

การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลัง  
ของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

นางสาว กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์ เลขประจำตัวนิสิต	5337403138
นางสาว มุกิตา คำทับน์ เลขประจำตัวนิสิต	5337475338
นางสาว เมริษา ยอดมณฑป เลขประจำตัวนิสิต	5337476038

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELIGIOUS ORIENTATION, FAMILY COPING, SOCIAL SUPPORT AND FAMILY  
RESILIENCE AMONG FAMILY MEMBERS OF PERSON WITH CHRONIC ILLNESS

Miss Kanyavee	Prompun	ID 5337403138
Miss Muthita	Khamthap	ID 5337475338
Miss Melisa	Yodmondhop	ID 5337476038

A Senior Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Bachelor of Science in Psychology  
Faculty of Psychology Chulalongkorn University  
Academic Year 2013  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อโครงการวิจัย

การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดย

กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์

มุกิตา คำทับัน

เมริษา ยอดมณฑป

หลักสูตร

ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคำภีร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม

อาจารย์ ดร. สุภลักษณ์ ลวดลาย

---

คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำโครงการวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศักดิ์มงคล มณีศรี)

คณะกรรมการสอบโครงการทางจิตวิทยา

..... ประธานกรรมการ

(อาจารย์จรุงกุล บุรพวงค์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคำภีร์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม

(อาจารย์ ดร. สุภลักษณ์ ลวดลาย)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวรรณระพี สุทธิวรรณ)

กัญญาวีร์ พรหมพันธุ์ มุทิทา คำทัพน์ และ เมริษา ยอดมณฑป : การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของครอบครัวในสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(RELIGIOUS ORIENTATION, FAMILY COPING, SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RESILIENCE AMONG FAMILY MEMBERS OF PERSON WITH CHRONIC ILLNESS) อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก :

รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ตูย์คำภีร์. อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์ ดร.สุภลักษณ์ ลวดลาย, 95 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การนับถือศาสนา (การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน และ การนับถือศาสนาจากภายในจากแรงจูงใจภายนอก) การเผชิญปัญหาของครอบครัว ( การส่งเสริมการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว และ การเข้าใจการรักษาโรค) การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ มาตรฐานการนับถือศาสนา มาตรฐานการเผชิญปัญหาของครอบครัว มาตรฐานการสนับสนุนทางสังคม และมาตรฐานการฟื้นคืนพลังของครอบครัว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ การวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบใส่ตัวแปรทุกตัวเข้าไปในสมการ ผลการวิจัยพบว่า

1. การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน และ การนับถือศาสนาจากภายในจากแรงจูงใจภายนอกมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .34, p < .01$  และ  $r = .38, p < .01$  ตามลำดับ) สำหรับการเผชิญปัญหาของครอบครัว คือ การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในมีและ การเข้าใจการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .37, p < .01$ ;  $r = .36, p < .01$  และ  $r = .33, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = .58, p < .01$ )

2. การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย ความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ร้อยละ 58 โดยมีการเข้าใจในการรักษาโรคมีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ( $\beta = .35, p < .01$ ) รองลงมา คือ การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .25, p < .01$ ) เพศ ( $\beta = .23, p < .01$ ) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่สุด ( $\beta = .16, p < .01$ ) การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว ( $\beta = .13, p < .01$ ) การนับถือศาสนาจากภายนอก ( $\beta = .10, p < .01$ ) การนับถือศาสนาจากภายใน ( $\beta = .02, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.05, p < .01$ )

หลักสูตร บริญญาบัณฑิต.จิตวิทยา...ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2556.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

### 5337403138 ###5337475338 ###5337476038: MAJOR BACHELOR OF SCIENCE IN  
PSYCHOLOGY

KEY WORD: RELIGIOUS ORIENTATION/ FAMILY COPING/ SOCIAL SUPPORT/ FAMILY  
RESILIENCE

KANYAVEE PROMPUN, MUTHITA KHAMTHAP AND MELISA YODMONDHOP: RELIGIOUS  
ORIENTATION, FAMILY COPING, SOCIAL SUPPORT AND FAMILY RESILIENCE AMONG  
FAMILY MEMBERS OF PERSON WITH CHRONIC ILLNESS. PROJECT ADVISOR: ASSOCIATE  
PROFESSOR ARUNYA TUICOMPEE, Ph. D., SUPALUK LUADLAI, Ph. D., 95 PAGES

The study aimed to examine relationships among religious orientation (internal and external religious orientation), family coping (family relation, maintaining social support, and understanding the medical situation), social support and family resilience. Participants were 160 family members of persons with chronic illness in central provinces of Thailand. Instruments were *Religious Orientation Scale*, *Family Coping Scale*, *Social Support Scale* and *Family Resilience Scale*. Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression analysis with enter method were used to analyze the data. Findings revealed as below.

1. Intrinsic and extrinsic religious orientations were positively and significantly correlated with family resilience ( $r = .34, p < .01$  and  $r = .38, p < .01$  respectively). Regarding family coping, family relation, maintaining social support, and understanding the medical situation were positively and significantly correlated with family resilience ( $r = .37, p < .01$ ;  $r = .36, p < .01$  and  $r = .33, p < .01$  respectively). In addition, social support was positive and significantly correlated with family resilience ( $r = .58, p < .01$ ).

2. Religious orientations, family coping, and social support significantly predict family resilience of family members of persons with chronic illness and accounted for 58 percentage of total variance of family resilience. The salient predictor was the medical situation ( $\beta = .35, p < .01$ ), followed by maintaining social support ( $\beta = .25, p < .01$ ) gender ( $\beta = .23, p < .01$ ) duration ( $\beta = .16, p < .01$ ) family relation ( $\beta = .13, p < .01$ ) extrinsic religious orientation ( $\beta = .10, p < .01$ ) internal religious orientation ( $\beta = .02, p < .01$ ) and social support ( $\beta = -.05, p < .01$ )

Field of Study :.....Bs.c. in Psychology.....

Student's Signature.....

Student's Signature.....

Student's Signature.....

Academic Year :.....2013.....

Advisor's Signature.....

Co-Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เนื่องด้วยคณะผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญค์มกีร์ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก และดร. สุภลัคน์ ลวดลาย อาจารย์ที่ปรึกษา โครงการร่วม ผู้ซึ่งถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ ให้คำปรึกษา และข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำโครงการทางจิตวิทยา อีกทั้งช่วยตรวจสอบ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำดำเนินงาน กลุ่มนิสิตผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณระพี สุทธิวรธร และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ศักดิ์กพัฒน์ งามเอก

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ บังอรรัตน์ ปิ่นทอง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกท่าน ผู้ตอบแบบสอบถามวิจัยทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ กลุ่มนิสิตผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัว ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจคณะผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4 อภิปรายผล.....	57
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	64
รายการอ้างอิง.....	68
ภาคผนวก ก.....	74
ภาคผนวก ข.....	75
ภาคผนวก ค.....	89

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 100 ( $N = 160$ )	46
2	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) ค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) วิเคราะห์ด้วยวิธีการใส่ตัวแปรต้นพร้อมกันทุกตัว (Enter Method)	48
3	คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ตัวแปรในการวิจัย ( $N = 160$ )	49
4	แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การนับถือศาสนา และ การเผชิญปัญหาของครอบครัว กับ การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ( $N = 160$ )	50
5	แสดงค่าภาวะร่วมเส้นตรงพหุระหว่าง ตัวแปรต้นที่ศึกษา ( $N = 160$ )	53
6	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ ( $b$ ) คะแนนมาตรฐาน ( $Beta$ ) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ $Beta$ ( $N = 160$ )	54
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน (Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการนับถือศาสนา (Religious) 20 ข้อ ( $N = 60$ )	75
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน (Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family Coping) จำนวน 45 ข้อ ( $N = 60$ )	77
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน (Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จำนวน 24 ข้อ ( $N = 60$ )	81
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน (Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family Resilience) จำนวน 66 ข้อ ( $N = 60$ )	83



## สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ ( ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการ ติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายนการฟื้นคืน พลังของครอบครัว	29

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

*ครอบครัว หมายถึง การที่จะไม่มีสมาชิกคนใด หรือ ใครที่ถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง*

*Family means nobody gets left behind or forgotten*

*(Pelekai, 1997)*

ประโยคที่กล่าวข้างต้น นับเป็นประโยคที่สะท้อนให้เห็นถึงความหมาย และความสำคัญของครอบครัวได้เป็นอย่างดี ครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรัก และความอบอุ่น ที่ก่อให้เกิดความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การมีครอบครัวที่อบอุ่นทำให้เราดำเนินชีวิตได้อย่างปรกติสุข ฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ และสามารถสร้างสรรค์ให้สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้มากมายในสังคม เพราะสายใยความรัก ความผูกพัน คือสิ่งสำคัญของคำว่า “ครอบครัว”

การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น นับว่าเป็นความเครียดที่รุนแรงของครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2554) เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว กล่าวคือ การเจ็บป่วยนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยบางคนที่อยู่ในวัยทำงานต้องสูญเสียภาระหน้าที่การงาน และรายได้ไป เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัวบางคนที่จะต้องละทิ้งหน้าที่การงานของตนเพื่อมารับภาระในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของสมาชิกภายในครอบครัว นำมาซึ่งความสูญเสียต่างๆ ในชีวิตของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเองไป กล่าวคือ หน้าที่การงาน รายได้หลัก และเวลาส่วนตัว เป็นต้น เป็นภาวะที่ทำให้จิตใจของคนจมลึกอยู่กับความหมองเศร้า เสี่ยงต่อการมีอารมณ์ซึมเศร้า และมีพฤติกรรมแยกตัว ถ้ารุนแรงก็อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ โดยเฉพาะในช่วงที่ยังยอมรับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกภายในครอบครัวไม่ได้

การที่ครอบครัวมีการปรับตัวดี มักจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวมีหลายประการ เช่น จากการศึกษาในครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคมะเร็งใน

เม็ดเลือดขาว (Acute Lymphoblastic Leukemia) โดย Barbarin, Hughes, และ Chesler (1985) พบว่า ครอบครัวที่มีปรับตัวที่ดีจะยอมรับความเจ็บป่วยของลูกได้มากกว่าที่สำคัญมีการใช้กลไกแบบปฏิเสธ (denial) น้อยกว่า และใช้กลไกแบบรุก (active strategies) มากกว่า เช่น พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาแบบต่างๆ และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าครอบครัวที่มีทักษะการปรับตัวน้อย (Barbarin et al., 1985) จึงทำให้ครอบครัวที่มีการปรับตัวที่ดีสามารถช่วยให้สมาชิกภายในครอบครัวผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นไปได้

ด้านการปรับตัวของครอบครัว มีงานวิจัยที่กล่าวถึงการปรับตัวที่ดีที่เกิดขึ้นจากการมีครอบครัวที่ดี เช่น งานวิจัยของ Friedrich (1979; Lewis & Khaw, 1982) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตสมรสกับการปรับตัว พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสเป็นตัวทำนายการปรับตัวของแม่คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะให้การประคับประคองทางอารมณ์แก่กันในยามที่เกิดวิกฤติการณ์ หรือ มีปัญหาเกี่ยวกับลูกได้ดีกว่า ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีเกิดจากการร่วมมือระหว่างพ่อแม่ในการตัดสินใจ ปัญหาเกี่ยวกับลูก การมีความรับผิดชอบและความยืดหยุ่นในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน การสื่อสารที่เปิดเผยต่อกัน และการมีเครือข่ายประคับประคองทางสังคมอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ Kalnins, Churchill, และ Terry (1980) ได้ระบุว่า ครอบครัวที่มีความเครียด เช่น ถ้าพ่อแม่ไม่ทำงานก็จะส่งผลต่อการปรับตัวของลูกที่ไม่ดีไปด้วย (Kalnins et al., 1980)

โดยทั่วไปพื้นที่ที่ครอบครัวรู้ถึงการวินิจฉัยโรคก็จะเกิดความตึงเครียดในระดับสูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปครอบครัวจะมีการปรับตัวที่ดีขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาการเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาว (Acute Lymphoblastic Leukemia) ซึ่งเป็นการวิจัยระยะยาวของ Kupst และ Schulman (1986) พบว่า ครอบครัวที่สามารถปรับตัวได้ดีในระยะแรกนั้นจะมีการปรับตัวในอีก 6 ปีต่อมาที่ดีด้วยเช่นกัน

ครอบครัวที่เผชิญกับปัญหา และสามารถปรับตัวได้ดีนั้นมีแนวโน้มที่จะมีปัจจัยด้านการฟื้นคืนพลัง (Resilience) สูง ซึ่ง Grotberg (1995) ได้ระบุว่า ความสามารถในการฟื้นคืนพลัง (Resilience) เป็นศักยภาพของมนุษย์ในการเผชิญกับปัญหา และสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ มาได้จนทำให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งซึ่งพัฒนามาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต McCubbin, Thompson, Thompson และ Fromer (1998) ได้กล่าวถึงการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family Resilience) ไว้ว่าเป็นคุณลักษณะ มิติ และคุณสมบัติของครอบครัวที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถฟื้นคืนสภาพจากปัญหา

ที่มาจาก การเปลี่ยนแปลง และปรับตัวในการเผชิญกับวิกฤตการณ์ และครอบครัวที่สามารถปรับตัว เมื่อเผชิญปัญหาได้ดี หรือ มีความสามารถในการฟื้นคืนพลังสูงนั้นเป็นผลมาจากการมีปัจจัยต่างๆ โดยปัจจัยที่คณะผู้วิจัยมีความสนใจ คือ ปัจจัยการนับถือศาสนา ปัจจัยการเผชิญปัญหาของ ครอบครัว และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแต่ละปัจจัยนั้นมีความหมายและมีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวดังต่อไปนี้

การนับถือศาสนา (Religious orientation) Gorsuch และ McPherson (1989) ได้ระบุว่า การนับถือศาสนา หมายถึง การมีความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา รวมถึงการให้คุณค่า ความหมาย การมีแรงจูงใจในการนับถือศาสนา นอกจากนี้ การนับถือศาสนายังเป็นเป็นเรื่องเฉพาะ เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับองค์การทางศาสนาหนึ่ง (Sapp, 2011) ซึ่งศาสนา มักประกอบไปด้วยหลักปรัชญาความเชื่อ คำสอน และวิถีปฏิบัติทางศาสนา ศาสนิกชนผู้นับถือศาสนา หรือสมาชิกของศาสนา คือ ผู้ที่เห็นด้วยกับคำสอน และยอมปฏิบัติตาม ผู้นับถือศาสนา คือ ผู้ที่มีทั้ง ความรู้ ความเชื่อ และปฏิบัติตามแนวทางของศาสนานั้น (กิริติ บุญเจือ, 2530) ซึ่งการนับถือศาสนา ส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังได้ โดยเห็นได้จากงานวิจัยของ Jenkins และ Pargament (1988) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่รายงานความเชื่อพระเจ้าควบคุมชีวิตของพวกเขา จากการประเมินของ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว เห็นว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ร้นน้อยกว่าและยังมีการเห็นคุณค่าในตนเอง มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีความเชื่อในเรื่องนี้ และจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าความเชื่อ ในศาสนาสัมพันธ์กับการมีความสุขที่มากกว่าและมีความเจ็บปวดจากโรคน้อยกว่า (Yates, Chalmer, Follensbee, & Mckegney, 1981)

นอกเหนือจากการนับถือศาสนาแล้ว การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family Coping) ซึ่ง อาจเป็นอีกปัจจัยที่สามารถส่งอิทธิพลต่อการฟื้นคืนพลัง โดย McCubbin, Thompson และ McCubbin (1996) หมายถึง การตอบสนองทางปัญญา และพฤติกรรมของครอบครัวที่พยายามจะ จัดการกับปัญหา หรือ สิ่งคุกคามร่วมกันเพื่อบรรเทาหรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเรื้อรัง (McCubbin, et al., 1996) ซึ่งการที่ครอบครัวจะเผชิญปัญหาได้ดี กล่าวคือการเผชิญปัญหาที่ดีนั้นจะนำไปสู่การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ดังเห็นได้จาก Baker (1989; อ้างถึงใน ปัทมา ทัพเสรีไพ, 2534) ศึกษาถึงผลการเผชิญปัญหา ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่

ประสบผลสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับกลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน

ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่ง Thoits (1982; อ้างถึงใน นันทินี ศุภมงคล, 2547) ระบุว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลืออารมณ์ และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือ ความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น Dressler (1985) ได้อธิบายทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งในการช่วยคลี่คลายความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับ เหตุการณ์วิกฤตทางด้านต่างๆในชีวิต เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีที่พึ่ง ทางจิตใจ มีที่ปรึกษา ได้รับคำแนะนำและได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ การเงิน และ การได้รับคำแนะนำ การที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต จะทำให้บุคคลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล แต่ถ้าบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความวิตกกังวลคลี่คลายลง และทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่า สถาบันครอบครัวเป็นเสมือนหัวใจหลักแห่งการเยียวยา เพราะความรัก ความเข้าใจ และการดูแลซึ่งกันและกันจากคนในครอบครัว นำมาซึ่งปาฏิหาริย์ที่ทำให้ก้าวพ้น อุปสรรค และพบความสุขที่แท้จริง ด้วยเหตุนี้เองการฟื้นคืนพลังของครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นกลุ่มนิสิตผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาใน ครั้งนี้

## แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของครอบครัวในสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

### 1. การนับถือศาสนา(Religious Orientation)

#### 1.1 นิยามและขอบเขต

Gorsuch และ McPherson (1989) ระบุว่า การนับถือศาสนา หมายถึง การมีความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา รวมถึงการให้คุณค่าความหมาย การมีแรงจูงใจในการนับถือศาสนา นอกจากนี้ การนับถือศาสนา ยังเป็นเป็นเรื่องเฉพาะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

กับองค์การทางศาสนาหนึ่ง (Sapp, 2011) ซึ่งศาสนามักประกอบไปด้วยหลักปรัชญาความเชื่อ คำสอน และวิถีปฏิบัติทางศาสนา ศาสนิกผู้นับถือศาสนาหรือสมาชิกของศาสนา คือ ผู้ที่เห็นด้วยกับคำสอน และยอมปฏิบัติตาม ผู้นับถือศาสนา คือ ผู้ที่มีทั้งความรู้ ความเชื่อ และปฏิบัติตามแนวทางของ ศาสนานั้น (กีรติ บุญเจือ, 2530)

## 1.2 แนวคิดและองค์ประกอบ

การนับถือศาสนา (Religious Orientation) หมายถึง การมีความเชื่อ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา รวมถึงการให้คุณค่าความหมาย การมีแรงจูงใจในการนับถือศาสนา การนับถือศาสนา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation) และแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious Orientation)

Gorsuch และ McPherson (1989) เสนอว่า การนับถือศาสนามี 2 องค์ประกอบ คือ

1) การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนา และปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจให้เกิดความสุข และความเจริญงอกงามทางจิตใจ ผู้ที่นับถือศาสนาจากภายในเป็นผู้ที่ปฏิบัติ และหมั่นฝึกตนเองให้เกิดความเบิกบาน และสงบสุขอยู่เสมอ นำคำสอนของศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หมั่นแสวงหาแนวทางศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจตน ทำให้เกิดความพึงพอใจภายใน เกิดความเจริญงอกงาม และความมั่นคงทางจิตใจ

2) การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนาเพื่อหวังผลประโยชน์หรือสิ่งตอบแทนบางอย่าง ผู้ที่นับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอกเป็นผู้ที่นับถือศาสนาเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ เช่น การนับถือศาสนาเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับนับถือตน การกราบไหว้ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้สมหวังหรือเพื่อผลัดความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตไปให้พ้นจากตนเอง เช่น โทษโชคชะตา โทษกรรม

ทั้งนี้การนับถือศาสนาทั้งสองรูปแบบนั้นไม่ใช่ลักษณะที่ตรงข้ามกัน บุคคลหนึ่งๆอาจมีลักษณะการนับถือศาสนาแบบใดรูปแบบหนึ่ง (ผู้ที่นับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายในหรือภายนอก) หรือมีทั้งสองรูปแบบ (ผู้ที่คลั่งไคล้ในศาสนา) หรือไม่มีทั้งสองรูปแบบ (ผู้ที่ไม่ฝึกฝนศาสนา) ก็เป็นไปได้

Allport และ Ross (1967; อ้างถึงใน Paloutzain, & Park, 2005) ได้ให้ความหมายว่า การนับถือศาสนา (Religious orientation) คือ แรงจูงใจหรือเป้าหมายที่บุคคลเข้าหาศาสนาซึ่งบุคคลมี

แนวโน้มจะเข้าหาศาสนาด้วยแรงจูงใจที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การนำศาสนาไปใช้กับชีวิตของตนเองแตกต่างกันซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่

1) การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนาในทางที่เหมาะสม และเกิดผลทางบวกแก่จิตใจของตนเอง บุคคลที่นับถือศาสนาจากภายในเป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่ด้วยศาสนา ไม่ใช่เพียงผู้ที่เชื่อและปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาด้วยความมกมาย แต่ได้นำความเชื่อทางศาสนามาใช้เป็นปรัชญาในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจภายในศาสนาในความหมายของบุคคลเหล่านี้เป็นจุดหมายสูงสุดของพวกเขา การนับถือศาสนาเพื่อให้ตนมีความสงบสุขภายในจิตใจของตนเอง และไม่ยึดถือผลประโยชน์ภายนอก ให้คุณแก่ศาสนาว่าเป็นดังแนวทางในการดำเนินชีวิต และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2) การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนาเพื่อผลประโยชน์ภายนอกบางอย่างที่นอกเหนือจากก่อให้เกิดความสงบสุขทางจิตใจ ตัวอย่างเช่น การเข้าโบสถ์เพื่อผลประโยชน์ทางสังคม หรือ เพื่อให้ผู้อื่นยอมรับนับถือตน ใช้ศาสนาเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาด ความทุกข์หรือผลลัทธิความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นไปให้พ้นจากตนเอง การกราบไหว้ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อหวังสิ่งตอบแทนบางอย่าง การนับถือศาสนาเช่นนี้เป็นการใช้ประโยชน์ทางศาสนาในทางที่ไม่เหมาะสม และไม่ได้เข้าถึงแก่นคำสอนของศาสนาที่แท้จริง

ทั้งนี้บุคคลอาจมีการนับถือศาสนาแบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบ หรือไม่มีทั้งสองแบบก็ได้ เนื่องจากการนับถือศาสนาทั้งสองไม่ใช่ลักษณะที่ตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง

Oman และ Thoresen (Paloutzain & Park, 2005, chap.24) ได้ศึกษาผลของการนับถือศาสนาที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี พบว่า การนับถือศาสนาก่อให้เกิดสุขภาพดีนั้น อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ในกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนามักถูกกระตุ้นให้ลด
- 2) พฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ การให้ความสำคัญกับร่างกายตนเองในฐานะที่เป็นเครื่องมือของพระเจ้า ตลอดจนการภาวนาต่างๆ เพื่อตระหนักไว้ในร่างกายของตน ผู้ที่นับถือศาสนาจึงมักมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี

3) สภาวะทางจิต (Psychological States) การนับถือศาสนาก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพและคุณลักษณะทางจิต การปฏิบัติตามหลักทางศาสนาเชื่อให้บุคคลเกิดความสงบสบาย การนับถือศาสนาสนับสนุนให้บุคคลมีความเมตตากรุณา ให้อภัยต่อเพื่อนมนุษย์ ก่อให้เกิดความรัก ความรื่นรมย์ในจิตใจ ตลอดจนมีความหวัง และความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

4) การเผชิญปัญหา (Coping) การนับถือศาสนาช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่ประสบปัญหาที่มีแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมนี้จะลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความผิดปกติของพยาธิสภาพทางจิต เช่น ลดความโกรธ ความคับข้องใจ ส่งเสริมสภาวะทางจิตด้านบวก นำไปสู่การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การเข้ากิจกรรมทางศาสนาทำให้บุคคลมีเครือข่ายทางสังคม และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นด้วย

Miller และ Kelly (Paloutzain, & Park, 2005, chap.25) ได้แนะว่า การศึกษาอิทธิพลของการนับถือศาสนาขึ้นขึ้นอยู่กับการนิยาม และรูปแบบการวัดการนับถือศาสนาด้วย ซึ่งรูปแบบการวัดที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้แบบหนึ่ง คือ การวัดแรงจูงใจในการนับถือศาสนา (Religious Orientations) พบว่า การนับถือศาสนาจากภายใน คือ ความต้องการที่จะดำรงชีวิตอยู่บนความเชื่อ และฝึกปฏิบัติตามแนวทางศาสนาเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิตของบุคคลมีแนวโน้มสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพที่ดี มีการมองโลกตามความเป็นจริง มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ตลอดจนมีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมด้วย ส่วนการนับถือศาสนาภายนอก เป็นที่บุคคลใช้ศาสนาเพื่อจุดประสงค์บางอย่าง เช่น การไปโบสถ์เพื่อเข้าสังคม ใช้ศาสนาเป็นการเสริมแรงบางอย่างให้กับตน พบว่ามีแนวโน้มสัมพันธ์กับความเครียดทางจิต ความสามารถในการแก้ปัญหาทางลบ การมีอคติลำเอียง การไม่ยอมรับในความแตกต่าง รวมถึงการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม

### 1.3 การประเมินการนับถือศาสนา

เนื่องจากการศึกษาเพื่อวัด และประเมินการนับถือศาสนากันอย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้ลักษณะการวัดการนับถือศาสนาจึงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสนใจศึกษาในแง่มุมทางศาสนาที่หลากหลาย

Smith, McCullough, และ Poll (2003) ได้ศึกษารวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับศาสนา และจิตวิญญาณ พบว่า มีการจัดลักษณะของการวัด และประเมินการนับถือศาสนาออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่



- 1) การประเมินพฤติกรรมทางศาสนา (Religious Behaviors) เป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การเข้าโบสถ์ การสวดภาวนา การเข้าร่วมพิธีกรรม อ่านคัมภีร์
- 2) การประเมินทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา (Religious Attitude and Beliefs) การวัดการรับรู้ความสำคัญของศาสนา การให้คุณค่าแก่ศาสนา และระดับความเชื่อความศรัทธาในพระเจ้า
- 3) การประเมินเป้าหมายของการนับถือศาสนา (Religious Orientation) การวัดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมทางศาสนา เช่น แรงจูงใจจากภายในกับแรงจูงใจจากภายนอก
- 4) การประเมินลักษณะการจัดการปัญหาเรื่องด้วยวิธีทางศาสนา (Religious Coping) การวัดกลยุทธ์ทางบวก และทางลบในการรับมือกับปัญหา เช่น การแสวงหาการสนับสนุนจากพระเจ้า หรือ การโยนความผิดให้พระเจ้า
- 5) การประเมินความผาสุกอันเกี่ยวเนื่องกับศาสนา (Religious well-being) การวัดความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา เช่น ความรู้สึกส่วนบุคคลที่เชื่อมโยงกับพระเจ้า
- 6) การประเมินแนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า (God Concept) การวัดการรับรู้ในภาพเกี่ยวกับพระเจ้าในทางบวกหรือทางลบ
- 7) การวัด และประเมินแบบผสมผสาน (Multidimensional Aspects of Religiousness) การวัดหลายลักษณะข้างต้นอย่างผสมผสาน

Tsang และ McCullough (2003) ได้แบ่งระดับของการวัด และประเมินการนับถือศาสนาไว้ 2 ระดับ ตามความลึกซึ้งของการนับถือศาสนา ได้แก่

ระดับที่ 1 เป็นลักษณะการนับถือศาสนา (Organization) เป็นการวัดระดับของการนับถือศาสนาแบบทั่วไปที่ชี้ให้เห็นแนวโน้ม หรือ การนับถือศาสนาของแต่ละบุคคลว่าเป็นอย่างไร เช่น การเข้าร่วมกับทางศาสนา (Religious commitment) ระดับนี้ชี้ให้เห็นว่า บุคคลมีการนับถือศาสนาอย่างไร อาจเป็นในเชิงพฤติกรรมทั่วไปที่แสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องกับศาสนา

ระดับที่ 2 เป็นการนำศาสนาไปใช้ในชีวิต (Operation) เป็นการประเมินการประสบกับเหตุการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา และจิตวิญญาณ แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเข้าหาศาสนา และวิธีที่แตกต่างกันของบุคคลในการนำศาสนาไปประยุกต์ใช้ในชีวิต หรือ การเผชิญ

ปัญหาในชีวิต ซึ่งมีการนำไปใช้ในทางที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ระดับนี้แสดงให้เห็นว่า บุคคลนำศาสนาไปใช้อย่างไร

Gorsuch และ McPherson (1989) ได้พัฒนาแบบวัด Religious Orientation Scale Revised (I/E - ROS) ต่อจากแบบวัด Religious Orientation Scale (ROS) ของ Allport และ Ross (1967) เพื่อวัดแนวโน้มที่บุคคลเข้าหาศาสนา หรือ รูปแบบแรงจูงใจในการนับถือศาสนา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การนับถือศาสนาภายใน คือ การนับถือศาสนาในทางที่เหมาะสม และเกิดผลทางบวกแก่จิตใจของตนเอง และการนับถือศาสนาจากภายนอก เป็นการนับถือศาสนาอย่างไม่เหมาะสม ใช้ศาสนาในทางที่ไม่เหมาะสม ไม่เกิดผลดีในด้านจิตใจ การวัดดังกล่าวจึงแบ่งลักษณะการนับถือศาสนาได้เป็น 4 ประเภท

- 1) การนับถือศาสนาจากภายใน (Intrinsic Religious Orientation) หรือ มีระดับการนับถือศาสนาที่ภายในสูง บุคคลที่นับถือศาสนาจากภายในเป็นบุคคลที่มีชีวิตอยู่ด้วยศานานำความเชื่อทางศาสนามาใช้เป็นปรัชญาในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความพึงพอใจภายใน ศาสนาในความหมายของบุคคลเหล่านี้เป็นจุดหมายสูงสุดของพวกเขา และไม่ยึดถือผลประโยชน์ภายนอก
- 2) การนับถือศาสนาจากภายนอก (Extrinsic Religious Orientation) หรือ มีระดับการนับถือศาสนาที่ภายนอกสูง เป็นการใช้ศาสนาเพื่อผลประโยชน์บางสิ่งของตน เช่น การเข้าโบสถ์เพื่อผลประโยชน์ทางสังคม ใช้ศาสนาเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาด หรือ ความทุกข์
- 3) การนับถือศาสนาสูงร่วมกันทั้งสองแบบ (Indiscriminately Proreligious Orientation) เป็นบุคคลที่มีระดับการนับถือศาสนาทั้งภายใน และภายนอกในระดับสูงทั้งคู่ เป็นบุคคลที่นิยมการนับถือศาสนา และมองศาสนาเป็นสิ่งสูงส่ง
- 4) การไม่นิยมนับถือศาสนาเลย (Indiscriminately Antireligious or Nonreligious Orientation) เป็นบุคคลที่มีระดับภายใน และภายนอกต่ำทั้งคู่ เป็นบุคคลที่ไม่นิยมการนับถือศาสนา

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยสนใจประเมินการนับถือศาสนาตามแนวคิดของ Allport และ Ross (1967) ที่จำแนกการนับถือศาสนาออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การนับถือศาสนาจากภายใน

(Intrinsic Religious Orientation) และการนับถือศาสนาจากภายนอก (Extrinsic Religious Orientation)

## 2. การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family Coping)

### 2.1 นิยามและขอบเขต

การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping) คือ การตอบสนองทางปัญญาและพฤติกรรมของครอบครัวที่พยายามจะจัดการกับปัญหา หรือ สิ่งคุกคามร่วมกัน เพื่อบรรเทาหรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเรื้อรัง (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996) เมื่อครอบครัวเผชิญกับปัญหา จะทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะเครียดโดยครอบครัวจะใช้วิธีการต่างๆ ในการจัดการกับความเครียดซึ่งมีหลายรูปแบบ นิยามของการเผชิญภาวะเครียดนั้นได้มีผู้ศึกษาและให้นิยามไว้ดังนี้

การเผชิญปัญหาของครอบครัว คือ การกระทำของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือ กระบวนการของครอบครัวที่ถือเป็นหน่วยในการเผชิญความเครียด ความยากลำบาก การสรรหาวิธีการ ลดความตึงเครียดภายในครอบครัว และกำหนดหรือปรับเปลี่ยนการประเมินค่าครอบครัว (McCubbin, Larson, and Olson, 1996)

Pearlin และ Schooler (1978) กล่าวว่า การเผชิญภาวะเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้หรือแสดงออกเพื่อป้องกันการรบกวนทางจิตใจจากปัญหาชีวิต ซึ่งทำหน้าที่โดยการกำจัดหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการควบคุมการรับรู้ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ปัญหาเบาบางลง โดยการควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

### 2.2 แนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง

Hill (1949) ได้เสนอโมเดลชื่อ ABCX Model เพื่ออธิบายกระบวนการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยมีมุมมองต่อปัญหาที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งธรรมดาสามัญ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เมื่อเกิดปัญหาจะทำให้ความสมดุลภายในครอบครัวถูกรบกวน โดยแต่ละบุคคลในครอบครัวจะมีการรับรู้ความเครียดแตกต่างกันไป จากนั้นครอบครัวจะเผชิญกับปัญหาโดยพยายามที่จะรักษาสมดุลภายในครอบครัวนั้นโดย ABCX Model จะมีองค์ประกอบสามสิ่งที่เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องกัน (McCubbin & McCubbin, 1991) ดังนี้

A ปัจจัยก่อให้เกิดความเครียด (Stressor) คือเหตุการณ์ใดก็ตามที่เข้ามารบกวนสมดุลภายในครอบครัว ซึ่งสามารถส่งผลต่อครอบครัวได้ทั้งทางบวกและทางลบ

B แหล่งสนับสนุน (Resource) สิ่งใดก็ตามที่บุคคลหรือครอบครัวนำมาช่วยในการแก้ปัญหาไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สิน ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และ ทักษะในการแก้ปัญหา การที่มีแหล่งสนับสนุนที่หลากหลายจะทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

C การประเมินตัวก่อให้เกิดความเครียด ( Perception of Stressors) คือการที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้สถานการณ์วิกฤต ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อผลลัพธ์ที่จะตามมาในภายหลัง โดยประเมินในทางบวกหรือทางลบก็ได้

X วิกฤต (Crisis) เป็นผลลัพธ์จากทั้งสามสิ่งข้างต้นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของวิกฤต ทำให้ครอบครัวพยายามที่จะปรับตัวเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ที่เผชิญ

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัว หมายถึง การที่ครอบครัวพยายามหาวิธีที่จะกำจัดหรือ บรรเทาความตึงเครียดที่มาจากภาวะวิกฤตที่ครอบครัวได้เผชิญ อาจเป็น ความเจ็บป่วย ความตาย หรือ ปัญหาอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว

McCubbin (1979) ได้เสนอกระบวนการเผชิญปัญหาที่เป็นประโยชน์ คือ พฤติกรรม หรือ เจตคติที่นำไปสู่การพัฒนาระหว่างเกิดภาวะการณ์ในครอบครัว เป็นการกระทำอันเฉพาะเจาะจงที่กระทำต่อตัวก่อความเครียด (Stressor) โดยพฤติกรรมหนึ่งอาจสามารถใช้ในการเผชิญปัญหาได้หลายเหตุการณ์ (McCubbin, 1979; McCubbin & Figley, 1983; McCubbin & Patterson, 1983)

McCubbin (1979) ได้เสนอการเผชิญปัญหาในทางบวก ดังนี้

- 1) การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ การใช้เวลากับลูกๆ และมีแผนการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับครอบครัว
- 2) พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และ การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการเรียนรู้ทักษะการแก้ปัญหาใหม่ๆ
- 3) เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม เช่น ใช้เวลากับเพื่อนๆ ได้รับความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง เข้าร่วมชมรมหรือร่วมกิจกรรมกับชุมชน
- 4) พัฒนาทักษะทางบวก โดยคงไว้ซึ่งการมองโลกในแง่ดี แม้จะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียด
- 5) เรียนรู้ปัญหา เช่น อ่านหนังสือ เข้าร่วมชั้นเรียน หากการรักษาใหม่ๆ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหลายๆคน

- 6) หาท่างผ่อนคลาย เช่น ออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ ทำงานอดิเรก พูดยุติบายสิ่งที่อยู่ในใจ หรือร้องไห้เพื่อระบายความรู้สึก
- 7) การใช้การเผชิญปัญหาหลายวิธีอย่างสมดุล เพื่อดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ

Frydenberg และ Lewis (1993; อ้างถึงใน สุภาพรพรณ โคตรจรัส , 2539) ได้ศึกษาและรวบรวมวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นโดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และคณะ (Lazarus, Averil & Option, 1974; Lazarus and Launier, 1978, อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) และลักษณะพัฒนาการของวัยรุ่นตามทฤษฎีของ Erikson (1963, 1985) และงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาของ Hauser และ Bowlds (1990) และของ Collins (1991; อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย โดยเสนอรูปแบบการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นทั้งหมด 18 วิธี ได้แก่

- 1) การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย (Seek Relaxing Diversion) เป็นการแสวงหาวิธีต่างๆ ที่กระทำแล้วทำให้บุคคลรู้สึกเพลิดเพลิน หรือบุคคลรู้สึกผ่อนคลายจากปัญหาหรือความเครียดได้ โดยเป็นวิธีที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกายและไม่เกี่ยวกับการเล่นกีฬา เช่น การฟังเพลง การเล่นดนตรี หรือการพักผ่อน เป็นต้น
- 2) การทำงานและสัมฤทธิ์ผล (Work and Achieve) เป็นวิธีการจัดการปัญหาโดยแสดงให้เห็นถึงความพยายาม ความมานะบากบั่นในการทำงาน เพื่อให้ประสบความสำเร็จ หรือเกิดสัมฤทธิ์ผลในงาน เช่น การขยันทำงานมากขึ้น การติดตามงานที่ต้องการจะทำ เป็นต้น
- 3) การแก้ปัญหา (Solving the Problem) เป็นกระบวนการคิด ทำความเข้าใจกับปัญหาสาเหตุ เพื่อวิธีในการแก้ปัญหา แล้วดำเนินการหรือ ลงมือแก้ปัญหตามขั้นตอน ซึ่งเป็นวิธีจัดการกับปัญหาอย่างเป็นระบบ
- 4) การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย (Physical Recreation) เป็นการปฏิบัติด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย และมีสุขภาพแข็งแรง เช่น การเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น
- 5) การคบหาเพื่อนสนิท (Investing in Close Friend) เป็นการกระทำเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี หรือสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนชายหรือหญิง เช่น การให้เวลากับเพื่อน การนัดพบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น

- 6) การมุ่งเน้นในด้านบวก (Focus on Positive) เป็นการมองสถานการณ์ หรือปัญหานั้นๆ ไปในทางที่ดี ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เป็นมุมมองทางบวกต่อชีวิต และสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ การมองหาส่วนดีของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น การพยายามทำให้ชีวิตสดใสรุ่งเรือง เป็นต้น
- 7) การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seeking to Belong) เป็นการแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่กระทำแล้วทำให้ตนเองได้รับการยอมรับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น การพยายามทำให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อตนประทับใจตนเอง การพยายามทำตัวให้เข้ากับเพื่อนๆ เป็นต้น
- 8) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นวิธีการเผชิญปัญหา โดยมุ่งเน้นการจัดการปัญหา แต่วิธีการจัดการนั้นต้องอาศัยความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น การขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ครู หรือเพื่อน ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญมาแก้ปัญหาของตน เป็นต้น
- 9) การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Seeking Spiritual Support) เป็นวิธีการจัดการปัญหา โดยการนำเอาความเชื่อทางศาสนามาใช้จัดการกับปัญหา เช่น การสวดมนต์ อ้อนวอนให้พระคุ้มครอง การอ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น
- 10) การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking Professional Help) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการที่สาเหตุของปัญหา แต่การจัดการกับปัญหานั้นอาศัยความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เช่น การเข้ารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
- 11) การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา (Social Action) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้การรวมกลุ่ม หรือหาพวกมาร่วมกันจัดการกับปัญหาแทนการจัดการกับปัญหาด้วยตัวเองเพียงลำพัง
- 12) การมีความคิดที่เต็มเต็มปรารถนา (Wishful Thinking) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยใช้การคิด หวัง หรือปรารถนาที่จะให้ปัญหาหรือความทุกข์คลี่คลายลง เช่น การปรารถนาจะให้ปาฏิหาริย์เกิดขึ้น การจินตนาการว่า สิ่งที่เกิดขึ้นจะกลับจากร้ายกลายเป็นดี เป็นต้น

- 13) การเก็บปัญหาไว้คนเดียว (Keep to Self) เป็นการเก็บเอาความคิด ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ หรือความกดดันต่างๆ ไว้กับตนเอง และหลีกเลี่ยงที่จะพบปะผู้อื่น
- 14) การตำหนิตนเอง (Self – Blame) เป็นการโทษตนเอง การตำหนิตนเองว่าเป็นตัวการที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก หรือปัญหาต่างๆ มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหา หรือ ไม่เห็นทางออกของปัญหา
- 15) การมีความกังวล (Worry) เป็นการลดความคับข้องใจ หรือ ความกดดันทางอารมณ์ด้วยการคิดเกี่ยวกับปัญหามากขึ้น แต่ไม่สามารถช่วยให้ความทุกข์ลดลงได้ เนื่องจากความคิดนั้นมักเป็นความคิดในทางลบ
- 16) การไม่รับรู้ปัญหา (Ignore the Problem) เป็นการตัดปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหา และไม่ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกดี
- 17) การไม่เผชิญกับปัญหา (Not Coping) เป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลสามารถจัดการใดๆ กับปัญหา หรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ
- 18) การลดความตึงเครียด (Tension Reduction) เป็นการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อจะช่วยให้ความเครียดลดลง เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติด เป็นต้น

การเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธี แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Frydenberg & Lewis, 1993; อ้างถึงใน วีธนา มิ่งเมือง, 2540)

กลุ่มที่ 1 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยใช้ความสามารถของตนเอง (Problem – Focused) ได้แก่ การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงาน และสัมฤทธิ์ผล การคบเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย

กลุ่มที่ 2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ (Reference to Others) ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และการรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา

กลุ่มที่ 3 การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) ได้แก่ การมีความกังวล การมีความคิดที่เป็นปรารถนา การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญปัญหา การเก็บไว้คนเดียว และการตำหนิตนเอง

Hill และ Hansen (1976) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญกับความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ป่วยไว้ดังนี้

- 1) ลักษณะของเหตุการณ์ ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค ชนิดของความพิการ การพยากรณ์โรค
  - a. ศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้ของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การที่ครอบครัวสามารถเข้าใจถึงภาวะของการเจ็บป่วย จะช่วยให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี
- 2) การรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวสภาพและเป้าหมายการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว จะคุกคามโครงสร้างของครอบครัวบทบาท และความสัมพันธ์ในครอบครัวจากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ของ Duff และ Hollingshead (1923; อ้างถึงใน Macvicar & Archbold, 1976) พบว่าถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นคือปัญหาทางการเงิน แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นภรรยาหรือมารดา ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ปัญหาการทำงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งผู้ที่ต้องรับภาระเหล่านี้ก็คือสมาชิกในครอบครัว การสวมบทบาทแทนผู้ป่วยในระยะสั้นๆ จะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว แต่ถ้าต้องสวมบทบาทนั้นในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้
- 3) แหล่งทรัพยากรในครอบครัว เป็นปัจจัยช่วยในการเผชิญปัญหาของครอบครัว แบ่งได้เป็น
  - a. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ลักษณะบ้าน อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว การประกันสังคม
  - b. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- 4) ประสบการณ์ในอดีตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าการที่ไม่มีประสบการณ์

โดยสรุป การที่ครอบครัวจะสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีหรือไม่ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์

(McCubbin, 1983) ดังนี้

- 1) แหล่งประโยชน์จากครอบครัว ได้แก่ การเผชิญปัญหาด้วยความมั่นใจ ความสามารถในการแก้ปัญหาโดยการรวบรวมเหตุการณ์ที่เกิดความเครียดขึ้นใหม่ และ การยอมรับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด



2) การได้รับแหล่งสนับสนุนจากสังคมและชุมชนได้แก่การพึ่งพิงทางศาสนา การได้รับการพึ่งพิงทางศาสนา การได้รับความช่วยเหลือ เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน

### 2.3 การประเมินการเผชิญปัญหาของครอบครัว

การประเมินรูปแบบการเผชิญปัญหาของครอบครัวนั้นมีการศึกษาหลายงานและได้มีการพัฒนามาตรวัดรวมถึงวิธีการประเมินการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไป McCubbin (1979) ได้พัฒนามาตรวัดการเผชิญปัญหาของพ่อแม่ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยแบ่งประเภทการเผชิญปัญหาที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแล (Caregiver) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การร่วมมือภายในครอบครัว และการตีความสถานการณ์ในแง่ดี
- 2) การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความมั่นคงทางจิตใจ
- 3) การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยอื่นๆ และปรึกษา
- 4) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

Caver, Scheier และ Weintraub (1984) ได้แบ่งการประเมินการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ออกเป็น 3 กลุ่มตามแนวทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman ได้แก่

- 1) การเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem – focus coping) แสดงถึงความพยายามลงมือแก้ไขปัญหา โดยจัดการโดยตรงกับปัญหา
- 2) การเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) แสดงถึง
- 3) พยายามในการจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งทรัพยากรต่างๆ
- 4) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) แสดงถึงการไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ เป็นการหลีกเลี่ยง ไม่เผชิญกับปัญหา

Jaloweic (1987) ได้พัฒนามาตรวัดการเผชิญปัญหา โดยแบ่งการประเมินการเผชิญปัญหา ออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Confrontive Coping Strategies) เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือสภาพของปัญหาให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

- 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional Coping Strategies) เป็นพฤติกรรมที่ใช้เพื่อจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้วยการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการระบายอารมณ์ด้วยวิธีต่างๆ ต่อปัญหานั้นด้วยตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสนใจการประเมินการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ McCubbin (1979) ที่แบ่งประเภทของการเผชิญปัญหาของครอบครัวออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การร่วมมือภายในครอบครัว และ การตีความสถานการณ์ในแง่ดี
- 2) การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความมั่นคงทางจิตใจ
- 3) การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยอื่นๆ และ บริक्षाเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

### 3. การสนับสนุนทางสังคม(Social Support)

#### 3.1 นิยามและขอบเขต

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือทางอารมณ์สังคม และสิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982; อ้างถึงใน นันทินี ศุภมงคล, 2547)

การสนับสนุนทางสังคมนี้ได้รับความสนใจจากผู้วิจัยหลายท่าน ซึ่งก็ได้ให้ความหมาย หรือนิยามของการสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างหลากหลาย โดยกล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่องตัวเขา นอกจากนี้เขายังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีการติดต่อซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) หรือ อาจจะกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้เร็วขึ้น (Thoits, 1982)

นันทินี ศุภมงคล (2547) ได้ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การมองเห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ตลอดจนให้

ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เวลา และความคิด การให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการให้สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ คือ จะช่วยให้ผู้รับเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะเกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์ที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น

### 1.2 แนวคิดและองค์ประกอบ

Kaplan, Cassel และ Gore (1977) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว กล่าวคือ แนวที่ 1 การสนับสนุนทางสังคม เป็น ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือ ซึ่งได้รับการติดต่อสัมพันธ์กันกับคนในกลุ่มสังคม แนวที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม เป็น ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ตนได้รับการสนับสนุน

Silver และ Wortman (1980; อ้างถึงใน นนทพรธน เอกตาแสง, 2543) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ประการ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

- 1) การแสดงถึงความรู้สึกทางบวก
- 2) การแสดงถึงการเห็นด้วย หรือการยอมรับในความเชื่อ คำอธิบาย หรือ ความรู้สึกที่เหมาะสมของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
- 3) การส่งเสริมการแสดงออกเกี่ยวกับความเชื่อ และความรู้สึก
- 4) การจัดเตรียมด้านเครื่องมือ เครื่องใช้
- 5) การให้ข้อมูลที่ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

- 2) การยืนยัน และการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึง การเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของ บุคคล
- 3) การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลนั้น โดยการให้สิ่งของหรือการ ช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือ เวลา

Brown (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความ ใ่ว่างใจ ความรัก ความจริง ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ
- 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้เข้าร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความ คิดเห็น
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญ อยู่ได้
- 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน และการเงิน (Material Support) หมายถึง การ ช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องของวัสดุสิ่งของที่จำเป็น เงิน และ แรงงาน

ต่อมา Taylor (2006) ได้ทำการสรุปเกี่ยวกับรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมจาก งานวิจัยของผู้วิจัยหลายท่านที่ได้นำเสนอมา ดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้ เข้าใจต่อเหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อประเมิน และเรียนรู้ที่จะใช้แหล่ง ทรัพยากรที่ตนมี หรือ กลวิธีในการเผชิญหน้าที่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ได้ สามารถเปรียบเทียบ หรือ ประเมินแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่นๆ เพื่อรู้จักกลวิธีการเผชิญ ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน โดยการเสนอแนะ วิธีจัดการต่อเหตุการณ์นั้นๆ

- 2) การสนับสนุนที่เป็นวัตถุสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น การบริการ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เช่น การมอบของเพื่อให้กำลังใจ หรือสิ่งของที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล
- 3) การสนับสนุนโดยข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล ความรู้ ข้อเสนอแนะ ที่บุคคลสามารถที่จะนำข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ มากยิ่งขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เครียด และรู้สึกกดดันทางอารมณ์ ทำให้ ซึมเศร้า เสียใจ วิตกกังวลและสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนนี้อาจจะมาจากบุคคลอันเป็นที่รัก และเอาใจใส่ เพื่อสร้างความอบอุ่น และคุณค่าที่เพิ่มขึ้น

House (1981) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะ ความสัมพันธ์ คือ

- 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติหรือเพื่อนฝูง
- 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์พยาบาล, ทีมสุขภาพ เป็นต้น ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดต่อบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างจะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระดับของการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล

### 3.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยสนใจประเมินการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้มาตรวัดซึ่งพัฒนามาจากมาตรวัดของจุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์ นันทวัน งอพา และสุมณฑา สุวรรณธาร (2553) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ คือ การให้สนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ และการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น การบริการ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เป็นต้น
- 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือ ข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น
- 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูล ความรู้ ข้อเสนอแนะ ที่บุคคลสามารถที่จะนำข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นไปใช้แก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้
- 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นการให้ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใยและการพึ่งพोजต่อบุคคล

ทั้งนี้ จากการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่คล้ายจะมีเนื้อหาทับซ้อนกับการประเมินการเผชิญปัญหาของครอบครัว ด้านการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้น หากมองในเชิงลึกและองค์ประกอบอื่นพบว่า ตัวแปรทั้งสองนั้นแตกต่างกัน กล่าวคือ การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นด้านหนึ่งในตัวแปรการเผชิญปัญหาของครอบครัวนั้น มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อคลายเครียด เช่น การสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน การออกไปเที่ยวผ่อนคลายกับคู่สมรส เป็นต้น ถือเป็นวิธีหนึ่งในการเผชิญปัญหาทางบวก (McCubbin, 1979) ซึ่งเป็นด้านหนึ่งในมาตรประเมินการเผชิญปัญหาของครอบครัวโดยรวมองค์ประกอบดังนี้ การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความมั่นคงทางจิตใจ

ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมนั้น มุ่งเน้นถึงการรับความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมของบุคคล ทั้งด้านอารมณ์สังคม และสิ่งของหรือข้อมูล และองค์ประกอบเหล่านี้ไม่ได้กล่าวถึงในมาตรการเผชิญปัญหาของครอบครัว ตัวแปรทั้งสองจึงไม่ได้ทำนายสิ่งเดียวกัน แม้จะชื่อตัวแปรจะใกล้เคียงกัน หากไม่ใช่ตัวแปรเดียวกัน

#### 4. การฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family Resilience)

##### 4.1 นิยามและขอบเขต

การฟื้นคืนพลังของครอบครัว หมายถึง คุณลักษณะ มิติ และคุณสมบัติของครอบครัว ที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถฟื้นคืนสภาพจากปัญหาที่มาจากการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวในการเผชิญกับวิกฤตการณ์ (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996)

Grotberg (1995) ได้ระบุว่า ความสามารถในการฟื้นคืนพลัง (Resilience) เป็นศักยภาพของมนุษย์ในการเผชิญกับปัญหาและสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆมาได้ จนทำให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งพัฒนามาจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต เช่นเดียวกับ Kaplan, Turner, Nerman, และ Stillson (1996) กล่าวว่า ศักยภาพของมนุษย์ดังที่ Grotberg (1995) กล่าวไว้ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลยังคงใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากในชีวิต แม้ในขณะที่อยู่ในสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ โดยเน้นความสามารถในการแก้ปัญหา และการมีแหล่งช่วยเหลือและปกป้องในสภาพแวดล้อมที่ดำรงชีวิตอยู่

ความสามารถในการฟื้นพลัง (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม หรือสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วหลังจากที่บุคคลต้องเผชิญกับความทุกข์ยากหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวคืนสู่สภาพเดิมหลังจากต้องเผชิญกับสภาวะที่กดดันหรือเกิดความเครียด ซึ่งความสามารถดังกล่าวนี้เป็นการตอบสนองอย่างกระตือรือร้น และตอบสนองในวิธีการทางบวกต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญในชีวิต จนสามารถเอาชนะหรือผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ อีกทั้งยังสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดผลลัพธ์ในทางลบ (สุภาวิติ ดิสโร, 2551)

Rutter (1985) ได้อธิบายว่า ความสามารถในการฟื้นพลัง และความทนทานด้านจิตใจ ไม่ได้มีการคงอยู่หรือมีความต่อเนื่องตลอดเวลา แต่บุคคลจะมีการตอบสนองหรือจัดการกับความยากลำบากได้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของบุคคล เช่น เพศ อายุ และประสบการณ์ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นจะต้องเจอประสบการณ์ด้านบวกเท่านั้น แต่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือทางด้านลบก็สามารถส่งผลให้บุคคลมีความสามารถที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น เป็นการแสดงความต่อเนื่องในการพัฒนาจากความอ่อนแอ ท้อแท้ ไปสู่การมีความสามารถในการฟื้นพลัง เป็นการตอบสนองต่อความทุกข์ยากของบุคคล กระบวนการดังกล่าวเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์เฉพาะของปัจจัยต่างๆ ซึ่งคุณลักษณะหรือประสบการณ์ของบุคคลจะทำหน้าที่เป็นปัจจัย

ป้องกันและส่งผ่านไปยังการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจสรุปได้ว่า การส่งเสริมความสามารถในการฟื้นคืนพลังของบุคคลไม่ได้อยู่ที่การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางด้านลบ แต่อยู่ที่การเผชิญหน้ากับสถานการณ์นั้นๆ ในช่วงเวลา หรือ มีแนวทางที่เขาคความมั่นใจในตนเอง และมีความสามารถทางสังคม เช่นเดียวกับ Jordan (1992) กล่าวถึงความสามารถในการฟื้นคืนพลังว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นและชนะความเครียดได้ และเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถที่จะเรียนรู้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Luthar, Cicchetti, และ Becker (2000) ที่ได้ให้นิยามว่า ความสามารถในการฟื้นคืนพลังเป็นกระบวนการที่มีการเคลื่อนที่ของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ ซึ่งบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต แม้ว่าจะต้องประสบกับความทุกข์ยากลำบาก ความทรมาน ภัยคุกคาม หรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต

#### 4.2 แนวคิดและองค์ประกอบ

Fine (1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบุคคลที่มีความพิการทางร่างกาย พบว่า การรับรู้และการตอบสนองส่วนบุคคลต่อสถานการณ์ทางด้านลบในชีวิต เป็นองค์ประกอบสำคัญในการอยู่รอด ความสามารถในการฟื้นคืนพลัง และการฟื้นฟูสภาพของผู้ที่มีความพิการทางร่างกายคือ ความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม มีความหวัง การหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ความสามารถที่จะพิจารณาถึงสิ่งที่ผ่านมา มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา มีการปรับเปลี่ยนเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค โดย Fine (1991) ได้แบ่งกระบวนการของความสามารถในการฟื้นคืนพลังออกเป็น 2 ชั้น คือ

- 1) ช่วงที่สาหัส และต้องใช้สติปัญญา (Acute Phase) พลังงานจะถูกใช้ไปเพื่อลดผลกระทบของความเครียด และสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด
- 2) ช่วงจัดระบบโครงสร้างใหม่ (Reorganization Phase) จะเริ่มค้นพบความจริง และยอมรับในอดีตหรือในภาพรวมที่ของเหตุการณ์ทั้งหมด

สำหรับลักษณะของความสามารถในการฟื้นคืนพลังตามที่ Warchaw และ Barlow (1995; อ้างถึงในสุภาวดี ดิสโร, 2551) ได้จำแนกเอาไว้ดังนี้

- 1) มีความมุ่งมั่นในชีวิตอย่างแน่วแน่
- 2) มีความมั่นใจในตนเอง
- 3) มีความสามารถในการปรับตัว



- 4) มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ดี
- 5) มีความพร้อมในการเสี่ยง
- 6) การยอมรับในเรื่องความรับผิดชอบส่วนบุคคล
- 7) การมีทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ
- 8) การเปิดรับฟังความคิดเห็นต่างๆ
- 9) ความเต็มใจในการเป็นผู้ริเริ่ม
- 10) การมีความใส่ใจ

Goleman (1995; อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) ได้ให้เห็นถึงความสำคัญของความสามารถในการฟื้นคืนพลังในแง่ของความสอดคล้องระหว่างทางอารมณ์และความคิด โดยเน้นว่าลักษณะของความ สามารถในการฟื้นคืนพลังนี้ไม่สามารถวัดได้จากการใช้แบบวัดสติปัญญา แต่ผู้ที่จะสามารถอธิบายได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคและค้นพบศักยภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- 1) การมีแรงจูงใจในตนเอง
- 2) การยืดหยุ่นในการเผชิญกับภาวะที่กดดัน
- 3) การควบคุมแรงผลักดัน
- 4) ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางด้านลบของตนเองได้
- 5) ความสามารถในการเข้าใจผู้อื่นอย่างร่วมรู้สึก
- 6) ความสามารถในการรอคอยการตอบสนองความต้องการได้
- 7) มีความหวังในชีวิต

#### 4.3 การประเมินการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

คณะผู้วิจัยได้ใช้มาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family Resilience Assessment Scale) ของ Sixbey (2005) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านระบบความเชื่อ (Belief system) อันได้แก่ ค่านิยม ความกังวล เจตคติ อคติ และ
  - a. การสนับสนุน (Walsh, 1998) ซึ่งความเชื่อที่เปิดกว้างจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การเยียวยา และ ความมั่งคั่ง ในขณะที่ความเชื่อที่จำกัดจะเพิ่มปัญหา และจำกัดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยระบบความเชื่อ (Sixbey, 2005) แบ่งเป็น

- b. เข้าใจถึงความทุกข์ยาก (Making Meaning of Adversity)
  - c. มองโลกทางบวก (Positive Outlook)
  - d. มีความเชื่อในเรื่องของจิตวิญญาณและศาสนา (Transcendence and Spirituality)
- 2) ด้านรูปแบบการจัดการ (Organizational Patterns) คือ สิ่งที่ครอบครัวใช้เพื่อหาทางใน
- a. การกำจัดความเครียด ซึ่งอาจได้มาจาก ความเชื่อ ค่านิยม หรือ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม
  - b. (Sixbey, 2005) แบ่งเป็น
  - c. มีความยืดหยุ่น (Flexibility)
  - d. มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Connectedness) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Resources)
- 3) ด้านการสื่อสารหรือการจัดการปัญหา (Communication/Problem solving) คือ สิ่งที่
- a. จำเป็นต่อกระบวนการครอบครัว ในชีวิตประจำวัน และยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นเมื่อครอบครัวเผชิญกับวิกฤตการณ์ โดยแบ่งเป็นเนื้อหาอันได้แก่ ทักษะ ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือข้อมูลต่างๆ และความสัมพันธ์ คือ ลักษณะที่กำหนดรูปแบบของความสัมพันธ์ (Walsh, 1998; อ้างถึงใน Sixbey, 2005)
  - b. มีความชัดเจน (Clarity)
  - c. เปิดเผยความรู้สึก (Open Emotional Expression)
  - d. มีความร่วมมือในการแก้ปัญหา (Collaborative Problem-Solving)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของ การนับถือศาสนา และการฟื้นคืนพลังของครอบครัว พบว่า มีการศึกษาการศรัทธาในศาสนาสัมพันธ์กับความแน่นแฟ้นของครอบครัว (Stinnett, 2003) และช่วยให้คนสามารถจัดการกับปัญหาหรือวิกฤตการณ์ ส่วนหนึ่งมาจากเหตุที่ว่า การนับถือศาสนาเอื้อให้มีการมองปัญหาในทางบวก (Wiley, Warren, & Montanelli, 2002) ทักษะจิตใจอาจช่วยส่งเสริมในหลายทาง รวมถึงผ่านศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ศาสนาอื่นๆ หรือแม้แต่ลัทธิปรัชญาต่างๆ กลุ่มพึ่งพาตนเอง เช่น Al-Anon สำหรับครอบครัวที่มีปัญหาติดแอลกอฮอล์ สามารถช่วยให้ผู้คนใช้วิธีการทางบวกในการจัดการกับปัญหา

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่า ความเชื่อทางศาสนาส่งอิทธิพลต่อการรับรู้ความสุขอีกด้วย (Jenkins & Pargament, 1988) ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่รายงานความเชื่อว่าเป็นพระเจ้า ควบคุมชีวิตของพวกเขา จากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว เห็นว่า ผู้ป่วยมีความสุขที่รื่อน น้อยกว่าและยังมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีความเชื่อในเรื่องนี้ และจากการศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความเชื่อในศาสนาสัมพันธ์กับการมีความสุขที่มากกว่าและมีความ เจ็บปวดน้อยกว่า (Yates, Chalmer, St. James, Follensbee & Mckegney, 1981) อีกงานวิจัยหนึ่ง เกี่ยวกับอิทธิพลทางศาสนาศึกษาโดย Thompson และ Vardman (1997) ได้ศึกษาบทบาทของ ศาสนาที่มีต่อการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นเหยื่อในคดีฆาตกรรม โดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นญาติสนิทจำนวน 228 ที่ตอบรับการเชิญเข้าร่วมการวิจัยทางโทรศัพท์ จัดให้มีการทำแบบ วัดจำนวน 3 มาตรฐาน คือ The brief symptom inventory ของ Derogatis และ Spencer (1982) Civilian Mississippi Scale โดย Kaene, Caddell และ Taylor (1988) กับ Religious Coping Activities Scale ของ Pergament (1990) พบว่า การสนับสนุนทางศาสนานั้นสัมพันธ์กับความทุกข์ที่ เบาบาง และแทบจะไม่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post Traumatic Symptoms)

ในศาสนาอื่น เช่น ศาสนาพุทธ ได้มีงานวิจัยในประเทศไทยโดย ฤทธิรงค์ หาญรินทร์ และสม พร รุ่งเรืองกลกิจ (2551) ศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคล แนวพุทธในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 17 คน ซึ่งเข้ารับบริการปรึกษาตาม หลักอริยสัจสี่จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที รวมทั้งมอบหมายให้ผู้รับบริการฝึกการเจริญสติ อย่างน้อยวันละ 30 นาทีเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการให้ การปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการมีวิธีการแก้ไขปัญหาแบบ อริยสัจสี่มีการมองโลก มองตนถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่าง เหมาะสม โดยสรุปแล้ว จากการศึกษางานวิจัยต่างๆแสดงให้เห็นว่า การนับถือศาสนา ทั้งในทางด้าน ความศรัทธาความเชื่อ และการปฏิบัติตนในทางศาสนามีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ซึ่ง ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวคลายความเครียดลดน้อยลง มีทัศนคติในทางบวกมากยิ่งขึ้น และสามารถ เผชิญและจัดการกับปัญหาด้วยวิธีการทางบวกได้อย่างเหมาะสมด้วยเช่นกัน

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาของครอบครัว และการฟื้นคืนพลังของ ครอบครัว เช่น การศึกษาของ Baker (1989; อ้างถึงใน ปัทมา ทัพเสวีไฟ, 2534) ศึกษาถึงผลการ

เผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะประสบผลสำเร็จ ถ้าหากครอบครัวนั้นมีวิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ครอบครัวจะต้องยอมรับความเป็นจริง ได้รับการเข้าใจภาวะความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่และได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ตรงกันข้าม ถ้าหากมีการเผชิญภาวะเครียดที่ขาดประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่สนใจละทิ้งผู้ป่วย อีกทั้งยังปฏิเสธต่อการติดต่อกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งครอบครัวจะมีความโกรธ และตำหนิผู้อื่นในเรื่องการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยสรุปแล้ว อาจจะสามารถกล่าวได้ว่าการเผชิญปัญหาของครอบครัวด้วยวิธีที่แตกต่างกันอาจส่งผลกระทบต่อพลังของครอบครัวซึ่งอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ หากวิธีการเผชิญปัญหาที่ครอบครัวนั้นใช้ไม่เหมาะสม

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ดังงานวิจัยของ Grotberg (1995 อ้างถึงใน สุภาวดี ดิสโร, 2543) ได้ทำโครงการศึกษานานาชาติเรื่องความสามารถในการฟื้นคืนพลัง (The International Resilience Project) พบว่า หนึ่งในปัจจัยหลักของความสามารถในการฟื้นคืนพลัง คือ การมีแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรภายนอก (I have) ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ดังนี้

- 1) การมีความไว้วางใจ ความมั่นใจในสัมพันธภาพ เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้รับความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Love) จากพ่อแม่ และผู้ที่ให้การเลี้ยงดูหลัก รวมทั้งการได้รับความรัก ความสนใจและความช่วยเหลือจากผู้อื่นนอกจากพ่อแม่ ได้แก่ ผู้ปกครอง สมาชิกคนอื่นในครอบครัว ครู เพื่อน ซึ่ง Grotberg (1995) ได้ขยายความความสำคัญของการได้รับความรักและการสนับสนุนส่งเสริมจากคนอื่นนี้ว่าจะกลายเป็นสิ่งทดแทนสภาพการขาดรักจากคนสำคัญในชีวิต
- 2) การมีแนวทางในการปฏิบัติตัวและปฏิบัติตามกฎต่างๆในบ้านซึ่งเป็นโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ความคาดหวังที่ผู้อื่นมีต่อเขา และข้อผิดพลาดของการกระทำของตน เมื่อเด็กทำผิด พ่อแม่ผู้ปกครองจะช่วยให้เด็กเข้าใจว่า เขาทำอะไรผิด โดยจะไม่ทำร้ายเด็ก และถ้าจำเป็นต้องลงโทษ หลังจากการลงโทษเด็กจะต้องได้รับการให้อภัย และผู้ปกครองปฏิบัติกับเด็กดังเดิม ส่วนในกรณีที่เด็กทำตามกฎ กติกาได้ เขาจะต้องได้รับคำชมเชย และคำขอบใจ
- 3) การมีต้นแบบ (Role Model) บุคคลที่จะมีต้นแบบได้ตั้งแต่ พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อน และผู้ใหญ่คนอื่นๆ ซึ่งเป็นผู้แสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนาและยอมรับได้รับทั้งภายในและ

ภายนอกครอบครัว เพื่อการอยู่ร่วมในสังคมได้ รวมทั้งเป็นต้นแบบด้านศีลธรรม จริยธรรม รวมทั้งการแนะนำธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา

4) การมีอิสระในการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง พึ่งพาตนเองได้ โดยได้รับโอกาสหรือการสนับสนุนจากผู้อื่นที่เป็นผู้ใหญ่โดยเฉพาะจากพ่อแม่ สนับสนุนให้เด็กทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง เป็นอิสระ และขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น โดยพ่อแม่จะต้องรู้พื้นฐานอารมณ์ และความสามารถของเด็กที่จะปรับระดับการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับเด็ก และชื่นชมเมื่อเด็กแสดงออกถึงการเป็นผู้ริเริ่มสร้างสรรค์ และเป็นตัวของตนเอง

5) การมีแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ และความปลอดภัยให้กับชีวิต เป็นแหล่งที่ตอบสนองความต้องการของเด็ก ซึ่งครอบครัวไม่สามารถให้ได้ เช่น โรงพยาบาลและแพทย์ โรงเรียนและครู บริการต่างๆทางสังคม เช่น หน่วยงานราชการ สมาคม หรือชุมชนต่างๆ

นอกจากนี้ Hechtman (1991) ได้ทำการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) โดยพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการฟื้นพลัง ได้แก่ ความอบอุ่น ความปรองดองกันของครอบครัว นอกจากนี้ความสามารถในการฟื้นพลังยังเกี่ยวข้องกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านชุมชนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการฟื้นพลังของเด็กที่มีสมาธิสั้น ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และอิทธิพลของโบสถ์และโรงเรียน อีกทั้งจากการศึกษาโดย Cowen และ Work (1998) ได้ทำการศึกษารายรุ่นที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มีผลการเรียนและการทำงานที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดภายในครอบครัวซึ่งจะเป็นสิ่งที่ป้องกันต้านทานเหตุการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียดได้ในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มเด็กที่เสียเปรียบขาดโอกาสและความสมบูรณ์ของ Garmezy (1993) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งภายนอก และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับญาติพี่น้อง และเพื่อน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นทางด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หรือ การสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือในรูปแบบสิ่งของและข้อมูลข่าวสารก็ตาม ต่างส่งผลทางบวกต่อการฟื้นพลังที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่มากระทบต่อจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการฟื้นพลัง เช่น เพศ อายุ และระยะเวลาในการเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือความกดดัน ดังเช่น การศึกษาของ Bell (1977) พบว่า

ความแตกต่างระหว่างเพศส่งผลให้เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ต่างกัน โดยเพศชายจะนำเอาทรัพยากรต่างๆที่มีมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง อีกทั้งจากงานวิจัยของ Murray และ Zenter (1985; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) ยังระบุว่า เพศหญิงจะเปิดเผยตนเองมากกว่าเพศชายทำให้สามารถแสวงหาและยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในขณะที่เพศชายต้องมีความเข้มแข็งไม่แสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นได้รับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับ Ventura (1985 cited in Ventura, 1986; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า เพศหญิงใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ Brody (1993; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า เมื่อเพศหญิงตกอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดมักใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึก ส่วนเพศชายจะสงบควบคุมสติ (Detrimental) ด้านความแตกต่างระหว่างเพศที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม เพศหญิงมีความใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพมากกว่าเพศชาย ดังนั้นความแตกต่างระหว่างเพศทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยเพศหญิงจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าเพศชาย (Preston & Grimes, 1987 อ้างถึงใน สุตฤทัย เตชะไตรภพ, 2540)

ในการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และการฟื้นคืนพลัง พบว่า โดยทั่วไปเพศหญิงสามารถปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย (Werner, 1984, cited in Heinzer, 1995; อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grotberg (1995) ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการฟื้นคืนพลังทั้งสามองค์ประกอบของเด็กผู้หญิงสูงกว่าเด็กผู้ชาย ขณะที่สุนิพัช เปรมอมรกิจ (2542; อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) พบว่า มีเพียงลักษณะการมีอิสระที่จะกระทำสิ่งต่างๆตามแบบของตนเท่านั้นที่เพศชายสูงกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Maten (1988, cited in Stewart, Rie, Mangham, 1997; อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545) ที่พบว่า เพศหญิงมีคะแนนความสามารถทางสังคมสูงกว่าเพศชาย

ด้านระยะเวลาที่เผชิญกับความกดดัน หรือความเจ็บป่วย และการฟื้นคืนพลัง จากการศึกษาของ เทียนทอง หาระบุตร (2555) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนพลัง คือ ผู้ดูแลมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยและสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ด้วงโยธา (2553; อ้างถึงใน เทียนทอง หาระบุตร, 2555) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกๆ ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง ต่อมาเมื่อการดูแลมีระยะเวลายาวนานมากขึ้น ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของมยุรี กัลบังวงศ์

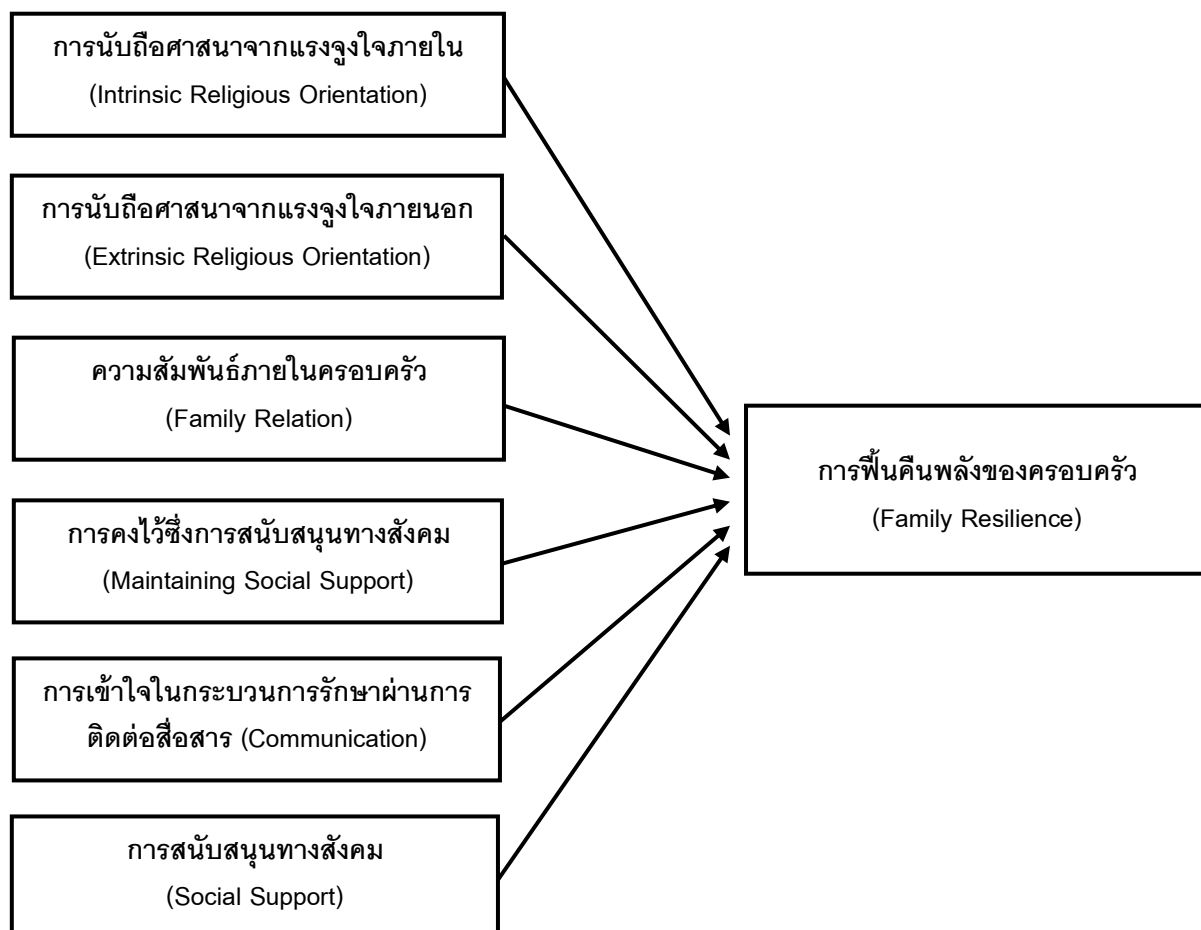
(2552; อ้างถึงใน เทียนทอง ทหารบุต, 2555) ที่พบว่า ในระยะแรกของการดูแล ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปยาวนานมากขึ้นส่งผลต่อความเครียดน้อยลงเพราะว่าประสบการณ์ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น จากการศึกษาดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นคืนพลังของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นคืนพลังของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนพลังของครอบครัว



**ภาพที่ 1** การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

### สมมติฐานการวิจัย

การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นคืนพลังของครอบครัว

### ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงพรรณาสำรวจ (Correlational Descriptive Research) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศไทยจำนวน 160 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบรายสะดวก (Convenience Sampling)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณของ Green (1991) ซึ่งมีหลักการดังนี้  $N \geq 50 + 8m$  ( $m$  คือ ตัวแปรต้น (IVs)) สำหรับการทดสอบ Multiple Correlation และ  $N \geq 104 + m$



สำหรับการทดสอบตัวแปรเพียงตัวเดียว หลักการนี้ใช้ประมาณขนาดความสัมพันธ์โดยเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต้น (IVs) กับ ตัวแปรตาม (DV),  $\alpha = .05$  และ  $\beta = .20$  ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในครั้งนี้ คือ  $N \geq 50 + 8(8) = 114$  กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อย 114 คน

## คำจำกัดความ

1. การนับถือศาสนา (Religious orientation) หมายถึง การมีความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา รวมถึงการให้คุณค่าความหมาย การมีแรงจูงใจในการนับถือศาสนา การนับถือศาสนาแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน และแรงจูงใจภายนอก ดังนี้

1.1 การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนา และปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจให้เกิดความสุข และความเจริญงอกงามทางจิตใจ ผู้ที่นับถือศาสนาจากภายในเป็นผู้ที่ปฏิบัติ และหมั่นฝึกตนเองให้เกิดความเบิกบาน และสงบสุขอยู่เสมอ นำคำสอนของศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หมั่นแสวงหาแนวทางศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจตน ทำให้เกิดความพึงพอใจภายใน เกิดความเจริญงอกงาม และความมั่นคงทางจิตใจ

1.2 การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious Orientation) เป็นการนับถือศาสนาเพื่อหวังผลประโยชน์หรือสิ่งตอบแทนบางอย่าง ผู้ที่นับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอกเป็นผู้ที่นับถือศาสนาเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ เช่น การนับถือศาสนาเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับนับถือตน การกราบไหว้ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้สมหวัง หรือ เพื่อปลุกความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตไปให้พ้นจากตนเอง เช่น โทษโชคชะตา โทษกรรม

การนับถือศาสนาในที่นี้ หมายถึงคะแนนจากมาตรวัดการนับถือศาสนาที่พัฒนาโดย มนัสชนันท์ คุณาพรสุจริต (2555) จากแนวคิดทฤษฎีการนับถือศาสนาของ Allport และ Ross (1967) และมาตรวัดการนับถือศาสนา Religious Orientation Scale-Revised (I/E- ROS) ของ Gorsuch และ McPherson (1989)

**2. การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family Coping)** คือ การตอบสนองทางปัญญาและพฤติกรรมของครอบครัวที่พยายามจะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งคุกคามร่วมกัน เพื่อบรรเทาหรือควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเรื้อรัง (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996) โดยให้มาตรวจวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพัฒนามาจากมาตรวัด Coping Health Inventory for Parents ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ McCubbin (1983) ที่แบ่ง การเผชิญปัญหาของครอบครัวออกเป็น 3 แบบ กล่าว คือ

แบบที่ 1 การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การร่วมมือภายในครอบครัว และ การดีสถานการณ์ในแง่ดี (Family Relation)

แบบที่ 2 การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความมั่นคงทางจิตใจ (Maintaining Social Support)

แบบที่ 3 การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยอื่นๆ และ บริการเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ (Communication)

การเผชิญปัญหาของครอบครัว ในที่นี้ หมายถึงคะแนนจากมาตรวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว ที่พัฒนาโดย กลุ่มนิสิตผู้วิจัย จากมาตรวัด Coping Health Inventory for Parents ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ McCubbin (1983)

**3. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)** คือ การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการสนับสนุนทางสังคม (1) ด้านวัตถุประสงค์ของ คือ การให้สนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ และการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น การบริการ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เป็นต้น (2) ด้านการประเมินเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้เข้าร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น (3) ด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูล ความรู้ ข้อเสนอแนะ ที่บุคคลสามารถที่จะนำข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นไปใช้แก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และ (4) ด้านอารมณ์เป็นการให้ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใยและการพึงพอใจต่อบุคคล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (Thoits, 1982 อ้างถึงใน; นันทินี ศุภมงคล, 2547)

การสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้ หมายถึงคะแนนที่ได้จากมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดย จุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์ นันทวัน งอพา และสุมณฑา สุวรรณธรา (2553) จากแนวคิดของ House (1981)

**4. การฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family resilience)** คือ คุณลักษณะ มิติ และคุณสมบัติของครอบครัว ที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถฟื้นคืนสภาพจากปัญหาที่มาจาก การเปลี่ยนแปลงและปรับตัวในการเผชิญกับวิกฤตการณ์ (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996) โดย Sixbey (2005) ได้แบ่งการฟื้นคืนพลังของครอบครัวออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

- 1) ด้านระบบความเชื่อ (Belief System) อันได้แก่ ค่านิยม ความกังวล เจตคติ อคติ และการสันนิษฐาน (Walsh, 1998) ซึ่งความเชื่อที่เปิดกว้างจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การเยียวยา และ ความมองงาม ในขณะที่ความเชื่อที่จำกัดจะเพิ่มปัญหา และ จำกัดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยระบบความเชื่อ
- 2) ด้านรูปแบบการจัดการ (Organizational Patterns) คือ สิ่งที่ครอบครัวใช้เพื่อหาทางในการกำจัดความเครียด ซึ่งอาจได้มาจาก ความเชื่อ ค่านิยม หรือ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม
- 3) ด้านการสื่อสารหรือการจัดการปัญหา (Communication/Problem solving) คือ สิ่งที่เป็นต่อกระบวนการครอบครัว ในชีวิตประจำวัน และยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นเมื่อครอบครัวเผชิญกับวิกฤตการณ์ โดยแบ่งเป็น เนื้อหา อันได้แก่ ทักษะ ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือ ข้อมูลต่างๆ และ ความสัมพันธ์ คือ ลักษณะที่กำหนดรูปแบบของความสัมพันธ์

**การฟื้นคืนพลังของครอบครัว** ในการวิจัยนี้ หมายถึงคะแนนที่ได้จากมาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ที่พัฒนาโดย กลุ่มนิสิตผู้วิจัย พัฒนามาจาก Family Resilience Assessment Scale ของ Sixbey (2005)

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ การสนับสนุนจากสังคมและการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนพลังของครอบครัว  
เพิ่มพูนการตระหนักความสำคัญของการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ การ  
สนับสนุนจากสังคม และกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญของการฟื้นคืนพลังใน  
สมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

## บทที่ 2

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการฟื้นคืนพลังของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยมีรายละเอียดในวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สมาชิกของครอบครัวที่มีสมาชิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 160 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบรายสะดวก (Convenience Sampling)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณของ Green (1991) ซึ่งมีหลักการดังนี้  $N \geq 50 + 8m$  ( $m$  คือ ตัวแปรต้น (IVs)) สำหรับการทดสอบ Multiple Correlation และ  $N \geq 104 + m$  สำหรับการทดสอบตัวแปรเพียงตัวเดียว หลักการนี้ใช้ประมาณขนาดความสัมพันธ์โดยเฉลี่ยระหว่างตัวแปรต้น (IVs) กับ ตัวแปรตาม (DV),  $\alpha = .05$  และ  $\beta = .20$  ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในครั้งนี้ คือ  $N \geq 50 + 8(8) = 114$  กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อย 114 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

**ส่วนที่ 2** มาตรการนับถือศาสนา มาตรการเผชิญปัญหาของครอบครัว มาตรการสนับสนุนทางสังคม และมาตรการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

1. **มาตรวัดการนับถือศาสนา** พัฒนาโดย มนัสชนันท์ คุณาพรสุจริต (2555) จากแนวคิด ทฤษฎีการนับถือศาสนาของ Allport และ Ross (1967) และมาตรวัดการนับถือศาสนา Religious Orientation Scale-Revised (I/E- ROS) ของ Gorsuch และ McPherson (1989) มี 2 องค์ประกอบ มีข้อคำถาม องค์ประกอบละ 10 ข้อ รวม 20 ข้อ ดังนี้

### 1.1 การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation)

ประกอบด้วยข้อคำถาม คือ ข้อ 1 ถึง 10 รวม 10 ข้อ

### 1.2 การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious Orientation)

ประกอบด้วยข้อคำถาม คือ ข้อ 11 ถึง 20 รวม 10 ข้อ

มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ช่วง ตรงมากที่สุด ถึงไม่ตรงเลย โดยแต่ละช่วงมีความหมาย ดังนี้

1. ตรงมากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวมีความตรงกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด
2. ตรงมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวมีความตรงกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามมาก
3. ตรง และไม่ตรงพอๆ กัน หมายถึง ข้อความดังกล่าวมีความตรง และไม่ตรงกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามพอๆ กัน
4. ไม่ค่อยตรง หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ค่อยมีความตรงกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม
5. ไม่ตรงเลย หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่มีความตรงกับตัวผู้ตอบแบบสอบถามเลย

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีการกำหนด ดังในตาราง

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
ตรงมากที่สุด	5
ตรงมาก	4
ตรง และไม่ตรงพอๆ กัน	3
ไม่ค่อยตรง	2
ไม่ตรงเลย	1

ค่าคะแนนจากแบบวัด จะอยู่ระหว่าง 20 - 100 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการนับถือศาสนามาก คะแนนต่ำ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการนับถือศาสนา น้อย

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำมาตรวจการนับถือศาสนาไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยจำนวน 60 คน จากนั้นได้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆใน แต่ละด้านและคำนวณหากกลุ่มสูงต่ำ โดยการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ด้าน พบว่า

1) มาตรการย่อยด้านการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Religious Orientation) จำนวน 10 ข้อ พบว่า ข้อกระทงผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ทั้งหมด 10 ข้อ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .92

2) มาตรการย่อยด้าน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Religious orientation) จำนวน 10 ข้อ พบว่า ข้อกระทงผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ทั้งหมด 9 ข้อ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

**2. มาตรการวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว** กลุ่มนิสิตผู้วิจัยพัฒนามาตรดังกล่าวมาจาก มาตรการวัด Coping Health Inventory for Parents ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ McCubbin (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

**2.1 การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การร่วมมือภายในครอบครัว และ การตีความสถานการณ์ในแง่ดี** ประกอบด้วยข้อคำถามดังต่อไปนี้ ข้อ 1 ถึง 19 รวม 19 ข้อ

**2.2 การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความ มั่นคงทางจิตใจ** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 20 ถึง 37 รวม 18 ข้อ

**2.3 การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย อื่นๆ และปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 38 ถึง 45 รวม 8 ข้อ

มาตรวัดนี้มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ช่วง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดย แต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
2. ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความ
3. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยกับข้อความ
4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีการกำหนด ดังในตาราง

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
ค่อนข้างเห็นด้วย	3
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ด้านการแปลผลคะแนน เมื่อรวมคะแนนในทุกข้อคำถามแล้ว ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 45 - 180 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูง คะแนนต่ำ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำ

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยได้ทำการพัฒนามาตรวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากมาตรวัด Coping Health Inventory for Parents ของ McCubbin (1983) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำข้อกระทงของมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 45 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาหรือการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอว่า ควรปรับปรุงภาษาของข้อกระทง จำนวน 15 ข้อ

2) กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเครื่องมือ (Try out) จำนวน 60 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 โดยคัดเลือกข้อกระทงที่ผ่านเกณฑ์ CITC (ค่า  $r$  วิกฤติ (58) = .298,  $\alpha$  = .05] และ ค่าที่จากกลุ่มสูงและต่ำ ดังนี้

**2.1 ด้านการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว** จำนวน 19 ข้อพบว่า ข้อกระทงผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ทั้งหมด 7 ข้อ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

**2.2 ด้านการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม** จำนวน 18 ข้อพบว่า ข้อกระทงผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ทั้งหมด 7 ข้อ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .86



**2.3 ด้านการเข้าใจในกระบวนการรักษา** จำนวน 8 ข้อพบว่า ข้อกระทงผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ทั้งหมด 6 ข้อ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

**3. มาตรการสนับสนุนทางสังคม** พัฒนามาจากมาตรวัดของจุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์ นันทวัน งอพา และสุมณฑา สุวรรณธาร ( 2553) ซึ่งพัฒนาจากมาตรวัดของลักขณา แพทยานันท์ ( 2542) โดยสร้างตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

**3.1 การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 รวม 6 ข้อ

**3.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12 รวม 6 ข้อ

**3.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 13, 14, 15, 16 รวม 6 ข้อ

**3.4 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์** ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังต่อไปนี้ ข้อ 19, 20, 21, 22, 23, 24 รวม 6 ข้อ

มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 5 ช่วง จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
2. ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความ
3. เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอกัน หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วย และไม่เห็นด้วยกับข้อความพอกัน
4. ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความ
5. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีการกำหนด ดังในตาราง

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ค่อนข้างเห็นด้วย	4
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	3
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

**การแปลคะแนน** เมื่อรวมคะแนนในทุกข้อคำถามแล้ว ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 24 - 120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยได้นำมาตรวจวัดการสนับสนุนทางสังคมจากมาตรวัดของจุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์ และคณะ (2553) ที่ทำการพัฒนามาจากมาตรวัดของลักขณา แพทยานันท์ (2542) ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ข้อกระทงทั้งหมด 24 ข้อ มี 21 ข้อที่ผ่านเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตรวัดทั้งหมด  $[r(58) = .298, \alpha = .05]$  และคำนวณหากลุ่มสูงต่ำ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .95

**4. มาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว** กลุ่มนิสิตผู้วิจัยพัฒนามาจาก มาตรวัด Family Resilience Assessment Scale ของ Sixbey (2005) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 66 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

#### 4.1 ด้านระบบความเชื่อ (Belief system) รวม 18 ข้อ

4.1.1 เข้าใจถึงความทุกข์ยาก (Making Meaning of Adversity) คือ ข้อ 1, 2, 9, 10, 12, 26, 32 รวม 7 ข้อ

4.1.2 มองโลกทางบวก (Positive Outlook) คือ ข้อ 21, 29, 30, 34, 43, 47, 63 รวม 7 ข้อ

4.1.3 มีความเชื่อในเรื่องของจิตวิญญาณและศาสนา (Transcendence and Spirituality) คือ ข้อ 19, 46, 54, 56 รวม 4 ข้อ

#### 4.2 ด้านรูปแบบการจัดการ (Organizational Patterns) รวม 27 ข้อ

4.2.1 มีความยืดหยุ่น (Flexibility) คือ ข้อ 3, 6, 7, 13, 16 รวม 5 ข้อ

4.2.2 มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Connectedness) คือ ข้อ 8, 17, 39, 42, 57, 59  
รวม 6 ข้อ

4.2.3 มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Resources) คือ ข้อ 4, 5, 14, 18, 20, 27, 37, 40, 41, 45, 49, 50, 53, 55, 61, 62  
รวม 16 ข้อ

**4.3 ด้านการสื่อสารหรือการจัดการปัญหา (Communication/Problem Solving) รวม 21 ข้อ**

4.3.1 มีความชัดเจน (Clarity) คือ ข้อ 15, 22, 23, 28, 31, 52, 65 รวม 7 ข้อ

4.3.2 เปิดเผยความรู้สึก (Open Emotional Expression) คือ ข้อ 24, 38, 44, 48,  
51, 60, 66 รวม 6 ข้อ

4.3.3 มีความร่วมมือในการแก้ปัญหา (Collaborative Problem-Solving) คือ ข้อ  
11, 25, 33, 35, 36, 58, 64 รวม 7 ข้อ

มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ช่วง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละช่วง  
มีความหมายดังนี้

1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
2. เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับข้อความ
3. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยกับข้อความ
4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีการกำหนด ดังในตาราง

คำตอบ	เกณฑ์การให้คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	1
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0

**การแปลผลคะแนน** เมื่อรวมคะแนนในทุกข้อคำถามแล้ว ค่าคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 - 198 คะแนนคะแนนสูง หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการฟื้นคืนพลังมาก คะแนนต่ำ หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการฟื้นคืนพลังน้อย

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยได้ทำการพัฒนามาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัวจากมาตรวัดของ Sixby (2005) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำข้อกระทงของมาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัวทั้ง 66 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาหรือการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอว่า ควรปรับปรุงภาษาของข้อกระทง จำนวน 17 ข้อ

2. กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำมาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปใช้ กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเครื่องมือ (Try out) จำนวน 60 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 พบว่า ข้อกระทงทั้งหมด 66 ข้อ มีเพียง 35 ข้อที่มีค่า CITC มากกว่าค่า  $r$ วิกฤติ [ $r(58) = .298, \alpha = .05$ ] โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มนิสิตผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มาตรวัดการนับถือศาสนา มาตรวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคม และมาตรวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ที่ผ่านการหาคุณภาพของเครื่องมือแล้วให้กับสมาชิกของครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 160 คนตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นกลุ่มนิสิตผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ กล่าวคือ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regressions)

### บทที่ 3

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การนับถือศาสนา จาก แรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา ของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม และ การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และ การฟื้นคืนพลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา (2) การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 160 คน (ชายร้อยละ 61.3 หญิงร้อยละ 38.8) อายุเฉลี่ย 47.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.95) ด้านการนับถือศาสนา พบว่า ร้อยละ 98.1 นับถือ ศาสนาพุทธ สำหรับสถานภาพสมรส พบว่า ร้อยละ 62.5 ระบุว่าสมรสแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มี ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวนร้อยละ 60.6 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ความสัมพันธ์เป็นบุตรมีร้อยละสูงสุดกล่าวคือ ร้อยละ 33.8 รองลงมาเป็นพ่อ - แม่ของผู้ดูแล ร้อยละ 21.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 1 ปี 9 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 74.80) ดัง รายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 100 ( $N = 160$ )

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>	หญิง	62	38.8
	ชาย	98	61.3
<b>อายุ</b>	15 - 30 ปี	13	8.1
	31 - 45ปี	50	31.3
	46 - 60ปี	83	51.9
	60 ปีขึ้นไป	14	8.8
	$M = 47.6, SD = 11.95$ ปี		
<b>ศาสนา</b>	พุทธ	157	98.1
	คริสต์	3	1.9
<b>สถานภาพสมรส</b>	โสด	45	28.1
	สมรส	100	62.5
	หย่า/หม้าย	15	9.4
<b>การศึกษา</b>	มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	97	60.6
	ปวส./ปวช.	23	14.4
	ปริญญาตรี	36	22.5
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3	1.9
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>	พ่อ-แม่	34	21.3
	บุตร	54	33.8
	ญาติพี่น้อง	28	17.5
	อื่นๆ	44	27.5

**ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 100 (N = 160)**

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	40	25.0
พนักงานบริษัทเอกชน	15	9.4
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	6.9
รับจ้าง	39	24.4
เกษตรกรรม	36	22.5
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	5	3.1
อื่นๆ	14	8.8
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	65	40.6
1-3 ปี	34	21.3
4-6 ปี	24	15.0
6 ปีขึ้นไป	37	23.1
$M = 4$ ปี 8 เดือน		$SD = 74.80$

จากตารางที่ 1 การเก็บข้อมูลขั้นต้นในงานวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมการวิจัยทั้งหมด 160 คน โดยเป็นญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 160 คน แบ่งออกเป็นเพศชาย 98 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 เพศหญิง 62 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 และมีอายุเฉลี่ย 47.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.95 กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ 157 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 นับถือศาสนาคริสต์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสจำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สถานภาพโสดจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 หย่าร้างหรือเป็นหม้ายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 ระดับปวช./ปวส. จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ระดับปริญญาตรี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ระดับปริญญาโทหรือสูงกว่าจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 และในระดับอื่นๆ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ประกอบอาชีพรับราชการจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 พนักงานบริษัทจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 พนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 อาชีพรับจ้างจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 เกษตรกรจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัวจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 อาชีพอื่นๆ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ-แม่ของผู้ดูแลจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ



ละ 21.3 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ดูแลจำนวน 54 คนคิดเป็นร้อยละ 33.8 มีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้องของผู้ดูแลจำนวน 28 คนคิดเป็นร้อยละ 17.5 ความสัมพันธ์อื่นๆ จำนวน 44 คนคิดเป็นร้อยละ 27.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 4 ปี 8 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาในการดูแลเท่ากับ 74.80 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) วิเคราะห์ด้วยวิธีการใส่ตัวแปรต้นพร้อมกันทุกตัว (Enter Method)**

ตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการ	R	R <sup>2</sup>	F
GEN	.34	.11	20.51***
DUR	.38	.14	26.54***

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

จากตาราง ที่ 2 พบว่า ตัวแปรเพศ (GENDER: GEN) ได้ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขนาดความสัมพันธ์ .34 และอธิบายความแปรปรวนในตัวแปร (R<sup>2</sup>) ได้ร้อยละ 11 และตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (DUR: DURATION) ได้ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ (R) แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขนาดความสัมพันธ์ .38 และสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปร (R<sup>2</sup>) ได้ร้อยละ 14

เนื่องจากตัวแปรเพศและตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีสหสัมพันธ์ และมีความสามารถในการทำนาย ( $\beta$ ) กับตัวแปรการฟื้นคืนพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่งผลให้กลุ่มผู้วิจัยนำตัวแปรทั้งสองเข้ามาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติร่วมกับตัวแปรต้นอื่นๆ เพื่อให้ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 3** คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในการวิจัย (N = 160)

ตัวแปร	Min	Max	M	SD
1. การนับถือศาสนาจากภายใน	13	50	38.57	6.98
2. การนับถือศาสนาจากภายนอก	10	45	28.25	8.38
3. การสนับสนุนทางสังคม	43	117	89.33	15.31
4. การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว	15	40	32.67	4.93
5. การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม	9	24	18.82	3.52
6. การเข้าใจในการรักษาโรค	14	33	24.52	4.76
7. การฟื้นคืนพลังของครอบครัว	33	120	86.49	19.94

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยพบว่า เพศที่มีค่าต่ำสุดของคะแนนคือเพศหญิง เท่ากับ 62 เพศที่มีค่าสูงสุดคือเพศชาย เท่ากับ 98 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 58.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 74.80 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 3 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 304 การนับถือศาสนาจากภายในมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 38.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.98 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 13 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 50 การนับถือศาสนาจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 28.25 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.38 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 10 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 45 การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 89.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.31 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 43 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 117 การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 32.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.93 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 15 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 40 การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 18.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.52 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 9 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 24 การเข้าใจในการรักษาโรคมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 14 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 33 การฟื้นคืนพลังของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 86.49 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.94 ค่าต่ำสุดของคะแนนเท่ากับ 33 และค่าสูงสุดของคะแนนเท่ากับ 120

## ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

กลุ่มผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานการวิจัย :** การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กลุ่มนิสิตผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรด้านลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และพบว่า เพศ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .34$  และ  $.38$  ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรเพศ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติครั้งนี้ รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังปรากฏในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การนับถือศาสนา และการเผชิญปัญหาของครอบครัว กับ การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ( $N = 160$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. เพศ	-	.29**	.12	.06	-.01	.02	.15	-.01	.34**
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		-	.004	.31**	-.07	.19*	.24**	-.05	.38**
3. การนับถือศาสนาจากภายใน			-	.23**	.23**	.44**	.50**	.37**	.37**
4. การนับถือศาสนาจากภายนอก				-	.18*	.26**	.32**	.13	.36**
5. การสนับสนุนทางสังคม					-	.39**	.30**	.21**	.33**
6. การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว						-	.68**	.47**	.58**

#### ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม							-	.39**	.65**
8. การเข้าใจในการรักษาโรค								1	.24**
9. การฟื้นคืนพลังของครอบครัว									-

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

จากตารางที่ 4 มีข้อค้นพบในงานวิจัยดังนี้

- เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างเพศ (GEN: Gender) กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (FRS: Family Resilience) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .34 ( $r = .34, p < .01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ เพศที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังต่างกันซึ่งงานวิจัยพบว่า หากเป็นเพศชายจะมีการฟื้นคืนพลังมากกว่าเพศหญิง
- เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (DUR: Duration) กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (FRS: Family Resilience) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .38 ( $r = .38, p < .01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยิ่งมีความยาวนานก็จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนพลังได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสั้นกว่า
- เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการนับถือศาสนาจากภายใน (IRO: Internal Religious) กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (FRS: Family Resilience) พบว่า การนับถือศาสนาจากภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .37 ( $r = .37, p < .01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนับถือศาสนาจาก

ภายในสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากมีการนับถือศาสนามากขึ้นเท่าไร ก็จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนพลังมากขึ้นเท่านั้น

4. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการนับถือศาสนาจากภายนอก (ERO: External Religious)กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว(FRS: Family Resilience) พบว่า การนับถือศาสนาจากภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .36 ( $r = .36, p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนับถือศาสนาจากภายนอกสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ เมื่อผู้ดูแลมีคะแนนการนับถือศาสนาจากภายในสูง ก็จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนพลังสูงตามมา
5. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว(FRL: Family Relation)กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว(FRS: Family Resilience) พบว่า การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .33 ( $r = .33, p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากคะแนนการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวสูง ก็จะส่งผลให้มีการฟื้นคืนพลังในระดับสูง
6. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม(MSS: Maintaining Social Support)กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว(FRS: Family Resilience) พบว่า การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .58 ( $r = .58, p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากมีการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสูง ก็จะส่งผลให้การฟื้นคืนพลังสูงขึ้นด้วย
7. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการเข้าใจในการรักษาโรค (UMS: Understanding Medical Situation)กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว(FRS: Family Resilience) พบว่า การเข้าใจในการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .65 ( $r = .65, p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าใจในการรักษาโรคสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากมีคะแนนการเข้าใจในการรักษาโรคสูง จะทำให้มีการฟื้นคืนพลังสูง

8. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม(SS)กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว(FRS: Family Resilience) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .24 ( $r = .24, p < .01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ กล่าวคือ หากมีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ก็จะทำให้มีการฟื้นคืนพลังเพิ่มมากขึ้นด้วย

ตารางที่ 5 แสดงค่าภาวะร่วมเส้นตรงพหุระหว่าง ตัวแปรต้นที่ศึกษา (N = 160)

ตัวแปร	ภาวะร่วมเส้นตรง	
	Tolerance	VIF
1. เพศ	.88	1.14
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.74	1.36
3. การนับถือศาสนาจากภายใน	.68	1.48
4. การนับถือศาสนาจากภายนอก	.81	1.24
5. การสนับสนุนทางสังคม	.73	1.38
6. การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว	.81	1.24
7. การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม	.44	2.29
8. การเข้าใจในการรักษาโรค	.46	2.19

ต่อมาทำการทดสอบสภาวะร่วมเส้นตรง (Collinearity) และอัตราส่วนความแปรปรวนเพื่อ (Variance Inflation Factor: VIF) ของตัวแปรต้น โดยพิจารณาจากเกณฑ์ของ Hair และคณะ (2009) ที่กำหนดไว้ว่า ค่า Tolerance ต้องมีค่ามากกว่า .10 และค่า VIF ต้องมีค่าที่ไม่ควรเข้าใกล้หรือเกิน 10 ซึ่งพบว่าตัวแปรทั้งหมด มีค่า Tolerance และค่า VIF ในเกณฑ์ที่กำหนดแสดงว่า ไม่พบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ถือว่า ผ่านข้อกำหนดจึงสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไปได้ ดังตารางที่ 5

ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยใช้วิธีการใส่ตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณแบบพร้อมกัน 8 ตัว (Enter) สำหรับการสร้างสมการในการทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว โดยมีการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การ

คงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวทำนาย

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ดังนั้น ผลการวิจัยจึง **สนับสนุนสมมติฐาน** โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ ร้อยละ 58 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยที่ตัวแปรการเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการเข้าใจในการรักษาโรคมึ่น้ำหนักในการทำนายสูง ( $\beta = 35, R^2 = .58, F(158, UMS) = 25.95, p < .001$ ) และรองลงมา คือ ตัวแปร การเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .25, R^2 = .58, F(158, MMS) = 25.95, p < .01$ )

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta (N = 160)

ตัวแปร	B	SEb	Beta ( $\beta$ )	F (8,151)	R <sup>2</sup>	R
				25.95**	.58**	.76**
ค่าคงที่	29.55	7.27				
1. เพศ	5.80	1.43	.23**			
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.03	.01	.16*			
3. การนับถือศาสนาจากภายใน	.05	.13	.02			
4. การนับถือศาสนาจากภายนอก	.15	.09	.10			
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.05	.06	-.05			
6. การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว	.75	.34	.13*			
7. การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม	1.02	.33	.25**			
8. การเข้าใจในการรักษาโรค	1.30	.30	.35**			

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

จากตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญ

ของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย t-test สามารถนำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาเขียนเป็นสมการพยากรณ์การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ได้ดังนี้

$$\text{FRS} = 29.55 + 5.8 (\text{GEN}) + 0.03 (\text{DUR}) + 0.05(\text{IRO}) + 0.15(\text{ERO}) - 0.05 (\text{SS}) + 0.75 (\text{FRL}) + 1.02 (\text{MSS}) + 1.30 (\text{UMS})$$

จากสมการทำนายที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ทำนายด้วยวิธีการใส่ตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณแบบพร้อมกัน 8 ตัวแปร (ENTER) สามารถแปลความได้ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวเพศชายมีการฟื้นคืนพลังมากกว่าสมาชิกในครอบครัวเพศหญิงมากถึงเกือบหกเท่า (5.8 )
2. ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การที่สมาชิกครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยนานมากขึ้นอีก 1 ปี จะทำให้การฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเดิม 0.03 คะแนน
3. ด้านการนับถือศาสนา การที่สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาด้านการนับถือศาสนาจากภายใน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ก็จะทำให้การฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.05 คะแนน ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของการนับถือศาสนาจากภายนอก 1 คะแนน จะทำให้ส่วนคะแนนการฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากล่าวคือ เพียง 0.15 คะแนน
4. ด้านการสนับสนุนทางสังคม การที่สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้การฟื้นคืนพลังของครอบครัวลดลง 0.5 คะแนน
5. ด้านการเผชิญปัญหา การที่สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย มีการเผชิญปัญหา เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่ต่างกัน กล่าวคือ การส่งเสริมการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้การฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.75 คะแนน ส่วนการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มการฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1.02 คะแนน และ การเข้าใจในการรักษาโรค ทำให้การฟื้นคืนพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1.30 คะแนน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โดยรวมสมการข้างต้นสามารถทำนายความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ร้อยละ 58 โดยมีการเข้าใจในการรักษาโรคนี้น้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด



$(\beta = .35, p < .01)$  รองลงมาคือ การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม  $(\beta = .25, p < .01)$  เพศ  $(\beta = .23, p < .01)$  ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย  $(\beta = .16, p < .01)$  การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว  $(\beta = .13, p < .01)$  การนับถือศาสนาจากภายนอก  $(\beta = .10, p < .01)$  การนับถือศาสนาจากภายใน  $(\beta = .02, p < .01)$  และการสนับสนุนทางสังคม  $(\beta = -.05, p < .01)$

## บทที่ 4

### การอภิปรายผล

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบนำตัวแปรทุกตัวเข้าในสมการ (Enter Method- Multiple Regressions) สามารถอภิปรายผลการวิจัยในสมมติฐานได้ดังนี้

**สมมติฐาน** การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการ รักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ดังนั้น ผลการวิจัยจึง **สนับสนุนสมมติฐาน** โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ ร้อยละ 58 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยที่ตัวแปรการเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการเข้าใจในการรักษาโรคนี้น่าหนักในการทำนายสูงที่สุด ( $\beta = 35, R^2 = .58, F(158, UMS) = 25.95, p < .001$ ) และรองลงมา คือ ตัวแปร การเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .25, R^2 = .58, F(158, MMS) = 25.95, p < .01$ ) สำหรับผลการศึกษาที่พบสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

**ประเด็นแรก** การเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบการเข้าใจการรักษาโรคมีน้ำหนักในการทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวสูงสุด ( $\beta = 35, R^2 = .58, F(158, UMS) = 25.95, p < .001$ ) การเผชิญปัญหาแบบการเข้าใจการรักษาโรค คือ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มุ่งเน้นในด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมไปถึงการเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรักษา และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในบ้าน (McCubbin, 1983) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การที่ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบการคงไว้ซึ่งการเข้าใจการรักษาโรค มากขึ้นเพียงใด จะส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวให้เพิ่มสูงขึ้นมากเท่านั้น ในทางกลับกัน หากครอบครัวมีการคงไว้ซึ่งการเข้าใจการรักษาโรคในครอบครัวน้อย การฟื้นคืนพลังของครอบครัวจะลดต่ำลงเช่นกัน

**ประเด็นที่สอง** การเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม มีน้ำหนักในการทำนาย การฟื้นคืนพลังของครอบครัว เป็นลำดับที่สอง ( $\beta = .25, R^2 = .58, F(158, MMS) = 25.95, p < .01$ ) การเผชิญปัญหาแบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม คือ การพยายามคงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ดูแล ผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้ครอบครัวข้าง เช่น การพูดคุย ออกไปสังสรรค์ รวมไปถึงการมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย (McCubbin, 1983) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การที่ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม มากขึ้นเพียงใด จะส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวให้เพิ่มสูงขึ้นมากเท่านั้น ในทางกลับกัน หากครอบครัวมีการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง การฟื้นคืนพลังของครอบครัวจะลดต่ำลงเช่นกัน

ข้อค้นพบในประเด็นที่ 1 และ 2 ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Baker (1989; อ้างถึงใน ปัทมา ทัพเสริมโท, 2534) ซึ่งศึกษาถึงผลการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพกับปฏิภยาของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในด้านการเข้าใจการรักษาโรค คือ การยอมรับถึงการถูกจำกัดขอบเขตในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทในบ้านเดียวกัน และการสามารถเฝ้าสังเกตถึงอาการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อใดเพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ เกิดความเบื่อหน่ายที่จะดูแลผู้ป่วยไม่สนใจละทิ้งผู้ป่วย เช่นเดียวกัน การศึกษาของ Baker (1989; อ้างถึงใน

บัทมา ทัพเสรีฟไท, 2534) ได้กล่าวถึง การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในด้านการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว การศึกษา หรือสอบถามเรื่องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยจากญาติของผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีโรคคล้ายกัน และการได้รับความช่วยเหลือและการได้รับการเข้าใจในภาวะของครอบครัวของพยาบาล และแพทย์จะช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ ปฏิเสธต่อการติดต่อกับบุคคลรอบข้าง จากข้อค้นพบดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบการเข้าใจการรักษาโรคการ และเผชิญปัญหาของครอบครัวแบบแบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการฟื้นคืนพลังของครอบครัวของบุคคล

**ประเด็นที่ 3** ผลจากการวิจัยแสดงว่าเพศที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่แตกต่างกัน เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

**ประการแรก** เพศชายมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา ในขณะที่เพศหญิงมุ่งจัดการอารมณ์มากกว่า ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันนั้นส่งผลต่อการปรับตัวเมื่อเจอกับปัญหาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศชายมีการปรับตัวที่ดีกว่าเพศหญิง เหตุนี้เองเพศชายจึงมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังมากกว่าเพศหญิง

**ประการที่สอง** เพศชายมีทักษะในการนำสิ่งต่างๆ รอบตัวมาประยุกต์ใช้เมื่อประสบกับปัญหามากกว่าเพศหญิง เช่น เมื่อเพศชาย – หญิงหลงทางในป่า เพศชายมีทักษะในการเอาตัวรอดด้วยการแสวงหาอาหาร ที่พักอาศัยจากทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัวมากกว่าเพศหญิง ประการนี้เองทำให้เพศชายสามารถทำความเข้าใจ และปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่ปกติได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังมากกว่าเพศหญิง

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bell (1977; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศส่งผลให้เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ต่างกัน โดยเพศชายจะนำเอาทรัพยากรต่างๆ ที่มีมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังมากกว่าเพศหญิง

**ประเด็นที่ 4** ผลจากการวิจัยแสดงว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่แตกต่างกัน เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

**ประการแรก** ในช่วงแรกเมื่อบุคคลประสบปัญหา บุคคลยังไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากยังขาดความพร้อม และไม่มีที่ตั้งตัวล่วงหน้า แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง บุคคลปกติจะสามารถปรับตัว และปรับจิตใจให้ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามแก้ไข เพราะเหตุนี้เอง เมื่อสมาชิกในครอบครัวของตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังในช่วงแรก บุคคลยังไม่สามารถปรับตัวได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง บุคคลก็มีการปรับตัว ซึ่งส่งผลให้บุคคลผู้นั้นมีการฟื้นคืนพลังที่ดีกว่าช่วงแรก

**ประการที่สอง** บุคคลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะเวลาที่นานกว่าจะมีประสบการณ์ที่ดีกว่าบุคคลที่เพิ่งเริ่มดูแลสมาชิกในครอบครัวของตน เมื่อมีประสบการณ์ที่มากกว่า ย่อมมีความรู้ และความเข้าใจ ซึ่งถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วยระยะเวลาที่นานกว่าจะมีการปรับตัวที่ดีกว่า และสุดท้ายการปรับตัวที่ดีกว่านำไปสู่ความสามารถในการฟื้นคืนพลังที่ดีกว่า

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดันติมา ด้วงโยธา (2553) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกๆ ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง ต่อมาเมื่อการดูแลมีระยะเวลายาวนานมากขึ้น ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและมีการฟื้นคืนพลังที่ดี ได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ มยุรี กลั้ววงศ์ (2552) ที่พบว่า ในระยะแรกของการดูแล ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปยาวนานมากขึ้นส่งผลต่อความเครียดน้อยลงเพราะว่าประสบการณ์ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น จึงสรุปได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

**ประเด็นที่ 5** การวิจัยครั้งนี้ ไม่พบอิทธิพลของการนับถือศาสนาจากภายใน การนับถือศาสนาจากภายนอก และ การสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวเมื่อควบคุม ตัวแปรที่เหลือในสมการทำนาย กล่าวคือ ไม่ว่าจะสมาชิกในครอบครัวที่มีการนับถือศาสนาจากภายใน การนับถือศาสนาจากภายนอก และ การสนับสนุนทางสังคม จะเพิ่มขึ้นมากเพียงใด ก็จะไม่ทำให้การฟื้นคืนพลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อค้นพบดังกล่าว ไม่สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ในเรื่องการนับถือศาสนาจากภายใน เช่น Jenkins และ Pargament (1988) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่รายงานความเชื่อว่าจะเจ้าควบคุมชีวิตของพวกเขาจากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ร้อนน้อยกว่า และยังมี การเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีความเชื่อในเรื่องนี้และจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายพบว่า ความเชื่อในศาสนาสัมพันธ์กับการมีความสุขที่มากกว่า และมีความเจ็บปวดน้อยกว่า (Yates, Chalmer, St. James, Follensbee & Mckegney, 1981) ด้านการนับถือศาสนาจาก ภายนอก การศึกษาคั้งนี้ก็ไม่ได้ไปในทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยเรื่องการ ศรัทธาในศาสนาสัมพันธ์กับความแน่นแฟ้นของครอบครัว (Stinnett, 2003) และช่วยให้คนสามารถ จัดการกับปัญหาหรือวิกฤติการณ์ ส่วนหนึ่งมาจากเหตุที่ว่า การนับถือศาสนาเอื้อให้มีการมองปัญหา ในทางบวก (Wiley, Warren, & Montanelli, 2002) ทักษะจิตทางจิตใจอาจช่วยส่งเสริมในหลายทาง รวมถึงผ่านศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม ศาสนาอื่นๆ หรือแม้แต่ลัทธิปรัชญาต่างๆ กลุ่มพึ่งพาตนเอง เช่น AI - Anon สำหรับครอบครัวที่มีปัญหาติดแอลกอฮอล์ สามารถช่วยให้ผู้คนใช้วิธีการทางบวกใน การจัดการกับปัญหา อีกการศึกษาหนึ่งคือ งานวิจัยของ Thompson และ Vardman (1997) ที่ได้ ศึกษาบทบาทของศาสนาที่มีต่อการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นเหยื่อในคดี ฆาตกรรม พบว่า การสนับสนุนทางศาสนานั้นสัมพันธ์กับความทุกข์ที่เบาบาง และแทบจะไม่มี ความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post Traumatic Symptoms) เนื่องจาก เหตุผลดังต่อไปนี้

**ประการแรก** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้การนับถือศาสนาจากภายใน และการนับถือศาสนาจากภายนอกไม่มี ความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว เนื่องจากเพศชายมีรูปแบบการจัดการปัญหา แบบมุ่งจัดการกับปัญหา และจัดการปัญหานั้นด้วยตัวเองมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้เพศ ชายแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจน้อยกว่าเพศหญิงเมื่อประสบปัญหา ดังนั้นถึงแม้เพศชาย จะมีการนับถือศาสนาจากภายใน การนับถือศาสนาจากภายนอก และ การสนับสนุนทาง สังคมน้อย แต่เพศชายสามารถมีการฟื้นคืนพลังได้

**ประการที่สอง** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นคืนพลังของครอบครัว เนื่องจากเพศชายมีเพศชายไม่ต้องการแสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นได้รับรู้ ในขณะที่เพศหญิง

จะเปิดเผยตนเองมากกว่าเพศชายทำให้สามารถแสวงหา และยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงทำให้เพศชายมีแสวงหาหารสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าเพศหญิง แต่ถึงกระนั้นเพศชายก็สามารถมีการฟื้นคืนพลังเช่นเดียวกับเพศหญิง

ข้อค้นพบนี้สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปร การนับถือศาสนาทั้ง 2 แบบ และการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันกับ เพศ ระยะเวลาในการดูแล และตัวแปรต้นอื่นๆ ความเป็นไปได้ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น Murray และ Zenter (1985) พบว่า เพศหญิงจะเปิดเผยตนเองมากกว่าเพศชายทำให้สามารถแสวงหา และยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ในขณะที่เพศชายต้องมีความเข้มแข็งไม่แสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นได้รับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับ Ventura (1985; cited in Ventura, 1986; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า เพศหญิงใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ Brody (1993; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า เมื่อเพศหญิงตกอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดมักใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึก ส่วนเพศชายจะสงบควบคุมสติ (Detrimental) สุดท้ายการศึกษาของ Bell (1977; อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศส่งผลให้เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ต่างกัน โดยเพศชายจะนำเอาทรัพยากรต่างๆ ที่มีมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะคุกคามได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังมากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรจะได้มีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ควบคุมความแตกต่างของตัวแปรลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทราบอิทธิพลเฉพาะของตัวแปรทั้งสาม ต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวต่อไป

**ประเด็นสุดท้าย** คือ จากโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยในระยะเวลาเพียงสั้นๆ จึงทำให้การนับถือศาสนาทั้งสองแบบ ได้แก่ การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน และการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอกสามารถส่งผลต่อการฟื้นคืนพลังเช่นเดียวกัน แต่ถ้าหากงานวิจัยเป็นไปในลักษณะการศึกษาระยะยาว ผลจากการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน จะมีความแตกต่างจากการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก กล่าวคือ การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายในจะส่งผลให้บุคคลเกิดการฟื้นคืนพลังมากกว่าในระยะยาว เพราะการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน คือ การที่บุคคลศึกษา และพยายามทำความเข้าใจหลักคำสอนทางศาสนาอย่างจริงจัง เพื่อนำไปปฏิบัติตาม ดังนั้นบุคคลจะมี

การปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคติ และการกระทำ (พฤติกรรม) ของตนให้ไปในทิศทางเดียวกันกับศาสนาที่ตนนับถือ เพราะเหตุนี้เองเมื่อบุคคลเผชิญอุปสรรคใดๆ หรือเรื่องเวรร้ายเพียงใด ในระยะยาวบุคคลจะมีการฟื้นคืนพลังที่ดีกว่า เพราะสามารถปรับตัวได้ดีกว่านั่นเอง ในขณะที่บุคคลที่นับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก คือ บุคคลที่นับถือศาสนาในทางสายเปลือก (นับถือตามกระแสสังคม และนับถือเพื่อหวังผลตอบแทน) ในระยะสั้นการนับถือศาสนาแบบนี้อาจช่วยให้บุคคลมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้ตนผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ แต่ในระยะยาวการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอกอาจไม่ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี จึงส่งผลให้บุคคลมีการฟื้นคืนพลังที่น้อยกว่าบุคคลที่นับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fran H. Norris Melissa Tracy และ Sandro Galea (2009) ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลระยะยาวเพื่อศึกษาการฟื้นคืนได้ของประชากร 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชากรที่ประสบกับเหตุการณ์น้ำท่วมที่เม็กซิโกในปี 1999 และประชากรที่ประสบกับวิกฤตการณ์ผู้ก่อการร้ายเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2001 ผลปรากฏว่าในช่วงแรกๆ หลังประสบวิกฤตการณ์ ทั้งชาวเม็กซิโก และชาวนิวยอร์คมีการแสดงออกถึงความเจ็บปวดจากการเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่แตกต่างกัน และมีการฟื้นคืนพลังในระดับใกล้เคียง แต่เมื่อเวลาผ่านไปมีเพียงชาวนิวยอร์คที่ยังมีการแสดงความเจ็บปวดโศกเศร้า ในขณะที่ชาวเม็กซิโกมีการฟื้นคืนพลังที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ชาวเม็กซิโกส่วนใหญ่มีการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายในมากกว่าชาวนิวยอร์ค



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัวในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

#### สมมติฐานการวิจัย

การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการฟื้นคืนพลังของครอบครัว

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ สมาชิกของครอบครัวที่มีสมาชิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 160 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเครื่องมือ (Try out) จำนวน 60 คน และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 160 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. มาตรฐานวัดการนับถือศาสนา พัฒนาโดย นมัสชนน์ คุณาพรสุจริต (2555) จากแนวคิดทฤษฎีการนับถือศาสนาของ Allport และ Ross (1967) และมาตรฐานวัดการนับถือศาสนา Religious Orientation Scale-Revised (I/E- ROS) ของ Gorsuch และ McPherson (1989)
2. มาตรฐานวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว กลุ่มนิสิตผู้วิจัยพัฒนามาจาก The Coping Health Inventory for Parents (CHIP) ของ McCubbin, McCubbin, Nevin, และ Cauble (1981)

3. มาตรการจัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย จุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์, นันทวัน งามพา และสุมณฑา วุวรรณธาร (2553) จากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

4. มาตรการฟื้นคืนพลังของครอบครัว กลุ่มนิสิตผู้วิจัยพัฒนามาจาก The Family Resilience Assessment Scale ของ Sixbey (2005)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบสอบถามซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสำรวจตนเองที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล มาตรการสนับสนุนศาสตราจารย์พัฒนาจากมาตรการสนับสนุนทางสังคม และมาตรการฟื้นคืนพลังของครอบครัว ให้กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกของครอบครัวที่มีสมาชิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในภาคกลางของประเทศไทยทั้งสิ้นจำนวน 160 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ค่าสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของตัวแปร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และ คำนวณค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

2. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis; MRA) ด้วยวิธีการใส่ตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการพร้อมกัน (Enter) เพื่อสร้างสมการทำนายตัวแปรตามการฟื้นคืนพลังของครอบครัวในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวทำนาย

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1. การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายใน การนับถือศาสนาจากแรงจูงใจภายนอก การเผชิญปัญหาของครอบครัว 3 แบบ (ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม การเข้าใจกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย การฟื้นคืนพลังของครอบครัว ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐาน โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ ร้อยละ 58 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยที่ตัวแปรการเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการเข้าใจในการรักษาโรคนี้นำหนักในการทำนายสูงที่สุด ( $\beta = .35, R^2 = .58, F(158, UMS) = 25.95, p < .001$ ) และรองลงมา คือ ตัวแปร การเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .25, R^2 = .58, F(158, MMS) = 25.95, p < .01$ )

2. การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหาของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการฟื้นคืนพลังของครอบครัวได้ร้อยละ 58 โดยมีการเข้าใจในการรักษาโรคนี้นำหนักในการทำนายสูงที่สุด ( $\beta = .35, p < .01$ ) รองลงมา คือ การคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .25, p < .01$ ) เพศ ( $\beta = .23, p < .01$ ) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่สูงสุด ( $\beta = .16, p < .01$ ) การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว ( $\beta = .13, p < .01$ ) การนับถือศาสนาจากภายนอก ( $\beta = .10, p < .01$ ) การนับถือศาสนาจากภายใน ( $\beta = .02, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.05, p < .01$ )

## ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเผชิญปัญหาที่ดีส่งผลให้มีการฟื้นคืนพลังของครอบครัว โดยเฉพาะการเผชิญปัญหาของครอบครัว แบบการเข้าใจในการรักษาโรค และแบบการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับนักจิตวิทยา และผู้ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมุ่งให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในด้านดังกล่าว เพื่อให้บุคคลมีการฟื้นคืนพลังของครอบครัวที่ดีต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรเพศ และช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อตัวแปรอื่นๆ ในงานวิจัย ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ทำการวิจัยด้านนี้ คือ ควรนำตัวแปรดังกล่าว มาร่วมวิเคราะห์ในงานวิจัยด้วย เพื่อผลที่ได้ออกมาจะสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยในครั้งนี้เกิดจากการสุ่มแบบตามสะดวก และมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่ดี อีกทั้งยังมีความสามารถในการทำนายต่ำ ข้อเสนอแนะในครั้งต่อไป คือ ควรสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

4. จากการเก็บกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลักมีหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมที่มีทั้งคล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน จึงอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อตัวแปรอื่นๆ และส่งอิทธิพลต่อการฟื้นคืนพลังของครอบครัวก็เป็นได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรนำปัจจัยดังกล่าวมาทำการศึกษาร่วมด้วย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- จุฑาทิพย์ ชิวะสุจินต์ นันทวัน งอพา และสุมณฑา สุวรรณธาร. (2553). *ความเครียด ความสุข และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างมารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก และมารดาที่มีบุตรปกติ*.  
โครงการทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตันติมา ด้วงโยธา.(2553). การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำ  
ปรึกษาเป็นรายบุคคล. ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นันท์นี่ ศุภมงคล. (2547). *ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของ  
นิสิตนักศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลัง  
และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา  
การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ทัพเสรีฟูไท. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคม กับการ  
เผชิญภาวะความเครียดของครอบครัวจิตเภทผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัสชนน์ คุณาพรสุจริต (2555) :*เหตุการณ์ในชีวิตทางลบ การนับถือศาสนา สุขภาวะทางจิต  
วิญญาณ และความสุขในบริบทพุทธธรรมของนักศึกษามหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา มิ่งเมือง) .2540). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิด พิจารณาความเป็นจริง  
ต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- สุขศรี เลิศอารมย์. (2544). ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของ บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุภาพรณ โคตรจรัส. (2539). *ความเครียดและการบริหารความเครียด*. เอกสารการประชุมวิชาการ สมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย: 1-14.
- สุภาวดี ดิสโร. (2551). *ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นพลังของนักศึกษา มหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- assessment & health promotion strategies through the life span (p. 137 – 153, 233 –253).  
Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Barbarin, O. A., Hughes, D., & Cheslr, M. A. (1985). Stress, coping, and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 473-480.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress and health: A Comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35(2).
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314
- Fine, S. B. (1991). Resilience and human adaptability: Who rises above adversity?.  
*American Journal of Occupational Therapy*, 45(6), 493-503.
- Cowen, E. L., & Work W. C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 591-607.

- Fran, H. Norris., Melissa, T. and Sandro, G. (2009). Looking for resilience : Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science and Medicine*, 68, 2190-2198.
- Friedrich, W. N. (1979). Predictors of coping behavior of mothers of handicapped children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1140-1141.
- Garmezy, N. (1993) Stressors of Childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/Extrinsic measurement: I/E-Revised and single-item scales. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 28, 34-354.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide for promoting resilience in children: strengthening the human spirit. (Early childhood development: Practice and Reflection No.8)* The Hague, The Netherlands, the Bernard van Leer Foundation.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate behavioral research*, 26(3), 499-510.
- Hechtman, L. (1991). Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 415-421.
- Hill R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. New York: Harper & Row (reprinted by Greenwood Press, Westport, CT, 1971).
- Jenkins, R. A., & Pargament, K. I. (1988). Cognitive appraisals in cancer patients. *Social Science and Medicine*, 26, 625-633.
- Jordan, J. (1992) *Relational resilience*. Stone Center Colloquia Series. Wellesley, MA: Wellesley College.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 85-102). Boulder, CO: Westview
- Kalnins, I. V., M. P. Churchill, and G.E. Terry. (1980). Concurrent stresses in families with a leukemic child. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 81-92.

- Kaplan, C., Turner, S., Nerman, E., & Stillson, K. (1996). *Promoting resilience strategies: A modified consultation model*. National Association of Social Workers Inc. 18(3).
- Kupst, M. J., & Schulaman, J. L. (1988). Long-term coping with pediatric leukemia: A 6 year follow-up study. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 7-22.
- Lazarus, R. S., (1976), *Patterns of adjustment*, New York: McGraw-Hill.
- Lewis, B.L., and Khaw, K. (1982). Family functioning as a mediating variable affecting psychosocial adjustment of children with cystic fibrosis. *Journal of Pediatrics*, 101, 636-640.
- Luthar, S. S., Cichetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- MacVicar, M., & Archold, P. (1976). A framework for family assessment in chronic illness. *Nursing Forum*, 15(2), 180-194.
- McCubbin, H. I. (1979). Integrating coping behavior in family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 40, 237-244.
- McCubbin, H. I., & Figley, C. R. (1983). *Stress and the family. Volume 1: Coping with normative transitions*. New York: Brunner/Mazel.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-35.
- McCubbin, H. I., Olson, D., D., & Larsen, A. (1996). Family crisis oriented personal scales (F-COPES). In H. I. *Family assessment: Resilience, coping and adaptation-Inventories for research for research and practice* (pp. 455-508). Madison: University of Wisconsin. (Original work published in 1981).
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1991). *Family stress theory and assessment: The Resiliency Model of Family Stress Adjustment and Adaptation*. In H. I. McCubbin & A. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 3-31). Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency,*



- coping and adaptation. *Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- McCubbin, H. I., Thomapson, E. A., Thompson, A. I., & Fromer, J. E. (Eds.) (1998). *Resiliency in Native American and Contemporary trends and issues. immigrant families*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McCubbin, H.I., McCubbin, M.A., Patterson, J.M., Cauble, A.E., Wilson, L.R. & Warwick, W. (1983).CHIP-Coping Health Inventory for Parents: An Assessment of Parental Coping Patterns in the Care of the Chronically Ill Child. *Journal of Marriage and the Family*, 359-370.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978).The structure of coping.*Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to sychiatric disorder. *British journal of Psychiatry*, 147, 59-611.
- Sixbey, M. T. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. *Dissertation Abstracts International*, (UMI No.3204501)
- Smith, T. B., McCullough, M E. & Poll, J. (2003).Religiousness and depression; Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.
- Taylor, S. (2006). Tend and befriend: Biobehavioral bases of affiliation under stress. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (6), 273-77.
- Tsang, J., & McCullough, M. E. (2003). Measuring religious constructs: A hieararchical approach to construct organiation and scale selection. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*(pp. 345-360). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., St James, P., Follansbee, M., &McKegney, F. P. (1981).Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Paediatric Oncology*, 9, 12-128.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคัมภีร์  
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ดร.สุภลักษณ์ ลวดลาย  
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. .อาจารย์ศักดิ์พัฒน์ งามเอก  
อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ข**  
**การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดสำหรับญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

**ตารางที่ 7** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน  
(Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการนับถือศาสนา (Religious) 20 ข้อ (N = 60)

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)	ข้อกระทง ที่ผ่านการ วิเคราะห์
<b>ด้านการนับถือศาสนาจากภายใน(Intrinsic Religious Orientation)</b>				
1	ฉันเชื่อมั่นและปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนาอยู่เสมอ	6.04***	.711	✓
2	ฉันสวดภาวนาตามแนวทางศาสนาของฉันเพื่อให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย	5.34***	.589	✓
3	ฉันมีศาสนาเป็นหลักนำทางในการใช้ชีวิต	5.09***	.721	✓
4	การปฏิบัติตามหลักศาสนาทำให้ฉันมีจิตใจที่มั่นคง	6.15***	.725	✓
5	ฉันเรียนรู้หลักคำสอนทางศาสนาจากการพูดคุยกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ	5.68***	.513	✓
6	ฉันค้นหาแนวทางปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจของฉัน	6.13***	.705	✓
7	ฉันหมั่นฝึกสมาธิตามหลักศาสนาเพื่อไม่ให้จิตใจฟุ้งซ่านและกังวล	11.38***	.803	✓
8	การปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือทำให้ฉันมีสติรู้ตัวอยู่เสมอ	9.03***	.854	✓
9	การนับถือศาสนาทำให้ฉันมีจิตใจที่สงบสุข	7.46***	.805	✓
10	ฉันหมั่นศึกษาคำสอนทางศาสนาเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจ	5.68***	.574	✓
		<b>α</b>	.916	10

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)		ข้อกระทง ที่ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
<b>ด้านการนับถือศาสนาจากภายนอก (Extrinsic Religious Orientation)</b>					
11	ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเหลือในยามที่ฉันมี ปัญหา	5.61***	.629	.681	✓
12	ฉันหวังว่าจะได้รับผลบุญตอบแทนจึงให้ทานบริจาค	10.08***	.740	.712	✓
13	ฉันนับถือศาสนาเพื่อชาติหน้าฉันจะได้ไปสวรรค์	8.81***	.803	.801	✓
14	ฉันกราบไหว้เทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันนับถือเพื่อขอพรอยู่ เสมอ	10.63***	.695	.755	✓
15	การนับถือศาสนาช่วยให้ฉันแคล้วคลาดปลอดภัย	7.78***	.647	.685	✓
16	เมื่อฉันพบเจอเรื่องร้าย ๆ ฉันคิดว่าเป็นเพราะฉันไม่ได้เคารพ บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์	10.61***	.686	.677	✓
17	ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้สมหวังในชีวิต	15.00***	.814	.787	✓
18	ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในตัวฉัน	8.11***	.665	.621	✓
19	ฉันบูชาเทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือเพื่อจะได้รับการ ปกป้องคุ้มครอง	9.97***	.768	.826	✓
20	ฉันไม่คิดว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ใดๆที่ช่วยฉันได้นอกจากตัวฉันเอง	- .56	-2.90	-	
<b>α</b>			.877	.924	9

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน  
(Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family Coping) จำนวน 45 ข้อ (N = 60)

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
<b>ด้านการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relation)</b>						
1	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยในครอบครัวของฉันจะมี อาการดีขึ้น	5.92** *	.646	.755	.755	✓
2	ฉันทุ่มเทตนเองให้กับผู้ป่วยในครอบครัว ของฉัน	5.26** *	.549	.609	.727	✓
3	ฉันพยายามร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยใน ครอบครัวของฉัน	3.09**	.384	.502	.723	✓
4	ฉันเชื่อว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	3.19**	.403	.608	.608	✓
5	ฉันบอกกับตนเองว่ามีหลายๆ สิ่งที่ฉัน ควรขอบคุณ	3.28**	.359	.541	-	
6	ฉันพยายามสร้างความสัมพันธ์กับคู่ แต่งงานให้มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น	3.14**	.385	-	-	
7	ฉันพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกส่วนตัวและ ความกังวลต่างๆ กับคู่แต่งงานของฉัน	3.41** *	.390	-	-	
8	ฉันทำกิจกรรมร่วมกับญาติพี่น้องใน ครอบครัว	3.14**	.378	-	-	
9	ฉันเชื่อในหลักคำสอนทางศาสนาที่ฉัน นับถือ	4.21** *	.567	.650	.660	✓
10	ฉันดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ ภายในบ้านเป็นอย่างดี	4.40** *	.500	.553	.748	✓
11	ฉันเชื่อว่าผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด	2.76**	.489	.553	-	

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทง ที่ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
12	ฉันพยายามรักษาความมั่นคงภายใน ครอบครัว	6.95***	.598	.517	-	
13	ฉันทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวทุก คน	6.84***	.388	.408	-	
14	ฉันเชื่อว่าคู่แต่งงานของฉันจะให้การ สนับสนุนฉันและผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน	5.6***	.368	.416	-	
15	ฉันแสดงให้ผู้อื่นรับรู้ว่าฉันเข้มแข็ง	3.06**	.299	-	-	
16	ฉันให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ช่วย ทำงานบ้าน และงานต่างๆ ภายในบ้าน	2.53*	-.005	-	-	
17	ฉันพาผู้ป่วยในครอบครัวไปพบแพทย์ตามนัด เป็นประจำ	5.35***	.546	.495	.642	✓
18	ฉันเชื่อว่าโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาเอา ใจใส่ผู้ป่วยในครอบครัวของฉันเป็นอย่างดี	3.14**	.397	.463	-	
19	ฉันส่งเสริมให้ผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน พึ่งพาตนเอง	5.81***	.474	.466	-	
<b>α</b>			.710	.867	.892	7
ด้านการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม (Maintaining Social Support)						
20	ฉันเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนฝูง เช่น ร่วมงานสังสรรค์	6.31***	.565	.584	.481	✓
21	ฉันอยากให้ตัวเองสามารถละจากภาระหน้าที่ ภายในบ้านงาน เพื่อออกมาผ่อนคลายบ้าง	1.74*	.234	.163	-	
22	ฉันอยากจะหนีไปคนเดียว	1.36	.155	-	-	
23	ฉันกินเพื่อระบายความเครียด	3.86***	.326	.300	-	

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC(N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
24	ฉันนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเครียด	-0.50	-.203	-	-	
25	ฉันยอมให้ตนเองรู้สึกโกรธ	2.23*	.121	-	-	
26	ฉันซื้อของขวัญให้ตนเอง และ/หรือ สมาชิก ในครอบครัว	2.62**	.286	.271	-	
27	ฉันจดจ่ออยู่กับงานอดิเรกของฉันเช่น งาน ศิลปะ เล่นดนตรี ออกกำลังกาย	5.54***	.516	.569	.535	✓
28	ฉันออกไปทำงานนอกบ้านในฐานะลูกจ้าง	5.01***	.485	.410	-	
29	ฉันไว้วางใจตนเอง และเป็นตัวของตัวเอง มากขึ้น	1.55	.141	-	-	
30	ฉันรักษารูปร่างและทำให้ตนเองดูดีอยู่ เสมอ	6.00***	.541	.709	.746	✓
31	ฉันระบายความรู้สึกให้คนอื่นฯ รับฟังไม่ใช่) (แพทย์หรือนักจิตวิทยา	8.56***	.610	.718	.723	✓
32	ฉันมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีมิตรภาพ ที่ดีกับเพื่อนๆ ซึ่งช่วยให้ฉันรู้สึกว่า ตนเองมี ความสำคัญและมีคุณค่า	4.8***	.472	.554	.619	✓
33	ฉันเชิญเพื่อนมาสังสรรค์ที่บ้าน	2.38*	.150	-	-	
34	ฉันทุ่มเทเวลาและพลังงานไปกับงานของ ฉัน	5.28***	.535	.674	.702	✓
35	ฉันออกไปเที่ยวนอกบ้านกับคู่แต่งงานของ ฉัน เป็นประจำ	1.53	.107	-	-	
36	ฉันสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่นๆ	4.77***	.458	.540	.607	✓
37	ฉันพยายามพัฒนาตนเอง	2.21*	.131	-	-	
$\alpha$			.667	.848	.860	7



ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)		ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
การเข้าใจในกระบวนการรักษาผ่านการติดต่อสื่อสาร (Communication)					
38	ฉันพูดคุยกับครอบครัวอื่นๆ ที่ตกอยู่ใน สถานการณ์เดียวกันและเรียนรู้จากประสบการณ์ ของพวกเขา	6.52***	.719	.711	✓
39	ฉันพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ และพยาบาล	7.36***	.590	-	
40	ฉันศึกษาเรื่องราวของคนที่เคยตกอยู่ใน สถานการณ์เดียวกันกับฉัน ว่าเขารับมือกับ ปัญหาได้อย่างไร	13.19***	.627	.685	✓
41	ฉันศึกษาปัญหาทางการแพทย์ที่ฉันกำลังกังวล อยู่	7.15***	.629	.667	✓
42	ฉันอธิบายให้เพื่อนๆ และเพื่อนบ้านของฉันฟัง เพื่อให้เขาเข้าใจสถานการณ์ภายในครอบครัวที่ ฉันเผชิญอยู่	7.54***	.601	.638	✓
43	ฉันพยายามทำให้แน่ใจว่าการดูแลรักษาผู้ป่วย ภายในครอบครัวเป็นไปตามที่แพทย์แนะนำ	12.22***	.689	.751	✓
44	ฉันพูดคุยกับคนอื่นๆ หรือครอบครัวอื่นๆ ที่ตกอยู่ ในสถานการณ์เดียวกันกับฉัน	5.10***	.645	.631	✓
45	ฉันพูดคุยกับแพทย์ถึงปัญหาและความกังวลที่มี ต่อผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน	1.50	-	-	
<b>α</b>			.803	.867	6

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน

(Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

จำนวน 24 ข้อ (N = 60)

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC(N = 60)			ข้อกระทง ที่ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
1	ฉันได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หาซื้อได้ทั่วไป อาหารเสริม	3.75***	.612	.612	.634	✓
2	ฉันได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อยามจำเป็น	3.92***	.556	.556	.572	✓
3	ฉันได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุของใช้ต่างๆที่จำเป็น	5.39***	.595	.593	.593	✓
4	ฉันได้รับการแบ่งเบาภาระเมื่อมีภาระมากจนเกินไป	4.42***	.711	.715	.726	✓
5	ฉันมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	5.07***	.724	.723	.746	✓
6	มีผู้ให้ความช่วยเหลือฉัน เมื่อยามฉันเจ็บป่วยแม้เพียงเล็กน้อย	7.43***	.648	.648	.628	✓
7	ฉันได้รับความสนใจซักถามถึงปัญหาต่างๆเสมอในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว	3.88***	.518	.519	.490	✓
8	ฉันได้รับการบอกกล่าวถึงข้อบกพร่องต่างๆในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว	6.94***	.726	.726	.710	✓
9	ฉันได้รับผลตอบรับในเรื่องต่างๆซึ่งทำให้ฉันมั่นใจในตนเองมากขึ้น	2.82**	.509	.514	.490	✓
10	ฉันได้รับการสอบถามถึงความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว	4.57***	.440	.442	-	
11	ฉันได้รับคำชมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวที่ทำได้ดี	5.11***	.378	.376	-	

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
12	ฉันได้รับการประเมินเพื่อพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว	6.52***	.770	.771	.776	✓
13	เมื่อมีข้อผิดพลาด ฉันมักจะได้รับข้อมูลที่ใช้ในการแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นๆ	5.29***	.737	.738	.742	✓
14	ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ หรือจากบุคคลอื่นเมื่อต้องการ	7.96***	.751	.750	.758	✓
15	ฉันได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต	3.49***	.465	.470	.457	✓
16	เมื่อฉันไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตัวเอง ฉันจะได้รับคำปรึกษาชี้แนะเพื่อช่วยในการตัดสินใจ	9.09***	.727	.722	.724	✓
17	เมื่อเกิดความสับสน ฉันได้รับข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต	7.82***	.717	.712	.713	✓
18	ฉันมีผู้ช่วยเหลือในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	4.49***	.650	.655	.665	✓
19	ฉันได้รับความสนใจซักถามทุกข้อสงสัยเสมอ	4.04***	.740	.745	.740	✓
20	ฉันได้รับความเห็นอกเห็นใจเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	4.53***	.756	.761	.769	✓
21	ฉันได้รับกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ	4.51***	.629	.628	.639	✓
22	ฉันได้รับการแสดงความชื่นชมยินดีเมื่อประสบความสำเร็จ	5.6***	.673	.668	.659	✓
23	ฉันได้รับการยอมรับและให้เกียรติจากผู้อื่น	5.32***	.794	.798	.804	✓
24	ฉันได้รับความใกล้ชิดสนิทสนมจากบุคคลรอบข้าง	1.38	.002	-	-	
$\alpha$		.941	.944	.946	21	

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแต่ละด้าน  
(Corrected Item - Total Correlation; CITC) ของแบบวัดการฟื้นคืนพลังของครอบครัว (Family Resilience) จำนวน 66 ข้อ (N = 60)

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
1	ทุกๆ ครอบครัวล้วนเคยมีปัญหา	2.12*	.141	-	-	
2	ทุกๆ สิ่งที่ครอบครัวครอบครัวของเรา ฝ่าฟันมาด้วยกันล้วนไม่ใช่เรื่อง บังเอิญ	5.37***	.509	.513	.546	✓
3	ครอบครัวของเรามีความยืดหยุ่นเพียง พอที่จะรับมือกับสิ่งที่คาดไม่ถึง	6.24***	.468	.400	-	
4	เพื่อนของครอบครัวเราก็มมีส่วนร่วม ในกิจกรรมประจำวัน	5.06***	.560	.541	.493	✓
5	เพื่อนของครอบครัวของเราเห็นคุณค่า ของเรา และสิ่งที่เราเป็น	6.21***	.541	.515	.522	✓
6	กฎต่างๆ ในครอบครัวของเรามีความ ยืดหยุ่น	3.83***	.433	.416	-	
7	กฎต่างๆ ในครอบครัวของเราสามารถ เปลี่ยนแปลงตามความต้องการของ คนในครอบครัว	1.91*	.278	-	-	
8	สิ่งที่เราทำให้กันและกันในครอบครัว ทำให้เรารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัว	4.28***	.386	-	-	
9	ครอบครัวของเรายอมรับได้ว่า เหตุการณ์เครียดต่างๆ ล้วนเป็นส่วน หนึ่งของชีวิต	3.34**	.441	-	-	
10	ครอบครัวของเรายอมรับได้ว่า ปัญหา เกิดขึ้นได้โดยที่ครอบครัวของเราไม่ ทันตั้งตัว	5.81***	.605	.631	.668	✓
11	ในครอบครัวของเราทุกคนมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจที่สำคัญ	3.37**	.498	.514	.520	✓

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
12	ครอบครัวของเราสามารถจัดการกับ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ	2.87**	.541	.503	-	
13	สมาชิกในครอบครัวของเราสามารถ ปรับตัวต่อความกดดันที่เราเผชิญ ร่วมกันได้	3.87***	.460	.424	-	
14	ครอบครัวของเราใส่ใจกับสิ่งที่ทำให้กับ เพื่อนๆ อย่างมาก	8.28***	.589	.594	.587	✓
15	ครอบครัวของเรามีคระวังคำพูดใน การสื่อสารต่อกัน	5.81***	.565	.558	.547	✓
16	ครอบครัวของเราเปิดรับวิธีการใหม่ๆ ในการทำสิ่งต่างๆ	4.33***	.529	.567	.590	✓
17	สมาชิกในครอบครัวเข้าใจกันและกัน	3.25**	.342	-	-	
18	ครอบครัวของเราขอความช่วยเหลือ จากเพื่อนบ้านของเรา	2.93**	.352	-	-	
19	ครอบครัวของเราเข้าวัด/โบสถ์/มัสยิด/ ศาสนสถาน	1.25	.161	-	-	
20	ครอบครัวของเราเชื่อว่ามีความเป็นไป ได้ที่เพื่อนจะเอาเปรียบเราได้	2.80**	.422	-	-	
21	ครอบครัวของเราเชื่อว่า เราสามารถ จัดการกับปัญหาต่างๆ ได้	7.00***	.659	.698	.726	✓
22	ครอบครัวของเราสามารถถามเพื่อ ความกระจ่างชัด หากเกิดความไม่ เข้าใจกันและกัน	4.04***	.398	-	-	
23	ครอบครัวของเราจริงใจ และ ตรงไปตรงมาต่อกัน	8.47***	.724	.746	.760	✓
24	ครอบครัวของเราสามารถจัดการกับ ความวุ่นวายภายในครอบครัวได้โดย ไม่ทำให้ใครรู้สึกไม่ดี	8.86***	.650	.688	.708	✓

ข้อ	ข้อความ	ค่าที่ ( <i>t</i> )	CITC ( <i>N</i> = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
25	ครอบครัวของเราสามารถ ประนีประนอมกันเมื่อมีปัญหา เกิดขึ้น	6.89***	.584	.605	.647	✓
26	ครอบครัวของเราสามารถรับมือได้เมื่อ คนในครอบครัวมีวิธีการยอมรับ ความสูญเสียที่แตกต่างกัน	3.40***	.389	-	-	
27	ครอบครัวของเราสามารถพึ่งพาคนใน ชุมชนแห่งนี้ได้	5.55***	.572	.573	.573	✓
28	ครอบครัวของเราสามารถถามถึง ความหมายที่แท้จริงที่มาจาก สื่อสารกัน	5.74***	.589	.605	.594	✓
29	ครอบครัวของเราสามารถแก้ปัญหา ใหญ่ๆ ได้	10.25***	.737	.726	.730	✓
30	ครอบครัวของเราสามารถผ่านพ้น ปัญหาต่างๆ ไปได้แม้จะมีปัญหา อื่นๆ เข้ามาอีก	3.69***	.534	.564	.581	✓
31	ครอบครัวของเราสามารถพูดคุยถึง วิธีการสื่อสารกันภายในครอบครัวได้	5.98***	.617	.649	.686	✓
32	ครอบครัวของเราสามารถฝ่าฟันกับ อุปสรรคต่างๆ ที่ยากไปด้วยกัน	6.89***	.745	.762	.766	✓
33	ครอบครัวของเราปรึกษาซึ่งกันและ กันเมื่อต้องตัดสินใจ	13.17***	.837	.844	.844	✓
34	ครอบครัวของเรามองเห็นปัญหาได้ อย่างชัดเจนเพื่อที่จะแก้ปัญหาต่อไป	3.92***	.478	.511	.527	✓
35	ครอบครัวของเราพูดคุยถกเถียงถึง ปัญหา และรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้เจอ หนทางในการแก้ไขปัญหา	4.58***	.546	.558	.572	✓
36	ครอบครัวของเราพูดคุยถกเถียงถึง สิ่งต่างๆ จนได้ข้อสรุป	3.65***	.374	-	-	

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
37	ครอบครัวของเราทำงานอาสาสมัคร ในชุมชน	4.04***	.493	.492	-	
38	ครอบครัวของเรารู้สึกเป็นอิสระที่จะ แสดงความคิดเห็น	4.63***	.501	.532	-	
39	ครอบครัวของเรารู้สึกดีที่ได้ใช้เวลา ร่วมกัน	4.54***	.437	-	-	
40	ครอบครัวของเรารู้สึกว่า คนใน ชุมชนแห่งนี้พร้อมที่จะให้ความ ช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน	8.00***	.607	.586	.549	✓
41	ครอบครัวของเรารู้สึกปลอดภัยเมื่อ อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้	2.01*	.347	-	-	
42	สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่า ของสิ่งที่ครอบครัวของเราทำ	7.38***	.640	.636	.643	✓
43	ครอบครัวของเรามีความเข้มแข็งเมื่อ เผชิญกับปัญหาใหญ่ๆ	2.83**	.336	-	-	
44	ครอบครัวของเราจะรู้สึกไม่ดีถ้าหาก คนอื่นพูดถึงครอบครัวของเรา ในทางที่ไม่ดี	2.30*	.340	-	-	
45	ครอบครัวของเรามีเพื่อนสนิทที่เป็น ห่วงเป็นใย	17.00***	.701	.705	.684	✓
46	ครอบครัวของเราศรัทธาในหลักคำ สอนทางศาสนาที่ตนนับถือ	3.90***	.550	.578	.564	✓
47	ครอบครัวของเรามีความแข็งแกร่งที่ จะแก้ปัญหาต่างๆ ของเรา	4.22***	.341	-	-	
48	สมาชิกในครอบครัวของเราเก็บ ความรู้สึกไว้กับตัวเอง	3.34**	.347	-	-	
49	ครอบครัวของเราเชื่อว่ามีความ ช่วยเหลือจากชุมชนเมื่อต้องเผชิญ กับปัญหา	3.05**	.470	.431	-	
50	ครอบครัวของเราเชื่อว่า เรามี ความสำคัญต่อเพื่อนๆ	4.44***	.515	.510	.523	✓

ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
51	ครอบครัวของเราเรียนรู้จาก ข้อผิดพลาดของกันและกัน	6.71***	.752	.776	.523	✓
52	ครอบครัวของเราพูดถึงสิ่งที่เราคิด ต่อกันและกันได้	7.67***	.773	.794	.784	✓
53	ครอบครัวของเราเข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมภายใน ครอบครัว	5.72***	.587	.632	.614	✓
54	ครอบครัวของเราเข้าร่วมกิจกรรม ทางศาสนา	4.28***	.467	.458	-	
55	ครอบครัวของเราได้รับของขวัญ และสิ่งของจากเพื่อนบ้านของเรา	4.73***	.421	.420	-	
56	ครอบครัวของเราแสวงหาคำชี้แนะ จากผู้รู้ทางศาสนาที่เรานับถือ เช่น พระสงฆ์ ไต่ชะอิหม่าม บาทหลวง	0.56	.187	-	-	
57	ครอบครัวของเราแทบจะไม่รับฟัง ปัญหา และความกังวลของ สมาชิกในครอบครัว	2.18*	.347	-	-	
58	ครอบครัวของเราช่วยกันแบ่งภาระ ความรับผิดชอบของกันและกัน	7.68***	.687	.676	.641	✓
59	ครอบครัวของเราแสดงความรัก และความห่วงใยต่อกันและกัน	5.74***	.602	.630	.618	✓
60	ครอบครัวของเราพูดคุยอย่างเปิดเผย ต่อกันและกันว่า เราใส่ใจกันมาก เพียงใด	4.20***	.488	.471	-	
61	ครอบครัวของเราคิดว่า ชุมชนแห่ง นี้ดีพอที่จะเลี้ยงดูเด็กๆ ให้เติบโต	2.40*	.321	-	-	
62	ครอบครัวของเราคิดว่าครอบครัว ของเราไม่ควรเข้าไปข้องเกี่ยวกับ คนในชุมชนมากเกินไป	1.53	.213	-	-	
63	ครอบครัวของเราเชื่อว่า สิ่งต่างๆ จะผ่านไปด้วยดีแม้จะตกอยู่ใน ช่วงเวลาที่ยากลำบาก	4.20***	.587	.597	.571	✓



ข้อ	ข้อความ	ค่าที (t)	CITC (N = 60)			ข้อกระทงที่ ผ่านการ วิเคราะห์
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
64	ครอบครัวของเราลงจัดการกับ ปัญหาด้วยวิธีใหม่ๆ	6.21***	.526	.521	.533	✓
65	ครอบครัวของเราเข้าใจถึงความ แตกต่างของครอบครัวอื่นๆ ใน ชุมชน	4.37***	.634	.638	.647	✓
66	ครอบครัวของเราทำทุกอย่าง เพื่อให้แน่ใจว่า สมาชิกใน ครอบครัวไม่ได้รับการ กระทบกระเทือนทางร่างกาย และ จิตใจ	4.37***	.634	.638	.647	✓
<b><math>\alpha</math></b>			.867	.954	.960	35

## แบบสอบถาม สำหรับญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การนับถือศาสนา การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นคืนใจของครอบครัวผู้ที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ดุ้ยคำภีร์ และ อาจารย์ ดร. สุกัลย์ ลวดลาย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ สำหรับคำตอบจากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการตอบถูกหรือผิด ข้อมูลจากแบบสอบถามนี้กลุ่มนิสิตผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์เป็นภาพรวมเพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลด้านจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมและเป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

กลุ่มนิสิตผู้วิจัย ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง มา ณ โอกาสนี้ ที่ท่านได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าตอบแบบสอบถามครั้งนี้

กลุ่มนิสิตผู้วิจัย

นางสาวกัญญาวีร์ พรหมพันธุ์

นางสาวมุกทิศา คำทับน์

นางสาวเมธิษา ยอดมณฑป

คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ  หญิง  ชาย
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
4. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่า/หม้าย  อื่นๆ(โปรดระบุ.....)
5. การศึกษา  มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า  ปวส./ปวช. ปริญญาตรี  
 ปริญญาโท หรือ สูงกว่า  อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
- 6.อาชีพ  รับราชการ  พนักงานบริษัทเอกชน  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
 รับจ้าง  เกษตรกรรม  ประกอบธุรกิจส่วนตัว  
 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  พ่อ/แม่  บุตร  ญาติพี่น้อง  อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี .....เดือน

## ตอนที่ 2 ให่วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 1	ไม่เห็น ด้วย 2	เห็นด้วย และไม่เห็น ด้วย พอกๆกัน 3	เห็น ด้วย 4	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 5
1. ฉันได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หาซื้อได้ทั่วไป อาหารเสริม	1	2	3	4	5
2. ฉันได้รับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อยามจำเป็น	1	2	3	4	5
3. ฉันได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุของใช้ต่างๆที่จำเป็น	1	2	3	4	5
4. ฉันได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย	1	2	3	4	5
5. ฉันมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	1	2	3	4	5
6. มีผู้ให้ความช่วยเหลือฉันแม้ว่าฉันเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	1	2	3	4	5
7. ฉันได้รับความใส่ใจซักถามถึงปัญหาต่างๆในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วยเสมอ	1	2	3	4	5
8. ฉันได้รับคำแนะนำต่างๆ ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย	1	2	3	4	5
9. ฉันได้รับข้อมูลต่างๆ อย่างเพียงพอทำให้ฉันมีมั่นใจในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วย	1	2	3	4	5
10. ฉันบอกกับผู้อื่นถึงวิธีการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยให้ประสบความสำเร็จ	1	2	3	4	5
11. ฉันได้รับคำชมในเรื่องการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย	1	2	3	4	5
12. ฉันได้รับคำแนะนำในการพัฒนาตนเองเพื่อให้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วยได้ดีขึ้น	1	2	3	4	5
13. เมื่อมีข้อผิดพลาด ฉันมักจะได้รับคำแนะนำดีๆ มาช่วยแก้ไขเสมอ	1	2	3	4	5
14. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ หรือจากบุคคลอื่นเมื่อต้องการ	1	2	3	4	5
15. ฉันได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต	1	2	3	4	5

16. เมื่อฉันมีปัญหาที่ตัดสินใจไม่ได้ฉันจะได้รับคำปรึกษาเสมอ	1	2	3	4	5
17. เมื่อฉันมีปัญหาที่ทำให้รู้สึกสับสน ฉันมักจะได้รับข้อมูลที่พอเพียงในการจัดการปัญหา	1	2	3	4	5
18. ฉันมีผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยาก	1	2	3	4	5
19. ฉันได้รับความใส่ใจซักถามทุกข์สุขจากคนรอบข้างเสมอ	1	2	3	4	5
20. ฉันได้รับความเห็นอกเห็นใจเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	1	2	3	4	5
21. ฉันได้รับกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆ	1	2	3	4	5
22. ฉันได้รับความชื่นชมยินดีเมื่อประสบความสำเร็จ	1	2	3	4	5
23. ฉันได้รับการยอมรับและให้เกียรติจากผู้อื่น	1	2	3	4	5
24. ฉันเชื่อมั่นและปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนาอยู่เสมอ	1	2	3	4	5
25. ฉันสวดภาวนาตามแนวทางศาสนาของฉันเพื่อรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	1	2	3	4	5
26. ฉันมีศาสนาเป็นหลักนำทางในการใช้ชีวิต	1	2	3	4	5
27. การปฏิบัติตามหลักศาสนาทำให้ฉันมีจิตใจที่มั่นคง	1	2	3	4	5
28. ฉันเรียนรู้หลักคำสอนทางศาสนาจากการพูดคุยกับผู้รู้อย่างสม่ำเสมอ	1	2	3	4	5
29. ฉันค้นหาแนวทางปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจของฉัน	1	2	3	4	5
30. ฉันหมั่นฝึกสมาธิตามหลักศาสนาเพื่อไม่ให้จิตใจฟุ้งซ่านและกังวล	1	2	3	4	5
31. การปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือทำให้ฉันมีสติรู้ตัวอยู่เสมอ	1	2	3	4	5
32. การนับถือศาสนาทำให้ฉันมีจิตใจที่สงบสุข	1	2	3	4	5
33. ฉันหมั่นศึกษาคำสอนทางศาสนาเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจ	1	2	3	4	5
34. ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเหลือในยามที่ฉันมีปัญหา	1	2	3	4	5
35. ฉันหวังว่าจะได้รับผลบุญตอบแทนจึงให้ทานบริจาค	1	2	3	4	5
36. ฉันนับถือศาสนาเพื่อชาติหน้าฉันจะได้ไปสวรรค์	1	2	3	4	5

37. ฉันกราบไหว้เทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ฉันนับถือเพื่อขอพรอยู่เสมอ	1	2	3	4	5
38. การนับถือศาสนาช่วยให้ฉันแคล้วคลาดปลอดภัย	1	2	3	4	5
39. เมื่อฉันพบเจอเรื่องร้าย ๆ ฉันคิดว่าเป็นเพราะฉันไม่ได้เคารพบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1	2	3	4	5
40. ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้สมหวังในชีวิต	1	2	3	4	5
41. ฉันนับถือศาสนาเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในตัวฉัน	1	2	3	4	5
42. ฉันบูชาเทพเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือเพื่อจะได้รับการปกป้องคุ้มครอง	1	2	3	4	5

### ตอนที่ 3 ใ้วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	เห็นด้วย 3	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4
1. ฉันเชื่อว่าสมาชิกในครอบครัวของฉันที่ป่วยจะมีอาการดีขึ้น	1	2	3	4
2. ฉันทุ่มเทตนเองให้กับผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน	1	2	3	4
3. ฉันพยายามร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยในครอบครัวของฉัน	1	2	3	4
4. ฉันเชื่อว่าทุกอย่างในครอบครัวของเราจะดีขึ้น	1	2	3	4
5. ฉันเชื่อมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาที่ฉันนับถือ	1	2	3	4
6. ฉันดูแลรักษาอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ภายในบ้านเป็นอย่างดี	1	2	3	4
7. ฉันพาผู้ป่วยในครอบครัวไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ	1	2	3	4
8. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนฝูง เช่น ร่วมงานสังสรรค์	1	2	3	4
9. ฉันทำงานอดิเรก เช่น งานศิลปะ เล่นดนตรี ออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียด	1	2	3	4

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	เห็นด้วย 3	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4
10. ฉันมักจะรักษารูปร่างและทำให้ตนเองดูดีอยู่เสมอ	1	2	3	4
11. ฉันเล่าเรื่องที่ฉันกังวลใจให้คนอื่น ๆ รับฟังไม่ใช่แพทย์หรือ) (นักจิตวิทยา	1	2	3	4
12. ฉันมีเพื่อนที่ดีๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความสำคัญและมีคุณค่า	1	2	3	4
13. ฉันทุ่มเทแรงกาย แรงใจไปกับงานประจำของฉัน	1	2	3	4
14. ฉันสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่น ๆ	1	2	3	4
15. ฉันพูดคุยกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันและเรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขา	1	2	3	4
16. ฉันศึกษาเรื่องราวของคนที่เคยตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันกับฉัน ว่าเขารับมือกับปัญหาได้อย่างไร	1	2	3	4
17. ฉันค้นคว้าหาความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวของฉันเสมอ	1	2	3	4
18. ฉันอธิบายให้เพื่อน ๆ ที่ใกล้ชิดของฉันฟัง เพื่อให้เขาเข้าใจสถานการณ์ภายในครอบครัวที่ฉันเผชิญอยู่	1	2	3	4
19. ฉันดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด	1	2	3	4
20. ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่น ๆ ที่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเช่นเดียวกัน	1	2	3	4
21. ทุกๆ สิ่งที่เราครอบครัวของเราฝ่าฟันมาด้วยกันล้วนไม่ใช่เรื่องบังเอิญ	1	2	3	4
22. เพื่อนของครอบครัวของเราเห็นคุณค่าของเรา และสิ่งที่เราเป็น	1	2	3	4
23. ครอบครัวของเรายอมรับได้ว่า ปัญหาเกิดขึ้นได้โดยที่ครอบครัวของเราไม่ทันตั้งตัว	1	2	3	4
24. ในครอบครัวของเราทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญ	1	2	3	4
25. ครอบครัวของเราใส่ใจกับสิ่งที่ทำให้กับเพื่อน ๆ อย่างมาก	1	2	3	4
26. ครอบครัวของไม่ใช่คำพูดที่รุนแรงในการสื่อสารกัน	1	2	3	4

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง 1	ไม่ เห็น ด้วย 2	เห็น ด้วย 3	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 4
27. ครอบครัวของเราเปิดรับวิธีการใหม่ๆ ในการทำสิ่งต่างๆ	1	2	3	4
28. ครอบครัวของเรารับมือกับปัญหาต่างๆ ได้	1	2	3	4
29. ครอบครัวของเราจริงใจ และตรงไปตรงมาต่อกัน	1	2	3	4
30. ครอบครัวของเราจัดการปัญหาต่างๆ ภายในบ้าน โดยคำนึงถึง ความรู้สึกของสมาชิกทุกคน	1	2	3	4
31. ครอบครัวของเราใช้การประนีประนอมกันเมื่อมีความขัดแย้ง เกิดขึ้น	1	2	3	4
32. ครอบครัวของเราสามารถพึ่งพาคนในชุมชนแห่งนี้ได้	1	2	3	4
33. ครอบครัวของเราให้ความสำคัญกับทั้งถ้อยคำและความหมาย ที่สมาชิกต้องการสื่อสาร	1	2	3	4
34. ครอบครัวของเราแก้ปัญหาที่ยุ่งยากได้	1	2	3	4
35. แม้จะมีปัญหาใหม่อื่นๆ เข้ามาอีกครอบครัวของเราก็แก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผ่านพ้นมาได้ด้วยดี	1	2	3	4
36. ครอบครัวของเราได้ฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ที่ยากไปด้วยกัน	1	2	3	4
37. เมื่อมีเรื่องต้องตัดสินใจ ครอบครัวของเราจะปรึกษากันและกัน	1	2	3	4
38. ครอบครัวของเราช่วยกันมองปัญหาให้เห็นชัดเจน ก่อนจะลงมือ แก้ไขต่อไป	1	2	3	4
39. ครอบครัวของเราใช้การพูดคุยถกเถียง กัน เพื่อหาข้อสรุปใน เรื่องต่างๆ	1	2	3	4
40. ครอบครัวของเรารู้สึกว่า คนในชุมชนแห่งนี้พร้อมที่จะให้ความ ช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน	1	2	3	4
41. สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าของสิ่งที่ครอบครัวของเราทำ	1	2	3	4
42. ครอบครัวของเรามีเพื่อนสนิทที่เป็นห่วงเป็นใย	1	2	3	4

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง 1	ไม่ เห็น ด้วย 2	เห็น ด้วย 3	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 4
43. ครอบครัวของเราศรัทธาในหลักคำสอนทางศาสนาที่ตนนับถือ	1	2	3	4
44. ครอบครัวของเรารู้ว่า เรามีความสำคัญต่อเพื่อนๆ	1	2	3	4
45. ครอบครัวของเราเรียนรู้จากข้อผิดพลาดของกันและกัน	1	2	3	4
46. ครอบครัวของเราพูดถึงความคิด ความรู้สึก ที่เรามีต่อกันและกัน กันได้	1	2	3	4
47. ครอบครัวของเรามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่สมาชิกใน ครอบครัวจัดขึ้นเสมอ	1	2	3	4
48. ครอบครัวของเราช่วยกันแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบ ของกันและกัน	1	2	3	4
49. ครอบครัวของเราแสดงความรัก ความห่วงใยต่อกันและกัน	1	2	3	4
50. ครอบครัวของเราเชื่อว่า สิ่งต่างๆ จะผ่านไปด้วยดีแม้จะตก อยู่ในช่วงเวลาที่ยากลำบาก	1	2	3	4
51. ครอบครัวของเราลองจัดการกับปัญหาด้วยวิธีใหม่ๆ	1	2	3	4
52. ครอบครัวของเราเข้าใจถึงความแตกต่างของครอบครัวอื่นๆ ใน ชุมชน	1	2	3	4
53. ครอบครัวของเราทำทุกอย่างเพื่อให้แน่ใจว่า สมาชิกใน ครอบครัวไม่ได้รับการกระทบกระเทือนทางร่างกาย และจิตใจ	1	2	3	4



## ประวัติผู้วิจัย

นางสาวกัญญาวีร์ พรหมพันธุ์ เกิดวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) ๒ กรุงเทพมหานคร เมื่อปีการศึกษา 2552 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

นางสาวมูทิตา คาทัปน์ เกิดวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนสามัคคีวิทยาคม จังหวัดเชียงราย เมื่อปีการศึกษา 2552 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

นางสาวเมริษา ยอดมณฑป เกิดวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 253 5 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนเพลินพัฒนา กรุงเทพมหานคร เมื่อปีการศึกษา 2552 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553