



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.2 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.3 การรักษา
 - 1.4 การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.1 ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ความหมายและความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 - 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.3 หน่วยงานกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช
4. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.1 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster
 - 4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบบ่อย เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง อาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติในการคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ มีความผิดปกติในการรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (Gubman and Tessler, 1987 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1 สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยึดตามหลักทฤษฎี Stress diathesis model หมายถึง คนที่ป่วยเป็นจิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยเป็นจิตเภทอยู่แล้วเมื่อมาพบกับความเครียดต่างๆ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ก็มีโอกาสเกิดเป็นโรคจิตเภทได้ โดยแบ่งสาเหตุการเกิดโรคดังนี้(ปราชนัญ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547)

1.1.1 สาเหตุทางร่างกาย (Biological factor)

1) สาเหตุที่เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ส่วนของ Limbic system มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนของ Frontal cortex มีหน้าที่เกี่ยวกับควบคุมการเคลื่อนไหว ความตั้งใจสติปัญญาขั้นสูงร่วมกับ Cerebellum Frontal cortex และ Thalamus ในการควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การประสานการเคลื่อนไหวให้เป็นไปอย่างราบเรียบ

2) สารชีวเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีสมมุติฐานการเกิดโรคเกี่ยวกับสมมุติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) และสมมุติฐานซีโรโทนิน (Serotonin hypothesis) เกิดการยับยั้ง dopamine receptor และยับยั้งการหลั่งโดปามีน ซึ่งทำให้เกิดอาการด้านลบได้ (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550)

3) พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดา มารดาเป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป (Kaplan and Sadock, 1998)

1.1.2 สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม(Psychosocial factor)

1) ปัจจัยทางครอบครัว ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

2) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ในแง่ของครอบครัวพบว่า ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี มีการติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว แสดงบทบาทไม่เหมาะสม มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ก่อให้เกิดผลเสียในด้านการพัฒนาจิตใจหรือการที่สังคมบีบบังคับทำให้คนเป็นโรคจิตมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม(Socio-culture factor) ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยสาเหตุของโรคจิตเภท มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน

1.2 ระบาดวิทยา มีอุบัติการณ์ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000 เกิดความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 พบในหญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง อายุพบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น

1.3 อาการของโรคการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท มีลักษณะอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก(Positive symptom) มีการแสดงออกในด้านความคิดปกติของความคิดและคำพูดมีความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล มีอาการหลงผิด อาการหูแว่ว มีการแสดงออกในด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ พูดน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออก เฉยเมย

1.4 การดำเนินโรค แบ่งได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้นช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้น และการดำเนินโรคระยะยาว โดยการดำเนินโรคในระยะต้นประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (ธวัชชัย ลิพพานาจ, 2552)

1.4.1 ระยะอาการก่อนป่วย เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรค มีลักษณะที่ประกอบด้วยการมีความบกพร่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเขาวนปัญญา ความใส่ใจ ความจำที่เกี่ยวกับการพูด และ motor skill ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม และการศึกษาเล่าเรียน

1.4.2 ระยะอาการนำ มีลักษณะทั้งทางด้านพฤติกรรม และประสิทธิภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งการทำงานที่บกพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ยากกว่าเดิมและมี attention แ่ล่ง มีกระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด

1.4.3 ระยะเกิดอาการโรคจิต ระยะนี้จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรค ทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย

1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

1.5.1 การรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญ คือ การให้ยาเพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) เนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรคทำให้อาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภทดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การดื่มสุรา ความเครียด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือมีอาการจิตเภทชนิด catatonic เมื่อหยุดการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้นและหายไประยะเวลา 3-6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1.5.3 การรักษาทางจิตและสังคม การรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภท การใช้ยาอย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ยาร่วมกับการรักษาทางจิตใจ และสังคมได้แก่

1) จิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม เป็นการทำให้จิตบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนอย่างเหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขสาเหตุของปัญหา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

2) พฤติกรรมบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (วิวัฒน์ ยลาภูชานนท์ และคณะ, 2536)

3) ครอบครัวบำบัด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ยลาภูชานนท์ และคณะ, 2536) ดังนั้นในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึกความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัวคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

4) สุขภาพจิตศึกษา เป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่ง การให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจน และเป็นระบบโดยข้อมูลที่ให้จะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการรักษา ซึ่ง

รวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการสอนสุขภาพจิตศึกษา สามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

5) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม

2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมเป็นสถาบันซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่น ๆ ในสังคมที่ดีที่สุดที่จะเกื้อกูลต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย

2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2545)

สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงสร้างครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง เป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละครอบครัวต้องมีภาระสูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว พบว่าครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาสู่ครอบครัว ทำให้ความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว

4) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว คนส่วนหนึ่งจึงเลือกใช้ชีวิตอยู่คนเดียว หรืออยู่เป็น โสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น มีแม่จำนวนมากเลี้ยงลูกโดยปราศจากพ่อ หรือครอบครัวที่แตกแยก ทำให้ลูกต้องอาศัยอยู่กับญาติ

จากลักษณะของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและพาผู้ป่วยไปรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิด ความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือต้องไม่ได้รับค่าตอบแทน เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

- 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย
- 2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย มีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ใจสั่น รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อย อ่อนล้า อ่อนเพลีย บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)
- 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลมีความรู้สึกทุกข์ใจ โกรธ ผิดหวัง(เอื้ออารีย์ สาลิกา , 2543) และรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและรู้สึกเป็นตราบาป (Glendy and Mackenz, 1998)
- 3) ด้านสังคม ขาดความเป็นอิสระ ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลต้องหยุดงานประจำทุกวัน ใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ และเงินออมลดลงทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนีกร อุปเสน, 2541; Glendy and Mackenzie, 1998) เป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิดา ล.สกุล, 2544)

2.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก

2) ด้านการอบรมสั่งสอน ให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จำทำให้สมาชิกที่เป็นเด็ก ได้รับรู้สมรรถนะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งขอครอบครัว

3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

4) ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย

ดังนั้นความรับผิดชอบครอบครัวในการดูแลมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องชุมชนที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หลักสำคัญในการดูแล คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ด้านการดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการฝึกทักษะทางสังคม ด้านการปรับตัวในการเผชิญปัญหา ด้านการทำให้เกิดความมั่นใจ ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุดสนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจแก่ผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายสำหรับความเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพ โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักมุ่งเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลักซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยโดยครอบครัวถือเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด ในครอบครัวทุกครอบครัวจะประสบกับปัญหาที่มีความรุนแรงแตกต่างกันไป ความตึงเครียดและความกดดันของครอบครัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอที่ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและคุณภาพบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแบ่งการพยาบาลได้ดังนี้

3.1 การพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องได้รับการรักษาอาการในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนำส่งโรงพยาบาลให้ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

- 1) ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล
- 2) ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออก การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 3) ดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่าง ๆ ดังนี้

การดูแลตนเองด้านเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานยา การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การจับถ่ายและการพักผ่อนนอนหลับ

การดำรงอยู่ในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความเข้มแข็งด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีปกติสุข

3.2 การพยาบาลในชุมชน หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการทุเลาแล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญอย่างมาก ทั้งต้องการอาศัยความร่วมมืออย่างดีจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง พื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540)

3.2.1 ส่งเสริมให้ค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตนเองหรือโดยครอบครัวของผู้ป่วย

3.2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายในครอบครัวและชุมชน

3.2.3 ให้การดูแลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในสภาพแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล

3.2.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการทางจิต การรักษาอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก

3.2.5 เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาล ได้นำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย

3.2.6 เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้แผนการรักษา และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแผนรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินอาการต่างๆ รวมทั้งร่างกาย สภาวะจิตต่อการรักษาต่างๆ และให้ยาตามคำสั่งการรักษา รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชน ที่จะเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา ละกระบวนการตัดสินใจ สอนผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเผชิญปัญหา เผชิญความเครียดและความขัดแย้ง

การประทับประคองและการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนและจัดทำแผนการส่งต่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาต่อที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะความรู้สึกและพูดคุยกับผู้อื่นในทางสร้างสรรค์

3.3 หน่วยงานกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

4. แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นสถาบันหลักซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ (รุจา ภู่วบูลย์, 2541) ซึ่งในการให้ความหมายเกี่ยวกับครอบครัวขึ้นอยู่กับมุมมองของนักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ดังเช่น The United States Bureau of the Census(1988) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว(Family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว” (Povemy และ Finch, 1988) นิยามนี้มีความหมายปรากฏอยู่ในนโยบายทางสังคมของสหรัฐอเมริกาและเป็นนิยามที่ยอมรับกันมากที่สุด (Hartman, 1993) อรพรรณ ลือบุญรัชชัชย (2545) ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึงกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัชย, 2545)

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก มีการมองบุคคลในบริบท (individual in his context) ไม่ได้มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันว่า ด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นจึงจะเข้าใจบุคคลได้แท้จริง

เบอร์เกสส์และล็อก (Bergess and Locke อ้างใน วิระวรรณ อุปมาน, 2538) กล่าวถึง ลักษณะและความหมายของครอบครัวไว้ 4 ประการ คือ

1) ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีความผูกพันกันด้วยการสมรส หรือผูกพันกันทางสายเลือด หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม เช่น การผูกพันกันระหว่างสามี ภรรยา เกิดขึ้นโดยการแต่งงาน สัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูกเกิดขึ้นโดยสายเลือดรวมถึงการรับเป็นบุตรบุญธรรมด้วย

2) สมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันภายใต้หลังคาเดียวกัน มีลักษณะเป็นครัวเรือนเดียวกัน ในอดีตครัวเรือนอาจจะใหญ่ ประกอบด้วย สมาชิก 3-4 คน หรือถึง 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบัน ครัวเรือนมีขนาดเล็ก ประกอบด้วย สามี ภรรยา เท่านั้น หรือมีลูก 1-3 คน หรือไม่มีเลย

3) ครอบครัวเป็นหน่วยการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันของบุคคล ซึ่งแสดงออกตามบทบาททางสังคมของความเป็นสามีและภรรยา บิดา มารดา ลูกชาย ลูกสาว พี่และน้อง บทบาทเหล่านี้แต่ละครอบครัวได้รับอิทธิพลมาจากประเพณี และประสบการณ์ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

4) ครอบครัวจะรักษาและคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมเดิมที่สืบทอดกันมา โดยจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของแต่ละครอบครัวเกิดขึ้นมาจากการติดต่อกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการผสมผสานแบบแผนของพฤติกรรมแต่ละบุคคลเข้าไว้ด้วยกัน นับตั้งแต่การผสมผสานวัฒนธรรมของสามีและภรรยาโดยการแต่งงาน ครอบครัวจึงเป็นการรวมแบบแผนวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงกันระหว่างสมาชิกแต่ละฝ่ายในครอบครัว ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นจึงมีแบบแผนวัฒนธรรมเฉพาะขึ้นมาให้ในทุกๆ ครอบครัวที่เกิดขึ้นใหม่

เดวิส (Davis อ้างใน วินิรณี ทศนะเทพ, 2542) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวเป็นสถาบัน พื้นฐานและสากลที่สุดของทุกสถาบัน ครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 แนวด้วยกัน คือ

1) แนวจิตวิทยา มุ่งชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มปฐมภูมิ เนื่องจากมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดของบรรดาสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีการพบปะและแสดงอาการตอบสนองต่อกัน และกัน อันถือว่าเป็นพื้นฐานแห่งความสัมพันธ์กันทางสังคม

2) แนวสังคมวิทยา ถือว่าบรรดาสมาชิกในครอบครัวนั้น ต่างฝ่ายต่างให้และรับประสบการณ์จากกันและกัน ต่างฝ่ายต่างถ่ายทอดพฤติกรรมให้กันและกัน อันเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (socialization) เพื่อปรับสภาพของตนเองให้เข้ากับสังคมได้

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง หน่วยพื้นฐานของสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ทางสายโลหิตหรือการรับเลี้ยงดู เกิดความรัก ความผูกพันกันต่อกันอาศัยอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน

ลักษณะของครอบครัว

ครอบครัวในปัจจุบันมีลักษณะหลากหลายมากกว่าแต่ก่อน ซึ่งเดิมมีเพียง 2 ลักษณะที่ชัดเจน คือ ครอบครัวเดี่ยว ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร และครอบครัวขยายซึ่งนอกจากบิดา มารดา และบุตรแล้วอาจมีปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติ พี่ น้อง ร่วมอยู่ด้วย การให้นิยามลักษณะครอบครัว มีความหมายที่แตกต่างในแต่ละวัฒนธรรม ได้มีผู้แบ่งลักษณะของครอบครัวเป็นประเภทต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้ (สนิท สมัยการ, 2539; สุพัตรา สุภาพ, 2536; Goldenberg and Golden อ้างใน พรหมพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2542)

ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (nuclear family) คือครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร ซึ่งอาจรวมถึงบุตรบุญธรรมด้วย ส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็ก จำนวนสมาชิกไม่มากนัก สมาชิกสามารถสร้างความสัมพันธ์กันได้สะดวก ครอบครัวประเภทนี้มักพบในครอบครัวสมัยใหม่ และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ข้อดีของครอบครัวเดี่ยว คือความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง

1) ครอบครัวขยายหรือครอบครัวขนาดใหญ่ (extended family) คือครอบครัวที่อยู่รวมกัน หลายช่วงอายุชั้น เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน จำนวนสมาชิกมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวประเภทนี้มักพบในสังคมชนบท ข้อดีของครอบครัวขยายคือ มีความรักใคร่ผูกพันกันเอื้อ อารมณ์ต่อกัน ครอบครัวมีระบบความช่วยเหลือที่ดี แต่จากจำนวนสมาชิกที่มากอาจทำให้เกิดความ ขัดแย้งได้ง่าย

2) ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาฝ่ายเดียว (single parent family) ครอบครัวประเภทนี้มี ลักษณะครอบครัวเหมือนครอบครัวเดี่ยว คือ มีบุคคล 2 ช่วงอายุชั้นต่างกันแต่ผู้นำครอบครัวมีฝ่าย เดียว เช่น บิดาหรือมารดาคนเดียว ครอบครัวประเภทนี้มักจะเกิดจากการสูญเสียชีวิตของกลุ่มสมรสหรือ เกิดจากการหย่าร้าง

3) ครอบครัวผสม (blended family) หมายถึง การรวมกันของครอบครัวที่มีบิดา มารดาฝ่าย เดียว เช่น เกิดการสมรสใหม่ หลังจากมีการหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว ครอบครัวผสมมี หลายแบบบางครั้งจะมีลักษณะ โครงสร้างของครอบครัวสับสนได้เพราะมีการรวมกันของบุตรที่ เกิดขึ้นมาก่อนในแต่ละฝ่ายของกลุ่มสมรส เช่น ลูกติดบิดา มารดา ต้องมาอยู่ร่วมกับบุตรที่เกิดใหม่ซึ่ง อาจเกิดความขัดแย้งได้

4) ครอบครัวไม่ได้ผ่านพิธีสมรส (common law family) ประกอบด้วยผู้หญิงและผู้ชายที่อยู่ กินกันทั้งสามี ภรรยา ถึงแม้ทั้งสองไม่ได้ผ่านพิธีแต่งงานอย่างเป็นทางการ ไม่ได้จดทะเบียนสมรส แต่เมื่อมีลูกต้องจดทะเบียนรับรองบุตรและต้องปฏิบัติต่อบุตรตามกฎหมายครอบครัวประกอบ (composite family) ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวตั้งแต่หนึ่ง

5) ครอบครัวหรือมากกว่า เป็นการอยู่กินกันแบบผู้ชายคนเดียวมีภรรยาหลายคนหรือผู้หญิงคนเดียวมีสามีหลายคน อาศัยอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกัน

6) ครอบครัวที่อยู่กินกัน โดยไม่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย (cohabitation) ครอบครัวลักษณะนี้เกิดจากการที่ผู้หญิงและผู้ชายตกลงกันที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน โดยไม่แต่งงานและแต่ละคนไม่มีพันธะผูกพันทางกฎหมาย

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ได้มาหนักวิชาการทางด้านครอบครัวได้ให้ความหมายและรวบรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้พอสรุปได้ดังนี้

โฮการ์ท และ วีคส์ (Hogarth & Week อ้างใน กุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2545) สรุปการทำหน้าที่ครอบครัวไว้ว่า หมายรวมถึง การเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรม จัดการระเบียบสังคมให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พักพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่นตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในภายนอกครอบครัว ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก ความจำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนๆ ในครอบครัว

ฟริคแมน (1992) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอรวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ และอารมณ์อย่างเหมาะสม

3) หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตไปในอนาคต

4) หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น

5) หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากเศรษฐกิจ สังคม ทัศนคติ หรือนโยบายทางการเมือง ครอบครัวในปัจจุบันมักเป็นครอบครัวเดี่ยว ขนาดของครอบครัวเฉลี่ยเล็กลงจาก 4.3 เหลือ 3.7 คน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ อ้างในพรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชवाल, 2542)

ความมีประสิทธิภาพของครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบหนึ่งของสังคม ในทัศนะของทฤษฎีระบบจะไม่ตัดสินใจว่าครอบครัวใดเป็นครอบครัวปกติ หรือครอบครัวใดผิดปกติ แต่จะดูว่าครอบครัวนั้นทำหน้าที่ของครอบครัวได้มีประสิทธิภาพหรือบกพร่อง (Goldenberg and Goldenberg อ้างในพรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชवाल, 2542) แบ่งความมีประสิทธิภาพของครอบครัวในการจัดการกับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับสูงมาก มีลักษณะหลายประการ เช่น ครอบครัวที่มีการแสดงออกถึงความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนรู้สึกว่าคุณค่า มองเห็นคุณค่าของสมาชิกคนอื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น แต่ละคนแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสมมีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา มีบรรยากาศที่อ่อนโยน ครอบครัวลักษณะนี้ สมาชิกในครอบครัวจะมีความเป็นตัวของตัวเองและเคารพในความแตกต่างของผู้อื่น

2) ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ครอบครัวลักษณะนี้มักจะพบปัญหาและความยากลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัว เนื่องจากสมาชิกแสดงบทบาทได้ไม่ชัดเจน หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกและการกระทำของกันและกัน ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว มักจะพบครอบครัวลักษณะนี้มีจำนวนมากในสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่มีประสิทธิภาพสูงสุดกับต่ำสุด

3) ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพระดับต่ำมาก เป็นครอบครัวที่มีการทำหน้าที่บกพร่องมากที่สุด มีการติดต่อกับโลกภายนอกน้อย ขอบข่ายและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวยุ่งเหยิง ขาดความยืดหยุ่น ลักษณะของสมาชิกจะยึดติดกับครอบครัวมากเกินไปและ

ลักษณะของสมาชิกยึดติดกับสังคมภายนอกมากเกินไป มีความขัดแย้งในครอบครัวสมาชิกแสดงความรู้สึกบาดหมางใจกันอย่างเปิดเผย

4.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์

ครอบครัวจะดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดซึ่งแนวคิดที่ใช้อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีอยู่หลากหลาย เช่น McMaster Model ของ Epstein และคณะ (1982) Process Model ของ Steinhauer (1984) Circumplex Model ของ Olson และคณะ (1985) แต่แนวคิดที่มีการอธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกัน โดยเฉพาะและเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลายทั้งทางคลินิกและงานวิจัยคือ แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบบ McMaster Model ของ Epstein และคณะ (1982)

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) เป็นผลจากการศึกษาเป็นเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัย Brown ในสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นตามลำดับ

ตาม MMFF นั้นครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอัน ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้น

MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ฯลฯ ซึ่งทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวไว้ ดังนี้

1) แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ

2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลคนนั้นเพียงลำพังจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของระบบครอบครัวแต่ละส่วนจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์

และสังคม โดยที่สมาชิกทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่างๆ ที่มีของครอบครัวตามภารกิจซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้

ภารกิจของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยภารกิจที่สำคัญ 3 ด้าน คือ (Epstein et al., 1984)

1) ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เพื่อการจัดการปัจจัยสี่ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษายามเจ็บป่วย

2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคลหรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ พร้อมทั้งจะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัว

3) ภารกิจยามวิกฤติ (crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน บางครอบครัวสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์อย่างรุนแรงในครอบครัวได้

แนวความคิดปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด แมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ไม่ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน แต่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิต และส่งผลถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยการทำงานที่ใน 7 ด้านคือ 1) ด้านการแก้ปัญหา (problem solving) 2) ด้านการสื่อสาร (communication) 3) ด้านบทบาท (role) 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) และ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม (behavior control) 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้คือ (Epstein et al., 1984; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

4.2.1 การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบ่งปัญหาเป็น 2 แบบ คือ 1) ด้านวัตถุ เป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น 2) ด้านอารมณ์ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้นจะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ไม่เรื้อรัง

สำหรับการแก้ไขปัญหาของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์มีขั้นตอน (Epstein et al., 1984) ดังนี้

- 1) แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน มีการชี้ชัดลงไปว่าอะไรเป็นปัญหาและแยกแยะปัญหาออกมาได้อย่างถูกต้อง
- 2) สื่อสารให้เข้าใจกันเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการบอกกล่าวให้คนในครอบครัวรับรู้เพื่อจะได้ด้วยกันแก้ปัญหา
- 3) วางแผนการแก้ปัญหา มีการร่วมกันคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ
- 4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตัดสินใจที่แน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใด และถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลแล้วแล้วจะใช้วิธีการใดต่อไป
- 5) ดำเนินการแก้ปัญหตามวิธีการที่เลือก ทำการแก้ปัญหตามแผนที่ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวอาจทำตามแผนได้เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นหรือไม่ได้ทำเลย
- 6) ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่
- 7) ประเมินความสำเร็จ มีการประเมินว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงไร มีการวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียที่เกิดขึ้นเพื่อจะได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าว

ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกัน ในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกปฏิบัติหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ไม่ยากนัก แต่ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบ และปัญหาก็กไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้นกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

4.2.2 การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non verbal communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า เนื้อหาประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้เป็น 2 ด้าน คือ

- 1) เนื้อหา การสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้
- 2) จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อสารจะต้องตรงไปยังบุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นโดยตรง ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่นและเมื่อพิจารณาการสื่อสารทั้ง 2 ด้าน สามารถแบ่งการสื่อสารในครอบครัวได้เป็น 4 แบบ คือ 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมายครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดี จะมีการ

สื่อสารที่ชัดเจน และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารคลุมเครือไม่ชัดเจนมากเท่าไร จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าไรนั้น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม

4.2.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ แบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

1) บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุขประกอบด้วย การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก และการบริหารและจัดการภายในครอบครัว

2) บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การพิจารณาว่าบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกัน คือ

การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิกซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย มอบหมายให้บุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม

การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ดีรับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ มีระบบควบคุมให้สมาชิกทำหน้าที่ได้โดยครบถ้วน

4.2.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพ และปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างปกติจะมีการแสดงอารมณ์ได้หลายรูปแบบในปริมาณและสถานการณ์เหมาะสม

4.2.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

1) ปราศจากความผูกพัน (lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feelings) สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อยโดยปราศจากความลึกซึ้งซึ่งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง

ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย ไม่ให้ความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

3) ความผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเองเพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

4) ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) ความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง

5) ความผูกพันมากเกินไป (over involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือคำจูนมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

6) ผูกพันเหมือนเป็นคนเดียวกัน (symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแคว้นจนทั้งคู่เหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละ นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน จะต้องแสดงออกได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะต้องทำให้สมาชิกมีความเป็นอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันกับครอบครัว

4.2.6 การควบคุมพฤติกรรม (behavior control)

หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น

2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง เป็นต้น พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สินเช่น การขับรถเร็ว การพยายามทำร้ายตนเอง

3) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติตามกฎหมายที่ครอบครัววางไว้

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

เครื่องมือประเมินแบบ structured interview เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์สมาชิกของครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่สัมภาษณ์และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกัน ได้ชัดเจนขึ้น

แบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง ได้แก่ แบบวัด Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scales (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมครอบครัวและแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีและครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง จำนวน 60 ข้อ โดยให้สมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามเอง เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) พบว่ามีหลายข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยจึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกัน ใช้ชื่อว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongorn Family Interventory [CFI]) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ในการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านของการสื่อสาร บทบาทที่ได้รับในการดูแล มีการแสดงออกถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ ตลอดจนการควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปในการทำหน้าที่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายปัจจัยประกอบด้วยปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Lim and Ahn (2003) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะแก้ปัญหาด้วยการเผชิญความเครียดทางลบทำให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยของครอบครัว ปัจจัยด้านความเครียด จากการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ผู้ดูแลมีความยึดมั่นผูกพันจะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวังทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ปัจจัยด้านภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Sczufca and Kuiper (1998) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ เช่นเดียวกับ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) พบว่า ครอบครัวที่มีปัญหาเป็นภาระที่หนักส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก วัชร

ภรณ์ ลือไชยงค์(2541) พบว่า การรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ไม่มีความพึงพอใจในบทบาทเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของ Oel et al.(2000) พบว่า ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแล โดยแต่ละงานวิจัยจะเลือกปัจจัยบางประการมาศึกษา การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยได้เลือกคัดสรรมาศึกษาหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้มีปัจจัยซึ่งประกอบด้วย ระบบครอบครัว ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 ปัจจัยด้านระบบครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่ คือ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมายทั่วไป มักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยกันมีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างใกล้ชิดและมั่นคง ซึ่งแบ่งเป็นระบบครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วยสามี ภรรยาและบุตร ส่วนครอบครัวขยายประกอบด้วยครัวครวรวมทั้งญาติด้านสามีและภรรยา ซึ่งมีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาอยู่กับครอบครัวซึ่งองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้าน (Friedman, 1992 อ้างใน กุมชาติ แสงเขียว, 2542) ดังนี้

- 1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก
- 2) ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จำเป็นให้สมาชิกที่เป็นเด็ก ได้รับรู้สมรรถนะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
- 3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
- 4) ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย

4.3.2 ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของญาติ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภท การ

รักษา การดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (มจรินทร์ พัดน้อย, 2545) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยผู้ดูแล ในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ในการดูแลครอบครัว เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้นปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull and Borgtta, 1985) ดังนั้น พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีดังนี้

1) สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ปัจจุบันคนที่ป่วยเป็นจิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยเป็นจิตเภทอาจเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคมหรือสิ่งแวดล้อม (ปราชญ์ บุญขวงศรีวิโรจน์ และคณะ, 2547) โดยมีสาเหตุทางร่างกาย เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนต่าง ๆ หรืออาจเกิดจากสารชีวเคมีในสมองเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองและจากสมมุติฐานโดปามีนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการในโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของระบบประสาทว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางบวก ส่วนอาการทางลบแล้ว พบว่า อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานที่ลดลงของโดปามีนในสมองส่วนหน้า ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550) หรือจากสมมุติฐานซีโรโดนิน พบว่า Serotonin receptor มีจำนวนมากในสมองส่วน neocortical areas และยาที่มีผลกระตุ้น receptor เหล่านี้จะมีผลยับยั้ง dopamine receptor และยับยั้งการหลั่งโดปามีนทำให้เกิดอาการด้านลบ (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550) ส่วนสาเหตุจากพันธุกรรม (Genetic factor) พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดามารดาเป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมีสาเหตุทางจิตวิทยาและสังคมร่วมด้วย

2) อาการของโรคจิต แบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) โดยกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) มีลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ การแสดงออกด้านความผิดปกติของความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) มีลักษณะอาการด้านลบที่มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์เฉื่อยชาลง ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจเรื่องการแต่ง

กาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย และระยะการดำเนินของโรคมี 3 ระยะ (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) คือ ระยะอาการก่อนป่วย เป็นช่วงระยะเวลาก่อนมีอาการใดๆของโรคเกิดขึ้น มีความบกพร่องเล็กน้อยๆที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน ในระยะอาการนำ เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการโรคจิต มีลักษณะทางด้านพฤติกรรม และประสบการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิมอาจกินเวลาตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายปี ซึ่งการทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเป็นลำดับ มีกระบวนการคิดและเนื้อหาความคิดที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด ในระยะเกิดอาการโรคจิต มีระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรค ทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์

3) การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย คือ การใช้ยารักษาโรคจิตช่วยปรับระดับของสารเคมีต่าง ๆ เข้าที่ ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น และการช่วยด้วยจิตบำบัดหรือการให้คำแนะนำของแพทย์ช่วยในส่วนนี้ได้มาก ยารักษาโรคจิต (มูจรินทร์ พัดน้อย, 2545) เป็นหัวใจของการรักษาเพื่อควบคุมอาการ ซึ่งการรักษาแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังกาอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบ หลังอาการทางจิตดีขึ้นควรกินยาต่อไปอีก 1 ปี การช่วยเหลือด้านจิตใจ จะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำมาปฏิบัติได้ กลุ่มบำบัดเป็นการจัดกิจกรรม ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจกัน และนิเวศน์บำบัดเป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

การประเมินความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ความรู้กับผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยซึ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อมกัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี หลังออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988)

4.3.3 ปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอย่างคงที่เพื่อจะจัดการกับความต้องการทั้งภายนอกและภายในเฉพาะอย่างที่ถูกประเมินว่ามีมากกว่าทรัพยากรของบุคคล

Yager (1989) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นการใช้ความพยายามทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไป แหล่งประโยชน์ธรรมดาของบุคคลซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินในสิ่งที่เป็นบาป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผน ตัดสินใจได้

พ่องักตร์ พิทยพันธุ์ (2542) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าธรรมดา

ดังนั้น การเผชิญความเครียด หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆทั้งในด้านความคิดการกระทำของบุคคลโดยวิธีการต่างๆที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมา

หลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด จะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่างๆเพื่อจัดการกับความเครียดนั้นและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิดหรือกระทำในลักษณะต่างๆซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด สามารถแบ่งเป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lasarus and Flkman, 1984)

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปัญหา คือ จัดการหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดมีลักษณะการแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามลักษณะกระบวนการวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหาต่างๆหาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาต่างๆวิธีการ โดยพิจารณาถึงผลดีผลเสียแล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินการแก้ปัญหา

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปรับอารมณ์ บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ สามารถแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

2.1 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์ตั้งเครียดลดลง วิธีเผชิญปัญหาเหล่านี้

2.2. รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้นซึ่งรูปแบบนี้มีการใช้กันมาก โดยอาจต้องการให้มีความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อให้อารมณ์หรือสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง

2.3 รูปแบบอื่นๆซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหา

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบปรับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ผลดีและผลเสียทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล

Lazarus and Folkman (1984) พิจารณาผลการประเมินและการเผชิญความเครียดต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและสภาวะสุขภาพ โดยผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน นั้นจะมีประสิทธิภาพหรือไม่บุคคลจะต้องประเมินสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือ มีความสอดคล้องกับความต้องการและแหล่งประโยชน์และรู้จักใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งปรับอารมณ์

4.3.4 ปัจจัยด้านภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) กล่าวว่า ภาระ เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเคียดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย

Oberst (1991) ให้ความหมายภาระในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลที่ต้องการการพึ่งพา

Test et al. (1982 cited in Jone. S, L; 1996) ได้ให้ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไป โดยเสนอแนวคิดเกี่ยวกับภาระชื่อ Tesler's concept of caregiver burden แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งภาระนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกต่อความยากลำบากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะภาระในการดูแล สามารถแบ่งลักษณะภาระในการดูแลได้เป็นภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล และภาระการดูแลเชิงปรนัยผู้ดูแล (objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ

การประเมินภาระในการดูแลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบวิธีการประเมินภาระในการดูแลหลายแนวคิด ซึ่งผู้วิจัยเลือกแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล (subjective burden) เป็นความรู้สึกทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึก

เดือคร้อน อ้อบอัย ความโกรธ ความขมขื่น ความก้งวล ความรู้สึกเกินกำล้ง และความรู้สึกเหมือนติดกัับ และภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (objective burden) เป็นลัักษณะของความขากลำาปากของผู้ดูแลที่ เกิดจากงานความรับผิคชอบเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาส่วนด้วลดลง ความ เป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมึผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิด ปัญหาทางสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาวะในการดูแลออกเป็น 2 มิติ สำหรับในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในครั้งนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติ สามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ได้ จึงทำให้เห็นภาวะ ในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้น การนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับ ภาวะในการดูแลที่ต้องการประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ทั้งส่วนที่เป็นภาวะเชิงภาระเชิงอ้ดนัยและภาวะเชิงปรนัย เนื่องจากมี ความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

4.3.5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือ

Thoits (1986) กล่าวว่ เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ และสังคม สิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับ ความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็ว

Pender (1987) กล่าวว่ การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของการได้รับการ ขอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ด้องการของบุคคลอื่น โดยการด้รับจากกลุ่มคนใน ระบบของสังคม

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลด้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมทั้งการด้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร บริการ สิ่งของ การด้รับการสนับสนุนด้านการขอมรับ ขกข้อง และเห็นคุณค่า รวมทั้งการด้รับ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งแรงสนับสนุนเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

ชนิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่บุคคล ด้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Thoist (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ(Instrumental acid) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้นุคคลนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information acid) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และการป้อนกลับ

3) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม(Socioemotional acid) เป็นการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (group belonging)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบวิธีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายแนวคิด ซึ่งผู้วิจัยเลือกแนวคิด House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการ คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การให้ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ การรับฟังในเรื่องต่างๆ

2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือ สิ่งของจำเป็น เช่น เงิน แรงงาน เวลา และการช่วยเหลือด้านวัตถุอื่นๆ

3) การสนับสนุนโดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้ข้อเท็จจริง รายละเอียดข้อแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่บุคคลเผชิญอยู่ได้

4) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเองได้เปรียบเทียบกับคนอื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ

House (1981) ได้พัฒนาและประเมินการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประการ สำหรับในประเทศไทย จิราพร รักการ (2549) ได้สร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรายงานปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยใช้ข้อคำถามให้ครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เพราะมีความครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้นจึงสามารถนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัชรารักษ์ ลือไชสงค์ (2541) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเพิกเฉยต่อบทบาทในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการไม่ดูแลต่อภาระเรื่องรับประทานยาและอาหารของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยขาดยาและอาหารที่จำเป็นต้องได้รับในทุกวันรวมทั้งไม่ได้รับการประคับประคองทางจิตใจทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำได้ง่าย

เอื้ออารีย์ สาธิตา (2543) ศึกษาสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด คือ การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายโดยการทำร้ายผู้อื่นและสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดน้อยแต่บ่อยๆ ได้แก่ การต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย และค่าทำกำรรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในครอบครัว

ชาติชาย ไบทับทิม (2547) ได้ศึกษาการดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังยอมรับผู้ป่วย การยอมรับขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการได้รับความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของโรคจิตเภทมีผลต่อการยอมรับและการดูแลผู้ป่วยของญาติ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกำลังใจจากครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

นริศรา ฉัพพรรณรังสี (2549) ได้ศึกษา เจตคติของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยวิธีสัมภาษณ์ และศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเจตคติไม่ดีต่อผู้ป่วยและขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้การทำหน้าที่ในการดูแลของครอบครัวขาดประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ

ธัญญา ไพรสวัสดิ์ (2550) ศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัวและการไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ คือ บทบาทการดูแลที่เป็นทั่วไป, การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูโรคจิตเภทที่บ้าน และอาการทางจิตของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านซึ่งได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการไม่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 1 ปี

King and Dixon (1999) ศึกษาเรื่องการแสดงออกและการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 69 คน พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยกับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75% การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวครัวในลักษณะของการตำหนิติเตียนวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความเป็นมิตร เป็นลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ

Hall and Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ในพ่อแม่ 44 คน ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อย ๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกทางอารมณ์โดยการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Rothbauer and Spiessl (2001) ได้ทำการศึกษาถึงเจตคติและความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงความต้องการของญาติในประเทศเยอรมนี พบว่า เจตคติ ความรู้ และความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน และสิ่งที่ญาติมีความต้องการเพิ่มเติมมากเป็นอันดับต้นๆ คือ ต้องการเวลาพูดคุยกับผู้ดูแลรักษาให้มากขึ้น และต้องการความช่วยเหลือด้านการรับรู้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่

Lim and Ahm (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลการแก้ปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาระเชิงอัตนัย

King (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภทศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแลประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะวิกฤตของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยในครอบครัวมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น

ลูกถูกลูกนอน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย มารดามีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Michael (2006) ศึกษาปัจจัยต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1,061 คน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ความมีสัมพันธ์ในครอบครัวที่ใกล้ชิดผูกพันจากครอบครัวมีน้อยและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่อยู่ในระดับต่ำ ครอบครัวขาดการให้ความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกันและการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัย

- ระบบครอบครัว
- ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- การเผชิญความเครียด
- ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster

(Epstien et al, 1984) ที่อุมาพร ดังคสมบัติ (2544) พัฒนามาประกอบด้วย 7 ด้าน

- การแก้ปัญหา
- การสื่อสาร
- บทบาท
- การตอบสนองทางอารมณ์
- ความผูกพันทางอารมณ์
- การควบคุมพฤติกรรม
- การทำหน้าที่ทั่วไป