



บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยพบความชุกประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน และมีความชุกตลอดชีพ (Lifetime Prevalence) 7.00-9.00 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบทั้งเพศชายและหญิง เพศชายพบช่วงอายุ 18-25 ปี เพศหญิงพบช่วงอายุ 25-30 ปี (Tri-city community Mental Health Center, 2007, online) สำหรับประเทศไทยพบการเกิดโรคจิต (Phychosis) ร้อยละ 27.07 จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2553 มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการจำนวน 1,438,432 คน นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่สถานบริการสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น การเปรียบเทียบการรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550-2553 พบว่ามีอัตราสูงขึ้นคือ ร้อยละ 45.56, ร้อยละ 49.71, ร้อยละ 53.81 และ ร้อยละ 54.32 ตามลำดับ (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต: 2554, online) ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดโดยการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจึงมุ่งเน้นที่การดูแลอาการ ควบคุมไม่ให้มีอาการมากกว่าเดิม ไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลจึงสั้นลงเหลือเพียง 3-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ไปรับการดูแลต่อที่บ้าน ขณะที่อาการเพียงแค่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บ้างเท่านั้นและ ร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว (Yip, Law, and Lee, 2000) สมาชิกในครอบครัวรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Montgomery, 1999)

ผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางกายและทางจิตอารมณ์ ต้องเผชิญกับความตึงเครียด กลัวการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจากการกำเริบของอาการ รู้สึกโดดเดี่ยว คับข้องใจ รู้สึกเป็นตราบาปของสังคม (Milligan, 1997) ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (wong, 2000) เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวที่ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย (ทูลลา นุปผาสังข์, 2545) ขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ (Lim and Ahn, 2003) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลทำให้เกิดความเครียด และเกิดการรับรู้ถึงการเป็นภาระที่ต้องทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ตนเองรู้สึกเดือดร้อนเกินกำลังความสามารถเหมือนตนเองติดกับ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) จากการศึกษาของ อรรถพร ทองคำ (2546) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีคะแนนต่ำในด้านความผูกพันทางอารมณ์ร้อยละ 38.60 ด้านการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 71.40 ด้านการทำหน้าที่ทั่วไปดีพอควร (\bar{X} = 2.98)

ภคดี ไชยสิน(2545) พบว่า ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอยู่ระดับต่ำร้อยละ 68.8 ชุติพร ชวงค์ (2546) พบว่า ด้านพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 52.0 นอกจากนี้ เลิศฤทธิ์ บัญชาการ (2545) พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการแก้ปัญหาที่ไม่ดีโดยใช้ความรุนแรงร้อยละ 63.6 ดารา การเกษตร (2545) พบว่า ผู้ดูแลรับภาระด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68.7 ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเกิดผลกระทบตามมาต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพ

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster (1982) นั้นครอบครัวอยู่ภายใต้ทฤษฎีระบบที่แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ต้องมีการทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย ต้องมีรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งตามแนวคิดของ McMaster การทำหน้าที่ของครอบครัวแบ่งเป็นระดับจากมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างดีทั้งกายและใจไปจนถึงไร้ประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดปัญหา ซึ่งแนวคิดของการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีครอบครัวเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรสและพี่น้อง นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ได้แก่ ระบบครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบไปด้วย สามี ภรรยา และบุตร ซึ่งกรณีที่มีสามีหรือภรรยา มากกว่า 1 คน ก็ให้รวมถึงสามีและภรณานั้นพร้อมบุตร และระบบครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามีภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัวทั้งระบบ มีรูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั่นคือ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีนั้นมักแก้ไขปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพหรือไม่ได้แก้ไขเลย แต่ปล่อยให้ค้างคาอยู่เป็นเวลานานจนเกิดปัญหาอื่นตามมาเป็นลูกโซ่ ครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ไขปัญหาอย่างไม่เป็นระบบ ไม้เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อยๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด จากการศึกษาของ Johannes และคณะ (2003) พบว่า การที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน มีสาเหตุความเครียดจากผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดกับปัญหาต่างๆ

เกิดการรู้สึกเป็นตราบาปทำให้เกิดรู้สึกเครียดตลอดเวลาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (Ip and Mackenzie, 1998) ครอบครัวมีความขัดแย้งและไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งนั้นได้ (Goldenberg and Goldenberg อ้างในพรหมพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชवाल, 2542)

2) ด้านการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือหรืออ้อมค้อมมากเกินไปครอบครัวจะทำหน้าที่ไม่ดีเท่าที่ควร การสื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อสารกลับมาด้านเดียว ในครอบครัวปกติ ความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป ในบางครอบครัวการสื่อสารกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้นอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่ก็จะเป็นอยู่ในช่วงสั้นๆและไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด จากการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้สมาชิกในครอบครัวมีทักษะการส่งรับแปลความหมาย และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวมักเกี่ยวพันกับการสื่อสารในครอบครัวคลุมเครือ (ถินันท์ อนุวัชสิริวงศ์, 2533)

3) ด้านบทบาทครอบครัว บทบาทเป็นแบบแผน พฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน การศึกษาของ ดารา การะเกสร (2545) พบว่า ผู้ดูแลรับภาระด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในทุกเรื่อง บางครอบครัวบิดา มารดาแสดงบทบาทไม่เหมาะสม ไม่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตร (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2538)

4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งอารมณ์เชิงบวกและเชิงลบ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหา มีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ จากการศึกษา ของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) พบว่าครอบครัวที่มีปัญหาเป็นภาระที่หนักส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก

5) ด้านการควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น การศึกษาของ อรรถพร ทองคำ (2546) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติตนของสมาชิกอยู่ในขอบเขตไม่ทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น

6) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งการ แสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งความผูกพันทางอารมณ์จะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังเล็ก ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับ

พ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อเข้าวัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันกับพ่อแม่ก็จะลดความเข้มข้นลง การศึกษาของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) พบว่า ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในทุกองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัวให้อยู่ในระดับดีส่งผลให้ผู้ป่วยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตที่ปกติสุขรวมถึงลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญญธวัชชัย, 2545) โดยต้องให้การส่งเสริมกับผู้ดูแลในการทำหน้าที่ของครอบครัวให้เกิดประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูงการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกองค์ประกอบย่อยให้อยู่ในระดับสูงนั้น ควรทราบปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว แต่ปัจจุบันแนวคิดเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาวิจัย ส่วนใหญ่จะศึกษาในลักษณะของปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบย่อยของการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การศึกษาพบว่าสถานภาพการเงินและอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ครอบครัวที่มีรายได้น้อยยอมทำหน้าที่ครอบครัวได้ไม่ดี (กรดี ไชยสิน, 2545) อายุผู้ดูแล ในครอบครัวที่อายุแตกต่างกันทำให้การรับรู้ภาวะ มีความต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, Lefley, Pichett and Cohler, 1994) มีการปรับตัวและแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการให้รู้สึกมั่นคงและพึงพอใจเนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์มากกว่าจึงมีส่วนทำให้ภาระน้อยกว่า (Montgomery and Hooyman, 1985) เพศ เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดเกี่ยวกับทัศนคติ การศึกษาพบว่าบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกที่ป่วยในครอบครัวมักเป็นบทบาทของเพศหญิงเสียเป็นส่วนใหญ่ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และมีความสัมพันธ์ในลักษณะของการเป็นมารดามากที่สุด ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลจากศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง วิธีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมในสังคม การพักผ่อนน้อยลง ทำให้ไม่อยากทำหน้าที่ในครอบครัวต่ออีก

ส่วนการศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมามีพบว่า ความรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์โดยมี (Cozolino, 1988) ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว (Falloon et al., 1982, 1985 cited in Brooker., 1990) ภาวะในการดูแล การศึกษาพบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Scazuca and Kuiper, 1998) การรับรู้ภาวะในการดูแลที่สูงก็จะมีแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงตามมา (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

7) การเผชิญความเครียด 8) การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาปัจจัยด้าน การสนับสนุนทางสังคม ในด้านต่าง ๆ ในระดับที่สูงขึ้นทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองและการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีมาก (House, 2001) มีทักษะการเผชิญ ความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาในการ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Crotty and Kuly, 1986) Cohen and Will (1985) อ้างใน ทิปประพิน สุขเขียว (2543)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรออกจากการศึกษาครั้งนี้ 4 ตัวแปร เนื่องจากเป็นตัว แปรที่ได้มีการศึกษาวิจัยแล้ว จึงคัดออกจากการวิจัยได้แก่ ด้านรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและภาระจากการดูแลเพราะในการดูแลต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากผู้ป่วยบางราย ไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษา ของ ภัทรอำไพ พิพัฒน์นันทน์ (2544) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ด้าน อายุของผู้ดูแล อายุที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994) โดย ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะรับรู้ภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า (Greenberg, 1993) ด้านเพศ เพศที่ต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลแตกต่างกันโดยเพศหญิงจะถูก อบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านจึงมักถูกคาดหวังตามวัฒนธรรมในสังคมว่าเป็นเพศที่ต้องให้การดูแล สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิง (Cain and Wicks, 2002) ด้าน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระหลังจากให้การดูแล หรือหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Lauber, 2003)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาไว้ และคาดว่าตัวแปรเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวมาศึกษาโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของแมคมาสเตอร์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปร ดัน ซึ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะครอบครัว เนื่องจาก ลักษณะครอบครัวประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย มีการศึกษาพบว่าครอบครัวขยายที่มีบุคคลอยู่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์สาย ตรงจะมีความผูกพันกันทางอารมณ์ที่จะให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันนำไปสู่ความคาดหวัง และการ ทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับสูง (Shalve , 1986) 2) ความรู้ของผู้ดูแล เนื่องจากการที่ญาติมีความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภททำให้ญาติมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง (มูจรินทร์ พัดน้อย, 2545) 3) การเผชิญความเครียด เนื่องจากผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียดแล้วรู้จักหาทางในการรับมือปัญหานั้นๆ มีการใช้ทักษะในการเผชิญ ความเครียดที่เหมาะสมเกิดประสิทธิภาพของบุคคล (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) 4) ภาระในการดูแล

เนื่องจากในการรับรู้ภาวะเมื่อได้รับหรือมีแนวทางในการลดภาวะการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบกับ ผู้ดูแลให้น้อยลงทำให้การรับรู้ถึงการดูแลบุคคลดีขึ้น (รจนา ปุณ โณทก, 2550)

5) การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจาก ความรุนแรงของปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดผลดีกับบุคคลที่อยู่ใน การดูแล (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546)

การทำหน้าที่ของครอบครัวของสมาชิกแต่ละคน มีผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นใน ครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของสมาชิก การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร มีการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผย สมาชิกแต่ละคนแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสมและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายใน ครอบครัวมักได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่สร้างและส่งเสริมการทำหน้าที่ของ ครอบครัวจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการ รับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นพื้นฐานความรู้ให้พยาบาล สามารถทำความเข้าใจกับปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพขึ้นใน ขณะเดียวกันก็สามารถให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบกับการทำ หน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้ปัจจัยนั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระบบครอบครัว ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทาง สังคมกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในปัจจุบันมีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการให้บริการเชิงรุกส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทนเพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลรักษา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งประทับประคองสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญของครอบครัว โดยทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้สามารถดำรงอยู่ได้ในสังคม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวยังขาดประสิทธิภาพ ดังเช่นครอบครัวที่แสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเกินไป จะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกว่าครอบครัวที่มีความผูกพันทางอารมณ์ต่ำ (King and Dexon, 1999) ผู้ป่วย ีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวอีกประการหนึ่ง คือ การสื่อสารในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan and Sandoch, 2000) ทั้งด้านการแก้ไขปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ บทบาทหน้าที่ การสื่อสาร การทำหน้าที่ทั่วไป ส่วนแต่เป็นองค์ประกอบของพลังหรือความเข้มแข็งของครอบครัว ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวความคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster (Epstein, Bishop and Buldwin, 1984) ซึ่งระบุไว้ชัดเจนว่าสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผลเนื่องมาจากหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้สร้างแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ปัญหา 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านบทบาท 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ

จากการศึกษาของ อรรถพร ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ครอบครัวพบปัญหาและความยากลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัว โดยเฉพาะด้านความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีปัญหามากที่สุด มีปัญหาที่เด่นชัดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่สะท้อนให้เห็นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยส่งเสริมครอบครัวให้มีศักยภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มี

ประสิทธิภาพดีขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยคือ ระบบครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ซึ่งในระบบแห่งครอบครัวถ้ามีกระบวนการที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงครอบครัวทั้งระบบจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยทำให้ปัญหานั้นหมดไป และจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ระบบครอบครัว ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลการศึกษา คือ

ปัจจัยด้านระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิตที่เล็กที่สุดในสังคม มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด ทางกฎหมาย และมีความผูกพัน มาอยู่ด้วยกัน สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว แต่ละคนมีบทบาทที่พึงปฏิบัติต่อกัน ในครอบครัวประกอบด้วยบุคคลมากกว่าหนึ่งคนมาอยู่ร่วมกันทำให้ครอบครัวเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์สองทางซึ่งครอบครัวเป็นระบบเปิด ประกอบด้วย ระบบครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบไปด้วย สามิ ภรรยา และบุตร ซึ่งกรณีที่มีสามิหรือภรรยามากกว่า 1 คน ก็ให้รวมถึงสามิและภรณานั้นพร้อมบุตร ระบบครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามิภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัวด้วย สังคมส่วนใหญ่ครอบครัวขยายมีวัฒนธรรมในการดูแลช่วยเหลือกันในองค์ประกอบการทำงานหน้าที่ของครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านการอบรมสั่งสอน ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่างๆ ด้านการดูแลสุขภาพตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดการอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พักและมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shalve (1986) พบว่า ระบบครอบครัวขยายที่มีบุคคลอยู่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์สายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงในการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นระบบครอบครัวขยายน่าจะทำหน้าที่ครอบครัวได้ดีกว่าครอบครัวเดี่ยว

ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการการรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการหาแหล่งช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์สำหรับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งการที่ผู้ดูแลได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทสามารถช่วยให้ความรู้สึกรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นภาระ

อันใหญ่หลวงของครอบครัวลดลงได้จากความรู้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวทราบและมีแนวทางที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมอีกทั้งถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin and Handerson, 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความชำนาญ (Kasuya, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.ณิ คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ Lim and Ahn (2003) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะแก้ปัญหาด้วยการเผชิญความเครียดทางลบทำให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยดังนั้นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านการเผชิญความเครียด การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลาอนานๆนั้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าหนึ่งที่มากระทบกับผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำให้ผู้ดูแลมีการใช้วิธีการต่างๆในการเผชิญความเครียดนั้นเพื่อให้ปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ต้องพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุดเพื่อลดความรุนแรงของความรู้สึกรู้สึกเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมแล้วหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ความเครียดหรือปัญหานั้นก็จะสะสมเพิ่มขึ้นจนในที่สุดจะเกิดผลกระทบต่อการทำตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลตามมา ซึ่งการศึกษาของ Cohen and Wills (1985; อ้างใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) พบว่า การพัฒนาให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว มีความพร้อมเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนั้นการเผชิญความเครียดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระในการดูแลเป็นลักษณะและการรับรู้ถึงความรู้สึกความยากลำบากความกดดันและความเดือนร้อน ในการทำกิจกรรมหรือการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลโดยตรงต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอนานเกิดเป็นสภาพของความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ ความมีชีวิตชีวา ความสุขความพึงพอใจ ความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง อีสระนั้น้อยลง กิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมร่วมกับครอบครัว

ลดลง รายจ่ายเพิ่มจากการดูแลผู้ป่วย เวลาทำงานน้อยลง ซึ่งผู้ดูแลมีความรู้สึกว่สิ่งเหล่านี้เป็นภาระ ทำให้สามารถประเมินได้ว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้ามีความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวกก็แสดงว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้น้อย ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ครอบครัวที่มีปัญหาเป็นภาระที่หนักส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) เพชรา อิมเอม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระด้านรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ขาดประสิทธิภาพต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี มีการศึกษาของ Scazufca and Kuiper (1998) พบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดีจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และผู้ดูแลทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนานๆ เกิดความเครียด นอนไม่หลับเกิดปัญหาทางสุขภาพ เกิดความเบื่อหน่าย เครียด ท้อแท้ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยลดลง (รายงานประจำปีเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตะลุด, 2549) ส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและครอบครัวต้องทำหน้าที่ของครอบครัวในการที่ต้องดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลส่วนมากมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ของครอบครัวในการรับบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงกลายเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลมากยิ่งขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, and Borgtta, 1985) การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่น มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา ผลทางจิตใจจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมองเห็นทางที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดและยังช่วยบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดที่เกิดกับครอบครัวผู้ดูแลและเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ดูแลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomp and Doll (1993; อ้างใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการ

ตอบสนองต่อความเครียดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะเครียดได้ดียิ่งขึ้นจากการศึกษาของ House (2001) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆและการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆได้ดีมากขึ้นส่งผลดีในการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. สมมติฐานการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
2. ลักษณะครอบครัวแบบขยายจะมีแนวโน้มในการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีกว่าครอบครัวแบบเดี่ยว
3. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว
4. ด้านการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว
5. ด้านภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัว
6. ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกอาศัยในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ระบบครอบครัว ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเกี่ยวกับกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ได้แก่ การแก้ปัญหา เป็นความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

โดยเน้นการสื่อสารแบบพูดสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า การทำหน้าที่ตามบทบาท เป็นแบบแผน พฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติกรรมต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ครบถ้วน การตอบสนองอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งมีการแสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป เป็นการดูแลกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวให้ครอบคลุมไม่ขาดตกบกพร่อง สามารถประเมินโดยแบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัวของ Chulalongkorn Family Inventory ที่พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster (Epstien et al, 1984)

ระบบครอบครัว หมายถึง ลักษณะครอบครัวของการอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัว มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดมีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างใกล้ชิดและมั่นคงมีบทบาทที่พึงปฏิบัติต่อกัน สามารถประเมินการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวได้โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร ส่วนครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามีหรือภรรยาที่รวมอยู่ด้วยกันในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน ทำให้ครอบครัวเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์สองทาง

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภท การรักษา การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการแสดงทางด้านความคิดและการกระทำ เพื่อมุ่งแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดให้บรรเทา ควบคุมหรือขจัดให้หมดไป โดยในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่างๆในการที่จะจัดการกับความตึงเครียดและความขัดแย้งที่เฉพาะเจาะจงบุคคลมีการประเมินการตัดสินใจต่อความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ และพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่มีอยู่โดยการประเมินความเครียดเป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคามและทำลาย สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการ

เผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ในการเผชิญหน้ากับปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจของผู้ดูแลในครอบครัว

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความเคียดแค้น ความเครียด ความหนักใจในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้รับช่วยเหลือจากเพื่อน สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุข ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของจิราพร รักการ (2549) ใช้แนวคิดของ House (1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับกำลังใจและความห่วงใยจากเครือข่ายทางสังคมในการให้การดูแลผู้ป่วย

การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือด้านสิ่งของต่างๆ

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความไว้วางใจ การยอมรับ การยกย่อง จากบุคคลต่างๆในสังคม

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือและได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กันในครอบครัวและ/หรือเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต ได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับจ้างหรือสิ่งตอบแทน

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV หรือ ICD 10 และเมื่ออาการทางจิตทุเลาช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมาบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขตามแผนการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการในการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ให้ผู้ดูแลในครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว และลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยทางจิต โดยเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการทำหน้าที่ครอบครัวจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพที่สนใจ สามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัยได้ต่อไป