการแก้ปัญหาร่วมกันและการเตรียมความพร้อม ที่กล่าวว่าการมองเห็นศักยภาพของสมาชิกเป็นเหมือนการระดมความคิดอย่างสร้างสรรค์ ได้เปิดโอกาสหรือแหล่งข้อมูลใหม่ ๆ ที่สามารถช่วยในการปรับตัวต่อความทุกข์ยากได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mongrain และ Anselmo-Matthews (2012) ที่ศึกษาประโยชน์ระยะยาวของการฝึกจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology exercises: PPEs) โดยใช้รูปแบบการบอกสิ่งที่ดี 3 ประการ และการใช้จุดแข็งของบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทั้ง 2 รูปแบบส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและสามารถเพิ่มความสุขในระยะยาวที่ยั่งยืนได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Proyer และคณะ (Proyer et al., 2014) ที่ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกได้แก่ การขอบคุณ การบอกสิ่งดี 3 อย่าง เรื่องตลก 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ ในผู้หญิงอายุ 50-79 ปี จำนวน 163 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมกับการใช้ยาหลอกเป็นการให้ระลึกความทรงจำในอดีต ซึ่งแบบทดสอบ 1 สัปดาห์และวัดผลคะแนนความสุขและอาการซึมเศร้าทั้ง ก่อนและหลังการทดสอบ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าการทำกิจกรรม การขอบคุณ การบอกสิ่งดี 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่

ทำให้คะแนนความสุขเพิ่มขึ้น และยังพบว่าการทำกิจกรรมเรื่องตลก 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ ทำให้อาการซึมเศร้าหลังเข้าร่วมทดสอบลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคลมาเป็นกิจกรรมที่ 2 เนื่องจากการจะข้ามผ่านสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานได้นั้น ผู้ปกครองจะต้องเห็นถึงคุณค่าหรือพลังภายในตนเองที่เป็นแรงผลักดันให้ก้าวข้ามวิกฤตครั้งนี้ไปได้ก่อนเพื่อให้ผู้ปกครองได้ค้นหาและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุลและมีความสุขมากขึ้น

3) การสร้างการมองโลกในแง่ดี ด้วยกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี เพื่อสร้างผลลัพธ์และความหวังในเชิงบวก โดยการให้ผู้ปกครองจินตนาการถึงภาพตนเองและครอบครัวในอนาคต ว่าหากปัญหาในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานที่ตนกำลังเผชิญหายไปแล้ว ราบรื่นดี ผู้ปกครองคิดว่าภาพในอนาคตของตนเองที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง ซึ่งผสานการทบทวนจุดแข็งของตนเองและทุกแง่มุมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตของตนเอง เมื่อผู้ปกครองมองสถานการณ์และวิเคราะห์สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้อันนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในทิศทางบวกของครอบครัว จะช่วยให้ผู้ปกครองประเมินสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานในทิศทางที่ไม่ตึงเครียดอันนำไปสู่การวางแผนการปรับตัวของครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ คือเกิดความเข้าใจในหลักการของการมองสถานการณ์ในทิศทางบวกที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัว เกิดการรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วย และเกิดการรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความหวังและกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ รวมทั้งเกิดความมุ่งมั่นที่จะจัดการสถานการณ์ให้เต็มที่ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ เกิดการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ในทิศทางที่ไม่ตึงเครียดและเกิดการวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M. E. P. Seligman et al., 2005) ประเภทการมองโลกในแง่ดี (Optimistic) ที่อธิบายว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นกระบวนการที่สร้างผลลัพธ์ในเชิงบวกโดยการให้บุคคลคิดถึงอนาคตในทางบวกของตนเองและสร้างความคาดหวังในเชิงบวก ซึ่งอาจผสานการทบทวนจุดแข็งของตนเอง และทุกแง่มุมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตของตนเอง เช่น การออกแบบชีวิตตนเองในอนาคตที่ตนเองคาดหวังไว้ (King, 2001) หรือ การถอดบทเรียนประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่ผ่านมาว่าตนเองได้เรียนรู้อะไรบ้าง (M. E. P. Seligman, Rashid, & Parks, 2006) เป็นต้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบในการฟื้นคืน

สภาพครอบครัว ในประเด็นการมองโลกในแง่บวก ว่าการที่ครอบครัวมีความหวัง มีความมั่นใจว่าจะพบหนทางที่สามารถก้าวผ่านวิกฤตไปได้ จะทำให้ครอบครัวมุ่งมั่นทำทุกอย่างที่ทำได้เพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย อีกทั้งความหวังยังเป็นกำลังใจที่ช่วยเพิ่มความกล้าที่ครอบครัวจะคว้าโอกาสและพยายามก้าวข้ามวิกฤตอย่างต่อเนื่อง และประเด็นจิตวิญญาณ ที่กล่าวว่า การที่ครอบครัวได้จินตนาการถึงความเป็นไปได้ ความฝันในชีวิต มีส่วนสำคัญในการฟื้นคืนสภาพของครอบครัวในสถานการณ์วิกฤต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman และคณะ (Friedman, L.C. et al, 2006) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการมองโลกในแง่ดีกับคุณภาพชีวิต และความเข้มแข็งทางจิตใจในผู้ใหญ่ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 81 รายในรัฐฮูสตันและรัฐเท็กซัส พบว่าการมองโลกในแง่ดีต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้น ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความเป็นอยู่ที่ดี และความเข้มแข็งทางจิตใจ นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล อันแสดงให้เห็นว่าการมองโลกในแง่ดีจะสามารถเพิ่มความเข้มแข็งในใจและการปรับตัวที่ดีขึ้นได้ และลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลลงได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของประจักษ์จินต์ โสภณพนิชกุล และ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (ประจักษ์จินต์ โสภณพนิชกุล และ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2565) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการฟื้นคืนสภาพ (Resilience Quotient) ในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 118 คน จากโรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ พบว่าปัจจัยทางจิตสังคม 3 ด้าน คือ การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อการฟื้นคืนสภาพในภาวะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะฟื้นคืนสภาพในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมการมองโลกในแง่ดีมาเป็นกิจกรรมที่ 3 เนื่องจากผู้ปกครองจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนของอาการหรือการดำเนินโรคของบุตรหลานอยู่บ่อยครั้ง อันส่งผลต่อมุมมองความเชื่อของครอบครัว หากผู้ปกครองมองสถานการณ์ที่กำลังเผชิญในแง่บวกมีส่วนช่วยในการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ดีขึ้นได้

4) การสร้างการตระหนักในคุณค่าของตนเองและรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ด้วยกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ เพื่อให้ผู้ปกครองมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลรอบตัวมากขึ้น และเกิดความรู้สึกแง่บวกต่อตนเอง โดยการให้ผู้ปกครองเขียนจดหมายขอบคุณตนเอง ขอบคุณสมาชิกในครอบครัว และขอบคุณใครก็ได้ที่ผู้ปกครองต้องการขอบคุณ เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานนั้นมีผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลร่วมกับตัวผู้ปกครอง เช่น สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ บุคลากรทางการแพทย์ หรือ

เพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อผู้ปกครองได้ระลึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวและเขียนจดหมายขอบคุณ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่ให้การช่วยเหลือรอบตัวผู้ปกครอง และรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้ปกครองและครอบครัวในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ โดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจ คือเกิดความเข้าใจในหลักการของการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ ตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเองและคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว ตระหนักรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง และเกิดการรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เกิดเจตคติที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้าง และเกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ เกิดความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่แน่นแฟ้นขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละคนในการจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ภายในครอบครัว และเกิดพฤติกรรมการฝึกทักษะในการขอบคุณทั้งตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M. E. P. Seligman et al., 2005) ประเภทการขอบคุณ (Gratitude) ที่อธิบายว่าการขอบคุณทำให้เกิดความรู้สึกในแง่บวกสำหรับผู้ให้และผู้รับ (S.M. Schueller & Parks, 2012) รูปแบบกระบวนการที่มีการศึกษาอย่างมากคือ การเขียนจดหมายขอบคุณ ซึ่งการเขียนจดหมายก่อให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์หรือความรู้สึกในเชิงบวกในชีวิตของบุคคล รูปแบบส่วนใหญ่ของกระบวนการนี้เน้นความสำคัญของการส่งจดหมายถึงบุคคลที่เขียนและการอ่านออกเสียงของผู้เขียน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเชิงบวกที่ดียิ่งขึ้น (Boehm, Lyubomirsky, & Sheldon, 2011; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2011; S.M. Schueller & Parks, 2012) และยังสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived social support) ของ Zimet และคณะ (Zimet et al., 1988) ที่อธิบายว่า การรับรู้ได้ถึงการสนับสนุนที่ช่วยเหลือจะช่วยลดผลลัพธ์จากความเครียดของบุคคลนั้นได้ ซึ่งได้มาจาก 3 แหล่ง คือ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน การรับรู้การสนับสนุนจากคนสำคัญอื่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lakey และ Cohen (Lakey & Cohen, 2000) ที่ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมจากการรวบรวมหลายทฤษฎี พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อมุมมองของความเครียดและการจัดการ กล่าวคือ การสนับสนุนบุคคลเปรียบเสมือนเกราะป้องกันสำหรับผลลัพธ์ทางลบจากภาวะเครียดที่บุคคลนั้นมี และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล

สามารถจัดการกับผลทางลบที่บั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั้นได้ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมยังสัมพันธ์กับความมั่นใจในตนเองและการมีตัวตนซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลนั้น และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีประโยชน์อย่างมากต่อคุณภาพและกระบวนการของปฏิสัมพันธ์ เช่น มิตรภาพ ความใกล้ชิด ทักษะทางสังคม และการลดความขัดแย้งภายในกลุ่มนั้นได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบในการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ในประเด็นการได้รับการสนับสนุนทางเครือข่ายเป็นสายสัมพันธ์ที่สำคัญในช่วงเวลาแห่งปัญหา หากครอบครัวรับรู้ได้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้างจะทำให้ครอบครัวมีพลังในการจัดการปัญหาและก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตไปได้อย่างราบรื่นมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณมาเป็นกิจกรรมที่ 4 เนื่องจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานนั้นนอกจากตัวผู้ปกครองเองแล้วยังมีผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแลร่วมกับตัวผู้ปกครอง ให้ผู้ปกครองได้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง แหล่งสนับสนุนทางสังคม และให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกแง่บวกในการสนับสนุนของบุคคลรอบตัวมากขึ้น ทั้งจากตนเอง ครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนบ้านที่พร้อมจะเป็นแหล่งช่วยเหลือให้ผู้ปกครองข้ามผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของบุตรหลานไปได้

5) การเสริมสร้างความเข้มข้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของตนเองมากขึ้น ด้วยกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้ผู้ปกครองโดยผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงจากกิจกรรมนี้ในด้านความรู้ความเข้าใจ คือเกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในหลักการของการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองสถานการณ์ในทิศทางบวก และการขอบคุณที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์ ตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงศักยภาพของตนเองและการนำจุดแข็งของตนเองมาใช้ เกิดความเข้าใจที่เข้มข้นขึ้นในการรับรู้สิ่งดีที่สามารถเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์การเจ็บป่วยและรับรู้ถึงความคิดในการวางแผนของสมาชิกครอบครัวร่วมกัน และตระหนักรู้ที่เข้มข้นขึ้นถึงคุณค่าของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึก คือ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่เข้มข้นขึ้น เกิดความหวังและกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์ที่เข้มข้นขึ้น เกิดความรู้สึกซาบซึ้งทั้งต่อตนเอง คนรอบข้างและสมาชิกในครอบครัวที่เข้มข้นขึ้น และเกิดเจตคติที่ดีต่อคนรอบข้าง ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม คือ เกิดการส่งต่อข้อมูลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแก่ผู้อื่น เกิดการพัฒนาจุดแข็งในตนเองมา

ใช้ในการจัดการสถานการณ์ เกิดการวางแผนและกำหนดเป้าหมายทิศทางบวกในการเผชิญสถานการณ์ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดพฤติกรรมการฝึกทักษะในการขอบคุณทั้งตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น และเกิดทักษะในการชื่นชมตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (basic assumption) คือ การพัฒนาความสามารถของบุคคลโดยการฝึกหัด ถือว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาการปฏิบัติงาน (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558) การลงมือปฏิบัติจึงสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยผลของการปฏิบัติมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ปฏิบัติเกิดการพัฒนา (ยาใจ พงษ์บริบูรณ์, 2537) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Action Learning ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ที่แท้จริงจะไม่เกิดหากไม่ได้กระทำการ ต้องมีการลงมือกระทำ การกระทำจะเพิ่มพูนการเรียนรู้ เนื่องจากการกระทำจะเป็นพื้นฐานมุมมองที่สำคัญในการคิดวิเคราะห์และพิจารณา โดยการปฏิบัติด้วยตนเองสามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติได้ (ธีรพันธ์ เชิญรัมย์, 2563) และยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) นั้นคือ การนำเอาประสบการณ์เดิมมาบูรณาการสามารถสร้างความรู้ใหม่ ๆ ทักษะและเจคติเพิ่มแก่ผู้ปฏิบัติได้ (ทรัพสิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2563) โดยผู้ปกครองสามารถแปลงประสบการณ์ที่ตนเองได้รับจากกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มาเป็นความรู้ความเข้าใจด้วยการทดลองนำกิจกรรมมาปฏิบัติกับผู้ปกครองรายใหม่ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก มาเป็นกิจกรรมที่ 5 ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถตอบสนองความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้ปกครองรายใหม่ได้อย่างเหมาะสม สามารถเสริมสร้างความเข้มข้นในการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล การมองโลกในแง่ดี การตระหนักในคุณค่าของผู้ปกครองมากขึ้น เกิดความยั่งยืนของความรู้ความเข้าใจทำให้ผู้ปกครองสามารถต่อยอดการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์วิกฤตในอนาคตต่อไปได้

ตอนที่ 3 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3.1 ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ผลจากกระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปรากฏผล รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประกอบด้วย 4 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 2) สร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ

สร้างความเข้าใจการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย 3) เสริมสร้างความรู้สึกและความคิดเชิงบวกต่อตนเองและคนรอบข้าง และ 4) ส่งต่อประสบการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวสู่ผู้ปกครองรายใหม่

โดยการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่ใช้รูปแบบกระบวนการที่สอดคล้องทั้ง 4 กระบวนการกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่นำรูปแบบการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ การศึกษาของ Lum (Lum, 2008) ที่ศึกษาการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีของผู้ปกครอง ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมที่พบปะสังสรรค์ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) มาร่วมในการพูดคุย การศึกษาของตันติมา ด้วงโยธา (ตันติมา ด้วงโยธา, 2553) ที่ศึกษาและพัฒนาการฟื้นคืนสภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาการฟื้นคืนสภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช การศึกษาของวันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ (วันเพ็ญ มานะเจริญ และคณะ, 2560) ที่ศึกษาในกลุ่มภรรยาและบุตรที่มีสามีหรือบิดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (Walsh, 2012a) ได้แก่ การส่งเสริมความเชื่อที่เหมาะสมภายในครอบครัว, การส่งเสริมการจัดการหน้าที่ต่าง ๆ ภายในครอบครัว และ การส่งเสริมการสื่อสารและแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมภายในครอบครัว การศึกษาทั้ง 3 มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนภายในของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ ความคิด ทัศนคติ และความเชื่อ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการให้คำปรึกษาที่จัดขึ้นในองค์กรหรือหน่วยงานเป็นหลัก ซึ่งการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ใช้รูปแบบกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการสำคัญ ที่กล่าวข้างต้นนั้นผู้ปกครองสามารถนำกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นไปประยุกต์ใช้หรือทำกิจกรรมด้วยตนเองภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของตนเองได้

ทั้งนี้มีการศึกษาที่สอดคล้องในแต่ละกระบวนการได้แก่ 1) การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของผู้ร่วมวิจัยก่อนการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ หทัยชนก นิติกุล และ เสาวนีย์ ทรงประโคน (2565) ที่ศึกษาประสบการณ์ของ

ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีข้อเสนอแนะว่าผลการศึกษาประสบการณ์ดังกล่าวสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายของชีวิตและครอบครัวที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยได้ การศึกษาของ เสาวนีย์ ทรงประโคน และ หทัยชนก นิติกุล (2564) ที่พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งได้ศึกษาความต้องการการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ป่วยเด็กและทีมสหวิชาชีพก่อนการวิเคราะห์รูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ (2556) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งได้ศึกษาวิเคราะห์สภาพเดิมของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การศึกษาการใช้กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสร้างความเข้าใจการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของ อุมาภรณ์ กำลังดี และคณะ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว พบว่าหลังการนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านไปใช้ ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น รวมทั้งผลคะแนนความพึงพอใจของการรับบริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น การศึกษาของ พุทธชาด มากชุมนุม และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยในระดับที่มาก 3) การศึกษาการใช้กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกและความคิดเชิงบวกต่อตนเองและคนรอบข้าง ได้แก่ การศึกษาของ Mongrain และ Anselmo-Matthews (2012) ที่ศึกษาประโยชน์ระยะยาวของการฝึกจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology exercises: PPEs) โดยใช้รูปแบบการบอกสิ่งที่ดี 3 ประการ และการใช้จุดแข็งของบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมทั้ง 2 รูปแบบส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและสามารถเพิ่มความสุขในระยะยาวที่ยั่งยืนได้ การศึกษาของ Proyer และคณะ (Proyer et al., 2014) ที่ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ การขอบคุณ การบอกสิ่งดี 3 อย่าง เรื่องตลก 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ ในผู้หญิงอายุ 50-79 ปี พบว่าการทำกิจกรรม การขอบคุณ การบอกสิ่งดี 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ ทำให้คะแนนความสุขเพิ่มขึ้น และยังพบว่าการทำกิจกรรมเรื่องตลก 3 อย่าง และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ ทำให้อาการซึมเศร้าหลังเข้าร่วมทดสอบลดลง การศึกษาของ Fried และคณะ (Friedman,L.C., et al, 2006) ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ของการมองโลกในแง่ดีกับคุณภาพชีวิต และความเข้มแข็งทางจิตใจในผู้ใหญ่ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าการมองโลกในแง่ดีต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีขึ้น ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความเป็นอยู่ที่ดี และความเข้มแข็งทางจิตใจ นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล การศึกษาของประจักษ์จินต์ โสภณพนิชกุล และ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (ประจักษ์จินต์ โสภณพนิชกุล และ ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, 2565) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการฟื้นคืนสภาพ (Resilience Quotient) ในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การมองโลกในแง่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อการฟื้นคืนสภาพในภาวะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 4) การส่งต่อประสบการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวสู่ผู้ปกครองรายใหม่สอดคล้องกับแนวคิด Action Learning ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ที่แท้จริงจะต้องมีการลงมือกระทำ การกระทำจะเพิ่มพูนการเรียนรู้ เป็นพื้นฐานมุมมองที่สำคัญในการคิดวิเคราะห์และพิจารณา โดยการปฏิบัติด้วยตนเองสามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติได้ (ธีรพันธ์ เชิญรัมย์, 2563) และยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) นั้นคือ การนำเอาประสบการณ์เดิมมาบูรณาการสามารถสร้างความรู้ใหม่ ๆ ทักษะและเจคติเพิ่มแก่ผู้ปฏิบัติได้ (ทรัพสิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2563) โดยผู้ปกครองสามารถแปลงประสบการณ์ที่ตนเองได้รับจากกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มาเป็นความรู้ความเข้าใจด้วยการทดลองนำกิจกรรมมาปฏิบัติกับผู้ปกครองรายใหม่ด้วยตนเองได้

จากการศึกษาการประยุกต์ใช้ 4 กระบวนการสำคัญด้านใดด้านหนึ่งที่ได้กล่าวข้างต้นนั้นสามารถเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในมิติด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ซึ่งการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวครั้งนี้ ได้นำทั้ง 4 กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัว 2) สร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และสร้างความเข้าใจการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย 3) เสริมสร้างความรู้สึกและความคิดเชิงบวกต่อตนเองและคนรอบข้าง และ 4) ส่งต่อประสบการณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวสู่ผู้ปกครองรายใหม่ มาใช้เพื่อมุ่งที่จะพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ปกครองอย่างแท้จริง โดยรูปแบบกิจกรรมในแต่ละกระบวนการสามารถส่งผลเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการถัดไปได้ อันส่งผลต่อการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวอย่างยั่งยืนเนื่องจากผู้ปกครองสามารถนำรูปแบบกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ได้ในอนาคตได้ด้วยตนเอง การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทั้งข้อมูลเชิงปริมาณของคะแนนการฟื้นคืน

สภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพใน 3 มิติ ได้แก่ มิติความรู้ความเข้าใจ มิติอารมณ์ความรู้สึก และมิติด้านพฤติกรรมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ซึ่งจะขออภิปรายในหัวข้อดังนี้

3.2 ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

3.2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณผลการเปลี่ยนแปลงคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในวงรอบที่ 1 พบว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยพบคะแนนพัฒนาการตั้งแต่ระดับกลางไปจนถึงระดับสูงมาก และคะแนนเฉลี่ยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 73.64 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 6.36 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 85.79 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 4.61 ซึ่งผลคะแนนจากการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้ อันแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ร่วมวิจัยได้ เนื่องจากกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่จัดขึ้นประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งสามารถพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวแก่ผู้ปฏิบัติได้ ดังที่สมาคมจิตวิทยาอเมริกา กล่าวว่า กระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาพลังสุขภาพจิตหรือการฟื้นคืน (Resilience) ของผู้เข้าร่วมกระบวนการได้ (American Psychological Association, 2016) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Venieris (Venieris, 2017) ที่ศึกษาผลของการทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกทางออนไลน์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ในมหาวิทยาลัยของรัฐ ภาคตะวันตกเฉียงใต้ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการทดสอบก่อน หลัง และสามเดือนหลังเข้าร่วมกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อประเมินระดับความสุข ระดับการฟื้นคืนสภาพ และระดับการรับรู้ความเครียด โดยพบว่านักศึกษาที่ทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกทางออนไลน์มีระดับการฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาสามสัปดาห์ และมีระดับคะแนนการฟื้นคืนสภาพส่วนบุคคลที่มากกว่านักศึกษากลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tunariu และคณะ (Tunariu, A.D., et al., 2017) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกแบบ iNEAR ในเด็กที่มีอายุ 11-12 ปี จำนวน 354 คน ได้รับการแบ่งกลุ่มทดลอง (เด็กหญิง 84 คน เด็กชาย 80 คน) และกลุ่มควบคุม (เด็กหญิง 93 คน เด็กชาย 96 คน)

พบว่าเด็กผู้ชายมีระดับคะแนนความเป็นอยู่ที่ดี มีระดับคะแนนความชำนาญด้านสิ่งแวดล้อม และมีคะแนนความอดทนต่อความไม่แน่นอนในระดับที่สูงกว่าเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกสามารถเพิ่มความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่นในเด็กผู้หญิงได้ และระดับคะแนนการเปิดกว้างต่อความหลากหลายในเด็กผู้หญิงเพิ่มขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกสามารถพัฒนาให้บุคคลตอบสนองต่อความทุกข์ยาก การบีบบังคับ และความไม่แน่นอนส่วนบุคคลได้ดีขึ้น อันนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมต่อสถานการณ์วิกฤตที่บุคคลกำลังเผชิญได้

และยังพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมในวงรอบที่ 1 มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โดยพบคะแนนพัฒนาการตั้งแต่ระดับต้นไปจนถึงระดับสูงมาก และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 73.29 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 3.91 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ 84.36 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ 3.89 ซึ่งผลคะแนนจากการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้ อันแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวก่อให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ร่วมวิจัยได้ เนื่องจากกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่จัดขึ้นประยุกต์ใช้รูปแบบการลงเยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว 2) การสนับสนุนทางด้านคุณค่า โดยสะท้อนจุดแข็งหรือคุณค่าของผู้ปกครองในการมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการแนะนำข้อมูลหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์ รวมทั้งข้อมูลการใช้บริการต่าง ๆ ของหน่วยบริการสาธารณสุข 4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านปัจจัยในรูปของการบริการและทรัพยากรจากทั้งหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และ 5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย โดยผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทั้งจากหน่วยบริการสาธารณสุขและเพื่อนบ้าน รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของศิวัชญ์ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์ (ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์, 2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 94 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วย การใช้สื่อสุขศึกษา การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าหลังเข้าโปรแกรมคะแนนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกัน รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมด้วยการเยี่ยมบ้านผสานกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้นั้นสามารถพัฒนาการรับรู้ของข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการถ่ายทอดให้กับผู้รับได้ กิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวยังประยุกต์ใช้รูปแบบกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณในกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ปกครองได้ระลึกถึงการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือจากคนรอบข้างในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน ทำให้ผู้ปกครองเกิดการตระหนักรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ชัดเจนมากขึ้น อันส่งผลให้คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M.E.P. Seligman et al., 2005) ประเภทการขอบคุณ (Gratitude) ที่อธิบายว่าการขอบคุณทำให้เกิดความรู้สึกในแง่บวกสำหรับผู้ให้และผู้รับ (S.M. Schueller & Parks, 2012) โดยการเขียนจดหมายก่อให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์หรือความรู้สึกในเชิงบวกในชีวิตของบุคคล และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wood และคณะ (Wood, A. M., et al., 2008) ที่ศึกษาบทบาทของการขอบคุณในการพัฒนาการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวสองครั้ง ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 จำนวน 156 คน พบว่าการศึกษาทั้งสองครั้งสนับสนุนแบบจำลองโดยตรงว่าการขอบคุณนำไปสู่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น และลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าลงได้ ดังนั้นกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในการศึกษาครั้งนี้จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครองได้

3.2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพผลการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 วงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางเทคนิค ผู้วิจัยจะขออภิปรายรวมในทั้งหมด 5 ประเด็น ดังนี้

3.2.2.1 ครอบครัวเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อในเชิงบวกต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน โดยครอบครัวสะท้อนว่าตนเองมีความคิดที่หนักแน่นมากยิ่งขึ้น

เกี่ยวกับความเชื่อว่าบุตรของตนจะหายจากโรคมะเร็งซึ่งมีโอกาสสูงมาก อาจเป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้กิจกรรมการมองโลกในแง่ดีตามแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M.E.P. Seligman et al., 2005) ที่อธิบายว่า การนำรูปแบบกิจกรรมการมองโลกในแง่ดี (Optimistic) มาประยุกต์ใช้จะสามารถสร้างความคาดหวังในเชิงบวกของบุคคลนั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ King (King, 2001) ที่ศึกษาประโยชน์ด้านสุขภาพของการเขียนเกี่ยวกับเป้าหมายชีวิต ในนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 81 คน โดยให้เขียนถึงอนาคตที่ดีของตนเอง เป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน ซึ่งมีการวัดระดับอารมณ์ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม พบว่าการเขียนถึงอนาคตที่ดีของตนเองสัมพันธ์กับความผาสุกที่เพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) ประเด็นจิตวิญญาณ (Spirituality) ที่กล่าวว่าการที่ครอบครัวได้จินตนาการถึงความเป็นไปได้ ความฝันในชีวิต มีส่วนสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นถึงการกำหนดเป้าหมายของครอบครัวในสถานการณ์วิกฤตได้

3.2.2.2 ครอบครัวเปลี่ยนแปลงความรู้สึกในเชิงบวก คือ ครอบครัวเกิดความรู้สึกปลื้มปิติที่ได้เป็นผู้แบ่งปันทั้งประสบการณ์และข้อมูลของตนให้กับผู้ปกครองที่กำลังตกอยู่ในสถานการณ์วิกฤตอย่างที่ตนเองเคยประสบมา อันนำไปสู่การเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความรู้สึกที่ผ่อนคลายจากความกังวลได้ อาจเป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้กิจกรรมการมองโลกในแง่ดีตามแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M.E.P. Seligman et al., 2005) ที่อธิบายว่า การนำรูปแบบกิจกรรมการขอบคุณ (Gratitude) ที่อธิบายว่าการขอบคุณทำให้เกิดความรู้สึกในแง่บวกสำหรับผู้ให้และผู้รับ (S.M. Schueller & Parks, 2012) โดยการเขียนจดหมายก่อให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์หรือความรู้สึกในเชิงบวกในชีวิตของบุคคล อีกทั้งการที่ผู้ปกครองได้แบ่งปันข้อมูลของตนทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท endorphin ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกที่เรียกว่า “Helper’s high” อันได้แก่ ความรู้สึกมีความสุข อบอุ่นที่ได้แบ่งปันผู้อื่น ภาคภูมิใจในตนเองของผู้ให้เมื่อได้ส่งต่อสิ่งดีดีแก่ผู้อื่น (Dossey L., 2018.; Baraz J & Alexander S., 2010) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jorge Moll และคณะ (Moll, J., et al., 2006) ที่ศึกษาระบบประสาทของบุคคลที่บริจาคเงิน จำนวน 19 คน โดยใช้การถ่ายภาพด้วยคลื่นสนามแม่เหล็กเชิงฟังก์ชัน (functional magnetic resonance imaging : fMRI) เพื่อศึกษาสมองของอาสาสมัครเมื่อพวกเขาบริจาคหรือคิดที่จะบริจาคเพื่อการกุศล พบว่าเมื่อพวกเขาให้ความสำคัญกับผู้อื่นก่อนตนเอง ความเอื้ออาทรกระตุ้นส่วนต่าง ๆ ของสมองซึ่งช่วยเสริมสิ่งเร้า เช่น เพศ อาหาร ยา และเงิน โดยการปล่อยสารสื่อประสาทที่ให้ความรู้สึกดี เช่น ออกซิโทซินและวาโซเพรสซิน ด้วยเหตุนี้ เมื่อผู้คนแสดงความเอื้อ

อาทรต่อผู้อื่น เช่น อาสาสมัครหรือบริจาคเงิน พวกเขารู้สึกดีและมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมเหล่านี้ซ้ำอีก (Suttie J.,& Marsh J., 2010)

3.2.2.3 ครอบครัวเปลี่ยนแปลงการกระทำในเชิงบวก คือ ครอบครัวได้ย้อนคิดและทบทวนถึงพฤติกรรมการปรับตัวของครอบครัวตนเองและเปรียบเทียบข้อที่ควรปรับปรุงจากแนวทางในการปรับตัวการดูแลผู้ป่วยจากผู้ปกครองรายใหม่ที่ตนเองสามารถนำไปพัฒนาภายในครอบครัวตนเองเพิ่มเติมได้อาจเป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการแนะนำข้อมูลหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ปกครองรายเก่าสู่รายใหม่ ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกิดขึ้นผู้วิจัยไม่จำกัดบทบาทการเป็นผู้รับข้อมูลและผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ปกครองรายเก่าสามารถเรียนรู้เปรียบเทียบประสบการณ์การปรับตัวจากผู้ปกครองรายใหม่เพื่อพัฒนาและทบทวนพฤติกรรมการปรับตัวของตนเองให้ดีขึ้นต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Development Communication) (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2551; ธันยพร วณิชฤทธา, 2558) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม แนวทางการสื่อสารจึงเป็นกระบวนการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) ลักษณะการไหลเวียนของข้อมูลจึงมีทั้งจากบนลงล่าง (Top-down Approach) จากล่างขึ้นบน (Bottom-up Approach) และแบบแนวราบ (Horizontal Approach) อันนำไปสู่การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่มีพลังในการพัฒนามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (M.E.P. Seligman et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ และคณะ (นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ และคณะ, 2562) ที่ศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้เข้าร่วมกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้เข้าร่วมกระบวนการเกิดการพัฒนาความสุขจากการได้แบ่งปันความทุกข์ ประสบการณ์จากเพื่อนซึ่งกลับมาสะท้อนให้มองเห็นคุณค่าและความงดงามภายในชีวิตของตนนอกจากนั้นการปรับตัวทางสังคมดีมากขึ้นจากการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนใหม่และเกิดความรู้สึกใกล้ชิดกับเพื่อนมากขึ้น

3.2.2.4 สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และการกระทำในเชิงบวกของครอบครัว คือ ครอบครัวอธิบายเชื่อมโยงถึงขั้นตอนและกระบวนการของกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวว่าเป็นกิจกรรมที่ทำทีละขั้นตอน และพาผู้ปกครองสะท้อนทั้งเป้าหมายของกิจกรรม ความคิด ความรู้สึกในขณะที่ทำกิจกรรมไปทีละขั้นตอนในแต่ละกิจกรรม

ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่เกิดความรู้สึกสับสนประเด็นและได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมและกระบวนการทำกิจกรรมให้ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติทำตามทีละขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมและมีการสะท้อนทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้หลังทำกิจกรรมทันที ซึ่งสอดคล้องกับการสอนแบบโปรแกรม (Programmed Instruction)(สริญญา มารศรี, & นิรัชเรืองแสน, 2565) ที่มีการเรียนรู้ที่มีการวางโปรแกรมไว้ล่วงหน้าที่จะให้ผู้ปกครองเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยการลงมือร่วมกิจกรรมและได้ทบทวนตามทีละขั้นตามลำดับ ซึ่งมีกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมอย่างกระฉับกระเฉง (Active Participation) โดยในแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยได้ให้ผู้ปกครองได้อ่านและแสดงความคิดเห็นของตนเองหรืออภิปรายประสบการณ์ของตนให้กับผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นฟังทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ที่ดี การให้ผู้ร่วมวิจัยได้ทราบการเรียนรู้ของตนเองทันที (Immediated Feed Back) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปกครองทันที ว่าสิ่งที่ผู้ปกครองเรียนรู้นั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรือไม่อย่างไร ซึ่งมีผลช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนมากขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยได้มีกระบวนการเสริมแรงให้กับผู้ปกครอง (Reinforcement) ในระหว่างการทำกิจกรรม เช่น เมื่อผู้ปกครองอธิบายถึงประสบการณ์ที่ตนเองใช้จุดแข็งของตนมาจัดการปัญหาได้ ผู้วิจัยจะชื่นชมความสามารถของผู้ปกครองและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นชื่นชมและให้กำลังใจผู้ปกครอง เป็นต้น เป็นการกระตุ้นให้ผู้ปกครองรู้สึกภาคภูมิใจและต้องการทำกิจกรรมในขั้นต่อไป และผู้วิจัยมีการจัดลำดับกิจกรรมจากขั้นตอนง่ายไปสู่กิจกรรมที่มีความรู้สึกลึกซึ้ง ตามขั้นตอนการประมาณทีละน้อย (Gradual Approximation) เพื่อให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้ทีละน้อย ไม่สับสนทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปกครองเรียนรู้ในกิจกรรมต่อไปโดยไม่เกิดความเบื่อหน่าย และเมื่อจบกิจกรรมผู้วิจัยทำการสรุปและทบทวนผลการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ก่อนการเริ่มกิจกรรมต่อไปเป็นการปฏิบัติเพื่อทบทวน (Reflective practice) สิ่งที่ได้ดำเนินการมาแล้วเพื่อนำไปสู่การวางแผนดำเนินการในครั้งต่อไปที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (จารุวรรณ สนองญาติ, 2562)

3.2.2.5 ครอบครัวมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น คือ ครอบครัวสามารถชี้แจงการสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองและครอบครัวได้รับอย่างละเอียดมากยิ่งขึ้น เช่น การสนับสนุนทางจิตใจจากเพื่อน การสนับสนุนทางวัตถุสิ่งของหรือการเงินจากที่ทำงาน การสนับสนุนทางด้านบริการจากญาติและโรงพยาบาล เป็นต้น และยังสามารถเชื่อมโยงถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเหล่านั้นได้อันส่งผลต่อการสร้างความเข้มข้นของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายในตัวผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น อาจเป็นผลมาจากการ

ประยุกต์ใช้กิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคมและสร้างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปกครอง ด้วยรูปแบบการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Forma Walsh (Walsh, 2015) โดยการให้ข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการต่าง ๆ ให้การสนับสนุนในทางปฏิบัติและทางอารมณ์ เป็นผู้ให้คำแนะนำและปรึกษาเมื่อครอบครัวมีปัญหา และประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Bernard และ Krupat (Bernard & Krupat, 1994) ที่ได้จำแนกการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน คือ กำลังใจ การสะท้อนจุดแข็งหรือคุณค่าของผู้ปกครอง การให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การจัดหาบริการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนหรือเครือข่ายอื่น ๆ ที่สามารถช่วยเหลือผู้ปกครองได้ ทำให้ผู้ปกครองรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน การวิจัยครั้งนี้ยังมีกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ จากแนวคิดกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกของ Martin Seligman (Martin Seligman, M.E.P., et al., 2005) ประเภทการขอบคุณ (Gratitude) ก่อให้เกิดการทบทวนเหตุการณ์การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือหรือความรู้สึกในเชิงบวกในชีวิตของผู้ปกครองเมื่อได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และส่งต่อกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อสร้างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มข้นขึ้น ซึ่งให้ผู้ปกครองได้ถ่ายทอดข้อมูลแหล่งที่ช่วยสนับสนุนช่วยเหลือในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานแต่ละด้าน รวมทั้งเป็นผู้นำกิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณที่ผู้ปกครองจะต้องอธิบายขั้นตอนและสรุปกิจกรรมคร่าว ๆ ให้กับผู้ปกครองรายใหม่ฟังนั้น ทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มข้นขึ้นและยั่งยืนสามารถถ่ายทอดสิ่งที่ได้รับรู้ต่อผู้อื่นได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไดค์ (Thorndike's Laws of Learning) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎแห่งการฝึกหัดหรือการทำซ้ำ ที่กล่าวว่า ยิ่งมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากหรือบ่อยครั้งเท่าใด การเรียนรู้นั้นก็จะอยู่ได้นานและคงทน (Thorndike, E.L., 1913)

จากข้อมูลผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงทั้งข้อมูลเชิงปริมาณของคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพใน 3 มิติ คือ มิติความรู้ความเข้าใจทั้งข้อมูลการดูแลผู้ป่วย หลักการนำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกในแต่ละรูปแบบมาใช้ มิติอารมณ์ความรู้สึกในเชิงบวกทั้งต่อตนเอง ครอบครัว คนรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์ และมิติด้านพฤติกรรมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวที่มีการปรับปรุงทั้งการจัดการพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจัดการสถานการณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แน่นแฟ้นขึ้น และสามารถส่งต่อข้อมูลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแก่ผู้อื่นได้ ฉะนั้นรูปแบบการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจึงควรทำทั้ง 4 กระบวนการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การ

เปลี่ยนแปลงครอบคลุมทั้ง 3 มิติ อันส่งผลต่อการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวอย่างยั่งยืน และผู้ปกครองสามารถต่อยอดการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์วิกฤตในอนาคตต่อไปได้

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดจากการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป รวมทั้งระบุข้อจำกัดในการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำข้อมูล เครื่องมือไปใช้

1. จากผลการวิจัยในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งประเด็นระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาพยาบาล การเรียน และอาการข้างเคียงในระหว่างการรักษา รวมทั้งข้อมูลบริบทของผู้ปกครอง ประเด็นรายได้ ความเพียงพอต่อรายได้ ความถี่ในการมาเฝ้าหรือพาผู้ป่วยมารักษาพยาบาลนั้น บุคคลทั่วไปหรือบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ครู พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ ที่ต้องการเข้าใจบริบทของผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว สามารถนำข้อมูลมาทำความเข้าใจถึงบริบทสถานการณ์เพื่อวางแผน ดูแลช่วยเหลือ และเข้าใจประสบการณ์การเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่จะนำรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไปใช้ในอนาคตควรคำนึงถึงความเหมาะสมของใช้กระบวนการให้ตรงกับบริบทของครอบครัวอย่างแท้จริง

2. จากผลการวิจัยในส่วนกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวผ่านประสบการณ์การรับรู้และตีความจากผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยผลการศึกษาครั้งนี้ได้บูรณาการการสร้างความรู้ใหม่ที่เชื่อมโยงแนวคิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh และ McCubbin และคณะ เข้าด้วยกัน ที่ผ่านการศึกษาหลากหลายมิติ ทั้งมิติทางสังคม มิติทางจิตวิทยา และมิติสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทีมสหวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สามารถประยุกต์นำข้อมูลปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวไปใช้ในการจัดบริการเพื่อดูแลและพัฒนาทั้งด้านพฤติกรรม ร่างกาย จิตใจ และสังคมของครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวได้อย่างปกติสุข หรือสามารถนำข้อมูลไปถอดบทเรียนเป็นคู่มือสำหรับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่ครอบครัวกำลังเผชิญร่วมกันและ

สามารถมองเห็นทิศทางการปรับตัวของครอบครัวจากประสบการณ์ของผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลในคู่มือ อันนำไปสู่การป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมของครอบครัวในอนาคตได้

3. จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สำหรับครอบครัวที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งครู พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ และผู้ที่สนใจสามารถนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อคัดกรองและให้ข้อมูลย้อนกลับในเบื้องต้นว่าครอบครัวมีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับใด ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวสามารถนำไปประเมินก่อนและหลังการจัดบริการหรือโปรแกรมการดูแลส่งเสริมด้านอื่น ๆ ของหน่วยงานได้ เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของการจัดบริการหรือโปรแกรมการดูแลดังกล่าวได้อย่างชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณนั้น ผู้ปกครองที่ต้องเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานหรือผู้สนใจสามารถนำขั้นตอนการทำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมกระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกมีความกระชับและนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างง่ายและสะดวก เนื่องจากอุปกรณ์มีน้อยและสามารถทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ที่กำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตอย่างการเจ็บป่วยของบุตรหลานได้ดูแลและพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองให้พร้อมรับมือและสามารถก้าวข้ามสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้

2. ในการนำรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไปใช้ ผู้ดำเนินกระบวนการหลักควรมีคุณสมบัติดังนี้ 3.1) มีประสบการณ์และทักษะการปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มกับครอบครัวและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากภายในกระบวนการมีการทำงานกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ซึ่งตลอดกระบวนการจำเป็นจะต้องมีไหวพริบในการประเมินอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการตอบสนองในเชิงบวกทั้งในด้านข้อมูลและอารมณ์ที่เหมาะสมกับครอบครัวที่มีบุตรหลานป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 3.2) มีความรู้เรื่องข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเบื้องต้น การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ข้อมูลหน่วยงานที่สามารถจัดสรรทรัพยากรช่วยเหลือ เนื่องจากตลอดกระบวนการผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถสอบถามข้อกังวลเกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าวได้ตลอดกระบวนการ 3.3) มีทักษะการนำกลุ่มและทักษะ

การใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวก เนื่องจากกระบวนการนี้มีการเชื่อมโยงแต่ละกิจกรรมไปจนจบกระบวนการ ดังนั้นผู้นำกระบวนการจะต้องสามารถดำเนินกระบวนการต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่วและมีการสรุปแต่ละกิจกรรมให้กับผู้เข้าร่วมอันส่งผลทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ก่อนนำรูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไปใช้ ผู้ดำเนินกระบวนการหลักควรศึกษาจุดประสงค์ของแต่ละกิจกรรมก่อน เพื่อให้ทราบความมุ่งหมายในการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวอย่างไร และควรศึกษาขั้นตอนของกระบวนการอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้ดำเนินกระบวนการและผู้เข้าร่วมกระบวนการ สามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ และให้ความช่วยเหลือตามขั้นตอนภายในกระบวนการได้

4. การให้ความยินยอมในการเข้าร่วมกระบวนการของผู้เข้าร่วมเป็นสิ่งสำคัญในการทำกิจกรรม เนื่องจากจุดประสงค์หลักของกระบวนการคือการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม ความสมัครใจพร้อมที่จะเรียนรู้ไปตลอดกระบวนการจึงมีส่วนช่วยให้กระบวนการมีบรรยากาศแห่งการเรียนรู้อันส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ดำเนินกระบวนการจะต้องสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมกระบวนการของผู้เข้าร่วมและประเมินความพร้อมของผู้เข้าร่วมก่อนการดำเนินกระบวนการเสมอ

5. สถานที่ในการทำกระบวนการจะต้องเป็นพื้นที่ส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวนและไม่มีบุคคลภายนอก ทั้งเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกภายในครอบครัวท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการเข้าออก ในการทำกระบวนการจึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการจัดการสถานที่ตลอดการทำกระบวนการและสถานที่ดังกล่าวจะต้องมีพื้นที่ในการเขียนและทำกิจกรรม ซึ่งผู้ดำเนินกระบวนการจะต้องจัดเตรียมโต๊ะ กระดาษในการทำกิจกรรม เครื่องเขียน และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้พร้อม อันส่งผลทำให้กระบวนการไม่สะดุด ผู้เข้าร่วมมีสมาธิในการทำกิจกรรมและได้รับการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ข้อมูลที่ดีจะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่ผู้ถูกศึกษามีความไว้วางใจผู้วิจัย ดังนั้นในขั้นทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวรวมทั้งความต้องการในการพัฒนาการฟื้นคืนสภาพครอบครัวจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยและผู้ปกครองควรมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นกันเองและเป็นธรรมชาติ มีการติดต่อกันอย่างใกล้ชิดและเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองถ่ายทอดข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้นและทำให้ผู้วิจัยสามารถสร้างความเชื่อมโยงข้อมูลจนเกิดความเข้าใจในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รูปแบบเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ออกแบบปรับปรุงจากการนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หากองค์กรหรือหน่วยงานใดต้องการนำไปใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมอื่น ๆ หรือกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคอื่น ๆ เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทกลุ่มผู้เข้าร่วมที่ต้องการนำไปใช้

2. เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการต่อยอดองค์ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่ครอบครัวกำลังเผชิญสถานการณ์วิกฤตต่าง ๆ หน่วยงาน เช่น ชุมชน โรงพยาบาล กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับบริบทสถานการณ์วิกฤตของครอบครัว สามารถจัดการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ในประเด็นการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในสถานการณ์วิกฤต การสนับสนุนทางสังคม การใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อหารูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้บริการ อันส่งผลต่อการพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็น Single center study ที่ศึกษาครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพียงหน่วยเดียวในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้น ทำให้ข้อมูลที่ได้จึงไม่สามารถสะท้อนผลการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยรวมได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไป เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภาพรวมได้มากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้เป็น Single center study ที่ศึกษาครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพียงหน่วยเดียวในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้น ทำให้ทราบข้อมูลการฟื้นคืนสภาพครอบครัวเพียงบริบทพื้นที่เดียวเท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรจะต้องเพิ่มพื้นที่การวิจัยในการศึกษาเพื่อดูว่าหน่วยมะเร็งในเด็กในแต่ละพื้นที่เหมือนหรือแตกต่างจากโรงพยาบาลแห่งนี้ เนื่องจากแต่ละพื้นที่อาจมีระบบความเชื่อหรือมุมมองในการปรับตัวแตกต่างกัน

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ศึกษาเฉพาะการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อขยายผลสู่กลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ รวมทั้งควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ว่ามีความแตกต่างหรือเหมือนกันอย่างไร ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว และข้อมูลเชิงปริมาณที่เกี่ยวกับระดับคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

4. กระบวนการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ เป็นการทำงานให้การสนับสนุนการพัฒนาจิตใจ ความคิด และพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อขยายผลสู่กลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งอื่น ๆ หรือเด็กป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคตับ โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กป่วยแต่ละโรคนั้นมีสถานการณ์ที่ต้องเผชิญแตกต่างกันขึ้นอยู่ตัวโรคและแผนการรักษา เพื่อให้ได้กระบวนการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองที่เหมาะสมกับบริบทตามสถานการณ์ในแต่ละครอบครัว

5. การศึกษาเชิงปริมาณในครั้งนี้เป็นเพียงข้อมูลที่เกี่ยวกับระดับคะแนนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจากการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการดำเนินการตรวจสอบเชิงปริมาณในอนาคตเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแบบจำลองเพิ่มเติม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ มีหน้าที่ดูแลผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่เป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยมีความใกล้ชิดกับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เป็นผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความร่วมมือของผู้ร่วมวิจัยตลอดการวิจัย และได้รับข้อมูลในเชิงลึกจากการสัมภาษณ์มากขึ้น ดังนั้นหากผู้สนใจนำการศึกษาครั้งนี้ไปใช้จำเป็นจะต้องตระหนักถึงบทบาทที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ในการศึกษาครั้งนี้ และหากผู้สนใจที่จะนำกระบวนการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวครั้งนี้ไปใช้และไม่ได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ทาง

การแพทย์ ผู้สนใจจะต้องมีการสร้างปฏิสัมพันธ์และเข้าไปคลุกคลีกับผู้ร่วมวิจัยผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนในการรักษาดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นภายใต้ขอบเขตวิชาชีพตนเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ และในขณะดำเนินกระบวนการจะต้องปรับบริบทการลงพื้นที่ให้การสนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องกับวิชาชีพของตนเองหรือประสานงานนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในพื้นที่ที่จะศึกษาวิจัยเป็นผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินกิจกรรมตามการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้การประสานงานหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนครอบคลุมมากขึ้น

บรรณานุกรม

American Psychological Association. (2016). *The road to resilience*. www.apa.org/helpcenter/road-resilience

Aldridge, M. D. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit: one unit's experience. *Critical Care Nurse*, *25*(6), 40-50.

Alharahsheh, H. H., & Pius, A. (2020). A review of key paradigms: Positivism VS interpretivism. *Global Academic Journal of Humanities and Social Sciences*, *2*(3), 39-43.

Åsberg, K. K., Vogel, J. J., & Bowers, C. A. (2008). Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: Implications of perceived social support and mode of communication. *Journal of Child and Family Studies*, *17*(4), 486-499.

Aymanns, P., Filipp, S. H., & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates special issue: Social psychology and health. *British Journal of Social Psychology, 34*(1), 107-124.

Baraz , J., & Alexander, S. (2010). *The helper's high*. https://Greatergood.berkeley.edu /article/item/the_helpers_high. Accessed 20 March 2023.

Barnes, C., & Mongrain, M. (2020). A three-factor model of personality predicts changes in depression and subjective well-being following positive psychology interventions. *The Journal of Positive Psychology. 15*(4), 556-568.

Batson, C. D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). Empathy, attitudes, and action: Can feeling for a member of a stigmatized group motivate one to help the group? *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(12), 1656-1666.

Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(9), 702-714.

Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illnes*. New York: Harcourt Brace College Publishers.

Bhanthumnavin, D. (2000). Importance of Supervisory Social Support and Its Implications for HRD in Thailand. *Journal of Psychology and Developing Societies, 12*(2), 155-167.

Board, R. (2004). Father stress during a child's critical care hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, *18*(5), 244-249.

Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion, 25*(7), 1263-1272.

Bowling, A., & Gabriel, Z. (2004). An integrational model of quality of life in older age: a comparison of analytic and lay models of quality of life. *Social Indicators Research, 69*, 1-36.

Bronner, M. B., Peek, N., Knoester, H., Bos, A. P., Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (2010). Course and predictors of posttraumatic stress disorder in parents after pediatric intensive care treatment of their child. *Journal of pediatric psychology*, *35*(9), 966-974.

Bryant, F. B., Smart, C. M., & King, S. P. (2005). Using the past to enhance the present: Boosting happiness through positive reminiscence. *Journal of Happiness Studies, 6*(3), 227-260.

Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. New York: Behavioral Publications.

Caplan, R. D. (1979). Social support, person-environment fit, and coping. L. A. Ferman & J. P. Gordus *Mental Health and the Economy* (pp. 89-138). Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Carr, W. and Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Research*.

Basingstoke: The Falmer Press.

Chai, Y. C., Mahadevan, R., Ng, C. G., Chan, L. F., & Md Dai, F. (2018). Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *International Journal of Social Psychiatry, 64*(6), 578-588.

Chang, Y. C., Hsu, M. C., & Ouyang, W. C. (2022). Effects of integrated workplace violence management intervention on occupational coping self-efficacy, goal commitment, attitudes, and confidence in emergency department nurses: a cluster-randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, *19*(5), 2835.

Chen, C. M., Du, B. F., Ho, C. L., Ou, W. J., Chang, Y. C., & Chen, W. C. (2018). Perceived stress, parent-adolescent/young adult communication, and family resilience among adolescents/young adults who have a parent with cancer in Taiwan: a longitudinal study. *Cancer Nursing, 41*(2), 100-108.

Cheng, Y., Liu, C., Mao, C., Qian, J., Liu, K., & Ke, G. (2008). Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: a cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism & Related Disorders, 14*(1), 43-45.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 34*, 300-314.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesi. *Psychological Bulletin, 98*, 310-359.

Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention*. Oxford: Oxford University Press.

Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of pediatrics*, *218*, 166-177.

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality & Social Psychology, 87*(3), 363-383.

Comeau, S. J. (2002). Stress, memory and social support. *McGill Reporter, 35*(2).

Debska, G., Pasek, M., & Wojtyna. (2017). Does anybody support the supporters? Social support in the cancer patient-caregiver dyad. *Family Medicine & Primary Care Review,* (2), 110-113.

Devaramane, V., Pai, N. B., & Vella, S. L. (2011). The effect of a brief family intervention on primary carer's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in India. *Asian journal of psychiatry, 4*(3), 183-187.

Dossey L. *The Helper's High*. Explore (NY). 2018 Nov;14(6):393-399. doi: 10.1016/j.explore.2018.10.003. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30424992.

Dupont, M. R. (2009). *An exploration of resilience in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder*: Texas Woman's University.

Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (2003). as cited in Walsh, F. (2012a). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4th). New York: Guilford press.

Espírit Santo, E. A. R., Gaiva, M. A., Espinosa, M. M., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. S. (2011). Taking care of children with cancer: evaluation of the caregiver's burden and quality of life. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 19*(3), 522-515.

Faber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.

Faccio, F., Renzi, C., Giudice, A. V., & Pravettoni, G. (2018). Family resilience in the oncology setting: Development of an integrative framework. *Frontiers in psychology, 9*, 666.

Feldman, D.M. (2022). *Psychology Today* [Internet]. New York: Psychology Today Magazine;

2017 [cited 2022 April 8]. Available from: https://www.psychology today.com/us/blog/supersurvivors/201707/why-the-five-stages-grief-are-wrong.

Franck, L. S., Mcquillan, A., Wray, J., Grocott, M. P., & Goldman, A. (2010). Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatric cardiology*, *31*(7), 961-968.

Franich-Ray, C., Bright, M. A., Anderson, V., Northam, E., Cochrane, A., Menahem, S., & Jordan, B. (2013). Trauma reactions in mothers and fathers after their infant's cardiac surgery. *Journal of pediatric psychology*, *38*(5), 494-505.

Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., ... & Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. Psycho‐Oncology: *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 15*(7), 595-603.

Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: A randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in psychology*(*7*), 686.

Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first‐time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in nursing & health, 32*(1), 50-58.

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2013). Why study resilience? *In Handbook of resilience in children* (pp. pp. 3-14). Boston: Springer.

Gordon, J. (2009). An evidence-based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow. *Pediatr Nurs. 35*(2), 115.

Gottlieb, B. (1983). *Social Support Strategies Guideline for Mental Health Practice*. USA: SAGE.

Gottlieb, B. H. (1985). Social Support and Study of Personal Relation. *Journal of Social*

and Personal Relations, 2, 351-375.

Grant, A. M. (2008). The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions. *Journal of Applied Psychology, 9*(1), 108–124.

Grant, A. M. (2012). Making positive change: a randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies, 31*(2), 21-35.

Greeff, A. P., & Walt, K. J. (2010). Resilience in families with an autistic child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, 45*(3), 347-355.

Gilmore, T., Krantz, J. and Ramirez, R. (1986). *Action Research Based Modes of Inquiry and the Host-Researcher as a Process and as a Goal*. Human Relation. 5(3). as cited in วรรณดี สุทธินรากร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสรีภาพและการสร้างสรรค์ .กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.

Grundy, S. (1987). *Curriculum: Product or Praxis*. London: The Falmer Press.

Grundy, S. (1982). *Three Modes Of Action Research*. as cited in Masters, J. (1995) 'The History of Action Research' in I. Hughes (ed) Action Research Electronic Reader, The University of Sydney.

Higgins, G. O. C.(1994) as cited in Walsh, F. (2002). A famlily resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130 - 137.

Hodges, S. D., Clark, B., & Myers, M. W. (2011). Better living through perspective taking R. Biswas-Diener *Positive psychology as a mechanism for social change* (pp. 193-218). Dordrecht, Netherlands: Springer Press.

Holter, I.M., and Schwartz - Barcott,D. (1993). Action Research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*. *128*; 298-304.

House, G.S. (1981). *Work stress and social support.* MA: Addison-Wesley.

House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and Concepts of Social Support S. Cohen & S. L. Syme *Social support and health*. Orlando: Academic Press.

Howell, R. T., Pchelin, P., & Iyer, R. (2012). The preference for experiences over possessions: Measurement and construct validation of the Experiential Buying Tendency Scale. *Journal of Positive Psychology, 7*(1), 57-71.

Imsamran, W., et al. (2015). *Cancer in Thailand:2013-2015*: National Cancer Institute, Thailand,.

Israr, Z., & Ahmad, Z. R. (2019). Perceived Social Support and its Association with Mental Health of Mothers of Children with Chronic Medical Conditions. *FWU Journal of Social Sciences*, *13*(1), 105-119.

Jessop, D. J., & Stein, R. E. (1985). Uncertainty and its relation to the psychological and social correlates of chronic illness in children. *Social Science & Medicine*.

Juthavantana, J., Sakunpong, N., Prasertsin, U., Charupheng, M., & Lau, S. H. (2021). An integrative counselling program to promote active ageing for older people in Thai nursing homes: an intervention mixed methods design. *BMC psychology*, *9*(1), 1-13.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Random House.

Kahn, R. L. (1979). *Aging and social support. Aging from birth to Death: Interdisciplinary perspectives*. Colorado: Westview Press.

Kaplan, B. H., Cassle, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*, 50-51.

Kazemi, N., Mousavi, S. V., Rasoulzadeh, V., Mohammadi, S. T., & Mohammadi, S. R. (2020). The effects of positive thinking training on psychological hardiness and social competence of students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *6*(4),

194-206.

Kazemi, N., Mousavi, S. V., Rasoulzadeh, V., Mohammadi, S. T., & Mohammadi, S. R. (2020). The effects of positive thinking training on psychological hardiness and social competence of students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *6*(4), 194-206.

Kelley, D. E., Kent, E. E., Litzelman, K., Mollica, M. A., & Rowland, J. H. (2019). Dyadic associations between perceived social support and cancer patient and caregiver health: An actor‐partner interdependence modeling approach. *Psycho‐Oncology*, *28*(7), 1453-1460.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action planner*. Victoria: Deakin University.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548.

King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(1), 798–807.

Kırkbir, F., & Zengin, S. (2021). The Role of Athletic Self-Confidence and Coping Strategies in Predicting the Athletic Success of Trabzon University Athletic students. *Humanities*, *9*(2), 122-29.

Knestricht, T., & Kuchey, D. (2009). Welcome to Holland: Characteristics of resilient families raising children with severe disabilities. *Journal of family studies, 15*(3), 227-244.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying.* Abingdon (Oxon): Routledge. p.174-179.

Kuhl, M., & Boyraz, G. (2017). Mindfulness, general trust, and social support among trauma-exposed college students. *Journal of Loss and Trauma*, *22*(2), 150-162.

Kurtz, J. L. (2012). Seeing through new eyes: An experimental investigation of the benefits of photography. *Journal of Basic & Applied Sciences, 11*, 354-358

Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement. Measuring and Interventing in Social Support.* In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.). New York: Oxford University Press.

Lane, C. L. D. (2011). *Tracing the pink ribbon: Development of a family resilience measure*. Virginia: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute, State University.

Lanzkowsky, P., Lipton, J. M., & Fish, J. D. (2016). *Lanzkowsky's Manual of Pediatric Hematology and Oncology* (6th). Amsterdam: Academic Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lebow, J., & & Stroud, C. (2012). Assessment of couple and family functioning: Useful models and instruments. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (4th ed., pp. 501-528). New York, NY: Guilford Press.

Leung, D. Y., Chan, H. Y., Chiu, P. K., Lo, R. S., & Lee, L. L. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(15), 54-57.

Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., & Wang, K. (2019). Family resilience and psychological well‐being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. European *Journal of cancer care. 28*(2), e12984.

Lietz, C. A. (2007). Uncovering stories of family resilience: A mixed methods study of resilient families, part 2. *Families in Society*, *88*(1), 147-155.

Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Stressful life events and illness: A model and empirical test. *Journal of Health and Social Behavior, 20*, 108-119.

Lindsay, A. M., Dodd, M. J., & Chen, S. G. (1985). Social support network of Taiwanese cancer patients. *Cancer Nursing, 22*, 149-164.

Liu, P. P., Yin, P., Zhu, Y. H., Zhang, S., & Sheng, G. M. (2021). The correlation of family resilience with sleep quality and depression of parents of children with epilepsy. *Journal of Pediatric Nursing*, *56*, e49-e54.

Lum, C. (2008). *The Development of Family Resilience: Exploratory Investigation of a Resilience Program for Families Impacted by Chemical Dependency*: San Jose State University.

Luthar, S. S., & Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and psychopathology*, *19*(3), 931.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562.

Luther, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades D. Cicchetti & D. J. Cohen *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795): John Wiley & Sons Inc.

Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion, 11*(2), 391-402.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*(6), 803-855.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111-131.

Lyubomirsky, S., Tkach, C., & Sheldon, K. M. (2004). *Pursuing sustained happiness through random act of kindness and counting one's blessings: Tests of two six-*

week interventions. Retrieved

Magyar-Moe, J. L., Owens, R. L., & Conoley, C. W. (2015). Positive psychological interventions in counseling: What every counseling psychologist should know. *The Counseling Psychologist, 43*(4), 508–557.

Malecki, C., & Demaray, M. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools, 39*(3), 305-316.

Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Factors influencing hope in parents of children with chronic illness. *Acta Paulista de Enfermagem*, *34*, 1-8.

Marks, L. I., & Wade, J. C. (2015). Positive psychology on campus: Creating the conditions for well-being and success. *About Campus, 19*(1), 9-15.

Marsack, C. N., & Samuel, P. S. (2017). Mediating Effects of Social Support on Quality of Life for Parents of Adults with Autism. *Journal of autism and developmental disorders, 47*(8), 2378-2389.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York : Harper and Row.

Masten, A. & Cicchetti, D. (2016) as cited in Walsh F. (2016a). Family resilience: a developmental systems framework. *European journal of developmental psychology. 13*(3), 313-324.

Matel-Anderson, D. M., Bekhet, A. K., & Garnier-Villarreal, M. (2019). Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western journal of nursing research*, *41*(1), 25-41.

Matel-Anderson, D. M., Bekhet, A. K., & Garnier-Villarreal, M. (2019). Mediating effects of positive thinking and social support on suicide resilience. *Western journal of nursing research*, *41*(1), 25-41.

McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., & Bowman, P. J. (2001). When bad

things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(1), 474-485.

McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., & Thompson, E. A. (1998). Resiliency in ethnic families: A conceptual model for predicting family adjustment and adaptation H. I. McCubbin, Thompson, E.A., Thompson, A.I., Fromer, J.E. *Resiliency in families series, Vol.2. Resiliency in Native American and immigrant families* (pp. 3-48): Sage Publications, Inc.

McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., Sae-Young, H., & Allen, C. T. (1997). Families under stress: What makes them resilient. *Journal of family and Consumer Sciences*, *89*(3), 2-11.

McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice*. Madison WI: Wisconsin Publishers.

McCubbin, M. A., McCubbin, H. I.(1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. in Carol, B.D., Brenda, H.B., Patricia, W.F., editors. *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention.* St. Louis (MO): Mosby. 21-63.

MedThai. (2020). *การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. สืบค้นจาก https://medthai.com/มะเร็งเม็ดเลือดขาว.

Meltzer, L. J., Sanchez-Ortuno, M. M., Edinger, J. D., & Avis, K. T. (2015). Sleep patterns, sleep instability, and health related quality of life in parents of ventilator-assisted children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *11*(3), 251-258.

Miles, M. S., Carter, M. C., Riddle, I., Hennessey, J., & Eberly, T. W. (1989). The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. *Maternal-Child Nursing Journal*, *18*(3), 199-206.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *20*(4), 225-232.

Moll, J., Krueger, F., Zahn, R., Pardini, M., de Oliveira-Souza, R., & Grafman, J. (2006). Human fronto–mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 103*(42), 15623-15628.

National Network for Family Resiliency. (1995). *Family resiliency: Building strengths to meet life's challenges*. Ames: Iowa State University.

Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*, *71*(3), 498-511.

Oades, L. G., Ozturk, C., Hou, H., & Slemp, G. R. (2020). Wellbeing literacy: A language-use capability relevant to wellbeing outcomes of positive psychology interventions. *The Journal of Positive Psychology, 15*(5), 696-700.

Odintsova, M. A., Gusarova, E. S., & Aismontas, B. B. (2020). Family resilience in stressful situations of disability in foreign studies. *Journal of Modern Foreign Psychology, 9*(1), 29-38.

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003) as cited in Walsh F. (2012c). Facilitating family resilience: Relational resources for positive youth development in conditions of adversity. In *The social ecology of resilience* (pp. 173-185). Springer, New York, NY.

Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry, 18*(1), 1-9.

Parks, A. C., & Schueller, S. (2014). Preface. A. C. Parks & S. Schueller *The Wiley-Blackwell handbook of positive psychological interventions* (pp. XV–XIX).

Chichester: Wiley Blackwell. .

Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 233-246.

Patterson, J. M. (2004). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of marriage and family, 64*(2), 349-360.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.

Pollitt, E. (1984). *Child development reference document (I): Risk factors in the mental development of young children in the developing countries; (II) Early childhood intervention programs for the young child in the developing world*. Taxas: United Nations Children's Fund (UNICEF), Health Science Center.

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.

Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & mental health, 18*(8), 997-1005.

Ren, J., Li, X., Chen, S., Chen, S., & Nie, Y. (2020). The influence of factors such as parenting stress and social support on the state anxiety in parents of special needs children during the COVID-19 epidemic. *Frontiers in psychology*, *11*, 3413.

Rocchi, S., Ghidelli, C., Burro, R., Vitacca, M., Scalvini, S., Della Vedova, A. M., Roselli, G., Ramponi, J. P., & Bertolotti, G. (2017). The Walsh Family Resilience Questionnaire: the Italian version. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *13*, 2987–2999.

Ryan, G. (2018). Introduction to positivism, interpretivism and critical theory. *Nurse researcher*, *25*(4), 41-49.0

Saetes, S., Hynes, L., McGuire, B. E., & Caes, L. (2017). Family resilience and adaptive coping in children with juvenile idiopathic arthritis: protocol for a systematic review. *Systematic reviews, 6*(1), 1-6.

Salin, M., Kaittila, A., Hakovirta, M., & Anttila, M. (2020). Family coping strategies during Finland's COVID-19 lockdown. *Sustainability*, *12*(21), 9133.

Scheier MF, Carver CS. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3):219–47.

Schueller, S. M. (2010). Preferences for positive psychology exercises. *The Journal of Positive Psychology, 5*(3), 192-203.

Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2012). Disseminating self-help: Positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), e63: p.61 - p.11.

Schwartz, B., & Hill, K. E. (2006). Practical wisdom: Aristotle meets positive psychology. *Journal of Happiness Studies, 7*(3), 377–395.

Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish : a visionary new understanding of happiness and well-being*: New York : Free Press.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14.

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy, *American Psychologist. 61*(8), 774-788.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine, 32*(6), 705-714.

Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 2ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. as cited in Walker, W. (2007). Ethical considerations in phenomenological research. *Nurse Researcher (through 2013), 14*(3), 36-45.

Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology, 26*(12), 622-628.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487.

Sixbey, M. T. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. *Dissertation Abstracts International, 13*(2), 440-456.

Soulvie, M. A., Desai, P. P., White, C. P., & Sullivan, B. N. (2012). Psychological distress experienced by parents of young children with congenital heart defects: A comprehensive review of literature. *Journal of Social Service Research*, *38*(4), 484-502.

Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of palliative nursing*, *14*(8), 368-372.

Steger, M. F., Kashdan, T. B., & Oishi, S. (2008). Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality, 42*(1), 22-42.

Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *Journal of Positive Psychology, 4*(1), 43-52.

Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *14*(4), 299-319.

Sun, J., Wang, X., Wang, Y., Du, X., & Zhang, C. (2019). The mediating effect of perceived social support on the relationship between mindfulness and burnout in special education teachers. *Journal of community psychology*, *47*(7), 1799-1809.

Suttie, J., & Marsh, J. (2010). *5 Ways Giving is good for you*. https://greatergood. berkeley.edu/article/item/5_ways_giving_is_good_for_you . Accessed 20 March 2023.

Tackett, A. P., Cushing, C. C., Suorsa, K. I., Mullins, A. J., Gamwell, K. L., Mayes, S., ... & Mullins, L. L. (2016). Illness uncertainty, global psychological distress, and posttraumatic stress in pediatric cancer: A preliminary examination using a path analysis approach. *Journal of Pediatric Psychology*, *41*(3), 309-318.

Tardy, C. H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 187-202.

Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality & Social Psychology, 87*(3), 354-362.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, *15*(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional psychology: research and practice*, *36*(3), 230.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(6), 145-159.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 54(4), 416-423.

Thorndike, E.L (1913). *Educational psychology*. New York: Columbia University.

Tümlü, G. Ü., Akdogan, R., & Türküm, A. S. (2017). The Process of Group Counseling Based on Reality Therapy Applied to the Parents of Disabled Children. *International journal of early childhood special education*, *9*(2), 81-97.

Tunariu, A. D., Tribe, R., Frings, D., & Albery, I. P. (2017). The iNEAR programme: an existential positive psychology intervention for resilience and emotional wellbeing. *International review of psychiatry (Abingdon, England), 29*(4), 362–372.

Tyler, C. M., Henry, R. S., Perrin, P. B., Watson, J., Villaseñor, T., Lageman, S. K., . . . Soto-Escageda, J. A. (2020). *Structural Equation Modeling of Parkinson's Caregiver Social Support, Resilience, and Mental Health: A Strength-Based Perspective*. Paper presented at the Neurology Research International, 2020.

VanOrmer, J. (2020). *Parental Mental Health in Children with Autism: Effects of Parental Support, Family Resilience, and Parental Stress.* (Doctoral dissertation). University of South Alabama, South Alabama.

Varghese, M., Shah, A., Gs, U. K., Murali, T., & Paul, I. M. (2002). *Family intervention and support in schizophrenia A Manual on Family Intervention for the Mental Health Professional.*

Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research,* (20), 333–354. .

Venieris, P. Y. (2017). *The Happiness Project: A Randomized Control Trial of an Online Positive Psychology Intervention for Graduate Students.* (Doctoral Dissertation). Arizona State University, Arizona. (Counseling Psychology).

Vogel, J. M. (2017). *Family Resilience and Traumatic Stress: A Guide for Mental Health Providers.* P.1-5.

Walsh, F. (1996). The concept of family resileince: Crisis and challenge. *Family Process,*

35, 261-281.

Walsh, F. (2002). A famlily resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130 - 137.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Fanily Process, 42*(1), 1-18.

Walsh, F. (2012a). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4th). New York: Guilford press.

Walsh, F. (2012c). Family resilience: Strengths forged through adversity. In: Walsh F, editor. Normal family processes. 4th ed. New York: Guilford Press. pp.399–427.

Walsh, F. (2012d). Facilitating family resilience: Relational resources for positive youth development in conditions of adversity. In *The social ecology of resilience* (pp. 173-185). Springer, New York, NY.

Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience* (3rd). New York: Guilford publications.

Walsh, F. (2016a). Family resilience: a developmental systems framework. *European journal of developmental psychology*, *13*(3), 313-324.

Walsh, F. (2016b). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family process*, *55*(4), 616-632.

Walsh, F. (2012b). The “new normal”: Diversity and complexity in 21st century family. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (4th ed., pp. 4-27). New York, NY: Guilford Press.

Wang, L. J., Zhong, W. X., Ji, X. D., & Chen, J. (2016). Depression, caregiver burden and social support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *International journal of nursing practice, 22*(5), 478-485.

Wang, Z., Ma, C., Han, H., He, R., Zhou, L., Liang, R., & Yu, H. (2018). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International journal of geriatric psychiatry, 33*(9),

1198-1206.

Waters, L. (2020). Using positive psychology interventions to strengthen family happiness: a family systems approach. *The Journal of Positive Psychology, 15*(5), 645-652.

Waugh, C. E., & Fredrickson, B. L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *Journal of Positive Psychology, 1*(2), 93-106.

Weber, J. G. (2011). *Individual and family stress and crises*. Sage, California.

Weber,M., อ้างถึงใน Coser, Lewis, A. (1971) แปลโดย อังกาบ กอศรีพร. (2537). *แนวความคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 9

Wellenzohn, S., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2016). Humor-based online positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled long-term trial. *The Journal of Positive Psychology, 11*(6), 584-594.

Westergaard, M. L., Lau, C. J., Allesøe, K., Andreasen, A. H., & Jensen, R. H. (2021). Poor social support and loneliness in chronic headache: Prevalence and effect modifiers. *Cephalalgia*, *41*(13), 1318-1331.

Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*(27), 78-89.

Witt, W. P., Litzelman, K., Wisk, L. E., Spear, H. A., Catrine, K., Levin, N., & Gottlieb, C. A. (2010). Stress-mediated quality of life outcomes in parents of childhood cancer and brain tumor survivors: a case–control study. *Quality of Life Research*, *19*(7), 995-1005.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1503-1509.

Wood, A. M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal

studies. *Journal of Research in personality, 42*(4), 854-871.

Woodworth, R. J., O'Brien-Malone, A., Diamond, M. R., & Schüz, B. (2017). Web-based positive psychology interventions: A reexamination of effectiveness. *Journal of Clinical Psychology, 73*(3), 218-232.

Wuerffel, J., DeFrain, J., & Stinnett, N. (1990) as cited in Walsh, F. (2012a). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4th). New York: Guilford press.

Xiao, S. Y. (1993). Social support rating scale. *Chinese Mental Health Journal*, 42-46.

Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology, 19*(9), 637-643.

Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., & Cai, T. (2013). Perceived social support as moderator of perfectionism, depression, and anxiety in college students. *Social Behavior and Personality: an international journal, 41*(7), 1141-1152.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment, 52*(1), 30-41.

กันยา สุวรรณแสง. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพมหานคร: รวมสาสน์.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2551). *การจัดการความรู้เบื้องต้น เรื่องการสื่อสารชุมชน.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

กาญจนา เทียนลาย และ วรรณี หุตะแพทย์. (2561). คนไกลบ้าน: การสื่อสารของครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารพัฒนาสังคม, 21*(1), 59-75.

เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี.*วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 21*(1).

จารุวรรณ สนองญาติ, พร้อมพิไล บัวสุวรรณ, และ สุทัศน์ เหมทานนท์. (2562). ปัจจัยในการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพของอาจารย์พยาบาล. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 6*(9), 4250-4260.

เจตพล แสงกล้า และ สาลินี จันทร์เจริญ. (2562). ระดับสัมพันธภาพและการสื่อสารพูดคุยภายในครอบครัวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปอลดภัยและการตั้งครรภ์เมื่อพร้อมของครอบครัวที่มีลูกวัยรุ่น. *วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 9*(1), มกราคม-เมษายน 2562.153-168.

ฉันท์ธนิตถ์ สิมะวรางกูร. (2563). โปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 15*(1), 44-48.

ชาย โพธิสิตา. (2564). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง

ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *28*(3), กันยายน-ธันวาคม.

ดรุณี ท่วมเพ็ชร, สุธิศา ล่ามช้าง, และ ศรีพรรณ กันธวัง. (2554). ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. *พยาบาลสาร*, *38*(3), 61-72.

ดวงพร หุ่นตระกูลและคณะ. (2547). การคืนสภาพของครอบครัวอีสานที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *27*(3), 1-9.

ตันติมา ด้วงโยธา. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, *16*(2), 50-65.

ถนัด อาวารุลหัก. (2562). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอแว้ง จังหวัดนราธิวาส. *Journal of Department of Health Service Support. 15*(2).

ทรัพสิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, สรัฐ ฤทธิ์รณศักดิ์, ณิศรา ระวียัน และ วาสนา จักร์แก้ว, 2563. การจัดการเรียนการสอนจากประสบการณ์ตามสภาพจริง ตามรูปแบบกิจกรรมประสบการณ์. *วารสารธรรมศาสตร์, 40*(2), 116-129.

ธวัลชญาน์ โชติเจริญธนันต์, สุธิศา ล่ามช้าง, และ พัชราภรณ์ อารีย์. (2563). พฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *พยาบาลสาร*, *47*(1), มกราคม-มีนาคม.

ธันยพร วณิชฤทธา. (2558). การพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบผสมผสานด้วยหลักการสื่อสารเพื่อการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้เป็นทีมของกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts), 8*(2), 1875-1891.

ธีรพันธ์ เชิญรัมย์, (2563). องค์การแห่งการเรียนรู้ : การเรียนรู้จากการปฏิบัติ. *วารสารวิจัยวิชาการ, 3*(1). มกราคม-เมษายน, 185-196.

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สันติภาพ นันทะสาร, และ สุธีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2563). ผลของการจัดกิจกรรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อต้นทุนทางจิตวิทยาและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นหญิงในสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, *37*(3). กรกฎาคม-กันยายน, 175-185.

นภาพร ตูมน้อย, นุจรี ไชยมงคล, และ มณีรัตน์ ภาคฐูป. (2551). อิทธิพลของการสนับสนุนจากสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีต่อภาระของครอบครัวในการดูแลเด็กพิเศษ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *16*(4), 39-49.

นฤมล ธีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาคฐูป และ เอมอร อาจรัตนกูล. (2557). ปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 22*(3):1-13.

นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์, ขวัญใจ ฤทธิ์คำรพ, และ ไพลิน ลิ้มวัฒนชัน. (2562). ผลของกิจกรรมกลุ่มด้านจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขและการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนประจำ: การวิจัยแบบผสานวิธี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, *1*(1), 35-

52.

นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์. (2565). *จิตวิทยาเชิงบวก: หลักการพื้นฐานและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรจนพริ้นท์ติ้ง. 40-44.

นุชนันต์ อารีธรรมศิริกุล. (2563). *มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน.* สืบค้นจาก https://www.wattanosothcancerhospital.com/cancer-types/acute-leukemia.

นงพรรณ พิริยานุพงศ์. (2546). *คู่มือวิจัยและพัฒนา*. นนทบุรี: มายด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และ พิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง:ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, *31*(3), 132.

ประพิมพา จรัลรัตนกุล. (2563). *รับมือกับความเครียดจากการตกงาน.* สืบค้นจาก https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/unemployed

ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์, อรัญญา ตุ้ยคัมภีร์, และ ณัฐสุดา เต้พันธ์. (2562). ประสบการณ์การฟื้นคืนได้ของครอบครัวที่บุตรมีภาวะออทิซึม. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, *15*(2).

ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2556). *แม่วัยใส: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย (รายงานผลการวิจัยโครงการสำรวจและศึกษาเพื่อเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรอบที่ 1 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2556)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัญจะ กุลพงษ์. (2540). *โรคมะเร็งในเด็ก*. เชียงใหม่: หน่วยโลหิตวิทยาและโรคมะเร็ง ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะ รุจกิจยานนท์. (2563). *มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในเด็ก (Childhood Acute Leukemia)*. สืบค้นจาก http://tsh.or.th/Knowledge/Details/46

พรศิริ ใจสม. (2537). *ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลแม่และเด็ก). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า147.

พระมหาจิณกมล อภิรตโน, สุวิน ทองปั้น, พระฤทธิชัย จันทโชโต และ รัตนา ทองแจ่ม. (2564). แนวคิดประจักษ์นิยมในพุทธปรัชญาเถรวาท. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาขอนแก่น,*

8(3), 77-89.

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และ นุจรี ไชยมงคล. (2563). ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *28*(2), เมษายน-มิถุนายน.

พุทธชาด มากชุมนุม, นลินี พูลทรัพย์ และทิพาพร พงษ์เมษา (2559). ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 3*(1), 1-21.

มัสลิน จันทน์ผา, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, & อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *Journal of Nursing Science, 36*(1).

ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). วารสารศึกษาศาสตร์. 11-15. อ้างถึงใน วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 29*(1), 1-7.

รดา ดารา, ธนากิจ ชวยบุญชุม, รัตตินันท์ ฎิระวณิชย์กุล และ สุมาลี ดีจงกิจ. (2565). ความหวังในผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 66*(1), 77-84.

รักชนก กั้งจำปา. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี.* (ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2562). *สถิติข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง อายุระหว่างแรกเกิดถึง 15 ปี.* ซีดีรอม.

วรวุฒิ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ จุจิรัตน์ มณีศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะเริ่มต้นการรักษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,* 7(1), 158-168.

วันเพ็ญ มานะเจริญ, เพ็ญนภา กุลนภาดล, และ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์. (2560). การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองโดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา. *วารสารกองการพยาบาล*, *44* (1), 62-81.

วารี กังใจ. (2558). *การดูแลผู้ดูแล (การจัดการบริการผู้ดูแล) ใน ส. ผู้สูงอายุ สุขภาพ* (pp. 99-103). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2*(1).

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2561). *ภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วย Psychosocial aspect of illness.* สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/05302015-1735

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท.

ศิวัชญ์ ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มข.(บศ.), 12*(2). 80-91.

สริญญา มารศรี และ นิรัชเรืองแสน. (2565). แนวทางการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษของนิสิตปริญญาตรีหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศึกษา โดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ. *วารสารมจร อุบล ปริทรรศน์, 7*(1), 871-886.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, *29*(4), 22-31.

สุคนธ์พณิช ธตพันธ์พงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนต่อความเครียด ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *67*(4), 21-24.

สุทธดา บัวจีน, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และ รัชนีกร อุปเสน. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, *30*(2).

สุรวัฒน์ คูวิเศษแสง. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรู้คุณค่าของตนเอง การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนกับการเสพยาบ้าซ้ำของเยาวชน.* (ปริญญานิพนธ์ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

เสาวนีย์ ทรงประโคน และ หทัยชนก นิติกุล. (2564). รูปแบบการเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.*วารสารพยาบาลทหารบก. 22*(3).113-122

หทัยชนก นิติกุล และ เสาวนีย์ ทรงประโคน. (2565). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตระยะท้ายของชีวิต: การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารสภาการพยาบาล, 37*(3).59-74

อิศรางค์ นุชประยูร. (2547). Chemotherapy for leukemia ใน พรเทพ เทียนสิวากุล *โลหิตวิทยาคลินิกชั้นสูง* (pp. 144-168). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาภรณ์ กำลังดี,ภาวนา บุญมุสิก และอัจริยา วัชราวิวัฒน์ (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*. 34-45

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ อว 8718/

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

18 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G- 002/2564E

เรียน นางสาว สุรางคณา คงเพชร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E/G-002/2564

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G 002/2564E เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว บัดนี้ คณะกรรมการฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564 รายละเอียดดังนี้

Certificate Number	SWUEC/E/G-002/2564
Date of Approval	18 กุมภาพันธ์ 2564 (อายุใบรับรองโครงการวิจัย 12 เดือน)
Date of Expiration	18 กุมภาพันธ์ 2565
Continuing Review	ทุก 12 เดือน (ครบกำหนดส่งรายงานครั้งแรก วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565)

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ใคร่ขอความกรุณาให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยและต่ออายุการรับรองก่อนกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน เพื่อให้เป็นไปตามวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs version 2.0) ของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้รายละเอียดของเอกสารที่ให้การรับรองตามที่ปรากฏใน Certificate of Approval (Certificate Number SWUEC/E/G-002/2564) ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โทรศัพท์ 0-2649-5000 ต่อ 12430
โทรสาร 0-2259-1822

MF-04-version-2.0
วันที่ 18 ต.ค. 61

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 002/2564E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว สุรางคณา คงเพชร

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

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

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 3 วัน/เดือน/ปี 18 กุมภาพันธ์ 2564
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 3 วัน/เดือน/ปี 18 กุมภาพันธ์ 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 3 วัน/เดือน/ปี 18 กุมภาพันธ์ 2564
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 3 วัน/เดือน/ปี 18 กุมภาพันธ์ 2564

(ลงชื่อ).....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิรกุล)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-002/2564
วันที่ให้การรับรอง : 18/02/2564
วันหมดอายุใบรับรอง : 18/02/2565

SWU-EC APPROVE

ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
จาก คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 501/2021

IRB No. 171/64

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : MIXED METHODS ACTION RESEARCH TO PROMOTE FAMILY RESILIENCE USING POSITIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AND SOCIAL SUPPORT OF GUARDIAN

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Surangkana Kongphet

Affiliation of PI : Srinakharinwirot University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Full Protocol Version 2 Date 25 March 2021
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 25/01/2021
3. Participant Information Sheet Version 2 Date 25 March 2021
4. Consent form Version 2 Date 25 March 2021
5. Questionnaire Version 2 Date 25 March 2021
6. Invitation Notice Version 2 Date 25 March 2021

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

7. Data sheet for research Version 1 Date 10 Feb 2021
8. Examples of in-depth interview questions Version 1 Date 10 Feb 2021
9. Family Resilience Promotion Activity Model Version 1 Date 10 Feb 2021
10. Budget
11. Curriculum Vitae and GCP Training
- Miss Surangkana Kongphet
- Assist.Prof. Thasuk Junprasert, Ph.D.
- Assist.Prof. Nanchatsan Sakunpong, Ph.D.

Signature .....

(Assistant Professor Apichai Vasuratna, MD.)
Vice-Chairman, Acting Chairman
The Institutional Review Board

Signature .....

(Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD)
Member and Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : April 7, 2021
Approval Expire Date : April 6, 2022

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. If the research project is completed, the researcher must send closing/final reportusing the closing/final report form of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

* A list of the Institutional Review Board members (names, positions and expertises) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.

COA No. 0363/2022

IRB No. 171/64

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455

Certificate of Approval

(COA No. 0363/2022)

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : MIXED METHODS ACTION RESEARCH TO PROMOTE FAMILY RESILIENCE USING POSITIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AND SOCIAL SUPPORT OF GUARDIAN

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Surangkana Kongphet

Affiliation of PI : Srinakharinwirot University.

Review Method : Expedited

Meeting Dated : March 17, 2022

Document Reviewed :

1. Full Protocol Version 2 Date 25 March 2021
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 25/01/2021
3. Participant Information Sheet Version 2 Date 25 March 2021
4. Consent form Version 2 Date 25 March 2021
5. Questionnaire Version 2 Date 25 March 2021

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

6. Invitation Notice Version 2 Date 25 March 2021
7. Data sheet for research Version 1 Date 10 Feb 2021
8. Examples of in-depth interview questions Version 1 Date 10 Feb 2021
9. Family Resilience Promotion Activity Model Version 1 Date 10 Feb 2021
10. Budget
11. Curriculum Vitae and GCP Training
- Miss Surangkana Kongphet
- Assist.Prof. Thasuk Junprasert, Ph.D.
- Assist.Prof. Nanchatsan Sakunpong, Ph.D.
12. Progress Report

Signature ..... Signature .....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)
Chairperson
The Institutional Review Board

(Associate Professor Wannarasmi Ketchart MD, PhD)
Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : April 7, 2022 (First Extension)
Approval Expire Date : April 6, 2023

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. If the research project is completed, the researcher must send closing/final reportusing the closing/final report form of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

* A list of the Institutional Review Board members (names, positions and expertises) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.

ภาคผนวก ค
เอกสารขอดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล และขอขยายเวลาดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ที่ อว 8724.1/ ๐ ๑ 2

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

10 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้อนุมัติให้ นางสาวสุรางคณา คงเพชร นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จัดทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ สถาบันวิจัยฯ จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2564 – เดือนกรกฎาคม 2564 ณ ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กและเยาวชน อายุ 0 ถึง 18 ปี และดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งนี้นิสิตจะเป็นผู้ติดต่อและประสานงานการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดุษฎี อินทรประเสริฐ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี อินทรประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
โทร. 02 649 5000 ต่อ 17600
โทรสาร 02 258 4482
ติดต่อนิสิต นางสาวสุรางคณา คงเพชร โทร 099 469 5391 E-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

ที่ อว 8724.1/ 346

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

7 กรกฎาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ขยายเวลาดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ อว 8724.1/012 ลงวันที่ 10 มกราคม 2564 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุรางคณา คงเพชร นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ระหว่างเดือน มกราคม 2564 ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 ณ ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 มีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้การวิจัยดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ตามกำหนด

ในการนี้ สถาบันวิจัยฯ จึงขอความอนุเคราะห์ขยายเวลาการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ เป็นระหว่างเดือน กันยายน 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2564 หรือจนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 จะเบาบางลง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยังศินันท์ อินทรกำแหง)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
โทร. 02 649 5000 ต่อ 17600 โทรสาร 02 258 4482
ติดต่อนิสิต นางสาวสุรางคณา คงเพชร โทร 099 469 5391 E-mail: surangkana.kongphet@gmail.com

ภาคผนวก ง
เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย ขอต่ออายุใบอนุมัติโครงการวิจัย และขอปิดโครงการวิจัย จาก คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ อว 8724.1/ ๐ ๑ ๖

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

10 มกราคม 2564

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้อนุมัติให้ นางสาวสุรางคณา คงเพชร นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จัดทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (MIXED METHODS ACTION RESEARCH TO PROMOTE FAMILY RESILIENCE USING POSITIVE PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS AND SOCIAL SUPPORT OF GUARDIAN OF CHILDREN AND YOUTH WITH LEUKEMIA)" ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธี (MIXED METHODS ACTION RESEARCH) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว คำอธิบายเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมฯ แนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบการวิจัย ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการสังเคราะห์แนวปฏิบัติ แบบประเมินการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ สถาบันวิจัยฯ จึงขอเสนอโครงการวิจัยดังกล่าวเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ดุษฎี อินทรประเสริฐ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี อินทรประเสริฐ)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
โทร. 02 649 5000 ต่อ 17600
โทรสาร 02 258 4482

IRB No. 171/64

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

8 มีนาคม 2565

เรื่อง ขอต่ออายุใบอนุมัติโครงการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สิ่งที่แนบมาด้วย 1. แบบฟอร์ม Progress Report
2. แบบฟอร์ม Protocol Deviation

ข้าพเจ้า นางสาวสุรางคณา คงเพชร ผู้วิจัยหลัก มีความประสงค์จะดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง“การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว” หมายเลย IRB 171/64 ซึ่งได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 และหมดอายุในวันที่ 6 เมษายน 2565

จึงเรียนมาโปรดดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุรางคณา คงเพชร)
นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ผู้วิจัยหลัก

IRB No. 171/64

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

31 มีนาคม 2566

เรื่อง ขอปิดโครงการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สิ่งที่แนบมาด้วย แบบฟอร์ม AF 16-01 Final, Termination Report

ข้าพเจ้า นางสาวสุรางคณา คงเพชร ผู้วิจัยหลัก มีความประสงค์จะดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง "การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว" หมายเลย IRB 171/64 ซึ่งได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2564 และหมดอายุในวันที่ 6 เมษายน 2566

จึงเรียนมาโปรดดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุรางคณา คงเพชร)
นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ผู้วิจัยหลัก

ภาคผนวก จ
แบบสอบถาม

แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการวิจัย

เลขที่แบบบันทึก.....

บันทึกวันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนป่วยโรคมะเร็ง (สำหรับผู้วิจัย)

1. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย : ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. เพศ : ☐ หญิง ☐ ชาย

3. อายุ :.....ปี

4. ศาสนา : ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม

5. สถานภาพสมรส : ☐ โสด ☐ หย่า ☐ คู่ (อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน)
☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ สมรสและไม่เคยมีครอบครัวมาก่อน
☐ สมรสแต่เคยมีครอบครัวมาก่อน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษา : ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพ : ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ รับจ้างทั่วไป (โปรดระบุ).....
☐ เกษตรกร (โปรดระบุ).....
☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (โปรดระบุ).....
☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ (โปรดระบุ).....
☐ พนักงานบริษัท/เอกชน (โปรดระบุ).....
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน : ☐ ไม่มีรายได้ ☐ ต่ำกว่า 10,000 บาท
☐ 10,001-20,000 บาท ☐ 20,001-30,000 บาท
☐ 30,001-40,000 บาท ☐ สูงกว่า 40,000 บาท

9. ความเพียงพอของรายได้เมื่อบุตรหลานเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง :

☐ ไม่เพียงพอ ต้องหายืมจากแหล่งต่าง ๆ

☐ เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ

☐ เพียงพอ และมีเงินเหลือเก็บ

10. ลักษณะครอบครัว : ☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย

11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว: (โปรดระบุ).....คน

12. จำนวนบุตรที่มี : (โปรดระบุ).....คน

13. ความถี่ในการดูแลบุตรหลานในโรงพยาบาล : ☐ ไม่เคยมาดูแลเลย

☐ เคยมาดูแลบ้างบางครั้ง

☐ มาดูแลตลอดที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (สำหรับผู้วิจัย)

หมายเหตุ : ผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนการรับการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

1. เพศ : ☐ หญิง ☐ ชาย

2. อายุ : .....ปี

3. ระดับการศึกษา : ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ เตรียมอนุบาล/อนุบาล ☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

4. สถานะการศึกษาปัจจุบัน : ☐ ลาออกจากสถานศึกษาเพื่อรักษาตัว

☐ พักการเรียนชั่วคราวเพื่อรักษาตัว

☐ ยังสามารถเรียนได้ตามปกติ

5. การวินิจฉัยโรค : ☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ อย่างเดียว

☐ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมฟอยด์ และมีโรคอื่นร่วมด้วย

(หากมีโปรดระบุ).....

6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย : ☐ ไม่เกิน 1 ปี ☐ 1 ปี 1 วัน – 2 ปี
☐ 2 ปี 1 วัน – 3 ปี ☐ มากกว่า 3 ปี

7. ระยะการดำเนินการของโรค : ☐ curative ☐ relapse ☐ palliative

8. วิธีการรักษาปัจจุบัน : ☐ ยาเคมีบำบัดอย่างเดียว
☐ รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด
☐ ปลูกถ่ายไขกระดูก

9. อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับการรักษาในปัจจุบัน :

☐ ไม่มี

☐ มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ มีไข้ หนาวสั่น ☐ อาการคลื่นไส้อาเจียน
☐ ผิวหนังไวต่อแสง (ผิวหนังไหม้ บวมแดง) ☐ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ
☐ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร (ถ่ายท้อง) ☐ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง
☐ ผิวหนังแห้งและเกิดผื่น (ผิวหนังมีสีดำคล้ำตลอดทางเดินของหลอดเลือดดำ)
☐ ไขกระดูกถูกกดการสร้างเม็ดเลือด ☐ เยื่อบุช่องปากอักเสบ
☐ ผมร่วง

10. จำนวนครั้งที่ admit <u>นอกเหนือ</u>จากการ admit เพื่อให้ยาเคมีบำบัดตามแผนรักษา (ตลอดการรักษา) : ☐ ไม่เคย ☐ 1-3 ครั้ง ☐ 3-5 ครั้ง ☐ มากกว่า 5 ครั้ง

11. ความถี่ในการ admit : ☐ มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง ☐ 1 เดือน / ครั้ง ☐ 2 เดือน / ครั้ง
☐ 3 เดือน / ครั้ง ☐ มากกว่า 3 เดือน / ครั้ง

12. ระยะเวลาในการ admit ปัจจุบัน : ☐ น้อยกว่า 1 สัปดาห์ ☐ 1-2 สัปดาห์
☐ 2-3 สัปดาห์ ☐ 3-4 สัปดาห์
☐ มากกว่า 4 สัปดาห์

13. ผู้ป่วยยังมีอวัยวะครบ 32 ประการ : ☐ ปกติ ☐ พิการ (โปรดระบุ).....

แบบสอบถามการวิจัย

สำหรับผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง

เลขที่แบบสอบถาม.....

บันทึกวันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ในการวัดการฟื้นคืนสภาพครอบครัว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวให้มีการฟื้นคืนสภาพครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบและข้อมูลที่ท่านตอบมาทั้งหมดจะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะเปิดเผยเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ท่านจำเป็นจะต้องอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและสภาพการปฏิบัติของครอบครัวท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 19 ข้อ ดังนี้

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงและสภาพการปฏิบัติของครอบครัว					แปลผล (สำหรับผู้วิจัย)
		ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด	
ระบบความเชื่อในครอบครัว (Family Belief systems)							
1	ครอบครัวของฉันพูดคุยถึงวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลบุตรหลานที่ป่วยร่วมกัน						
2	ครอบครัวของฉันไม่เคยพูดคุยในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเจ็บป่วยของบุตรหลาน						
3	ครอบครัวของฉันเป็นกำลังใจให้กันและกันในการดูแลบุตรหลาน						
4	ครอบครัวของฉันมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการดูแลบุตรหลานให้ดีขึ้น						
5	ครอบครัวของฉันมีความหวังว่าจะเราสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้						
6	ครอบครัวของฉันเชื่อมั่นว่าเราจะพยายามดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่						

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงและสภาพการปฏิบัติของครอบครัว					แปลผล (สำหรับผู้วิจัย)
		ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด	
รูปแบบโครงสร้างและการจัดการของครอบครัว (Family Structural/Organizational Patterns)							
7	ครอบครัวของฉันพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนหน้าที่ของตนเองในการดูแลบุตรหลาน						
8	ครอบครัวของฉันขาดผู้นำที่สามารถเลี้ยงดูและปกป้องสมาชิกได้						
9	ครอบครัวของฉันไม่เข้าใจความต้องการที่แตกต่างกันของสมาชิก						
10	ครอบครัวของฉันมีการกำหนดกฎระเบียบและหน้าที่ภายในครอบครัว						
11	ครอบครัวของฉันได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน						
12	ครอบครัวของฉันไม่มีใครสนใจในการดูแลบุตรหลานที่กำลังป่วยเลย						
13	ครอบครัวของฉันเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลบุตรหลาน จากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในชุมชนได้						
กระบวนการการสื่อสารและการแก้ปัญหา(Communication/problem solving Processes)							
14	หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลบุตรหลาน ครอบครัวของฉันจะชี้แจงข้อมูลให้ทุกคนรับทราบอย่างละเอียด						
15	ครอบครัวของฉันจะใช้ความผิดพลาดที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์ในการดูแลบุตรหลานครั้งต่อไป						
16	สมาชิกในครอบครัวของฉันตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน						
17	ครอบครัวของฉันไม่เคยเข้าใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดความรู้สึกต่าง ๆ						
18	ครอบครัวของฉันมีการตั้งเป้าหมายในการดูแลบุตรหลานร่วมกัน						
19	ครอบครัวของฉันมีแผนสำรองในการป้องกันปัญหาจากสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน						

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ในการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของท่าน เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวในผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบและข้อมูลที่ท่านตอบมาทั้งหมดจะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะเปิดเผยเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ท่านจำเป็นจะต้องอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 19 ข้อ ดังนี้

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงและสภาพการปฏิบัติของครอบครัว					แปลผล (สำหรับผู้วิจัย)
		ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด	
การรับรู้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์							
1	ฉันได้รับกำลังใจในการดูแลบุตรหลานจากคนรอบข้าง						
2	ฉันไม่ได้รับการปลอบโยนจากคนรอบข้าง เมื่อฉันรู้สึกท้อในการดูแลบุตรหลาน						
3	ไม่มีใครคอยถามความรู้สึกในการดูแลบุตรหลานของฉัน						
4	ฉันได้รับความห่วงใยเรื่องสุขภาพของฉันจากคนรอบข้าง						
การรับรู้การสนับสนุนทางด้านคุณค่า							
5	คนรอบข้างรับฟังฉันเมื่อฉันแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลาน						
6	คนรอบข้างฉันไม่เชื่อมั่นว่าฉันสามารถดูแลบุตรหลานในการเจ็บป่วยได้						
7	คนรอบข้างฉันทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ในการดูแลบุตรหลาน						
8	คนรอบข้างฉันทำให้ฉันเห็นถึงข้อดีของตนเองในการจัดการปัญหา						
การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร							
9	ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคมะเร็งของบุตรหลานจากบุคลากรทางการแพทย์						
10	ฉันไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือฉันได้จากคนรอบข้าง						

ข้อ	ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงและสภาพการปฏิบัติของครอบครัว					แปลผล (สำหรับผู้วิจัย)
		ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด	
การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(ต่อ)							
11	ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์						
12	ฉันไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรหลานจากคนรอบข้าง						
13	ฉันได้รับคำข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขและขั้นตอนการเข้ารับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์						
การรับรู้การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ							
14	คนรอบข้างฉันไม่ได้ช่วยฉันดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย						
15	ฉันได้รับอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์ในการดูแลบุตรหลานจากคนรอบข้าง						
16	ฉันไม่ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากคนรอบข้าง						
17	คนรอบข้างฉันช่วยจัดสถานที่ในการดูแลบุตรหลานร่วมกับฉัน						
การรับรู้การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ							
18	ฉันไม่ได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้ปกครองภายในหอผู้ป่วย						
19	ฉันได้รับเชิญให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัวร่วมกับสมาชิกท่านอื่น ๆ						

ภาคผนวก ฉ
แบบฝึกหัดกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก

กิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก

เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและการรับรู้สนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมการสร้างจุดแข็งในตัวบุคคล

ข้อดีหรือจุดแข็งของฉัน

1..... ....

อธิบายรายละเอียดหรือเขียนเล่าเหตุการณ์

.....

2..... ....

อธิบายรายละเอียดหรือเขียนเล่าเหตุการณ์

.....

3..... ....

อธิบายรายละเอียดหรือเขียนเล่าเหตุการณ์

.....

4..... ....

อธิบายรายละเอียดหรือเขียนเล่าเหตุการณ์

.....

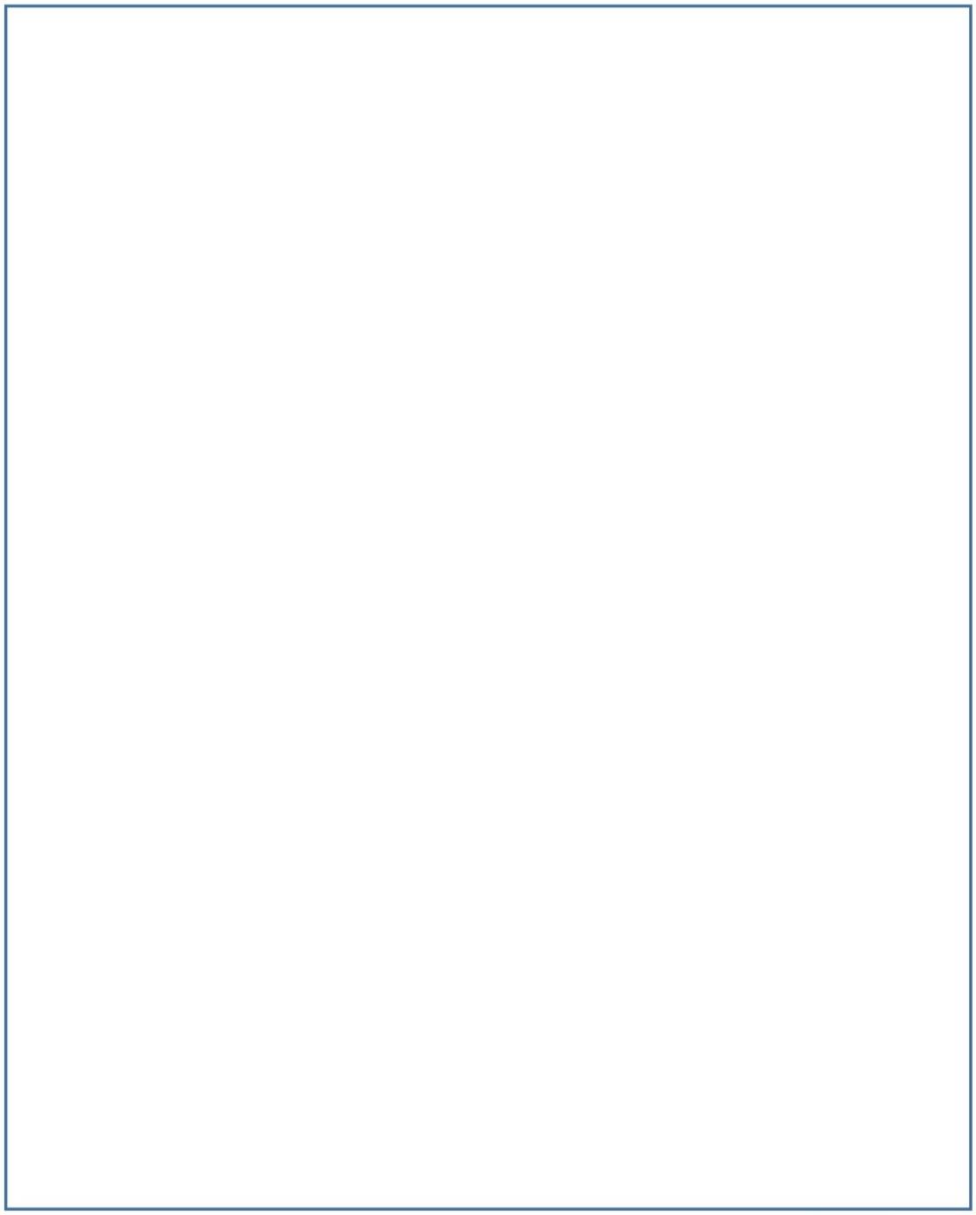
5..... ....

อธิบายรายละเอียดหรือเขียนเล่าเหตุการณ์

.....

กิจกรรมการมองโลกในแง่ดี

วาดภาพตัวเองและครอบครัวในอนาคตหากการเจ็บป่วยของบุตรหลานราบรื่นดี



กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณ

ขอบคุณตัวเอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณใครก็ได้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่มากับคุณ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ช
แนวคำถามสัมภาษณ์

แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง

เรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการผสานวิธีเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

(Action research to promote family resilience using positive psychological interventions and social support of guardian of children and youth with Acute Lymphoblastic Leukemia)

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัว แนวคำถามการสัมภาษณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม และแนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและป้องกันการขาดตกบกพร่องของประเด็นคำถามการวิจัย แนวคำถามดังกล่าวเป็นเพียงประเด็นกว้างๆ ปลายเปิดแต่ครอบคลุมการค้นหาคำตอบ เน้นให้กรณีศึกษาสามารถถ่ายทอดเรื่องราวได้อย่างเปิดกว้างและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล ซึ่งก่อนที่ผู้วิจัยจะนำแนวคำถามการสัมภาษณ์นี้ไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจทานและแก้ไขเรียบร้อย ซึ่งมีแนวคำถามในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ผู้ให้สัมภาษณ์: ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

จุดประสงค์การสัมภาษณ์ : เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัวและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองเด็กและเยาวชนที่ป่วยโรคมะเร็งในสถานการณ์ปัจจุบัน

ระยะเวลาการสัมภาษณ์ : 30-45 นาที

ประเด็นที่ 1.1: เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ก่อนการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

1. เมื่อผู้ปกครองทราบว่าบุตรหลานของตนป่วยด้วยโรคมะเร็ง ตนเองรู้สึกอย่างไร

    1.1 มีเหตุการณ์ใดบ้างที่ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกเช่นนั้น

    1.2 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่กับผู้ปกครองในระยะเวลานานเท่าใด

    1.3 หากให้ประเมินระดับความรู้สึกที่บอกมา ระดับคะแนน 0-10 ผู้ปกครองประเมินความรู้สึกของตนอยู่ในระดับใด เพราะเหตุใด

2. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตรหลานส่งผลต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง และแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร

    2.1 ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่ อย่างไร

    2.2 ส่งผลต่อการทำหน้าที่หรือบทบาทในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

    2.3 ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

    2.4 ส่งผลต่อสถานะทางการเงินของครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

3. ครอบครัวมีสถานการณ์อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือทำให้เกิดความรู้สึก....(ตามที่ผู้ปกครองตอบในข้อ 1) ที่จะต้องเผชิญอีกหรือไม่

    3.1 สถานการณ์นั้นคืออะไร

    3.2 สถานการณ์นี้เกิดขึ้นก่อนหรือหลังที่ทราบว่าบุตรหลานป่วย

ระหว่างการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

4. ครอบครัวปรับตัวหรือจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร (ทั้งในกรณีที่ ไม่มี/มีสถานการณ์ความเครียดอื่น ๆ ร่วมด้วย)

    4.1 ครอบครัวจัดการความคิด ความเชื่อภายในครอบครัวอย่างไร

        คำถามซัก

        4.1.1 ครอบครัวมีความคิด ความเชื่อ หรือมุมมอง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร

        4.1.2 ครอบครัวมีการเชื่อมโยงกับประเพณี วัฒนธรรมหรือศาสนาอย่างไรบ้าง

    4.2 ครอบครัวจัดการรูปแบบการทำหน้าที่ภายในครอบครัวอย่างไร

        คำถามซัก

        4.2.1 ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำหน้าที่หรือบทบาทภายในครอบครัวอย่างไรบ้าง

        4.2.2 สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนรักษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างไรบ้าง

        4.2.3 ครอบครัวได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ อย่างไรบ้าง

    4.3 ครอบครัวจัดการวางแผนการแก้ปัญหาและสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรหลานอย่างไร

คำถามซัก

4.3.1 ครอบครัวมีการชี้แจงข้อมูลทั้งอาการป่วยและรายละเอียดอื่น ๆ ให้กับสมาชิกในครอบครัวรับทราบอย่างไร

4.3.2 สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง

4.3.3 ครอบครัวมีการจัดแผนเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตอย่างไร

5. ที่ผ่านมาครอบครัวมีการปรับตัวตามที่ตอบเป็นลำดับหรือไม่ หรือมีการปรับตามสถานการณ์อย่างไรบ้าง

หลังการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

6. เมื่อครอบครัวได้ปรับตัวและจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลานตามที่บอก ตอนนี้ครอบครัวรู้สึกอย่างไร เพราะอะไร

6.1 มีการเปลี่ยนแปลงอะไรภายในครอบครัวบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์การฟื้นคืนสภาพครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ให้สัมภาษณ์: ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม

จุดประสงค์การสัมภาษณ์ : เพื่อค้นหาคำอธิบายเกี่ยวกับการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของผู้ปกครองภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

ระยะเวลาการสัมภาษณ์ : 45-60 นาที

ประเด็นที่ 2.1: เพื่อค้นหาคำอธิบายเกี่ยวกับผลของกิจกรรมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการฟื้นคืนสภาพครอบครัว

1. หลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ คือ มีแพทย์มาให้ข้อมูล ทีมลงเยี่ยมบ้าน และทำกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวกนั้น ผู้ปกครองรู้สึกอย่างไร

1.1. กิจกรรมไหนบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกเช่นนั้น

2. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ ท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง อย่างไร

2.1 ครอบครัวมีความคิด ความเชื่อเปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร

2.2 ครอบครัวมีความรู้สึกเปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร

2.2.1 หากให้ประเมินระดับความรู้สึกที่เคยบอกมา(ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม) ระดับคะแนน 0-10 ผู้ปกครองประเมินความรู้สึกของตนเองตอนนี้อยู่ในระดับใด

2.3 ครอบครัวมีการกระทำที่เปลี่ยนไปจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร

3. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงที่บอกมานั้นมาจากสาเหตุใด

ประเด็นที่ 2.2: เพื่อค้นหาคำอธิบายเกี่ยวกับผลของกิจกรรมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

1. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ การให้ข้อมูลของแพทย์ การลงเยี่ยมบ้าน และการทำกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวกนั้น ท่านคิดว่าการสนับสนุนจากคนรอบข้างสำคัญอย่างไร

2. คนรอบข้างมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือท่านได้อย่างไรในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรหลาน

คำถามซัก 2.1 คนรอบข้างให้กำลังใจและความห่วงใยท่านอย่างไร

2.2 คนรอบข้างให้การยอมรับว่าท่านมีความสามารถหรือมีข้อดีอย่างไร

2.3 คนรอบข้างให้ข้อมูลหรือคำแนะนำกับท่านอย่างไร

2.4 คนรอบข้างให้การช่วยเหลือในด้านสิ่งของหรือการลงมือช่วยเหลือกับท่านอย่างไร

2.5 คนรอบข้างเชิญให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆบ้างไหม อย่างไร

3. เพราะเหตุใดท่านถึงคิดว่า คนรอบข้างมีส่วนสนับสนุนช่วยเหลือท่าน

ประเด็นที่ 2.3: เพื่อทำความเข้าใจความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับการนำแนวทางการพัฒนาฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น

1. ท่านได้เรียนรู้อะไรจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด

2. ท่านจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้อย่างไร

<u>ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสะท้อนผลการปฏิบัติการ</u>

ผู้ให้สัมภาษณ์: ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการฟื้นคืนสภาพครอบครัวโดยใช้กระบวนการจิตวิทยาเชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคม

จุดประสงค์การสัมภาษณ์ : เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสะท้อนผลการปฏิบัติในวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของผู้ปกครอง

ระยะเวลาการสัมภาษณ์ : 25-35 นาที

<u>คำถาม</u>

1. ท่านคิดว่ากิจกรรมในครั้งนี้สำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่
2. ความรู้สึกของท่านเป็นอย่างไร
    - 2.1 ขณะทำกิจกรรมท่านรู้สึกอย่างไร
    - 2.2 หลังทำกิจกรรมท่านรู้สึกอย่างไร
3. สิ่งที่ท่านได้เรียนรู้มีประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างไร
4. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อนำไปสู่การวางแผนกิจกรรมในวงรอบต่อไป
    - 4.1 ท่านคิดว่าอะไรเป็นจุดเด่นของกิจกรรมนี้
    - 4.2 ท่านคิดว่าอะไรเป็นจุดที่ต้องปรับปรุงในกิจกรรมนี้
    - 4.3 ท่านคิดว่ากิจกรรมนี้ต้องปรับปรุงอย่างไร

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	สุรางคณา คงเพชร
วัน เดือน ปี เกิด	14 กันยายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดนครพนม
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2555 สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2557 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2566 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	518/573 The Room ratchada-ladprao ถ.ลาดพร้าว แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900