

การศึกษาและพัฒนาศักยภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

วันเพ็ญ มานะเจริญ

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

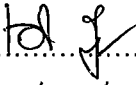
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

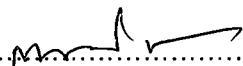
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุษฎีนิพนธ์ของ วันเพ็ญ มานะเจริญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

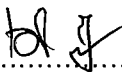
คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล)

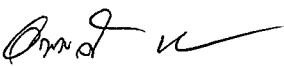
.....  อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ)

คณะกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์


..... ประธาน
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วงษ์ทิม)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนาคล)

.....  กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ)

.....  กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับคุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....  คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่.....1.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ. 2559

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
ระดับปริญญาเอก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคปลาย ปีการศึกษา 2557

กิตติกรรมประกาศ

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา
กุลนภาค อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ อาจารย์
ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ
ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ
ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นพ.สมเกียรติ วงษ์ทิม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง
ดร.สุชอรุณ วงษ์ทิม ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไข วิเคราะห์ผลงาน
ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี
ดร.จิตรา คุณฉันทิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง
ดร.ชนิดดา แนบเกษร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และอาจารย์วรสรณ์ เนตรทิพย์ ที่ช่วยให้คำแนะนำในการวิเคราะห์
ข้อมูลจนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากร โรงพยาบาล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพุทธโสธร และ
โรงพยาบาลนครนายก ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้า ยิ่งไปกว่านั้นขอขอบคุณผู้ป่วยและ
ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย และเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
ทำให้คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่อุดหนุนทุนการวิจัยระดับ
บัณฑิตศึกษา ระดับปริญญาเอก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ทุก ๆ คนในครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนคณาจารย์ประจำ
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาทุกท่าน และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาเอก ตลอดจนเพื่อน
พยาบาลที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้อกำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่
บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา
และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

นางวันเพ็ญ มานะเจริญ

53810223: สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา; ปร.ด. (ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต)

คำสำคัญ: การคืนสภาพครอบครัว/ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ การปรึกษาครอบครัว
เชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

วันเพ็ญ มานะเจริญ: การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

(A STUDY AND DEVELOPMENT OF FAMILY RESILIENCE OF PATIENTS WITH
CEREBROVASCULAR DISEASE THROUGH ASSIMILATIVE INTEGRATE FAMILY
COUNSELING) คณะกรรมการควบคุมคุษฎีนิพนธ์: เพ็ญนภา กุลนภาดล, กศ.ด., วรากร
ทรัพย์วิระปกรณ์, วท.ด. 256 หน้า ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ทัวไป 2) เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง การวิจัยแบ่งเป็น
2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เพื่อศึกษาคืนสภาพครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยสมาชิก
ครอบครัวจำนวน 380 คนจาก 190 ครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ใช้ใน
การศึกษาขององค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษา
ครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย
สมาชิกครอบครัวจำนวน 20 คนจาก 10 ครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ
การรักษาจากโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งคัดเลือกจาก 59 ครอบครัว ที่ใช้ศึกษา
องค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยคัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัว
ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 ลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 20 คน
เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ารับการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว โดยใช้การปรึกษา
ครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว และโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและ
เทคนิคการปรึกษาจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบทางเดียว
เมื่อมีการวัดซ้ำ แบ่งการทดลองออกเป็น 4ระยะ คือ ก่อนทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง
และติดตามผล การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ค่าสถิติขั้นพื้นฐาน และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
LISREL ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษาวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL พบว่า โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันของการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการภายในครอบครัว การสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว และความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถวัดองค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมการคืนสภาพครอบครัวโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ซึ่งในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.59-3.16 ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

3. การคืนสภาพครอบครัวด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา มีผลให้การคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

53810223: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; Ph.D. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: FAMILY RESILIENCE/ CEREBROVASCULAR DISEASE/
ASSIMILATIVE INTEGRATE FAMILY COUNSELING

WANPEN MANACHAROEN: A STUDY AND DEVELOPMENT OF FAMILY RESILIENCE OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE THROUGH ASSIMILATIVE INTEGRATE FAMILY COUNSELING. DISSERTATION ADVISORS: PENNAPHA KOOLNAPHADOL. Ed.D., WARAKORN SUBWIRAPRAKORN. Ph.D. 256 P. 2016

This purposes of this research were to study and to develop family resilience of patients with cerebrovascular disease through assimilative integrate family counseling. The participants were family members of patients with cerebrovascular disease, including wives and children, who were treated in hospitals in the east part of Thailand. There were two steps in this research. The first step aimed to develop research instruments about the family resilience, by using 380 persons from 190 families as participants to study the components family resilience. The second step aimed to study effectiveness of the counseling program family resilience of patients with cerebrovascular disease through assimilative integrate family counseling, by using 20 persons from 10 families, including wives and children who received the treatment at the Buddhasothorn hospital, The participations in this step were selected from 59 families who had the family resilience score less than the 25 percentile. They received the intervention based on assimilative integrate theory family counseling program (8 sessions, 45-60 minutes in each section). The research instruments were questionnaire for family resilience and assimilative integrate theory family counseling program. The data were analyzed and LISREL program for confirmatory factor analysis.

The results of this study were as follows:

1. The factor analysis showed that the family resilience of the 190 patients with cerebrovascular disease consisted of three elements. 1) communication processes, 2) family organizational patterns, and 3) family beliefs systems. These three elements had a moderate factor

loading at the 0.05 level, and they could be able to measure the family resilience of the patients with cerebrovascular disease.

2. The total score of the family resilience in the 190 patients with cerebrovascular disease was at 2.84, which considered in the moderate level. Family belief systems were the highest and communication processes were lowest.

3. The mean score of family resilience in patients with cerebrovascular disease during sections of assimilative integrate counseling program, after section the program, and in the follow up phases were higher than before section the program with statistically significance at the 0.05 level.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว.....	16
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว.....	32
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	61
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบไปใช้ใน.....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	90
ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพ ครอบครัว.....	90
ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี และเทคนิคการปรึกษา.....	102

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	110
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	112
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	148
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	148
สมมติฐานของการวิจัย.....	148
ขอบเขตของการวิจัย.....	148
สรุปผลการวิจัย.....	152
อภิปรายผลการวิจัย.....	157
ข้อเสนอแนะ.....	163
บรรณานุกรม.....	165
ภาคผนวก.....	176
ภาคผนวก ก.....	177
ภาคผนวก ข.....	179
ภาคผนวก ค.....	182
ภาคผนวก ง.....	184
ภาคผนวก จ.....	197
ภาคผนวก ฉ.....	247
ภาคผนวก ช.....	252
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	259

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากร และจำนวนครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	9
2 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากร และจำนวนครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	12
3 ตัวอย่างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว.....	95
4 รูปแบบการทดลองแบบ One-way repeated Measures Design.....	104
5 กำหนดการใช้โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการและเทคนิคการปรึกษา..	107
6 สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล.....	110
7 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	112
8 จำนวนข้อคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	118
9 การตรวจสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ได้แปลงเป็น คะแนนมาตรฐาน(Normal scale) ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2).....	119
10 ผลการตรวจสอบค่าสถิติ KMO และ Bartlett's Test ของตัวแปรเชิงประจักษ์ ที่ทำการศึกษาในแบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	121
11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading Score) แสดงเป็นคะแนน มาตรฐาน (Standardize score) ของตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv).....	129
12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading Score) แสดงเป็นคะแนน มาตรฐาน (Standardize score) ของตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage).....	130
13 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading Score) แสดงเป็นคะแนน มาตรฐาน (Standardize Score) ของตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (commu)..	131
14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพ ครอบครัว ตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv).....	132
15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพ ครอบครัว ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage).....	133

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพ ครอบครัว ตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu).....	134
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพ ครอบครัวในภาพรวม.....	135
18	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพ ครอบครัวระหว่างกลุ่มภรรยา กับบุตร.....	135
19	จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง.....	137
20	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัว โดยรวม และรายด้าน ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่าง การทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	139
21	การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่ม ทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง.....	141
22	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้าน ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ ทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-Way ANOVA repeated measures).....	142
23	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการคืนสภาพครอบครัว โดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่าง การทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	143
24	ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of tem-objective congruence) ของแบบวัด การคืนสภาพครอบครัว.....	248
25	ผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับ คะแนนรวม (Corrected item-total correlation) และค่าเชื่อมั่นทั้งฉบับฉบับด้วย วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (α -coefficient).....	253

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว.....	13
2 กรอบแนวคิดในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง.....	14
3 ทฤษฎีการคืนสภาพ.....	26
4 แบบแผนการทดลอง.....	61
5 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนครอบครัว ในภาคตะวันออก.....	82
6 ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออก ตามสมมุติฐาน	123
7 ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกที่ปรับแก้.....	128
8 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของระหว่างกลุ่มภรรยา และกลุ่มบุตร.....	136
9 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลองระยะก่อน การทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	140
10 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผล.....	145
11 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผล.....	146
12 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผล.....	146
13 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวมของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	147

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002, p. 4) รายงานว่าประชากรทั่วโลกร้อยละ 60 เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง และคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73% โรคเรื้อรังที่พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย ความพิการ และคุณภาพชีวิต ตลอดจนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โดยข้อมูลขององค์การอัมพาตโลก (World stroke organization, 2013) รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี ซึ่งแต่ละปีมีคนไทยทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคน และคาดว่าปี พ.ศ. 2558 จะมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน สอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2555) ว่าสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 27.53, 30.04 และ 31.69 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้มารับบริการด้วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา (2556, หน้า 42) ในปีงบประมาณ 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 2,628, 2,698 และ 2,926 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นตามลำดับ

องค์การอนามัยโลก (1988) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease/ Stroke) ว่าเป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุที่หลอดเลือดสมองมีการอุดตัน ตีบ หรือแตก ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถช่วยให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แต่ผลของโรคกลับทำให้ผู้ป่วยคงเหลือความพิการ และนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังในอนาคต จากการศึกษาข้อมูลของสถาบันประสาทวิทยา (2550) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ร้อยละ 30 มักจะมีความพิการ ปัญหาร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต ร้อยละ 70 มีปัญหาด้านการพูดการสื่อสารกับผู้อื่น และสามารถฟื้นฟูอย่างสมบูรณ์มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ร้อยละ 85 กลับปัสสาวะไม่ได้ (Gelber, Good, Layven & Vertrulst, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่ามีสติปัญญาบกพร่อง (Ozdemir, Birtane,

Tabatabaei, Ekuklu, & Kokino, 2001) มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล (Ghoge, Shama, Sonawalla, & Parikh, 2003) รวมทั้งมีปัญหามาภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (Potter & Perry, 1995) จากปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการ การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม จึงจำเป็นต้อง ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกครอบครัว

สมาชิกครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระวังอุบัติเหตุ ประคับประคองจิตใจ นอกจากความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ตามปกติ จนอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (นิมมวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549) จึงส่งผลให้การกลับสู่สภาวะเดิม และพัฒนาการซ้ำผลกระทบบดังกล่าว ยังส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น ครอบครัว สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพของหัวหน้าครอบครัวซึ่งเป็นรายได้หลัก ส่งผลให้การดำเนิน ชีวิตของสมาชิกครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ถ้าพบผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุ 30-50 ปี ปัญหาต่าง ๆ ยิ่งรุนแรงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้กำลัง เป็นวัยที่ต้องการการเสริมสร้างความมั่นคงให้กับตนเองเป็นเสาหลักของครอบครัว ตลอดจนเป็น กำลังสำคัญหลักในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นถ้าหัวหน้าครอบครัวประสบกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความพิการคงเหลือ มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองอาจเป็นสาเหตุให้ออกจากงาน กลายเป็น ภาระของครอบครัว ภรรยาอาจต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ในการดูแลครอบครัวโดยลำพัง ซึ่งแต่เดิมทั้งสามีและภรรยาอาจช่วยกันทำงานเพื่อช่วยกันหาเลี้ยงครอบครัว และเลี้ยงดูบุตร ซึ่งถ้าในครอบครัวที่สามีต้องกลายมาเป็นผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง และภายหลังการรักษา มีความพิการ คงเหลืออยู่ ครอบครัวนั้น อาจต้องมีวิถีชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เนื่องจากภรรยาอาจต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวโดยลำพัง หรือต้องออกจากงานเพื่อมาดูแล สามีที่ป่วยและต้องการการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังที่กล่าว มาแล้ว ทำให้ผู้ที่จะต้องเข้ามารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล รู้สึกถึงความเครียด วิตกกังวล และเป็นภาระในการดูแลเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมมากขึ้น รวมทั้งยังทำให้สัมพันธ์ทางสังคมและกิจกรรมเดิม ที่เคยปฏิบัติลดลง ซึ่งหากผู้ดูแลมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่พร้อมในการดูแลสิ่งเหล่านี้สามารถ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีบุตรด้วยแล้วการพังทลายของครอบครัวยิ่งมากตามมา เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายยิ่งมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่นอาจพบปัญหา

เศรษฐกิจของครอบครัวที่รุนแรง เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายจากการศึกษาเล่าเรียนของบุตรด้วย ทั้งนี้บุตรวัยรุ่นซึ่งกำลังอยู่ในวัยเรียนและวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

ดังนั้น หากหัวหน้าครอบครัวต้องประสบปัญหาสุขภาพ และเผชิญอุปสรรคสำคัญ ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ซึ่งกำลังจากสมาชิกครอบครัวทุกคน ภายใต้พื้นฐานความรักความอบอุ่น ความเข้ากัน และช่วยเหลือกันยามที่ประสบปัญหา จึงเป็นส่วนสำคัญในการสร้างจิตสำนึกที่ดี ความรับผิดชอบ แบ่งเบาภาระหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ในทางตรงกันข้ามสัมพันธภาพที่ตึงเครียดจากการที่ครอบครัวไม่สามารถจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้ภรรยาต้องออกจากงาน และบุตรอาจไม่ได้รับการศึกษาต่อจนกลายเป็นความทุกข์ ความเศร้า เรือร้งของครอบครัวทั้งครอบครัวตามมา (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2546, หน้า 5; อินทรา ลิมเชย, 2550) อย่างไรก็ตาม เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้ผ่านวิกฤติร่วมกัน และสมาชิกครอบครัวทุกคนช่วยประคับประคอง สร้างกำลังใจ ให้โอกาส ตลอดจนสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพแม้จะยังคงเหลือความเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม (Walsh, 2012, p. 399) ดังจะเห็นได้ว่าพลังของครอบครัวนั้นยิ่งใหญ่ ตลอดจนช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้มั่นคงขึ้น ดังนั้นการดำรงความสมดุลของครอบครัว และการคืนสภาพครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อทุกคนในครอบครัว ให้สามารถรับมือต่อเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นได้อย่างมีศักยภาพ ดังนั้น ถ้าสมาชิกครอบครัวทุกคนสามารถปรับตัว และคืนสภาพได้อย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลดีการทำหน้าที่ครอบครัวอย่างสมบูรณ์ด้วย

การคืนสภาพครอบครัว (Family resilience) คือ การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นฟูสภาพเดิม โดยสมาชิกครอบครัวจะมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง สามารถดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข ตลอดจนสามารถพัฒนาให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ (Walsh, 2012, pp. 399-427) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กระบวนการคืนสภาพครอบครัวใช้เวลาประมาณ 1 ปี ซึ่งเป็นระยะการปรับตัวของครอบครัว เมื่อสมาชิกครอบครัวเผชิญกับสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นสามารถเข้าสู่กระบวนการคืนสภาพของครอบครัวที่เหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยนี้ศึกษาในสมาชิกครอบครัวที่มีสามี/ บิดาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากระยะอาการ โดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ และต้องมีการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา

การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) การคืนสภาพครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (2012) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว และองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว

องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ มีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น สามารถจัดการได้โดยร่วมมือร่วมใจกัน เชื่อมมั่นในศักยภาพและพลังของครอบครัวว่าสามารถร่วมกันเผชิญปัญหา ด้วยความศรัทธาและจิตวิญญาณ ได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการมี กันและกันในครอบครัว ตลอดจนสามารถผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นครอบครัว จึงมีความหมาย ที่จะทำให้สมาชิกครอบครัวหล่อหลอมการแบ่งปัน การร่วมมือ ความเชื่อ ได้แสดงศักยภาพของครอบครัว ซึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลมากกับมุมมองของครอบครัว ต่อปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ตลอดจนเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในครอบครัว เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่หัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วย ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่าสามารถร่วมมือกันในการดูแล ช่วยกันปลดปล่อย ฟ้องถ่ายความรู้สึกที่เกิดขึ้นแก่กันและกัน ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง และสามารถเติบโตจากความทุกข์ของครอบครัวได้

องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวมีกลวิธีการแสดงออก หรือการจัดการของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยความยืดหยุ่น ความร่วมมือ มุ่งมั่นในการที่จะผ่านพ้นอุปสรรคปัญหาไปด้วยกัน ภายใต้การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงจนเกิดสมดุลในครอบครัว ซึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการภายในครอบครัวมีความสำคัญมาก เนื่องจากครอบครัวปัจจุบันมีโครงสร้างภายในครอบครัวที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวไม่มีสมาชิกที่จะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งการดูแลอย่างมากในการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยภาวะวิกฤติของครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจัดการ ร่วมมือ และสามารถที่ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวล่มสลายได้ ภายใต้ความกดดัน เหนื่อยล้า ความเครียด วิตกกังวล และรู้สึกว่า เป็นภาระในการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งการคืนสภาพภายในครอบครัวสามารถจะเกิดขึ้นได้จากการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความร่วมมือ และความมุ่งมั่นในพลังครอบครัว ต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เมื่อสมาชิกของครอบครัวป่วย สามารถจัดระเบียบ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของครอบครัวใหม่ได้

องค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถพูดคุย บอกเล่า ส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกันในครอบครัวอย่างชัดเจน มีความสอดคล้อง ตลอดจนมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา แบ่งปันความรู้สึก และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนเรียนรู้จากจากภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ เตรียมพร้อมรับมือกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดการจัดการภายใต้ความเป็นไปได้ ร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ซึ่งในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัวมีความสำคัญมาก เนื่องจากในสถานะที่ครอบครัวเผชิญปัญหา การสื่อสารสามารถที่จะล้มเหลวได้อย่างง่ายดาย จากความกำกวม กีดกันความเข้าใจ ปิดกั้น และปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัวเป็นความลับ ดังนั้น ถ้าสมาชิกครอบครัว มีข้อมูลที่ชัดเจน ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาของครอบครัว รวมทั้งการเจ็บป่วย ของผู้นำครอบครัว จะทำให้ครอบครัวสามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ หาหนทางเลือกใหม่ ๆ โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับสถานะวิกฤติภายใต้ภาวะเครียด โดยมีการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ครอบครัวที่เกิดขึ้น

สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเป็นทรัพยากรที่มีศักยภาพในการคืนสภาพภายหลังการเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการศึกษาของ Walsh (2012) กล่าวว่า แนวคิดของการคืนสภาพมีความสำคัญต่อการคืนสภาพครอบครัวด้วย ในฐานะที่ครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของการทำหน้าที่ครอบครัว หากครอบครัวต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรง และความทุกข์ที่ยาวนาน ผลกระทบจะเกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งครอบครัว ตลอดจนมีผลกระทบที่ต่อเนื่องไปยังสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งในทางตรงกันข้ามกระบวนการการคืนสภาพครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัว สามารถปรับตัวรวมพลังในช่วงเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา ดังนั้น ประเมินการตอบสนองของครอบครัวต่อสถานการณ์ปัญหา และให้การช่วยเหลือจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ กระบวนการการคืนสภาพครอบครัวนั้น สมาชิกครอบครัวต้องสามารถจัดการกับสถานะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความร่วมมือร่วมใจกันอย่างเข้มแข็งและมั่นคง เกิดการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพครอบครัว และสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวต้องเสียไปจนเกิดการพังทลายของครอบครัวตามมา

การพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวอาจมีหลากหลายวิธี แต่วิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งคือ การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เนื่องจากการปรึกษาครอบครัวเป็นวิธีการหนึ่งที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยความช่วยเหลือแก่ครอบครัวทั้งครอบครัว เพื่อให้สมาชิกทุกคน

สามารถจัดการกับสภาพปัญหาที่ประสบได้และปรับตัวได้ดีขึ้น และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของแต่ละคนได้อย่างสูงสุด ทั้งนี้ ปัญหาบุคคลในครอบครัวเป็นผลจากเหตุการณ์ ความสัมพันธ์ลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะมีอิทธิพลต่อกันและกัน ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนใดคนหนึ่งย่อมเป็นปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวทั้งระบบ ซึ่งแนวคิดนี้การให้ความช่วยเหลือจึงต่างไปจากการให้การช่วยเหลือรายบุคคลที่เน้นตัวบุคคลคนเดียวที่ต้องการความช่วยเหลือ ให้สามารถเข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เมธินันท์ ภิณณูชน, 2539) อย่างไรก็ตามการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา มีความเหมาะสมที่ใช้นางานวิจัยนี้ เนื่องจากเมื่อมีบุคคลหนึ่งในครอบครัวป่วยโดยเฉพาะต้องดำรงเป็นหัวหน้าครอบครัวย่อมมีผลกระทบมากมายตามมา

จากประเด็นปัญหา และความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออก เนื่องจากยังไม่มีการสร้างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวมาก่อน ผู้วิจัยจึงสร้างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวในบริบทของครอบครัวไทยขึ้น ประกอบกับสถิติภาคตะวันออกจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งแต่ละ ครอบครัวต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรง ดังนั้น การที่ครอบครัวสามารถคืนสภาพได้อย่างรวดเร็วตั้งหลักได้เร็ว จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือโดยการปรึกษาครอบครัวทั้งครอบครัว ซึ่งกระบวนการการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เป็นวิธีที่สำคัญประการหนึ่งที่สามารถพัฒนาการคืนสภาพของครอบครัว โดยเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ และยังไม่มีการปรึกษาครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยได้บูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาของทฤษฎีต่าง ๆ ของการปรึกษาครอบครัวเป็นกรอบมโนทัศน์ในการอธิบายการคืนสภาพครอบครัว การศึกษาครั้งนี้จะทำให้เกิดการคืนสภาพครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลอย่างดี และมีประสิทธิภาพ จากสถานการณ์ที่วิกฤติและยากลำบากจนสามารถดำรงสภาพครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป
2. เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งสมมติฐานเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สมมติฐาน ได้แก่

โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว
องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว และองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา
ในครอบครัวมีความสอดคล้องกัน

ขั้นตอนที่ 2 สมมติฐาน ได้แก่

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ทฤษฎี
และเทคนิคการปรึกษามีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวสูงขึ้นทั้งในระยะเวลาระหว่างการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิชาการ และการปฏิบัติ ดังนี้

1. ประโยชน์ด้านวิชาการ

- 1.1 ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการคืนสภาพครอบครัวในบริบทของประเทศไทย
อย่างชัดเจน และแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
- 1.2 ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี
และเทคนิคการปรึกษา ในการคืนสภาพครอบครัว ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการช่วยเหลือ การดูแล
ที่ชัดเจน และเสริมสร้างครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีการพัฒนาการคืนสภาพ
ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
การปรึกษาสามารถนำมาใช้ได้จริงในบริบทประเทศไทย
- 1.3 ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางแก่ผู้วิจัยอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ได้นำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาคู่ครอบครัวที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกันได้

2. ประโยชน์ด้านการปฏิบัติ

- 2.1 ได้แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ซึ่งสามารถนำแบบวัดที่ได้จากการศึกษา
ไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
- 2.2 ได้รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากงานวิจัยนี้
ซึ่งประกอบด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ไปพัฒนา
การคืนสภาพครอบครัว เพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้มีการกลับสู่สภาพปกติ และสามารถดำเนินชีวิต

ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ได้อย่างมีความสุขถึงแม้ว่าจะผ่านการเผชิญกับสภาวะวิกฤติของครอบครัวก็ตาม

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยนี้ แบ่งขอบเขตการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1

เพื่อ ศึกษาการคืนสภาพครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วไป

ขั้นตอนที่ 2

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้
คุณสมบัติของประชากร

1. สมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว

2. อายุผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี อายุภริยามากกว่า 30 ปี และอายุบุตรมากกว่า 14 ปี

3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน

4 . ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis ที่สร้างจากสูตรของ Chean (1997) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555, หน้า 11) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05

($\alpha = 0.05$) ได้ขนาดตัวอย่าง 380 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลรัฐในภาคตะวันออกเฉียง คือ โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary care) มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง แล้วทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยสัดส่วนของขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัดของเขตภาคตะวันออกเฉียง มีลักษณะครอบครัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียง

โรงพยาบาล	จำนวนครอบครัวที่เป็นประชากรของการวิจัย	จำนวนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิกครอบครัว (ภรรยาและบุตร) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์			
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	2,869	57	114
โรงพยาบาลระยอง	2,347	52	104
โรงพยาบาลทั่วไป			
โรงพยาบาลพุทธโสธร	2,926	59	118
โรงพยาบาลนครนายก	1,311	22	44
รวม	9,453	190	380

ขั้นตอนที่ 2

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 59 ครอบครัว มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของประชากร

1. สมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว

2. อายุของผู้ป่วย 30-50 ปี อายุภรรยา 30-50 ปี และอายุบุตร 14-18 ปี

3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน

4 . ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตรจำนวน 59 ครอบครัว ตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

2. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกันโดยพิจารณาความสอดคล้องจากค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สันมากกว่า 90

3. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อที่ 2 และต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

4. คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวต่ำสุดขึ้นมา จำนวน 10 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว

5. มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงระยะเวลาการทดลอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การคืนสภาพครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นฟูสู่สภาพเดิม โดยสมาชิกครอบครัวจะปรับตัว เปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ แบ่งได้ ดังนี้

1.1 ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัว

มีการรับรู้ต่อสถานการณ์ มีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัว ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น สามารถจัดการได้อย่างร่วมมือร่วมใจกัน เชื่อมั่นในศักยภาพและพลังของครอบครัวว่า

สามารถร่วมกันเผชิญปัญหา ด้วยความศรัทธาและจิตวิญญาณ ได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการมีกันและกันในครอบครัว ตลอดจนสามารถผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้

1.2 ด้านการจัดการภายในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัว มีกลวิธีการแสดงออก หรือการจัดการของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยความยืดหยุ่นความร่วมมือ มุ่งมั่นในการที่จะผ่านพ้นอุปสรรคปัญหาไปด้วยกัน ภายใต้การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงจนเกิดสมดุลในครอบครัว

1.3 ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา ในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถใช้ภาษาภายในและภาษาท่าทางพูดคุย บอกเล่า ส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกันในครอบครัวอย่างชัดเจน มีความสอดคล้อง ตลอดจนมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา แบ่งปันความรู้สึก และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนเรียนรู้จากภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ เตรียมพร้อมรับมือกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจัดการภายในได้ความเป็นไปได้ และร่วมมือกันในการแก้ปัญหาคือครอบครัว

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน การดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว อายุของผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี อายุภรรยามากกว่า 30 ปี และอายุบุตรมากกว่า 14 ปี

3. โปรแกรมการปรึกษาคือครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัว โดยมีทฤษฎีหลัก ได้แก่ การปรึกษาคือครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว และเทคนิคการปรึกษาคือครอบครัวจากทฤษฎีต่างๆ เน้นในการแก้ไขปัญหาโดยผสมผสานเทคนิคการปรึกษาคือครอบครัวจากทฤษฎีอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. การลำดับเหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว (Family-life fact chronology) โดยผู้ให้การปรึกษาจะสัมภาษณ์เรื่องราวต่าง ๆ และเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในชีวิตของผู้รับการปรึกษา และสัมภาษณ์ประวัติครอบครัวตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตาทวด บิดามารดา จนถึงรุ่นปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวของพัฒนาการครอบครัว ทบทวนลักษณะของรูปแบบครอบครัว และแนวคิดสำคัญที่ได้เป็นรากฐานของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งได้รับรู้และเข้าใจถึงอิทธิพลในอดีตที่ส่งผลต่อตนเองและครอบครัวในปัจจุบัน

2. การทำแผนที่ครอบครัว (Family maps) เป็นแผนที่ที่ทำให้เห็นภาพโครงสร้างของครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่น คือ รุ่นปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา รุ่นบิดามารดา และรุ่นปู่ย่าตายายของผู้รับการปรึกษา โดยแผนที่ครอบครัวนี้ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้เขียนแผนที่ดังกล่าว โดยนำข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ประวัติ และเรื่องราวชีวิตครอบครัวของผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะครอบคลุมรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบิดามารดา ปู่ย่าตายาย พี่น้องของผู้รับการบำบัด

3. ท่าทีการสื่อสาร (Communication stance) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้พ่อแม่ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสาร ผู้ให้การปรึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวพูดจากันตรงไปตรงมาแสดงท่าทีและความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืนกันอย่างแท้จริง จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเรียนรู้ขณะสื่อสารและเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

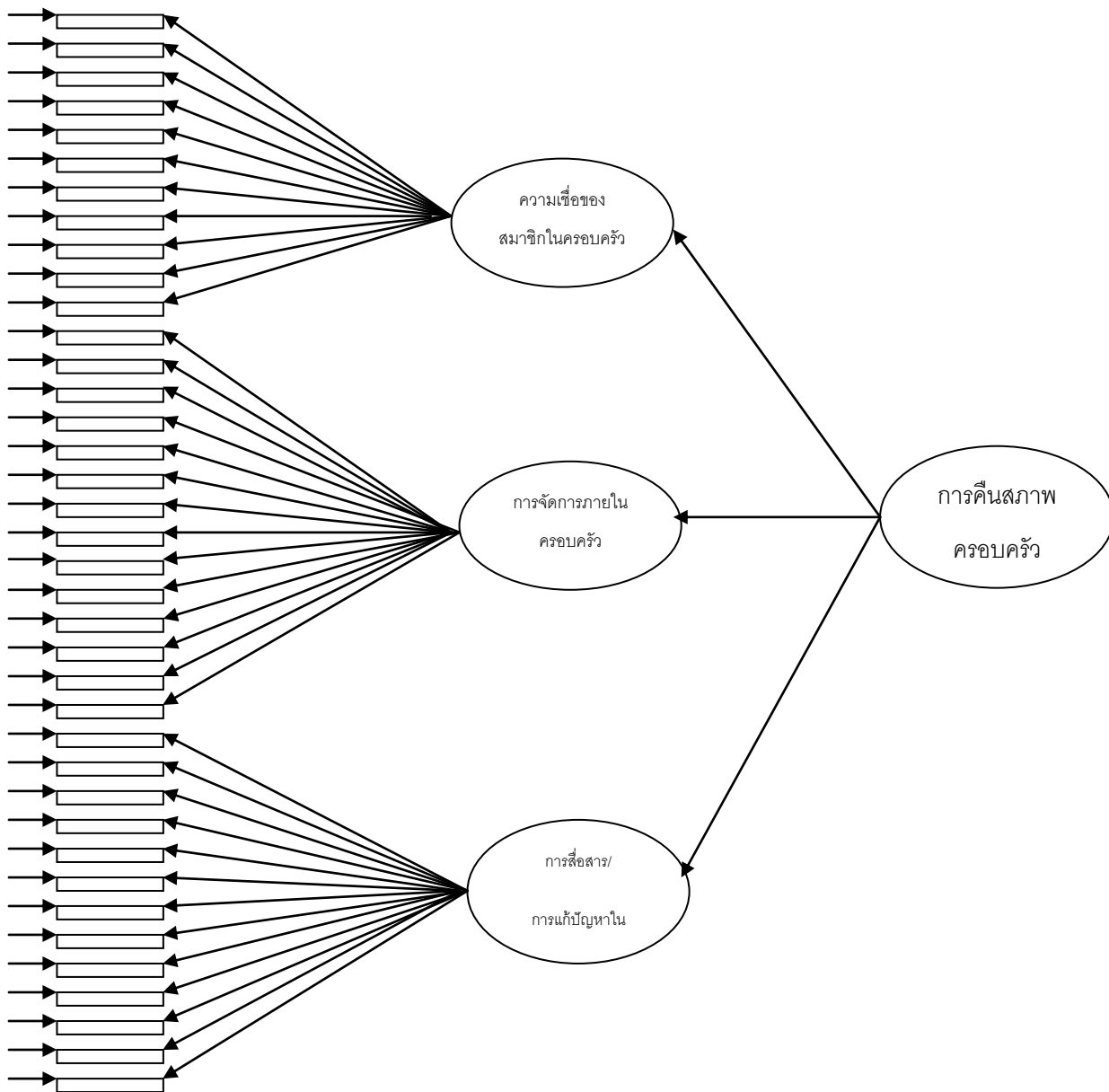
4. การใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เช่น ถามด้วยประโยคดังนี้ “ในคืนหนึ่งขณะที่คุณนอนหลับ เกิดปาฏิหาริย์ที่จะช่วยแก้ปัญหของคุณ คุณคิดว่า คุณอยากให้มันเกิดอะไรขึ้นอะไรที่มันจะแตกต่างไปจากเดิม” จากคำถามดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความชัดเจนในเป้าหมายของการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มองเห็นอะไรที่นอกเหนือไปจากปัญหาที่เขากำลังประสบอยู่ จะเป็นการทำให้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงมากขึ้น หากผู้ให้การปรึกษาได้กระตุ้นผู้รับการปรึกษาดังนี้แล้ว ภาพของปัญหาที่บางที่ยังไม่ชัดเจนก็จะปรากฏชัดเจนขึ้นได้

5 . คำถามลำดับขั้น (Scaling question) เทคนิคนี้ได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุยถึงหัวข้อที่ยังคลุมเครือ เช่น ความซึมเศร้า และการสื่อสารในจุดที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาการคืนสภาพครอบครัว

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012) ดังนี้

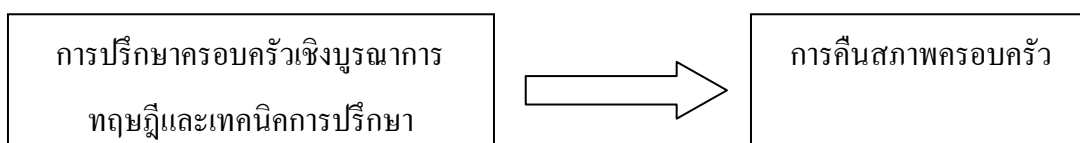


ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาผลของโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี และเทคนิคการศึกษา

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นเกณฑ์ในการสร้างโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว โดยปรากฏกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยดังนี้

ตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว
 - 1.1 ความหมายและความสำคัญการคืนสภาพครอบครัว
 - 1.2 แนวคิดการคืนสภาพครอบครัว
 - 1.3 ความเป็นมาของทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว
 - 1.4 องค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว
 - 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว
 2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว
 - 2.1 ความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัว
 - 2.2 ความหมายของการปรึกษาครอบครัว
 - 2.3 เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว
 - 2.4 รูปแบบของการปรึกษาครอบครัว
 - 2.5 กระบวนการการปรึกษาครอบครัว
 - 2.6 ขั้นตอนการปรึกษาครอบครัว
 - 2.7 ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัว
 - 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว
 3. เอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 วิทยาการระบาดของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.3 การแบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.4 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.5 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย
 - 3.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว
 - 3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ ไปใช้ในการสร้างเครื่องมือ

- 4.1 ความเป็นมาของการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.2 ความหมายของการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.3 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.4 ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.5 ประเภทของเทคนิคการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.6 การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน
- 4.7 การนำการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันไปใช้สร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา
- 4.8 ลักษณะข้อมูลที่ใช้การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน
- 4.9 ข้อจำกัดและปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบ
- 4.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาครอบครัว

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว

ความหมายและความสำคัญการคืนสภาพครอบครัว

Sixbey (2005) กล่าวว่า การคืนสภาพครอบครัว เป็นความสามารถของบุคคลในครอบครัว ที่สามารถปรับตัวภายหลังจากประสบภาวะวิกฤติของครอบครัวอย่างมั่นคงและเข้มแข็ง ไม่เพียงแต่สามารถผ่านสภาวะวิกฤติมาได้เท่านั้น แต่ยังสามารถเจริญเติบโต ผ่านสภาวะวิกฤตินั้น อย่างดีด้วย

Luthar (2006) ให้คำนิยามการคืนสภาพครอบครัวว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกในบริบทของการเกิดสภาวะวิกฤติของครอบครัว

Walsh (2012) ให้ความหมายการคืนสภาพครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัว มีวิธีการจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดวงพร หุ่นตระกูล, จงกลณี ศรีจักร โคตร, ดารุณี จงอุดมการณ์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2547) ให้ความหมายการคืนสภาพครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมทางบวก ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว รวมถึงระบบครอบครัวซึ่งแสดงออกภายใต้ภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่เลวร้าย ประเมินได้จากความสามารถของครอบครัวในการฟื้นฟูสู่สภาพเดิม โดยดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของระบบครอบครัว ซึ่งกระบวนการปรับตัวจะรวมไปถึงกระบวนการ

เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การคืนสภาพนั้น
เกิดความผาสุก กลมกลืน มีคุณภาพ และเกิดความผาสุกของครอบครัว

กล่าวโดยสรุปการคืนสภาพครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการ
กับสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นฟูสภาพเดิม โดยสมาชิก
ครอบครัวจะปรับตัว เปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตครอบครัวได้อย่างมีความสุข มีศักยภาพ
ในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ

แนวคิดการคืนสภาพครอบครัว

การศึกษาการคืนสภาพครอบครัวในระยะแรก นักจิตวิทยาได้ศึกษาบุคคลที่เติบโตมาจาก
ครอบครัวที่มีปัญหา และได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีมุมมองทางลบ มุ่งเน้นการศึกษา
การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ การศึกษาดังกล่าวจึงมองข้ามครอบครัวที่มีศักยภาพ
จำนวนมาก แต่ที่สำคัญคือ การมองว่าสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเป็นทรัพยากรที่มีศักยภาพ
ในการคืนสภาพครอบครัวภายหลังการเผชิญปัญหาต่าง ๆ แล้ว แนวคิดของการคืนสภาพครอบครัว
จึงมุ่งเน้นไปที่การคืนสภาพครอบครัวด้วย ในฐานะที่ครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของการทำหน้าที่
ครอบครัว (Walsh, 1996, 2003, 2006, 2012) ในมิติที่ว่าหากครอบครัวต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์
ที่ร้ายแรงและความทุกข์ที่ยาวนาน ผลกระทบเกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งครอบครัว และในทางตรงกันข้าม
กระบวนการของการคืนสภาพครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวสร้างความเป็นระบบ
ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ตลอดจนปรับระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวด้วย
ดำเนินต่อไปได้ โดยสมาชิกในครอบครัวจะผนึกกำลังในช่วงเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา
ดังนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันหรือความเครียดที่สะสมระยะเวลานาน จึงสามารถทำลาย
การทำหน้าที่ของระบบครอบครัว ตลอดจนมีผลกระทบที่ต่อเนื่องไปยังสมาชิกในครอบครัว และ
ความสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการตอบสนองของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก
กระบวนการที่สำคัญในการคืนสภาพครอบครัวคือ ช่วยให้ระบบครอบครัวที่จะร่วมมือกันในเวลา
ที่มีปัญหา การลดความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ให้เสียไป และช่วยสนับสนุน
การปรับตัวของครอบครัวให้ดีที่สุด

แนวคิดของการคืนสภาพครอบครัว ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะความเครียด
ที่เกิดขึ้นในครอบครัว การแก้ปัญหา และการปรับตัว (Hawley & DeHaan, 1996; Mackay, 2003;
McCubbin & Patterson, 1983; Patterson, 2002; Simon, Murphy, & Smith, 2005) มีหลักการและ
แนวคิดมากกว่าการจัดการความเครียด การเผชิญปัญหา การรับภาระปัญหา หรือการดำรงชีวิต
อย่างมีเสถียรภาพรวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคล ความเปลี่ยนแปลง
ความสัมพันธ์ และการเติบโตภายหลังจากการเผชิญปัญหาในครอบครัว กระบวนการที่สำคัญ

ในการคืนสภาพครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการก้าวผ่านสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเข้มแข็งและมั่นคง และการเตรียมพร้อมในการเผชิญกับความท้าทายในอนาคต สมาชิกในครอบครัวอาจจะได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจและความสามารถใหม่ ภาวะวิกฤติ ครอบครัวสามารถกระตุ้นความสนใจบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ในเรื่องสำคัญที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ดังนั้น จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสในการพิจารณาการจัดลำดับความสำคัญของชีวิตของตนเองใหม่ ตลอดจนการให้ความหมายกับความสัมพันธ์กันในครอบครัวมากขึ้น การศึกษาการคืนสภาพครอบครัวพบว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้ผ่านวิกฤติร่วมกัน ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวจะพัฒนาเพิ่มขึ้น และผูกพันกันมากขึ้นด้วย (Stinnett & DeFrain, 1985)

กล่าวโดยสรุปคือ การคืนสภาพครอบครัวได้ปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดจากการศึกษาสภาพการณ์ที่ขาดความสมดุลในครอบครัว ภายหลังครอบครัวได้เผชิญความยากลำบากในการปรับตัวต่อสภาวะวิกฤติ เป็นความท้าทายในการใช้ชีวิตครอบครัวร่วมกัน ตลอดจนการพัฒนาให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

ความเป็นมาของทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว

1. แนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012)

Forma Walsh นักจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ร่วมก่อตั้งศูนย์อนามัยครอบครัวของชิคาโก (The Chicago center for family health) มีผลงานที่โดดเด่นด้านการให้การปรึกษาครอบครัว จนได้รับรางวัล American family therapy academy (AFTA) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Luthar, Cicchetti, and Becker (2000) พบว่าจุดเริ่มของการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว (Family resilience) เริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1930 โดยเน้นถึงความเข้มแข็งของครอบครัวที่สามารถผ่านสภาวะวิกฤติได้ และต่อมา ค.ศ. 1970 ได้มีการศึกษาการคืนสภาพครอบครัวของครอบครัวที่มีบุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภท หรือบุคคลในครอบครัวที่เติบโตมากับแม่ที่เป็นจิตเภทพบว่าบุคคลที่เป็นจิตเภทสามารถทำงานมีความสัมพันธ์ทางสังคม แต่งงาน และสามารถตอบสนองต่อความรับผิดชอบได้ การคืนสภาพครอบครัวนี้ เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล หรือพัฒนาได้ในตัวของแต่ละบุคคล (Walsh, 2002) หรือเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และปรับปรุงได้ (Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993; Patterson, 2002)

นักวิจัยกลุ่มแรก ศึกษาบุคคลที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีปัญหา และได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย มีมุมมองทางลบ มุ่งเน้นการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ การศึกษาดังกล่าวจึงมองข้ามครอบครัวที่มีศักยภาพจำนวนมาก

ในระยะต่อมาได้มีการศึกษาการคืนสภาพของบุคคลอย่างกว้างขวาง โดยมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม (Garmezy, 1991; Werner, & Smith, 1982, 1992) ความเจ็บป่วยทางจิตใจของบุคคลที่เป็นพ่อ-แม่ (Masten, & Coatsworth, 1995) การกระทำผิด (Beeghly, & Cicchetti, 1994); Cicchetti, & Rogosch, 1997) ความยากจนในเมืองและชุมชน ความรุนแรง (Luthar, 1999) การเจ็บป่วยเรื้อรัง และเหตุการณ์ในชีวิตหลังจากประสบกับภัยพิบัติ (O'Dougherty-Wright, Masten, Northwood, & Hubbard, 1997)

Walsh (1998) ได้นำแนวคิดของการคืนสภาพ (Resilience) ในแนวคิดระดับบุคคล มาศึกษาการคืนสภาพในระดับครอบครัว เนื่องจากการเข้าใจการคืนสภาพในวัยเด็กของแต่ละคน ล้วนมาจากระบบของครอบครัว โดยมุ่งเน้นกระบวนการที่ซับซ้อนของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงวิธีที่ครอบครัวแสดงการคืนสภาพเมื่อถูกทำลายด้วยความทุกข์ของครอบครัวที่เกิดขึ้น และค.ศ. 2002 Walsh ได้ขยายแนวคิดของการคืนสภาพครอบครัวว่าไม่ใช่เพียงแค่ความสามารถในการจัดการ และการอยู่รอดของครอบครัวในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่านั้น แต่ความทุกข์ที่ครอบครัว ประสบนั้นก่อให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพก่อให้เกิดการเจริญเติบโตส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กันในครอบครัว ซึ่งการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว ต่อมาใน ค.ศ. 2014 Walsh ศึกษาในครอบครัวที่ประสบภาวะวิกฤต เช่น การบาดเจ็บ การสูญเสีย ครอบครัวที่ประสบปัญหา เช่น การหย่าร้างหรือการอพยพ รวมทั้งการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความท้าทาย และความเครียดที่ถาวร เช่น การเจ็บป่วย, ความพิการ, ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ เป็นต้น กล่าวโดยสรุป การวิจัย 2 ทศวรรษที่ผ่านมาด้านการให้การปรึกษาครอบครัวมีเป้าหมาย เพื่อพัฒนาความสามารถของครอบครัวที่จะเผชิญกับความทุกข์ แม้ว่าจะไม่มีรูปแบบเดียวที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวที่ใช้ในการคืนสภาพครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่น และครอบครัวมีศักยภาพในการฟื้นตัวและเติบโตจากความทุกข์ยาก ซึ่งทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวนี้ได้รับการพัฒนาโดย Walsh ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 เป็นต้นมา เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางคลินิก การปรึกษาครอบครัว ตัวแปรที่เอื้อต่อการคืนสภาพครอบครัวของแต่ละบุคคล โดยมีเป้าหมายใช้กระบวนการการปรึกษาครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถเจริญเติบโตจากวิกฤติได้

2. แนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin & McCubbin (1996)

Hamiliiton I. McCubbin นักการศึกษาชาวสหรัฐอเมริกา ร่วมกับ Ann I. Thompson และ Marilyn A. Mccubbin โดยมีจุดกำเนิดทฤษฎีเกิดจากคำถามของผู้พัฒนาทฤษฎีที่ว่า อะไรทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเลวร้าย และความผันผวนของวงจรชีวิตได้ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวที่มีภาวะวิกฤต สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ (ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ, 2547) โดยมีพัฒนาการของทฤษฎีดังนี้

ในระยะแรก Reubin Hill (Williams, S. M., & Williams, W. H., 2005, pp. 1-13) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดของครอบครัว (Family stress) การเผชิญปัญหา (Coping) และสุขภาพ (Health) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบนิรนัย (Deductive study) ในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากสงครามในประเทศต่าง ๆ ได้แก่ อเมริกา ฝรั่งเศส เกาหลี อิสราเอล และคิวเบต พบว่า ครอบครัวที่สามารถที่จะดำรงอยู่ได้ แม้ว่าบางช่วงจะมีชีวิตที่ตกต่ำหรือชีวิตดีขึ้น ครอบครัวส่วนใหญ่สามารถกลับคืนเข้าสู่สภาพเดิม ผู้พัฒนาทฤษฎีจึงมีมุมมองเกี่ยวกับการคืนสภาพครอบครัว (Paradigm of family resiliency) เพื่อทำความเข้าใจว่าทำไมครอบครัวเหล่านี้จึงสามารถดำเนินชีวิตผ่านช่วงเวลาทุกข์ยากได้ แบบจำลองทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวช่วยอธิบายกลไกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ทฤษฎี Hill's model อธิบายถึงการเผชิญปัญหาของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต ครอบครัวมีการปรับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ในครอบครัวทั้งที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพ ในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Resources) การรับรู้ต่อสถานการณ์ (Perceptions) และเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stresses) เกิดเป็นทฤษฎี ABCX

ต่อมา McCubbin and Patterson (1999 Cited in Williams & Williams, 2005, pp. 1-13) ได้ศึกษาทฤษฎี ABCX ของ Hill และพัฒนาเป็นทฤษฎี Double ABCX เนื่องจากพบว่า ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายการปรับตัวของครอบครัวหลังภาวะวิกฤตได้ โดยสังเกตพบความแตกต่างในการปรับตัวของครอบครัวหลังภาวะวิกฤต โดยที่บางครอบครัวปรับตัวได้ดีหลังภาวะวิกฤต แต่บางครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ดีก็จะคงอยู่ในภาวะวิกฤตต่อไป The double ABCX model เพิ่มเหตุการณ์ความเครียดได้เหมาะสมเพิ่มพูนมากขึ้น รวมทั้งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของครอบครัว คือ เหตุการณ์ความยุ่งยากความตึงเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น (The pile-up) เกิดเป็นภาวะเครียด (AA) แหล่งประโยชน์ใหม่ (BB) การรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์ และการเผชิญปัญหาของครอบครัว (CC) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว

McCubbin and Patterson (1999 Cited in Williams & Williams, 2005, pp. 1-13) ได้พัฒนาแบบจำลองทฤษฎีคืนสภาพครอบครัว (The family resiliency model) มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลง หรือการปรับตัวของครอบครัวตลอดการเกิดจากการเรียนรู้ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (McCubbin, Boss, Wilson & Lester, 1980) เช่น การเรียนรู้ของครอบครัวในการเผชิญต่อภาวะเครียดที่เรื้อรังและการเจ็บป่วย การเรียนรู้ของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะพัฒนาการของครอบครัว

โดยสรุป ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin มีจุดกำเนิดทฤษฎีเกิดจากคำถามของผู้พัฒนาทฤษฎีที่ว่า อะไรทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเลวร้าย และความผันผวนของวงจรชีวิตได้ อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวที่มีภาวะวิกฤต สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ ซึ่งต่อมาได้ถูกพัฒนามาเป็นแบบจำลอง ABCX, double ABCX model และ T-double ABCX model ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012) เนื่องจากมีความเหมาะสมในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของประเทศไทยมาก ทั้งนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลือ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นกระบวนการให้เกิดความงอกงามในการปรับตัวของครอบครัว และสามารถคืนสภาพครอบครัวให้สามารถดำรงสภาพครอบครัวได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

องค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว

1. Walsh (2012) ได้ศึกษาการคืนสภาพครอบครัวหลากหลายบริบท หลากหลายพื้นที่ พบว่าการคืนสภาพครอบครัวสามารถจำแนกได้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ ปัญหา และมีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัว ซึ่งการรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวชี้้นำให้เกิดพฤติกรรมตามความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัว เชื่อมั่นในศักยภาพ และพลังของครอบครัวว่าสามารถร่วมกันเผชิญปัญหา และผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้

ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลมากกับมุมมองของครอบครัวต่อปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร (Wright & Bell, 2009) โดยความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวยังมีผลมาจาก การแบ่งปันประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัว จากอิทธิพลของคนแต่ละรุ่นในครอบครัวส่งผ่านวัฒนธรรม และความเชื่อ ตลอดจนเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในครอบครัวและการติดต่อกับสังคม โดยในขณะเดียวกัน ครอบครัวสามารถปรับโครงสร้างของครอบครัวเอง เมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์วิกฤติ ความท้าทาย และสามารถปรับเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Reiss, 1981)

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเป็นวิกฤติที่สำคัญที่ครอบครัวจะร่วมมือกันหรือไม่ โดยความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.1.1 การให้ความหมายของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีมุมมองต่อสถานะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ว่าเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ และเป็นความท้าทายสามารถจัดการได้อย่างร่วมมือร่วมใจกัน โดยสมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวชี้ทำให้เกิดพฤติกรรมตามความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัว เชื่อมมั่นในศักยภาพและพลังของครอบครัวว่าสามารถร่วมกันเผชิญปัญหา และผ่านพ้นสถานะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจึงมีความหมาย ที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือหลอมการแบ่งปัน การร่วมมือ ความเชื่อ การเพิ่มบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ครอบครัวมีการคืนสภาพครอบครัวอย่างสมบูรณ์

1.1.2 พลังด้านบวกของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติต่อสถานะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวว่าครอบครัวสามารถที่จะผ่านปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เชื่อมมั่นศักยภาพของครอบครัวแม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางอุปสรรคที่ไม่อาจแก้ไขได้ แต่สมาชิกในครอบครัวยังคงร่วมมือช่วยเหลือกัน เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม การดูแล การแก้ปัญหา และใช้เวลาร่วมกัน

1.1.3 ความศรัทธาและจิตวิญญาณของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวให้คุณค่า และค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจในช่วงเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา โดยการที่สมาชิกในครอบครัวมารวมกัน สามารถกระตุ้นเตือนให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของความรัก หรือได้กระตุ้นให้รักกันมากขึ้น เพื่อจะได้ปลอดภัย ปลอดภัยความรู้สึกที่เกิดขึ้นแก่กันและกัน การได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการมีกันและกันในครอบครัว ได้มีโอกาสจัดเรียงความสำคัญในครอบครัว เพื่อให้ความสัมพันธ์มีความหมายมากขึ้น มีโอกาสเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและการเติบโตจากความทุกข์ของครอบครัว

1.2 การจัดการภายในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีกลวิธีการแสดงออกหรือการจัดการของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และประเด็นปัญหาสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่เกิดขึ้น ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนของทุกคนในครอบครัว เพื่อให้เกิดสมดุลทั้งหน้าที่การงานและครอบครัว ซึ่งครอบครัวสมัยปัจจุบันมีโครงสร้างภายในครอบครัวที่มีความหลากหลาย จึงต้องมีการจัดการภายในครอบครัว รวมทั้ง

ปรับระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อเผชิญกับความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ ภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานจึงอาจสามารถที่จะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวล่มสลายได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจัดการ วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการคืนสภาพภายในครอบครัวสามารถจะเกิดขึ้นได้จากการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความร่วมมือ และความมุ่งมั่นในการผ่านอุปสรรคไปด้วยกันของบุคคลในครอบครัว โดยแบ่งการจัดการภายในครอบครัวเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ความยืดหยุ่นในครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวเปิดรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถกลับคืนสภาพภายหลังผ่านสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ถึงแม้ว่าหลังสภาวะวิกฤติครอบครัวจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้สมบูรณ์ แต่สมาชิกในครอบครัวก็สามารถรวมพลังกันต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และผ่านช่วงเวลาที่เคร่งเครียดมาด้วยกัน รวมทั้งสามารถจัดระเบียบ ปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของครอบครัวใหม่ได้

1.2.2 ความเชื่อมโยงในครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีความร่วมมือ ความมุ่งมั่นในการที่จะผ่านอุปสรรคปัญหาไปด้วยกัน ภายใต้การเคารพความต้องการความแตกต่างกัน ขอบเขตของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจจะมีรูปแบบการแก้ปัญหา เวลาที่จำเป็นในการดำเนินการกับปัญหา ซึ่งภายใต้สภาวะวิกฤติครอบครัวที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน สามารถที่ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวล่มสลายได้ อาจไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยเวลาที่เกิดปัญหากับสมาชิกในครอบครัวภายใต้ความกดดันนั้น จะปิดกั้นโอกาสของความเชื่อมโยง การประนีประนอม และมีความสัมพันธ์ที่บาดหมางในครอบครัว ดังนั้น ความเชื่อมโยงในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากผ่านรูปภาพ ของที่ระลึก โทรศัพท์ และการติดต่อผ่านทางอินเทอร์เน็ต

1.2.3 ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีความเชื่อในการรวมตัวกันของครอบครัว ญาติพี่น้อง เครือข่ายทางสังคม และชุมชนว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา โดยเฉพาะความมั่นคงทางการเงินในสภาวะที่สมาชิกในครอบครัวตกงาน เจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะถ้าหัวหน้าครอบครัวไม่สามารถดูแลครอบครัวได้ จะทำให้สถานการณ์ทางการเงินของครอบครัวประสบปัญหาได้ ดังนั้น ภายใต้สภาวะวิกฤติครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจึงต้องร่วมมือกัน และมีนโยบายทางสังคมที่ช่วยรองรับครอบครัว เช่น ระบบการดูแลสุขภาพ สวัสดิการในที่ทำงาน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้

1.3 การสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว สามารถพูดคุย บอกเล่า ส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกันในครอบครัวอย่างชัดเจน มีความสอดคล้อง ตลอดจนมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา แบ่งปันความรู้สึก และร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนเรียนรู้จากจากภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ และเตรียมพร้อมรับมือกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างความร่วมมือในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ในสถานะที่ครอบครัวประสบความเครียดหลากหลาย การสื่อสารสามารถที่จะพังทลายได้อย่างง่ายดาย ความเกัดกัถามจะกีดกันความเข้าใจ ปิดกั้น และไม่เปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (Boss, 1999) จนทำให้ครอบครัวไม่สามารถคืนสภาพได้ ซึ่งการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.3.1 ข้อความที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแบ่งปันความรู้สึก ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภายใต้สถานะวิกฤติและความเครียดของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดก็ตาม เช่น สมาชิกบางครอบครัวจะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด การถูกคุกคามโดยการปกปิดข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวเป็นความลับ เช่น การเจ็บป่วยรุนแรง การหย่าร้าง เป็นต้น ซึ่งการที่การสร้างการเยียวยาโดยการปฏิเสธ ปกปิดในเรื่องที่เกี่ยวข้องสามารถกีดขวางการคืนสภาพครอบครัวได้ (Walsh & McGoldrick, 2004) ดังนั้น ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความชัดเจนและมีการแบ่งปันข้อมูลที่มีความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาของครอบครัว จะทำให้ครอบครัวสามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

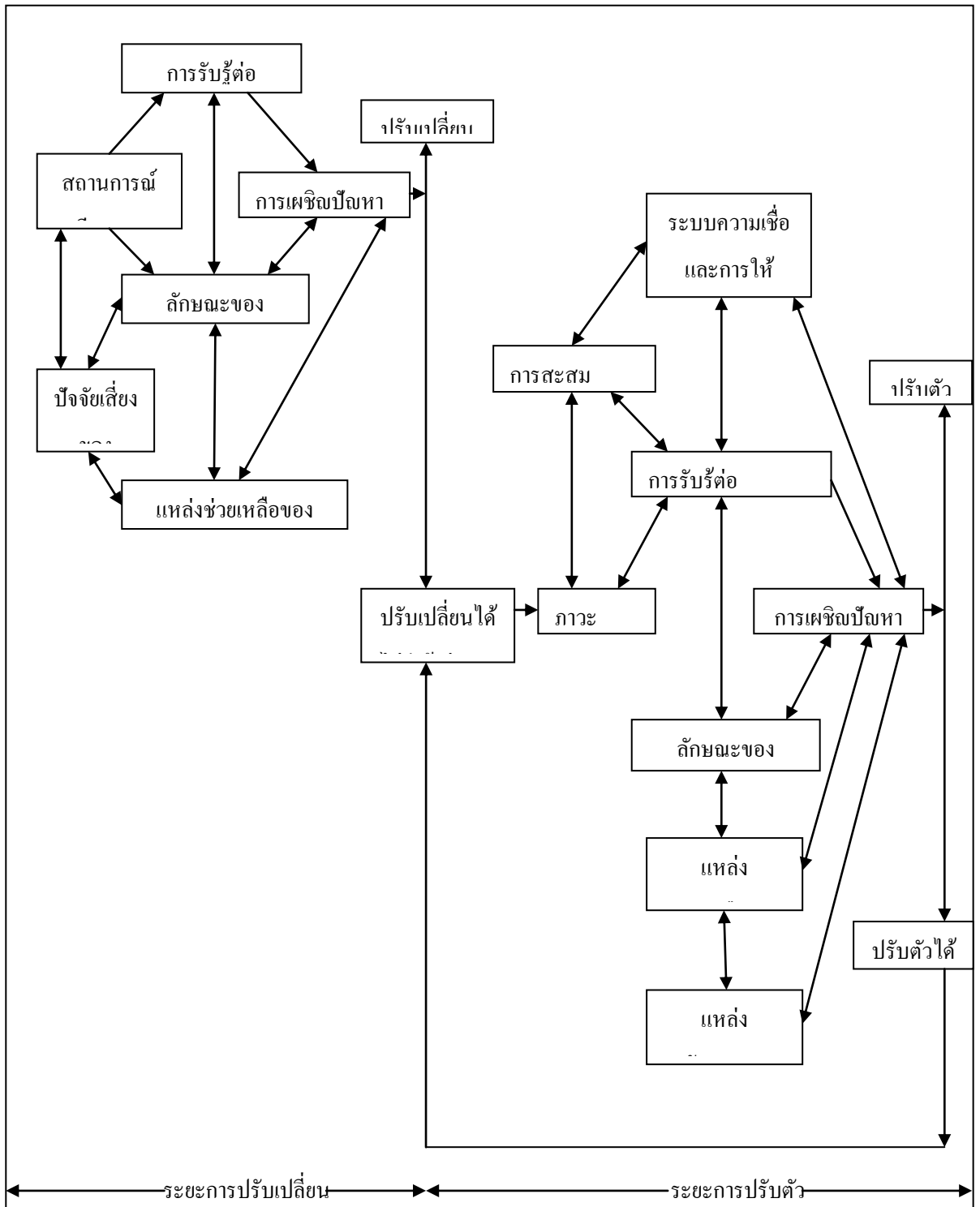
1.3.2 การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถสื่อสารกันอย่างเปิดเผย จริงใจ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้แบ่งปันความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากเรื่องราวที่เป็นวิกฤติ และความเครียดที่ต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวบางคนอาจจะ โศกเศร้า ในความสูญเสียในสิ่งที่เกิดขึ้น ในขณะที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวมีความพร้อมที่จะพุงครอบครัวให้คืนสภาพผ่านประสบการณ์ที่เจ็บปวดได้ ดังนั้น เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ความทุกข์ หรืออุปสรรค จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อทำให้มีครอบครัวมีพลังกลับขึ้นมาใหม่ ซึ่งบ่อยครั้งสมาชิกครอบครัวถูกละเลยการแสดงออกทางอารมณ์ภายใต้สถานะความเครียดที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลต่อการพังทลายของครอบครัวตามมา

1.3.3 การร่วมมือกันในการแก้ปัญหา คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีการระดมความคิด ตัดสินใจ แบ่งปันการตัดสินใจ และจัดการกับสถานะวิกฤติครอบครัวที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ หาหนทางเลือกใหม่ ๆ หรือการร่วมมือกันใน

การแก้ปัญหา โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติภายใต้ภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นฟูสุขภาพเดิมโดยมีการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ครอบครัวที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (2012) กล่าวว่า การคืนสภาพครอบครัวสามารถจำแนกได้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ซึ่ง ได้แก่ การให้ความหมายของครอบครัว พลังด้านบวกของครอบครัว และ ความศรัทธาและจิตวิญญาณของครอบครัว 2) การจัดการภายในครอบครัว ได้แก่ ความยืดหยุ่นในครอบครัว ความเชื่อมโยงในครอบครัว และทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ 3) การสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว ได้แก่ ข้อความที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย และการร่วมมือกันในการแก้ปัญหา โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติภายใต้ภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถคืนสู่สุขภาพเดิม โดยมีการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ครอบครัวที่เกิดขึ้น

2. McCubbin and McCubbin (1996) ได้ศึกษาทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว พบว่า ประกอบด้วยการคืนสภาพครอบครัว 2 ระยะ คือ ระยะการปรับเปลี่ยน (Adjustment phase) และระยะการปรับตัว (Adaptation phase) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว

จากการศึกษาของดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ (2547) ซึ่งได้ศึกษาการคืนสภาพของครอบครัวอีสานที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะปรับเปลี่ยน และระยะปรับตัว ครอบครัวจะสามารถคืนสภาพครอบครัวได้ดี และมีการปรับตัวของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทั้ง 2 ระยะมีตัวแปรสำคัญ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการปรับเปลี่ยนในการคืนสภาพของครอบครัว (The adjustment phase in family resiliency)

ระยะการปรับเปลี่ยนของแบบจำลองการคืนสภาพของครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายลำดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดความพอเหมาะในกระบวนการปรับเปลี่ยนของครอบครัว และผลที่เกิดขึ้นนั้นจะแปรผันในลักษณะที่ต่อเนื่องหรือเป็นแบบอนุกรม (A continuum from) การปรับตัวที่ไปในทางบวกเรียกว่า Bonadjustment หมายถึง แบบแผนหน้าที่ของครอบครัวที่ถูกสร้างขึ้นนั้นสามารถทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้เป็นส่วนใหญ่ อีกลักษณะหนึ่งของการปรับเปลี่ยนคือ Maladjustment หมายถึง ภาวะวิกฤติของครอบครัว (X) ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนหน้าที่ที่สร้างขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงครอบครัวไปอีกระดับหนึ่งที่สามารถทำให้ครอบครัวประสบความสำเร็จกับความผสมผสานกลมกลืน (Hamony) และเกิดความสมดุล (Balance) เป็นลักษณะสำคัญของระบบครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติที่สอดคล้องกันในการกระทำและประสบการณ์ในทุก ๆ ส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อครอบครัวเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ การปฏิบัติให้มีความสอดคล้องกันของการแสดงออกในภาวะทั่วไปของภาวะผาสุก โดยการแสดงความมีพลังและควมมีชีวิตชีวา ความสมดุล (Balance) เป็นสิ่งสำคัญด้านมุมมองความสัมพันธ์ และนิเวศวิทยาของการคืนสภาพ ซึ่งมีมโนคติ (Concept) ที่สำคัญดังนี้

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (Stress; A) คือ สิ่งที่เป็นแรงกดดันต่อครอบครัวที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การหย่าร้าง หรือ การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2. ความเสี่ยงหรือความเปราะบางของครอบครัว (Family vulnerability; V) คือ ปัจจัยอื่นที่ทำให้ครอบครัวมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤต ได้แก่

2.1 การพอกพูนทับถมของความต้องการที่เกิดขึ้นในระบบของครอบครัว เช่น หนี้สิน ความขัดแย้งในครอบครัว

2.2 การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของครอบครัว เช่น การมีบุตรวัยเรียน การมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว

3. ลักษณะของครอบครัว (Family typology; T) ลักษณะของครอบครัวมีผลต่อรูปแบบหน้าที่ของครอบครัว การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมในการแสดงออกของครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ รวมทั้งสามารถที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำนายได้ว่าครอบครัวนั้น ๆ จะมีความสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติได้ดีเพียงใด ในขณะที่ครอบครัวบางลักษณะจะมีความยากลำบากในการเผชิญภาวะวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลง เช่น การเผชิญสถานการณ์ การเจ็บป่วยเรื้อรังภายในครอบครัว รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความกลมเกลียวในครอบครัววิถีชีวิตและค่านิยมของครอบครัว กฎระเบียบของครอบครัวที่สร้างขึ้น มีความยืดหยุ่นของครอบครัว เป็นต้น

4. แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Family resistance resource; B) หมายถึง ความสามารถและสมรรถนะของครอบครัวในการเผชิญกับภาวะวิกฤติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผสมผสานกลมกลืน และคุณภาพของครอบครัว หรือแหล่งช่วยเหลือของครอบครัวที่ครอบครัวมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ศักยภาพในครอบครัว และความเข้มแข็งในครอบครัวซึ่งจะทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญ คือ แหล่งทางเศรษฐกิจ ความศรัทธา และการแสดงความคิดเห็น สื่อสารระหว่างกันภายในครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี องค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ

5. การรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Family appraisal of the situation; C) หมายถึง การให้ความหมายของครอบครัวต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ว่ามีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร ซึ่งการรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวชี้ทำให้เกิดพฤติกรรมตามความคิดความเชื่อซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัว เช่น การที่ครอบครัวแปลความหมายหรือตีความหมายว่า เหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งท้าทาย ไม่ใช่ปัญหาใหม่ก็จะสามารถปรับตัวได้ดีและเกิดผลในทางที่ดี

6. ความสามารถในการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family problem solving and coping; PSC) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวหรือกลวิธีการแสดงออกหรือการจัดการของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การแก้ปัญหาและทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และประเด็นปัญหา เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์และภาวะสุขภาพที่ดี อาจจะใช้แหล่งประโยชน์ครอบครัวมาจัดการและแก้ปัญหานั้น

กล่าวโดยสรุป การตอบสนองของครอบครัวเมื่อมีภาวะเครียดและความทุกข์ จะมีภาวะทางด้านลบ นั่นคือมีความเสียดุลของแหล่งสนับสนุนและความไม่มั่นคงของครอบครัว ในทางตรงข้ามกับครอบครัวที่มีภาวะเครียดในระดับปกติ หรือมีภาวะด้านบวก จะมีความรู้สึกว่ามีปัญหาหรือภาวะเครียด เป็นสิ่งที่ท้าทายที่สมาชิกในครอบครัวยอมรับได้ โดยมโนคติทั้ง 6 นี้ มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันในการกำหนดความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว หากแยกศึกษาแต่ละมโนคติจะไม่สามารถเข้าใจภาพรวมของการปรับตัวของครอบครัวได้

ระยะที่ 2 ระยะการปรับตัวในการคืนสภาพของครอบครัว (The family adaptation phase in family resiliency)

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหัตถม (AA) หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา ซึ่งเหตุการณ์นั้น ๆ ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือแก้ไขแล้วแต่ปัญหานั้นยังคงอยู่ ส่งผลให้ครอบครัวมีภาวะวิกฤตต่อเนื่อง
 2. แหล่งประโยชน์จากครอบครัว (BB) และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (BBB) แหล่งประโยชน์ของครอบครัวจะเป็นแหล่งที่ช่วยเหลือครอบครัวเพื่อลดความรุนแรงของภาวะวิกฤต ลดความรุนแรงของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
 3. ลักษณะของครอบครัว (R) ลักษณะของครอบครัวเป็นตัวกำหนดรูปแบบบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะพยากรณ์ว่าครอบครัวนั้นสามารถที่จะเผชิญหรือปรับตัวในภาวะวิกฤตได้หรือไม่
 4. การรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์ (CC) และระบบความเชื่อของครอบครัว (CCC) เป็นการรับรู้ของครอบครัวต่อความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือกับปัจจัยความต้องการทั้งหมด (Demands) ที่เกิดขึ้น
 5. การเผชิญปัญหาของครอบครัว (PSC) เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวหรือระบบครอบครัวจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์ และระบบความเชื่อของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีรูปแบบหรือวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน
- กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว เป็นแบบแผนพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบของครอบครัว การวิเคราะห์พฤติกรรมด้านบวกในเรื่องแหล่งประโยชน์ของครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของครอบครัว การรับรู้สถานการณ์ของครอบครัว ระบบความเชื่อของครอบครัว และการเผชิญปัญหาของครอบครัว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนพฤติกรรมด้านลบของครอบครัว ได้แก่ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา รวมถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหัตถม และความเสียหาย

ของครอบครัว เช่น ในขณะที่ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง และในครอบครัวที่มีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาซึ่งมีความรุนแรง และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มาก จะยังทำให้การปรับเปลี่ยน และการปรับตัวของครอบครัวทำได้ลำบากยิ่งขึ้น

งานวิจัยนี้ใช้การคืนสภาพครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (2012) เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ใหม่กว่า และทั้ง 2 ทฤษฎี มีส่วนคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยจึงนำมาปรับใช้เพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคืนสภาพครอบครัว ดังนี้

Sixbey (2005) ได้ศึกษาการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวพัฒนาครอบครัว

โดยการสร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินการคืนสภาพครอบครัว โดยการศึกษาครั้งนี้มีความพยายามที่จะพัฒนาเครื่องมือที่ถูกต้อง และเชื่อถือได้มีความสามารถในการวัดรูปแบบของการคืนสภาพครอบครัว ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (1996, 2002, 2003) การศึกษาครั้งนี้ได้สำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 418 คน โดยร้อยละ 76.08 เป็นเพศหญิง 85.65 มีผิวขาว และ 37.80 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี การพัฒนาเครื่องมือเพื่อสำรวจการคืนสภาพครอบครัว เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจถึงวิธีการที่ครอบครัวมีวิธีการจัดการ และรับมือกับความทุกข์ของครอบครัวที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีการคืนสภาพครอบครัวสูง

Lum (2008) ได้ศึกษาการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเคมีของผู้ปกครอง โดยครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นครอบครัวที่มีหนึ่ง หรือทั้งพ่อและแม่ที่มีปัญหาการใช้สารเคมี จำนวน 9 ครอบครัว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (1996, 2002, 2003, 2006) ซึ่ง โปรแกรมการคืนสภาพครอบครัวนี้ใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ CBT จำนวน 162 ชั่วโมง พบว่าช่วยเพิ่มการคืนสภาพครอบครัวได้

Lane (2011) ได้ศึกษาการสร้างเครื่องมือที่มีความเชื่อถือได้และมีความถูกต้อง เพื่อใช้สำรวจการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 41 ครอบครัว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (1996, 2002, 2003, 2006) ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือการวัดการคืนสภาพครอบครัวที่สร้างขึ้นมีความน่าเชื่อถือที่ดีเยี่ยม และมีเนื้อหาของข้อคำถามที่ถูกต้อง

Openshaw (2011) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การกินสภาพครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มาใช้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ จำนวน 1,000 คน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการกินสภาพครอบครัวของ Walsh (1996, 2002, 2003, 2006) และใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยการศึกษามุ่งเน้นไปที่วิธีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนที่มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยเฉพาะการกินสภาพครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ และการกินสภาพในครอบครัวมีบทบาทสำคัญ

Plumb (2011) ได้ศึกษาผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม และการกินสภาพครอบครัวในครอบครัวที่มีภาวะความเครียดจากในครอบครัวมีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคออทิสติก ในกลุ่มตัวอย่างจาก 50 ผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 6 ปี และ 12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคออทิสติก ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวของเด็กที่มีความผิดปกติของออทิสติกมีนัยสำคัญกับความเครียดของครอบครัวเมื่อเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ การกินสภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีความเครียด และได้รับการช่วยเหลือกันในครอบครัว หรือได้รับการช่วยเหลือจากสังคม เช่น การเข้าร่วมบริการทางศาสนา และการเลี้ยงดูกลุ่ม จะช่วยระดับความเครียดครอบครัว และพัฒนาการกินสภาพครอบครัวได้ดีขึ้น

ดวงพร หุ่นตระกูล, จงกลณี ศรีจักร โคตร, ดารุณี จงอุคมการณ์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2547) ได้ศึกษาการกินสภาพของครอบครัวอีสานที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา กรณีศึกษาครอบครัวอีสาน จำนวน 17 ครอบครัว จากรายงานการศึกษาครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีการกินสภาพครอบครัวเป็นกรอบมโนทัศน์ในการวิเคราะห์ พบว่า ทฤษฎีการกินสภาพครอบครัวแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะปรับเปลี่ยน และระยะปรับตัว ครอบครัวจะสามารถกินสภาพครอบครัวได้ดี และมีการปรับตัวของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม รัชนก กิ่งจำปา (2552) ได้ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎีการกินสภาพครอบครัว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการกินสภาพครอบครัวของ McCubbin ร่วมกับ Thompson และ McCubbin โดยเป็นการศึกษาแบบรายงานกรณีศึกษา (Case study report) เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมความเป็นองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 ราย สมาชิกครอบครัว จำนวน 18 ราย โดยนำกรอบแนวคิดการกินสภาพครอบครัวมาใช้ในการประเมินปัญหาครอบครัว

ซึ่งปัญหาที่พบเกี่ยวกับครอบครัวได้แก่ สมาชิกครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาหนี้สินของครอบครัวที่พอกพูนขึ้นกว่าเดิม และครอบครัวเสี่ยงต่อการสูญเสีย การทำหน้าที่ของครอบครัว

ตันติมา ค้วงโยธา (2553) ได้ศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เวลา 10 สัปดาห์ พบว่าความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้จัก และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการปรึกษาเป็นรายบุคคลมีผลทำให้ความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น

ประภัสสร ฉันทศิริเวทย์ (2556) ได้ศึกษาประสบการณ์การฟื้นคืนใจของครอบครัว ที่มีบุตรเป็นออทิสติก ด้วยระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา ในแม่ที่มีลูกภาวะ ออทิสซึม จำนวน 7 ราย และเป็นผู้ดูแลหลักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป โดยมีค่าคะแนนจาก การประเมิน การฟื้นคืนใจของครอบครัวสูง พบประสบการณ์การฟื้นคืนใจของครอบครัว 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ความยากลำบากที่ครอบครัวเผชิญ 2) ขุมพลังของครอบครัว 3) ความเข้าใจ และการยอมรับลูกที่มีภาวะออทิสซึมของครอบครัว 4) การพัฒนาวิถีชีวิตครอบครัวพลังบวก 5) การจัดการในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ 6) ความสุขและการเติบโตอย่างมีวุฒิภาวะ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการคืนสภาพครอบครัวในบริบทของ ครอบครัวไทย 4 เรื่อง และการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นทั้งในเรื่องการคืนสภาพรายบุคคล ผู้ดูแล และ ครอบครัว ยังไม่มีการคืนสภาพครอบครัวตามแนวคิดของ Walsh (2012) ในบริบทของประเทศไทย มาก่อน เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ใหม่กว่า การศึกษาการคืนสภาพครอบครัวครั้งนี้จะทำให้ ทราบถึงการที่สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายภายใน ครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้ สามารถปรับตัว มีความสามารถที่จะเผชิญ และคืนสภาพครอบครัวกลับมาจากสถานการณ์ที่วิกฤติ และยากลำบาก จนสามารถดำรงสภาพครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว

ความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัว

Goldenberg and Goldenberg (2013) ได้กล่าวถึงความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัว ไว้ดังนี้ การปรึกษาครอบครัวเริ่มต้นครั้งแรกและแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา หลัง สงครามโลกครั้งที่สอง นักจิตบำบัดในยุคนั้นต่างค้นหาวิธีการให้การปรึกษาแบบมีประสิทธิภาพ

มากกว่าการให้การปรึกษารายบุคคล โดยเริ่มจากความพยายามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวของเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์ และได้มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

แนวคิดของการปรึกษารอบครัวอาจกล่าวได้ว่าเริ่มมาจากแนวคิดของ Alfred Adler ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาปี ค.ศ. 1900 ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นแนวคิดของ Adler จึงมีอิทธิพลต่อทฤษฎีการปรึกษารอบครัวทฤษฎีต่าง ๆ และถือได้ว่า Adler เป็นบิดาของการครอบครัวบำบัดและการสมรส

ประมาณ ค.ศ. 1919 เริ่มมีการตีพิมพ์บทความด้านการปรึกษารอบครัวในวารสารต่าง ๆ Harry Stack Sullivan ซึ่งเป็นนักจิตวิเคราะห์ยุคใหม่ที่มีผลงานอยู่ในช่วง ค.ศ. 1930 เป็นผู้ที่มีความสนใจบทบาทและธรรมชาติความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ในปี ค.ศ. 1940 Nathen Ackeman เป็นจิตแพทย์เด็กซึ่งได้รับการศึกษา และได้รับการศึกษามาทางด้านจิตวิเคราะห์ ในช่วงปี 1930 Ackeman เริ่มให้ความสนใจครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตในระยะแรกของการทำงานด้านจิตแพทย์ที่ Menninger Clinic เมืองโทเปกา (Topeka) ในรัฐแคนซัส (Kansas) Ackeman เริ่มใช้การบำบัดครอบครัว และส่งผู้ร่วมงานของเขาออกไปทำการเยี่ยมบ้าน (Home visits) เขาให้ความสนใจอย่างมากในด้านพลวัตเชิงจิตสังคมของชีวิตครอบครัว และการประยุกต์หลักการของจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ในช่วงทศวรรษของปี 1950 และ 1960 Ackeman ได้ทุ่มเทความสนใจในการบำบัดครอบครัวมากขึ้น เขาได้เปิดคลินิกสุขภาพจิตครอบครัว (Family mental health clinic) ขึ้นที่สถานบริการครอบครัวชาวยิว (Jewish family services) ในนิวยอร์ก (New York) ในปี ค.ศ. 1957 และเปิดสถาบันครอบครัว (Family Institute) ในนิวยอร์ก ในปี 1960 ต่อมาใน ค.ศ. 1961 เขาได้มีส่วนร่วมริเริ่มงานวารสารครอบครัวขึ้น ซึ่งถือเป็นวารสารฉบับแรกของครอบครัวบำบัดชื่อว่า Family process นอกจากนี้ผลงานพิมพ์เผยแพร่ตลอดจนตำราชื่อ “The psychodynamics of family life” เป็นงานชิ้นที่ได้สร้างชื่อเสียงและความเชื่อถือให้กับสาขาวิชาครอบครัวบำบัดมาก ในระหว่าง ค.ศ. 1950-1960 เป็นช่วงเริ่มต้นของการปรึกษารอบครัว โดยเริ่มต้นจากนักทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้มีปัญหาทางอารมณ์ทุกประเภท รวมทั้งได้ให้การบำบัดครอบครัว มีการนำทฤษฎีเข้ามาใช้ในการปรึกษารอบครัวเพื่อรักษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมีการเริ่มต้นการให้การปรึกษาคู่สมรส และพัฒนาเทคนิคที่ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัว

ช่วง ค.ศ. 1961-1970 เป็นช่วงที่มีการนำแนวคิดทฤษฎีที่ศึกษาไปสู่การปฏิบัติต่อครอบครัว และเริ่มมีการนำแนวคิดทฤษฎีระบบมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวและได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง

ช่วง ค.ศ. 1971-1985 เป็นช่วงของการพัฒนาเทคนิคและการประเมินครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวลักษณะต่าง ๆ อย่างมากมาย ยุคนี้เริ่มเป็นยุคที่ปรับเปลี่ยน และมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายเพื่อให้การปรึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพ ช่วง ค.ศ. 1985-1995 เป็นช่วงที่การปรึกษาครอบครัวได้รับการยอมรับ และได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง สมาคมวิชาชีพมีการขยายตัวและเกิดขึ้นหลายสถาบัน ช่วง ค.ศ. 1995 จนถึงปัจจุบันการปรึกษาครอบครัวได้มีการบูรณาการแนวคิดและบูรณาการเทคนิคของการปรึกษาครอบครัวของทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาครอบครัวที่มีความสลับซับซ้อนในปัจจุบันได้อย่างครอบคลุม (Goldenberg & Goldenberg, 2013; Walsh, 2012; กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์, 2551)

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัวได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและกำลังขยายไปเรื่อย ๆ รวมทั้งได้พัฒนาเทคนิคและวิธีการให้การปรึกษาครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัว โดยการนำหลักการ แนวคิด และเทคนิคต่าง ๆ ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาครอบครัว และครอบคลุมการส่งเสริมให้ครอบครัวดำเนินได้อย่างมีความสุข โดยวิธีการครอบครัวบำบัด และการปรึกษาครอบครัวกำลังได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง มีการก่อตั้งสถาบันฝึกอบรม ทำเว็บไซต์ ด้านครอบครัวบำบัด การก่อตั้งสถาบันวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวได้เกิดขึ้นมากมายทั่วโลก และในขณะเดียวกันได้มีการแพร่ขยายแลกเปลี่ยนแนวคิดในการบำบัดซึ่งกันและกันทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป เอเชีย ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย (เพ็ญภา กุลนภาดล, 2547)

ความหมายของการปรึกษาครอบครัว

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยทำความเข้าใจเบื้องต้นของการใช้คำว่า “การปรึกษาครอบครัว” (Family counseling) และ “ครอบครัวบำบัด” (Family therapy) เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาก แตกต่างกันในแต่ละบริบทของผู้ปฏิบัติ จากการศึกษาค้นคว้าความหมายของการปรึกษาครอบครัวสรุปได้ดังนี้

Sauber, L'Abate, Weeks, Buchanan (1993, p. 16) ได้ให้ความหมายการปรึกษาครอบครัว ว่าเป็นวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของครอบครัว ไม่ใช่เฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาเท่านั้น เพราะสมาชิกครอบครัวทุกคนได้รับผลกระทบจากปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้น ดังนั้นสมาชิกครอบครัวทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของครอบครัว

Biggs (1994, p. 99) ได้กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัว หมายถึง การให้ความช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในครอบครัวซึ่งมักเป็นสาเหตุของปัญหาครอบครัว เพราะกฎเกณฑ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ

(Dysfunction roles) มักจะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่บกพร่อง ดังนั้น การปรึกษาคครอบครัวจะช่วยสร้างภาวะสมดุลให้เกิดขึ้นในครอบครัว

เมธินีทร ภิญญชน (2539, หน้า 21) ได้ให้ความหมายการปรึกษาคครอบครัว ว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบของครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข โดยความช่วยเหลือของนักให้คำปรึกษาคครอบครัว ที่มีคุณสมบัติส่วนตัว มีวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสถานะที่สมดุล ทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัว ให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี และสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัว และสังคมภายนอก

ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2547) ได้สรุปว่า การปรึกษาคครอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่มีปัญหา โดยปฏิบัติต่อครอบครัวในฐานะระบบ ๆ หนึ่ง เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่อย่างเหมาะสม ในการพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพ และปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคม

เพ็ญญา กุลนภาดล (2547, หน้า 34) ได้ให้ความหมายของการปรึกษาคครอบครัว คือ การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวทั้งครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่สองคนขึ้นไป เข้ารับการบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการทำหน้าที่ในครอบครัว และสมาชิกทุกคนสามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้ดีขึ้นและปรับตัวได้ดีขึ้น

กรรณิการ์ณ นลราชสุวจน์ (2551, หน้า 323) ได้ให้ความหมายของการปรึกษาคครอบครัว หมายถึง วิธีการปรึกษาลักษณะหนึ่งที่มุ่งให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่มีปัญหา โดยมีแนวคิดในการช่วยเหลือว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกต่าง ๆ ในครอบครัวนั้น จะต้องให้ความสำคัญกับการมองภาพรวมทั้งระบบ ครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวพันกันและส่งผลซึ่งกันและกัน มิใช่มุ่งแก้ไขที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น และมีความเชื่อว่าเราไม่สามารถแยกบุคคลออกจากระบบครอบครัว หรือระบบสังคมที่เขาอยู่ได้

กฤษณาล ตรีชะวรางพันธ์ (255 2, หน้า 32) สรุปความหมายของการปรึกษาคครอบครัวว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหา โดยไม่มุ่งช่วยเหลือบุคคลหนึ่งเพียงคนเดียว เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น ดังนั้น สมาชิกครอบครัวต้องรับผิดชอบร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ อยู่ในภาวะสมดุลสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวไปได้อย่างราบรื่น มีความสุข

นฤมล พระใหญ่ (2552, หน้า 52) ได้สรุปความหมายการปรึกษาครอบครัว หมายถึง วิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในครอบครัว โดยมองปัญหานั้นเป็นภาพรวมของครอบครัว ไม่เฉพาะปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง โดยสมาชิกครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาครอบครัวให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมเกิดความสมดุลในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวไปในทิศทางที่ครอบครัวพึงประสงค์

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2554, หน้า 87) ได้ให้ความหมายของจิตบำบัดครอบครัวว่าการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ คือเป็นการทำจิตบำบัดทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามิ/ ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางคนอาจรวมไปถึงมิตรสหายด้วย

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัว หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่ง โดยมีวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในครอบครัวมองปัญหาว่าเป็นภาพรวมของครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข สามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้และปรับตัวได้ดีขึ้น ตลอดจนพัฒนาครอบครัวให้เกิดความสมดุล

เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว

เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว มีนักวิชาการกล่าวถึงสาระสำคัญของเป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว ได้ดังนี้

Kilpatrick and Holland (1995 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) กล่าวว่า การศึกษาครอบครัวมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และช่วยกันมองหาทางแก้ไขปัญหานั้นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ และเพื่อช่วยให้ครอบครัวเจริญเติบโตตามขั้นตอนของการพัฒนาครอบครัว ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัวร่วมมือกันในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข

Franklin and Biever (2000 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวที่ประสบความสำเร็จนั้น ผู้ให้การปรึกษากับครอบครัวต้องร่วมตั้งเป้าหมายในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหของครอบครัวร่วมกันสมาชิกครอบครัวที่เข้ารับการให้การปรึกษา โดยมุ่งหวังให้

สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวในทิศทางที่ดีตามสถานการณ์ที่ต้องการพัฒนาหรือต้องการแก้ไขปัญหาตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2550, หน้า 2) ได้กล่าวถึงเป้าหมายที่สำคัญของการปรึกษาคครอบครัวว่า เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน รวมทั้งบริบทแวดล้อมของครอบครัว

นฤมล พระใหญ่ (2552, หน้า 53) กล่าวว่า เป้าหมายของการปรึกษาคครอบครัว เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และร่วมมือกันหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวในแต่ละระยะพัฒนาการของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม และสมาชิกครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2554, หน้า 92) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการปรึกษาคครอบครัวว่า การปรึกษาคครอบครัวเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในบริบทของเขา ไม่ใช่ดึงผู้ป่วยออกมาจากบริบท และบำบัดผู้ป่วยตามลำพัง การทำเช่นนั้นเป็นการบำบัดในสถานการณ์สมมติเพราะในชีวิตจริงผู้ป่วยไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวแต่อยู่ในบริบท และบริบทที่สำคัญที่สุดก็คือ ครอบครัว ดังนั้น เป้าหมายของการปรึกษาจึงอยู่ที่ครอบครัว ผู้ให้การปรึกษาจะวิเคราะห์ว่าในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ใดบ้างที่ไม่เหมาะสม และจะแทรกแซงด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น อาการป่วยก็จะ ดีขึ้นด้วย กล่าวคือการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอน และตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืนกัน อันจะนำไปสู่การเติบโตของครอบครัวในที่สุด โดยอาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า เป้าหมายของการปรึกษาคครอบครัวคือ การสร้างบริบทแห่งครอบครัวขึ้นมาใหม่โดยมีกฎ โครงสร้าง และระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกว่าเดิม ผู้ให้การปรึกษาไม่ได้มุ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีกว่าเดิม และเป็นสถานบำบัดเยียวยา (Healing environment) สำหรับผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป เป้าหมายของการปรึกษาคครอบครัว เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และช่วยกันมองหาทางแก้ไขปัญหานั้นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในบริบทของเขา เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการของครอบครัวแต่ละขั้นตอนได้ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเติบโตของครอบครัว และการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

รูปแบบการปรึกษาครอบครัว

Nichols and Schwartz (2001 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2555) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัว ความถี่และระยะเวลาในการปรึกษาครอบครัวแต่ละครอบครัวจะแตกต่างกันตามการประเมินสภาพครอบครัว และปัญหาของครอบครัว ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาอาจเลือกใช้แนวคิดรูปแบบในการปรึกษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. การปรึกษาครอบครัวภาวะวิกฤต(Family crisis counseling) เป็นการให้ความช่วยเหลือครอบครัวในช่วงเกิดวิกฤติการณ์ชีวิตภายในครอบครัว ได้แก่ การตายของกลุ่มสมรส บุตร ญาติมิตร อันเป็นที่รัก การบาดเจ็บ การสูญเสียงาน การคลอดบุตร การสูญเสียทรัพย์สินสมบัติ ภัยธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน เป็นต้น การใช้เวลาในการปรึกษาจะเป็นช่วงสั้น มักใช้เวลาน้อยกว่า 1 เดือน เพื่อช่วยไม่ให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและช่วยให้ครอบครัวมีความสมดุลดีขึ้นกว่าก่อนเกิดวิกฤติการณ์ชีวิต

2. การปรึกษาครอบครัวระยะสั้น (Brief family counseling) เป็นรูปแบบการปรึกษาครอบครัวที่ใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 5-10 ครั้ง แต่ทั้งนี้ขึ้นกับประเด็นปัญหาของครอบครัวเป็นหลัก

3. การปรึกษาครอบครัวตามแนวรูปแบบการเล่าเรื่อง (Narrative model) การปรึกษาครอบครัวตามแนวนี้น มุ่งเน้นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในครอบครัวว่าประสบการณ์ทำให้มนุษย์มีความหวังได้อย่างไร และความหวังดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตของมนุษย์โดยการรังสรรค์เรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างไร

4. การปรึกษาครอบครัวระยะยาว เป็นการรักษาที่ไม่จำกัดเวลา ใช้เวลารักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากการให้การช่วยเหลือในระยะเวลาสั้น ๆ ยังไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา หรือมีเป้าหมายในการให้การช่วยเหลือที่มากขึ้น เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ในลักษณะที่ซับซ้อน หรือครอบครัวมีแรงจูงใจ แต่ปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ระยะสั้น หรือครอบครัวไม่ได้เต็มใจในการรักษา แต่จำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาระยะยาว

จากรูปแบบทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบในการปรึกษาครอบครัวภาวะวิกฤต เนื่องจากมีความเหมาะสมกับแต่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวในช่วงเกิดวิกฤติการณ์ชีวิตภายในครอบครัว ได้แก่ การป่วยของสมาชิกที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวต่อไป

กระบวนการปรึกษาครอบครัว

Nichols and Schwartz (2001 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2555) กล่าวว่ากระบวนการปรึกษาครอบครัว เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและจำเป็น ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเรียนรู้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัว รวบรวมประวัติของสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยขั้นตอนดังนี้

1. การโทรศัพท์ขั้นแรก (The initial telephone call) ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การศึกษา
ครอบครัวรับฟังปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษานำเสนอทางโทรศัพท์ เพื่อรับทราบข้อมูลบางประการ เช่น
วัตถุประสงค์ในการขอรับคำปรึกษา ความคาดหวัง ความตั้งใจของครอบครัว หลังจากนั้นผู้ให้
การศึกษาจะนัดหมายวัน เวลา สถานที่ และขอให้สมาชิกครอบครัวมาพบตามวันเวลา สถานที่
ที่กำหนด โดยเป้าหมายในการติดต่อทางโทรศัพท์ขั้นแรก เพื่อเตรียมการที่จะพบกับสมาชิก
ครอบครัว
2. การสัมภาษณ์ครั้งแรก (The first interview) ผู้ให้การศึกษาจะสร้างสัมพันธภาพกับ
สมาชิกครอบครัว รับฟังความคิด ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนด้วยความเข้าใจ
และยอมรับตามที่เขาเป็น ผู้ให้การศึกษาจะแนะนำตนเองกับครอบครัว แล้วให้สมาชิกคนอื่น
ในครอบครัวแนะนำตนเองให้ผู้ให้การศึกษารู้จัก หลังจากนั้นผู้ให้การศึกษาจะชี้แจงเป้าหมาย
ระยะเวลาในการปรึกษาเพื่อให้สมาชิกทุกคนรับทราบ และเข้าใจการมารับการปรึกษาในครั้งนี้
3. ระยะแรกของการปรึกษา (The early phase of treatment) การปรึกษาคือครอบครัวใน
ระยะนี้ หลังจากที่ผู้ให้การศึกษาสัมภาษณ์ครั้งแรกแล้ว ผู้ให้การศึกษาจะกำหนดสมมติฐาน
เกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ให้การศึกษาจะปรับสมมติฐานที่กำหนดไว้
ให้ชัดเจนสอดคล้องกับการแก้ปัญหาในครอบครัวให้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในการปรึกษา
ครั้งนี้ผู้ให้การศึกษาจะสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัว
แต่ละคนสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใครอย่างไร ประเมินสิ่งที่ต้องดำเนินการ และให้กำลังใจ
ส่งเสริมกระตุ้น ปลอบโยน เพื่อให้ครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในทางสร้างสรรค์มากขึ้น
4. ระยะกลางของการปรึกษา (The middle phase of treatment) ในระยะกลางของ
การปรึกษาเป็นระยะที่ผู้ให้การศึกษาใช้เทคนิคต่าง ๆ กับครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวทุก
ครอบครัวมีการร่วมมือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งไว้ ผู้ให้การศึกษา
ครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงความคิด ความรู้สึก และมีความเข้าใจกันและกัน
มากยิ่งขึ้น กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว ส่งเสริมให้
สมาชิกครอบครัวกล้าที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่ ๆ ผู้ให้การศึกษาจะมีบทบาทที่กระตือรือร้น
ให้การแนะนำ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนที่เหมาะสม
5. ระยะสุดท้าย (Termination phase) การปรึกษาคือครอบครัวเกิดขึ้น เมื่อมีสภาพปัญหา
ในครอบครัว และเมื่อปัญหานั้นได้รับการแก้ไข หรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัว
มีความพึงพอใจ สมาชิกเข้าใจพฤติกรรม การกระทำของตนเอง และครอบครัวมากขึ้น เรียนรู้ว่า
สิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ และทำอะไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหานี้ขึ้นมาอีก และสมาชิก
ครอบครัวควรจะสามารพัฒนาเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันและกันให้ดีขึ้นด้วยในระยะ

สุดท้ายนี้ ผู้ให้การปรึกษาต้องวางแผนร่วมกันกับครอบครัวถึงการยุติการปรึกษา การเตรียมการที่จะยุติการปรึกษาทำได้โดยลดความถี่ ของการพบกันลง และการยุติควรประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การกล่าวถึง การยุติการปรึกษา การสรุปผลการปรึกษา อภิปรายเป้าหมายระยะยาว ทำนาย และ หาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้ปัญหาถลกลับมาอีกในอนาคต และติดตามผลการปรึกษาอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้การปรึกษาจะยุติไปแล้ว

กล่าวโดยสรุป กระบวนการการปรึกษาครอบครัวมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ให้การปรึกษาต้องเรียนรู้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัว รวบรวมประวัติของสมาชิกในครอบครัว โดยในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการการสัมภาษณ์ครั้งแรก ในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว และเข้าสู่ระยะของการปรึกษา จนถึงระยะสุดท้ายเมื่อปัญหานั้น ได้รับการแก้ไข สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ ทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหานั้นขึ้นมาอีก และวางแผนร่วมกันกับครอบครัวถึงการยุติการปรึกษา

ขั้นตอนการปรึกษาครอบครัว

ขั้นตอนการปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง การพัฒนาในแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญผู้ให้การปรึกษาครอบครัวจึงต้องดำเนินการในแต่ละขั้นตอนให้ผ่านไปอย่างราบรื่น เพื่อให้การปรึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมลำดับขั้นตอนการปรึกษาครอบครัว ดังนี้

Carlson, Sperry, & Lewis (1997 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) กล่าวว่า ขั้นตอนการปรึกษาครอบครัวเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ให้การปรึกษาครอบครัว และดำเนินการช่วยเหลือครอบครัวตามลักษณะปัญหาของครอบครัว และเมื่อปัญหาครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวจะยุติการปรึกษาครอบครัว ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามลักษณะ โครงสร้างของแต่ละครอบครัว เพ็ญญา กุลนาคด (2547) กล่าวถึง ขั้นตอนในการปรึกษาครอบครัว 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้การปรึกษาจะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ของการปรึกษาครอบครัว ประโยชน์ ตลอดจนระยะเวลา และสถานที่ในการปรึกษาครอบครัว จุดมุ่งหมายขั้นตอนนี้เพื่อสร้างสัมพันธภาพ รับฟังความคิด ความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคน ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคเบื้องต้นในการปรึกษา เช่น การฟังอย่างใส่ใจ การใช้คำถามปลายปิด คำถามปลายเปิด การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเจียบ การให้กำลังใจ การตีความและการสรุปความ

2. ขั้นตอนการ ในระยะแรกของการปรึกษานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อวางแผนการช่วยเหลือครอบครัวให้ชัดเจน และสอดคล้องกับทิศทางและการแก้ปัญหาของครอบครัวให้ตรงประเด็นและเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์

3. ขั้นสรุป เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นเมื่อสภาพปัญหาในครอบครัว ได้รับการแก้ไข หรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ สมาชิกเข้าใจพฤติกรรม การกระทำของตนเอง และครอบครัวมากขึ้น เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรทำ และทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหานี้ขึ้นซ้ำอีก และสมาชิกครอบครัวสามารถจะพัฒนาเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันและกันให้ดีขึ้นด้วย ในระยะนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องวางแผนร่วมกันกับครอบครัวถึงการยุติการปรึกษา การเตรียมการที่จะยุติการปรึกษา ทำได้โดยการลดความถี่ของการพบกันลง และการยุติควรประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

3.1 การวางแผนการยุติการปรึกษา

3.2 การสรุปผลการปรึกษา

3.3 การอภิปรายถึงเป้าหมายในระยะยาว

3.4 การหาทางป้องกันแก้ไขที่จะไม่ให้เกิดปัญหากลับคืนมาอีกในอนาคต และติดตามผล

ให้การปรึกษายู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้ว่าจะยุติการปรึกษาไปแล้ว

Nichols and Schwartz (2007 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) ได้ระบุลำดับขั้นตอนการปรึกษารอบครัวไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้ให้การปรึกษารอบครัวจะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวโดยการแนะนำตนเองกับครอบครัวแล้วให้ครอบครัวคนอื่น ๆ ในครอบครัวแนะนำตนเอง หลังจากนั้นผู้ให้การปรึกษาชี้แจงเป้าหมาย ระยะเวลาในการให้การปรึกษา เพื่อให้สมาชิกทุกคนรับทราบและเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับครอบครัว ผู้ให้การปรึกษารอบครัวจะกำหนดสมมติฐานเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และจากการสังเกตพฤติกรรม และการแสดงออกของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสื่อสารกันอย่างไร ใครพูดกับใครอย่างไร ประเมินสิ่งที่ต้องการดำเนินการ และให้กำลังใจส่งเสริมเพื่อให้ครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในทางสร้างสรรค์มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษารอบครัวใช้เทคนิคต่าง ๆ กับครอบครัว และกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีการร่วมมือกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตั้งไว้ ผู้ให้การปรึกษารอบครัวจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวแสดงความคิด ความรู้สึก และมีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น กระตุ้นให้

สมาชิกมีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวกล้าที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่ ๆ ผู้ให้การปรึกษาจะมีบทบาทในการแนะนำ ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 4 การยุติการปรึกษาครอบครัว การยุติการปรึกษาครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อปัญหาในครอบครัวนั้นได้รับการแก้ไข หรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจเข้าใจพฤติกรรม การกระทำของตนเองและครอบครัวมากขึ้น เรียนรู้ว่าสิ่งไหนควรทำ และสิ่งใดไม่ควรทำ ทำอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดสภาพปัญหาขึ้นมาอีก ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการปรึกษา และเตรียมการที่จะยุติการปรึกษาโดยการลดความถี่ของการพบกันลง และการยุติการปรึกษาครอบครัวควรจะต้องประกอบด้วย การกล่าวถึงการยุติการปรึกษาครอบครัว การสรุปผลการปรึกษาครอบครัว อภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว ทำนาย และหาทางป้องกันที่จะไม่ให้เกิดปัญหาเกิดขึ้นมาอีกในอนาคต และติดตามผลการปรึกษาครอบครัวอยู่เป็นระยะ ถึงแม้จะยุติการปรึกษาครอบครัวไปแล้ว

กล่าวโดยสรุป ขั้นตอนการปรึกษาครอบครัว เริ่มต้นด้วยขั้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้ให้การปรึกษาครอบครัว และดำเนินการช่วยเหลือครอบครัวตามลักษณะปัญหาของครอบครัว โดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และขั้นยุติการให้การปรึกษาครอบครัวเมื่อปัญหาในครอบครัวนั้นได้รับการแก้ไขไปในทิศทางที่ดี

ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวมีหลายทฤษฎีด้วยกัน ซึ่งแต่ละทฤษฎีมีลักษณะแตกต่างกันไป ผู้วิจัยได้ศึกษาและเลือกแนวคิดและเทคนิคทฤษฎีการปรึกษาครอบครัว 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีโครงสร้าง ทฤษฎีระบบครอบครัว ทฤษฎีการเล่าเรื่อง ทฤษฎีโซลูชันโฟกัส และทฤษฎีมนุษยนิยม ซึ่งแต่ละทฤษฎีมีเป้าหมายสอดคล้องกัน คือการช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ครอบครัวแต่ละครอบครัวอาจจะปรับตัวได้ต่างกัน ครอบครัวที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบครัวก็จะอยู่ในภาวะสมดุล และทำหน้าที่ต่อไปได้ตามปกติ แต่ในบางครอบครัวที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ก็จะเสียภาวะสมดุล และทำหน้าที่ต่อไปไม่ราบรื่น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดยใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวต่าง ๆ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวที่สลับซับซ้อนของครอบครัวได้ครอบคลุมมากกว่าการการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียว และช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสได้

เข้าใจปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัวได้ กระจ่างขึ้น มีมุมมองที่ต่างจากเดิมแม้ว่าจะอยู่ภายใต้สภาวะวิกฤติของครอบครัว โดยผู้วิจัยเสนอสาระสำคัญของแต่ละทฤษฎี

การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

1. ความหมายการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง (Structural family counseling)

Colapinto (1991) ได้ให้ความหมาย การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในบริบทของครอบครัว มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะบุคคลที่มีปัญหา เพื่อสุขภาพ กุลนภาค (2547) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง หมายถึง การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวทั้งครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถจัดการกับสภาพปัญหาที่ประสบได้ และปรับตัวได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยมีวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในครอบครัวมองปัญหานั้นเป็นภาพรวมของครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข สามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้และปรับตัวได้ดีขึ้น ตลอดจนพัฒนาครอบครัวให้เกิดความสมดุล

2. ความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัว

การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างถูกพัฒนาโดย Salvador Minuchin ทั้งนี้ Minuchin ได้รับปริญญาแพทยศาสตร์ และเข้าทำงานในแผนกกุมารเวชและจิตเวชเด็ก ที่โรงพยาบาลเด็กแห่งฟิลาเดลเฟีย เคยเป็นอาจารย์สอนหนังสือในมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย และเคยได้รับตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์แนะแนวเด็กแห่งฟิลาเดลเฟีย ผลงานที่มีชื่อเสียง คือ หนังสือ Family of slum ตีพิมพ์ใน ค.ศ. 1967 หนังสือ Family and family therapy ตีพิมพ์ใน ค.ศ. 1974 (Goldenberg & Goldenberg, 2008)

3. แนวคิดของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง (Structural family counseling)

การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างจะอธิบายครอบครัวในลักษณะ โครงสร้าง (Structural model) โดยเชื่อว่ามนุษย์แต่ละบุคคลได้รับผลกระทบจากโครงสร้างภายในครอบครัว ที่หลอมรวมบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

Goldenberg and Goldenberg (2008, pp.236-255) กล่าวว่า การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างมุ่งเน้นการมองภาพครอบครัวเป็นระบบ (System) โดยในแต่ละครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ เช่น สามี-ภรรยา พ่อ-แม่ พี่-น้อง เพศหญิง-ชาย รุ่นพี่-รุ่นน้อง ใครเป็นพวกใคร ใครใกล้ชิดกับใคร มีการรวมกำลังกัน และ มีการรวมกำลังกัน หรือมีการเป็นพันธมิตรระหว่าง

สมาชิกในครอบครัว ครอบครัวทุกครอบครัวต้องมีโครงสร้างของตนเอง ซึ่งโครงสร้างนี้เป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ จนเป็นแบบแผนของชีวิตในครอบครัวนั้น โครงสร้างของครอบครัวจะเกี่ยวข้องกับกฎ ระเบียบต่าง ๆ ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กำหนด และครอบครัวจะยึดถือเป็นแนวในการปฏิบัติ ในระยะแรกของการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะสามารถรู้ถึงกฎเกณฑ์ของแต่ละครอบครัวได้จากการสังเกตรูปแบบความสัมพันธ์ที่สมาชิกแสดงต่อกัน กฎเกณฑ์นี้จะทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง รูปแบบไปจากเดิม ครอบครัวก็จะพยายามปรับสภาวะในครอบครัวให้สมดุล ในขณะที่เดียวกันก็จะพยายามไม่ให้เสียความต่อเนื่องในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกอย่างเหมาะสมจากกฎเกณฑ์และ โครงสร้างเหล่านี้ทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถประเมินโครงสร้างของครอบครัว และกำหนดสมมติฐานของครอบครัวได้ว่า ครอบครัวนี้มีรูปแบบความสัมพันธ์เป็นอย่างไร ทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถวางแผนช่วยเหลือ ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ครอบครัวเป็นระบบ (System) ที่เรียกกันว่า ระบบครอบครัว ระบบนี้ประกอบด้วยหลายระบบย่อย (Subsystem) เช่น ระบบย่อยของบุคคล ระบบย่อยของสามีภรรยา ระบบย่อยของพ่อแม่ ระบบย่อยของพี่น้อง ระบบย่อยนี้ปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ กันในครอบครัว หากครอบครัวปราศจากระบบย่อย ก็ไม่สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้ ระบบย่อยของครอบครัว อาจถูกแบ่งด้วย เพศ รุ่น หน้าที่ ความใกล้ชิดสนิทสนม โดยเน้นความเกี่ยวพันทางอารมณ์ หรือความเห็นห่างทางอารมณ์ หรือ ความใกล้ชิดสนิทสนมที่มากเกินไป บุคคลแต่ละคนย่อมมีขอบเขตของตนเอง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่คอยกั้นไม่ให้บุคคลอื่นมายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไป จนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างสามีภรรยา ก็เป็นสิ่งกั้นไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตเสียไปหรือไม่ชัดเจน อาจเกิดปัญหาตามมาได้ เช่น การรวมพวกระหว่างแม่กับลูกชาย/ หรือพ่อกับลูกสาวได้

ภายในระบบครอบครัว กลไกในการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัว ก็เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อ เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะปกติ ครอบครัวที่ปกติ จะต้องเป็นครอบครัวที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และ มีการยืดหยุ่นเพียงพอที่จะยอมรับการปรับโครงสร้างของครอบครัว ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของครอบครัวในขณะนั้น นอกจากนี้ เพ็ญภา กุลนภาดล (2555) ได้กล่าวถึงครอบครัวสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของครอบครัว การผนึกกำลังกัน การรวมกำลังกัน (Coalition) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว การผนึกกำลังกัน แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การพเนิกกำลังกันอย่างกลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว จนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การพเนิกกำลังกันนี้เป็นการพเนิกกำลังที่เหนียวแน่นมั่นคง (Stable coalition)

2. การพเนิกกำลังกันที่บุคคลหนึ่งในกลุ่มที่เกิดความขัดแย้ง ดึงเอาบุคคลที่สามมาช่วยรับผิชอบความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การพเนิกกำลังนี้เรียกว่า การพเนิกกำลังทางอ้อม (Detour coalition)

Goldenberg and Goldenberg; Sharf (2008, pp. 236-255; 2008, pp. 490-491 อ้างถึงใน อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) ได้สรุปแนวคิดของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ดังนี้

แนวคิดสำคัญที่ 1 โครงสร้างของครอบครัว (Family structure) หมายถึง กฎเกณฑ์หรือระเบียบต่าง ๆ ที่ครอบครัวถือเป็นแนวปฏิบัติต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวสมาชิกในแต่ละครอบครัว จะเรียนรู้ว่าครอบครัวของตนเองมีการปกครองกันอย่างไร และจะปฏิบัติต่อใครอย่างไร เมื่อไรจึงจะเหมาะสมตามกฎเกณฑ์นั้น ๆ รูปแบบสัมพันธ์ในครอบครัวประกอบด้วยกฎเกณฑ์ 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 กฎเกณฑ์ทั่วไปของครอบครัว (Universal rules) หมายถึง กฎเกณฑ์การปกครองครอบครัวที่เรียงลำดับอาวุโสอย่างมีระเบียบ เช่น พ่อแม่มีอำนาจปกครองดูแลสร้างระเบียบให้แก่ลูก ลดหลั่นกันไปตามอายุ และวุฒิภาวะในครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์และมีระเบียบการปกครองที่ชัดเจน ครอบครัวจะทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพสูง

ลักษณะที่ 2 กฎเกณฑ์ส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว (Individualized or idiosyncratic rules) หมายถึง ความคาดหวังและความตั้งใจของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งความคาดหวังนี้อาจไม่มีความชัดเจนว่าใครคาดหวังอะไรจากใครในครอบครัว ความคาดหวังดังกล่าวจะค่อย ๆ เกิดอย่างต่อเนื่องมาเป็นปี ๆ ของการอยู่ร่วมกันกลายเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างครอบครัว ดังนั้นเมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปจากเดิม ครอบครัวก็จะพยายามปรับสภาวะในครอบครัวให้อยู่ในสภาพที่สมดุล

แนวคิดสำคัญที่ 2 ระบบย่อยในครอบครัว (Family subsystem) โครงสร้างของระบบครอบครัว (Structure of family system) ที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติและมีความรับผิดชอบต่อกัน ประกอบด้วยหน่วยเล็ก ๆ ที่เรียกว่าระบบย่อย (Family subsystem) ภายในระบบครอบครัว กลไกการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น ทั้งนี้ เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ครอบครัวกลับมาสู่ภาวะปกติ ครอบครัวที่ปกติ จะต้องเป็นครอบครัวที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และมีการยืดหยุ่นเพียงพอที่จะยอมรับการปรับโครงสร้างของครอบครัว ให้เหมาะสมกับ

สถานการณ์ของครอบครัวในขณะนั้น (เพ็ญภา กุลนภาดล, 2547) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบ คือ

ระบบที่ 1 ระบบสามีภรรยา (Spouse subsystem) คือ ระบบย่อยที่ประกอบด้วย คู่สามีภรรยาซึ่งถือเป็นระบบย่อยแรกของการเกิดครอบครัว ระบบย่อยนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อ สามีภรรยาเอื้ออาทรต่อกัน และต่างก็มีอิสระที่จะต่อรองหรือตกลงกัน มีการสื่อสารที่ดี ชื่นชมในสิ่ง ที่มีและชดเชยในสิ่งที่ขาดของกันและกันได้

ระบบที่ 2 ระบบพ่อแม่ (Parental subsystem) คือ ระบบย่อยที่ประกอบด้วยพ่อแม่ หรือบุคคลที่ทำหน้าที่เหมือนพ่อแม่ มีหน้าที่ดูแลปกป้อง และอบรมสั่งสอนเด็กในครอบครัว ระบบพ่อแม่เกิดขึ้นเมื่อสามีและภรรยามีลูก ซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัวระบบพ่อแม่ ต้องเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามวัยและพัฒนาการของลูก

นอกจากนั้น ในครอบครัวสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของครอบครัวการผนึกกำลังกัน การรวมกำลังกัน (Coalition) ระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว โดยการผนึกกำลังกัน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การผนึกกำลังกันอย่างกลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว จนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การผนึกกำลังกันนี้เป็นการผนึกกำลังที่ เหนียวแน่นมั่นคง (Stable coalition)

2. การผนึกกำลังกันที่บุคคลหนึ่งในกลุ่มที่เกิดความขัดแย้ง ดึงเอาบุคคลที่สามมาช่วย รับผิดชอบความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การผนึกกำลังนี้เรียกว่า การผนึกกำลัง ทางอ้อม (Detour coalition)

ระบบที่ 3 ระบบพี่น้อง (Sibling subsystem) คือ ระบบย่อยที่ประกอบด้วย พี่ น้อง ซึ่งถือว่าอยู่ในรุ่นเดียวกัน (Same generation) ระบบพี่น้องที่มีสมาชิกในระบบนี้มีอายุห่างกันมา อาจทำให้เกิดปัญหาได้ ส่วนระบบพี่น้องที่มีพี่น้องอายุใกล้เคียงกัน จะทำให้เกิดความรู้สึก ใกล้เคียงกัน มีความรู้สึกเป็นพี่น้องและเป็นเพื่อนกัน

แนวคิดสำคัญที่ 3 ความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขต (Boundary permeability) คือ ระดับความยืดหยุ่นของกฎเกณฑ์และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวที่ยอมให้สมาชิก ในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพันกัน มีอิสรภาพที่จะต้องเป็นตัวของตัวเองได้ อย่างสมบูรณ์ ขอบเขต (Boundary) หมายถึง กฎเกณฑ์และความสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวว่าใครจะเกี่ยวข้องกับใครอย่างไร ซึ่งแบ่งขอบเขตเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 ขอบเขตที่ชัดเจน (Clear boundary) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อย ที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติระหว่างระบบย่อยหรือระหว่างบุคคล ที่มีความชัดเจน มีความยืดหยุ่น

พอประมาณ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักความผูกพัน ความอบอุ่น ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน และเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง

ลักษณะที่ 2 ขอบเขตที่เข้มงวด (Rigid boundary) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์ และแนวปฏิบัติระหว่างระบบย่อย หรือระหว่างบุคคลที่เข้มงวด ไม่มีความยืดหยุ่น ทำให้สมาชิกครอบครัวแยกจากกันและกัน ไม่เคยเรียนรู้ที่จะใกล้ชิดกัน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะห่างเหิน ขาดความผูกพัน ขาดความอบอุ่น เรียกความสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ความห่างเหินทางอารมณ์ (Disengagement)

ลักษณะที่ 3 ขอบเขตที่ไม่ชัดเจน (Diffuse boundary) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่แบ่งแยกกันไม่เด็ดขาด ไม่มีความชัดเจนในกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในระบบย่อยหนึ่งอาจเข้าไปก้าวก่าย (Intrude) กับระบบย่อยหนึ่งทำให้สมาชิกในระบบที่ถูกก้าวก่าย ขาดความเป็นส่วนตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีขอบเขตแบบไม่ชัดเจน จะมีความสัมพันธ์ลักษณะใกล้ชิดกันมากเกินไป ซึ่งเรียกว่า การพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment)

ลักษณะขอบเขตทั้งสามประการนี้มีความต่อเนื่องกัน เนื่องจากครอบครัวโดยทั่วไปอาจมีความสัมพันธ์แบบพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment) ช่วงหนึ่งแบบห่างเหินช่วงหนึ่ง (Disengagement) ช่วงหนึ่งปรับเปลี่ยนไปมาอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว หากครอบครัวใดยึดติดอยู่กับการเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์แบบใดแบบหนึ่งระยะยาวค่อนข้างถาวร ก็เป็นครอบครัวที่มีลักษณะพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment family) หรือครอบครัวที่มีลักษณะห่างเหินทางอารมณ์ (Disengaged family) ซึ่งทั้งสองลักษณะสามารถก่อให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในครอบครัวได้เท่า ๆ กัน

แนวคิดสำคัญที่ 4 การปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัว (Family adaptation to stress) ภายในระบบครอบครัวกลไกการปรับตัวต่อความเครียดของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อเกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และทำให้ครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติ ครอบครัวที่ปกติจะต้องเป็นครอบครัวที่มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และมีความยืดหยุ่นเพียงพอที่จะยอมรับการปรับโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของครอบครัวในขณะนั้น

กล่าวโดยสรุป แนวคิดของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างมุ่งเน้นการมองภาพครอบครัวเป็นระบบ (System) โดยในแต่ละครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ และมีโครงสร้างของครอบครัว เป็นแบบแผนของชีวิตในครอบครัวนั้น มีความเกี่ยวข้องกับกฎระเบียบต่าง ๆ ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กำหนดและปฏิบัติตาม โครงสร้างเหล่านี้ทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถประเมินโครงสร้างของครอบครัว และกำหนดสมมติฐานของครอบครัวได้

ว่า ครอบครัวยุคนี้มีรูปแบบความสัมพันธ์เป็นอย่างไร ทำให้ผู้ให้การศึกษาสามารถวางแผนช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมายของการศึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

เป้าหมายของการศึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างมีดังนี้

Carlson, Sperry, & Lewis (1997 อ้างถึงใน เพ็ญญา กุลนภาดล, 2555) กล่าวถึงเป้าหมายในคำอธิบายครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างว่า เป้าหมายการศึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว เน้นที่การจัดโครงสร้างในระบบครอบครัวใหม่ โดยผู้ให้การศึกษาครอบครัวกลุ่มนี้ มุ่งที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการปรับตัวกับกฎเกณฑ์ในการเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันในครอบครัวใหม่เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลง วิธีการที่ติดต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ยังมีผลให้สามารถจัดการกับความขัดแย้ง และความเครียดในปัจจุบันและอนาคตได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ขอบเขตมีความชัดเจนขึ้น กล่าวคือ หากในครอบครัวใดมีลักษณะพัวพันกันทางอารมณ์ ผู้ให้การศึกษา ก็จะช่วยให้สมาชิกเรียนรู้การอยู่อย่างอิสระ การเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่ยังมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ส่วนครอบครัวใดที่มีความห่างเหินก็จะได้รับความช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่เคยเข้มงวดก็ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น การทำให้เกิดสภาพการณ์ใหม่ (Context) ที่เอื้ออำนวยต่อครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ให้เหมาะสมกว่าเดิม จะทำให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการติดต่อกันเพื่อจัดการความขัดแย้งหรือความเครียดที่เกิดขึ้น

Goldenberg and Goldenberg; Sharf (2008, pp. 236-255; 2008, pp. 490-491 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) ได้กล่าวว่า การศึกษาทฤษฎีโครงสร้างมีเป้าหมาย ดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ครอบครัวจัดโครงสร้างในระบบครอบครัวใหม่ โดยมุ่งเน้นที่การปรับกฎเกณฑ์ในครอบครัว (Transactional rules)
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัว เรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง และความเครียดของครอบครัวในปัจจุบัน

3. เพื่อช่วยให้ครอบครัวปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีขอบเขตที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2540) กล่าวว่า เป้าหมายของการศึกษาทฤษฎีโครงสร้าง คือ การทำให้เกิดสภาพการณ์ใหม่ (Context) ที่เอื้ออำนวยต่อการที่ครอบครัวจะปรับเปลี่ยนโครงสร้างของตนให้เหมาะสมกว่าเดิม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการติดต่อกันเพื่อจัดการความขัดแย้งหรือความเครียดที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป การปรึกษารอบคร้วทฤษฎีโครงสร้าง มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น โดยเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นและคงอยู่เพราะครอบครัวมีโครงสร้างที่ไม่เหมาะสม การให้การปรึกษารอบคร้วจะเน้นการสร้างขอบเขตที่ชัดเจนของสมาชิกในครอบครัว และช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน และสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว มีทัศนคติทางบวกแก่ครอบครัว ประารถนาที่จะเข้าใจ และเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว และมีความเชื่อมั่นว่าครอบครัวของตนนั้น มีความยืดหยุ่น และสามารถเปลี่ยนแปลงได้

5. เทคนิคการปรึกษารอบคร้วทฤษฎีโครงสร้าง

เทคนิคการปรึกษารอบคร้วทฤษฎีโครงสร้างที่สำคัญมีดังนี้ Goldenberg and Goldenberg; Sharf (2008, pp. 236-255; 2008, pp. 490-491 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) ได้สรุปเทคนิคการปรึกษารอบคร้วทฤษฎีโครงสร้างดังนี้

5.1 การแสดงบทบาท (Enactment) เป็นวิธีที่ผู้ให้การปรึกษารอบคร้ว ให้ครอบครัวนำสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว มาแสดงให้เห็นจริงในชั่วโมงการปรึกษา เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาได้สังเกตพฤติกรรม ท่าทาง คำพูด การแสดงออกถึงความรับผิดชอบ และขณะเดียวกันผู้รับการปรึกษาจะได้รับรู้ความรู้สึก และท่าทางของตนเองด้วย

5.2 การติดตามร่องรอย (Tracking) เป็นวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษารอบคร้วรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสินเพื่อรวบรวมและสำรวจปัญหาของครอบครัว หรือแก่นของชีวิตครอบครัว ค่านิยม เหตุการณ์ที่สำคัญ ๆ ในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่สมาชิกครอบครัวเล่า รวมทั้งเข้าใจปัญหาของครอบครัวที่เกิดขึ้น

5.3 การเลียนแบบโดยการแสดงท่าทาง (Mimesis) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในเรื่องราวต่าง ๆ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยให้สมาชิกครอบครัวแสดงท่าทางเลียนแบบตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว ที่สมาชิกครอบครัวยังเกิดความไม่เข้าใจ หรือยังติดอยู่กับสถานการณ์นั้นอีกครั้ง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ยังไม่เข้าใจ

5.4 การสนับสนุนยืนยัน (Confirmatory) เป็นวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษารอบคร้ว แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้การปรึกษารอบคร้วเข้าใจถึงความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน โดยการสะท้อนความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกอย่างเปิดเผย และไม่เปิดเผย

ตลอดจนการให้การสนับสนุนและชมเชยในข้อดี และความสามารถของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่สามารถทำให้ครอบครัวเกิดความผาสุกได้

Goldenberg and Goldenberg (2008, pp.236-255 อ้างถึงใน เพ็ญนภา กุลนภาค, 2555) กล่าวว่า เทคนิคสำคัญในการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างที่สำคัญมีดังนี้

1. การสังเกตและการตั้งคำถาม ในการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ขณะที่ผู้ให้ การปรึกษาสังเกตครอบครัว สิ่งที่พบว่ามีประโยชน์ที่จะช่วยให้การคิดแบบโครงสร้างง่ายขึ้น คือ ผู้ให้การปรึกษาควรตั้งคำถามตัวเองดังนี้

1.1 ปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกแต่ละคนเป็นอย่างไร (ใครพูดกับใคร ใครทำอะไร ใครพูดอย่างไร ภาษาถ้อยคำ ภาษาท่าทางเป็นอย่างไร)

1.2 กำลังเกิดอะไรขึ้นกับครอบครัวทั้งครอบครัว (ใครกำลังควบคุมใคร) สมาชิกคนนี้ กับคนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

1.3 สภาพการณ์ใหม่ (Context) อะไรที่เหมาะสมที่สุดกับสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ลักษณะโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์แบบใดที่กำลังก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวครั้งนี้ ถ้าจะให้ครอบครัวนี้ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่าเดิม ควรจะสร้างสภาพการณ์ใหม่ให้เกิดขึ้นในลักษณะใด

2. การทำแผนที่ครอบครัว (Family mapping) เป็นแผนผังที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้ให้การปรึกษาทราบโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว และเพื่อประกอบพิจารณาว่าระบบย่อยใดในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิด ปัญหาในปัจจุบันนอกจากนี้ การทำแผนที่ครอบครัวเป็นการประเมิน เพื่อพัฒนาวิถีทางที่จะเข้าถึง ครอบครัว ช่วยให้ผู้นำบัดเข้าใจและช่วยเหลือครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น

3. การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Joining) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและครอบครัวผู้รับการปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้ว่าผู้ให้การปรึกษายอมรับและเข้าใจ และรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึก ดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นต้องอาศัยวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 การติดตามร่องรอย (Tracking) คือ การที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสิน เพื่อรวบรวม และสำรวจปัญหาของครอบครัวทราบสาระ หรือแก่นของชีวิตครอบครัว ค่านิยม เหตุการณ์ที่สำคัญ ๆ ในครอบครัวและใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับ โครงสร้างของครอบครัวสมาชิก หรือเนื้อหาของการสื่อสารในครอบครัว (Mimesis) โดยผู้ให้การปรึกษาต้องแสดงออกด้วยความจริงใจ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ หรือ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3 การให้การสนับสนุนหรือยืนยัน (Confirmatory) คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจถึงความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคน และให้การสนับสนุนหรือยืนยันความสามารถและข้อดีของสมาชิก ยืนยันศักยภาพที่สมาชิกแต่ละคนควรจะได้ดำรงไว้เพื่อความผาสุกของครอบครัวตลอดไป

3.4 การเอื้ออำนวย ให้ความสะดวก และความปรองดอง (Accommodating) โดยเน้นที่การเข้าร่วมรับฟังปัญหาของครอบครัวนั้น ๆ ผู้ให้การปรึกษาจะพยายามเข้าใจรูปแบบของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกมีความปกครองกันมากขึ้น โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ส่วนผู้ให้การปรึกษาจะสะท้อนความรู้สึก ให้กำลังใจ สนับสนุน ชมเชยผลการกระทำให้แก่สมาชิกบางคน

4. การแสดงบทบาท (Enactment) หมายถึง การที่ผู้ให้การปรึกษาให้ครอบครัวนำสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวมาแสดงให้เห็นจริงในชั่วโมงการบำบัด เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาได้สังเกตพฤติกรรม ท่าทาง คำพูด การแสดงออกถึงความรับผิดชอบ และขณะเดียวกันผู้ให้การปรึกษาจะได้เรียนรู้ถึงความรู้สึก ท่าทางของตนเองด้วย

5. การมองภาพใหม่ หรือมองในกรอบใหม่ (Reframing) คือ การให้ครอบครัวมองสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในภาพที่แตกต่างจากเดิมการที่ครอบครัวจะมองสมาชิกหรือ มองภาพปัญหาอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลาย ๆ อย่าง การมองภาพใหม่จึงทำให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสมาชิกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น

6. การสร้างขอบเขต (Boundary) เป็นสิ่งสำคัญของทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว ถ้าหากสมาชิกคู่ใดมีความผูกพันใกล้ชิดกันมากเกินไป จนไม่เป็นตัวของตัวเอง ทำให้ขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนผู้ให้การปรึกษาจะต้องพยายามช่วยให้แต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีความผูกพันกันอยู่บางคนที่ยังเห็นกับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การปรึกษา ก็จะต้องดึงบุคคลที่เห็นห่างให้เข้ามาผูกพันกับครอบครัวด้วย การกระทำเช่นนี้จะเป็นการช่วยให้ครอบครัวได้เปลี่ยนขอบเขตใหม่ ผู้ให้การปรึกษาอาจปรับขอบเขตให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นหรือน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ครอบครัวนั้น ๆ

หากกล่าวถึงขอบเขต (Boundary) อาจจะนิยามถึงเส้นแบ่งกันที่มองไม่เห็น (Invisible) ซึ่งกั้นระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ และระหว่างแต่ละบุคคลในครอบครัว ขอบเขตเป็นตัวกำหนดปริมาณและชนิดของการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ขอบเขตเกิดขึ้นจากกฎเกณฑ์ในครอบครัวว่าใครจะเกี่ยวข้องกับใครอย่างไร ขอบเขตแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ขอบเขตที่ชัดเจน (Clear boundaries) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มี กฎเกณฑ์มีแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคง และมีความยืดหยุ่นพอประมาณที่จะช่วยให้สมาชิก ในครอบครัวสามารถเป็นตัวของตัวเองโดยอิสระ และในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็น เจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจนสมาชิกจะได้รับ ความอบอุ่น ความช่วยเหลือ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ในขณะที่ก็ได้รับอิสระที่จะเป็นตัว ของตัวเอง ครอบครัวที่มีขอบเขตที่ชัดเจน นับเป็นครอบครัวในอุดมคติที่สามารถสร้างความสมดุล ระหว่างการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความผูกพันที่ดีที่มีต่อกันระหว่างสมาชิก และการให้อิสระภาพให้สมาชิกได้ทดลองและเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง

2. ขอบเขตที่เข้มงวด (Rigid boundaries) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่ แบ่งแยกกันเด็ดขาด เข้มงวด ไม่มีความยืดหยุ่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวแยกจากกันและกัน ในครอบครัวที่มีขอบเขตเข้มงวดสมาชิก ไม่เคยเรียนที่จะใกล้ชิดเกี่ยวข้องกัน ความสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในครอบครัวจึงมีลักษณะห่างเหิน ขาดความผูกพัน ขาดความอบอุ่น ซึ่งเรียกความสัมพันธ์ ลักษณะนี้ว่า ความห่างเหินทางอารมณ์ (Disengagement)

3. ขอบเขตที่ไม่ชัดเจน (Diffuse boundaries) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่แบ่ง แยกกันไม่เด็ดขาด ไม่มีความชัดเจนในกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในระบบย่อยหนึ่งอาจไปก้าวถ่ายในระบบย่อยหนึ่ง จนทำให้บุคคลขาดความเป็นส่วนตัว การให้ความรักความอบอุ่นระหว่างสมาชิกมีมากเกินไปจนเกิดความต้องกร พ่อแม่เข้าไปเกี่ยวข้องในการกิจ ส่วนตัวของเด็กมากเกินไปจนส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้ คิดเองไม่เป็น และขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการสร้างความสัมพันธ์ภายนอก ครอบครัว ทั้งนี้เนื่องมาจากการปกครองที่ลดหลั่นตามความเหมาะสมในอาวุโส และบทบาท มีความกระจัดกระจาย ลูกเข้าไปก้าวถ่ายในเรื่องของพ่อแม่ พ่อแม่ก็ก้าวถ่ายในเรื่องส่วนตัวของลูก บทบาทที่สลับสับสนกันอย่างง่ายดาย จะเห็นได้ว่าลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีขอบเขต แบบไม่ชัดเจนนี้ มีลักษณะใกล้ชิดกันมากเกินไป ซึ่งเรียกว่าการพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment)

ลักษณะขอบเขตทั้งสามประการนี้มีความต่อเนื่องกัน เนื่องจากครอบครัวโดยทั่วไป อาจมีความสัมพันธ์แบบพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment) ช่วงหนึ่ง แบบห่างเหินช่วงหนึ่ง (Disengagement) ช่วงหนึ่ง ปรับเปลี่ยนไปมาอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว หากครอบครัวใดยึดติดอยู่กับการเกี่ยวข้องสัมพันธ์แบบใดแบบหนึ่งระยะ ยาว ค่อนข้างถาวร ก็เป็นครอบครัวที่มีลักษณะพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshed family) หรือ ครอบครัวที่มีลักษณะห่างเหินทางอารมณ์ (Disengaged family) ซึ่งทั้งสองลักษณะสามารถ ก่อให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในครอบครัวได้เท่า ๆ กัน

กล่าวโดยสรุป เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง มีหลายเทคนิคตั้งแต่ การสังเกตและการตั้งคำถาม การทำแผนที่ครอบครัว การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การแสดงบทบาท การมองภาพใหม่ หรือมองในกรอบใหม่ และการสร้างขอบเขต

6. บทบาทของผู้ให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

Nichols and Schwartz (2007 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552) กล่าวว่า ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง มีบทบาทคล้ายผู้กำกับการแสดง (Theater director) เน้นแนวทางและวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความคล่องแคล่วว่องไว และมีทักษะในการสังเกต รวมทั้งการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยครอบครัว ในช่วงเวลาให้การปรึกษา มีความเชี่ยวชาญในการเลือกและใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวโดยเน้นปัญหาที่เป็นปัจจุบัน

Goldenberg and Goldenberg (2008) กล่าวว่า ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง มีบทบาทคล้ายผู้กำกับการแสดง (Theater director) ต้องมีความคล่องแคล่วว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกต (Observer) และผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ที่สามารถเข้าไปในระบบครอบครัว เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว บทบาทของผู้ให้การปรึกษาจะเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเริ่มแรก อาจอยู่ในลักษณะผู้นำ ต่อมาอาจจะเป็นผู้สังเกต และอาจกลับมาเป็นผู้กำกับการแสดง เพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างในครอบครัวใหม่ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป บทบาทของผู้ให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวเรียนรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเอง โดยบทบาทของผู้ให้การปรึกษาจะเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเริ่มแรก อาจอยู่ในลักษณะผู้นำ ต่อมาอาจจะเป็นผู้สังเกต และอาจกลับมาเป็นผู้กำกับการแสดง เพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างในครอบครัวใหม่ โดยใช้เทคนิคของการปรึกษาครอบครัวมาช่วยให้การปรึกษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7 . ประโยชน์ของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

Goldenberg and Goldenberg (2008) กล่าวถึง ประโยชน์การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ดังนี้

1. ทฤษฎีนี้เน้นเรื่องโครงสร้างของครอบครัว ดังนั้น หลักสำคัญในการช่วยเหลือครอบครัว คือ การจัดระบบโครงสร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความสัมพันธ์ในระบบย่อย ทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้มีประสิทธิภาพขึ้น

2. ทฤษฎีนี้จะช่วยให้เข้าใจปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว สามารถใช้ได้กับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมในระดับต่าง ๆ รวมทั้งครอบครัวที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันด้วย

3 . ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดและหลักการที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และไม่ซับซ้อนในการนำไปประยุกต์ใช้ และได้รับการยอมรับอย่างมากในวงการจิตวิทยา จิตวิทยาการปรึกษา และจิตแพทย์

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง มีประโยชน์ในการช่วยเหลือครอบครัว คือ การจัดระบบโครงสร้างครอบครัวใหม่ โดยมุ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความสัมพันธ์ในระบบย่อย และช่วยให้เข้าใจปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว โดยมีแนวความคิดและหลักการที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อนในการนำไปประยุกต์ใช้ และได้รับการยอมรับอย่างมากในวงการจิตวิทยา

การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม

1. ความเป็นมาของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม

Virginia Satir เป็นผู้พัฒนาแนวคิดการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีมนุษยนิยม Satir สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และเริ่มทำงานให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่สถาบันจิตเวชในเมืองชิคาโก รัฐอิลลินอยส์ และเคยเป็นผู้อำนวยการฝ่ายฝึกอบรมที่สถาบันวิจัยทางจิต ที่พาโลอัลโต รัฐแคลิฟอร์เนีย และต่อมาเป็นผู้อำนวยการสถาบัน Esalen (Esalen institute) ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ผลงานที่มีชื่อเสียง คือ หนังสือชื่อ Conjoint family therapy ซึ่งตีพิมพ์ใน ค.ศ.1967 และหนังสือชื่อ Peoplemaking ตีพิมพ์ใน ค.ศ. 1972 Satir ให้ความสำคัญกับการสื่อสารในครอบครัว ทฤษฎีของ Satir เป็นที่รู้จักในชื่อ Communication model และนับว่าเป็นทฤษฎีที่มีบทบาทสูงในการปรึกษาครอบครัว (Gladding, 1995, p. 145)

2. แนวคิดสำคัญของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม

แนวคิดที่สำคัญของการปรึกษาครอบครัวประสบการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม ให้ความสำคัญกับประสบการณ์มากกว่าความคิดเชิงเหตุผล โดยใช้กระบวนการที่หลากหลายในการกระตุ้น เพื่อที่จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สัมผัสกับความรู้สึก ความรู้สึกจากการสัมผัส การสร้างจินตนาการ และประสบการณ์ภายในตนเองได้อย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกไวต่อสถานะที่นี้และเดี๋ยวนี้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น จะได้รับการผลักดันตลอดช่วงของการปรึกษา การปฏิเสธแรงผลักดัน และการเก็บกดอารมณ์ไว้นั้นถูกมองว่า เป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ และการหน่วงเหนี่ยวความงอกงาม พฤติกรรมที่มีความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ถูกมองว่า มีผลมาจากกระบวนการล้มเหลวของกระบวนการ

ที่เกี่ยวข้องกับความงอกงาม ซึ่งเป็นความบกพร่องที่จะบรรลุถึงศักยภาพ และทางเลือกต่าง ๆ ของบุคคล เนื่องจากว่าแต่ละบุคคล (และรวมไปถึงแต่ละคนในครอบครัว) มีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ดังนั้น แต่ละบุคคลหรือครอบครัวจะต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการยอมรับ และค้นพบศักยภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการค้นหาด้วยกระบวนการที่เป็นการค้นหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาต้องพยายามเพื่อไปสู่ความเป็นจริง และความจริงแท้ การเข้าถึงความรู้สึกและการแสดงความรู้สึกของตนเอง และการเรียนรู้ที่จะมีความเป็นธรรมชาติ และสร้างสรรค์มากขึ้น (Goldenberg & Goldenberg, 2008, p. 1543-155)

3. เป้าหมายการปรึกษารอบครัว

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2547, หน้า 25-26) กล่าวว่าเป้าหมายของการปรึกษารอบครัว ประสพการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม มีดังนี้

3.1 เพื่อพัฒนาให้แต่ละบุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น มีความหวังในชีวิต เรียนรู้ พัฒนาทักษะ และกระบวนการในการเผชิญปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม และรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองเลือกและผลที่จะเกิดขึ้นตามมา

3.2 เพื่อช่วยให้แต่ละบุคคลได้พัฒนาตนเอง มีเหตุผลเหนืออารมณ์ ปรับปรุง และพัฒนาการสื่อสารที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา และสอดคล้องกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหา มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความอดทนอดกลั้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มขึ้น และรู้สึกว่าชีวิตนี้มีคุณค่า

4 . บทบาทของผู้ให้การปรึกษารอบครัว

บทบาทของผู้ให้การปรึกษารอบครัวประสพการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนตัวของผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาต้องมีลักษณะเปิดเผย เห็นอกเห็นใจ และไวต่อการรับความรู้สึก และแสดงออกให้เห็นถึงความเข้าใจและการยอมรับ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ให้การปรึกษาควรต้องมีบทบาทดังนี้

4.1 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและสมาชิกครอบครัวเข้าใจจุดมุ่งหมายของการปรึกษา และสิ่งที่คาดหวังจากการให้การปรึกษา

4.2 กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม เรียนรู้บทบาทหน้าที่ และอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว

4.3 ใช้ท่าทาง น้ำเสียงได้สอดคล้องกลมกลืน กับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยพูดจาอย่างตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม และใส่ใจกับความรู้สึกของผู้ที่สนทนาด้วย

4.4 สอนให้ผู้รับการปรึกษาและสมาชิกครอบครัวให้ทราบว่า เขาสามารถเลือก และรับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาเลือก เรียนรู้ที่จะฝึกทักษะ และกระบวนการในการเผชิญปัญหา เรียนรู้

ที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิต และค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงเรื่องราว สาระแก่นแท้ของชีวิต ตลอดจนกระบวนการในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะว่า “ที่จริงแล้วตัว ของปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการจัดการกับปัญหาต่างหากที่เป็นปัญหา”

5 . เทคนิคการปรึกษาครอบครัว

5.1 การลำดับเหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว (Family-life fact chronology) โดยผู้ให้ การปรึกษาจะสัมภาษณ์เรื่องราวต่าง ๆ และเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในชีวิตของผู้รับการปรึกษา และ สัมภาษณ์ประวัติครอบครัวตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตาทวด บิดามารดา จนถึงรุ่นปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจใน เรื่องราวของพัฒนาการครอบครัว ทบทวนลักษณะของรูปแบบครอบครัว และแนวคิดสำคัญที่ได้ เป็นรากฐานของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดและสมาชิก ครอบครัวเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งได้รับรู้และเข้าใจถึงอิทธิพลในอดีตที่ส่งผลต่อ ตนเองและครอบครัวในปัจจุบัน

5.2 การทำแผนที่ครอบครัว (Family maps) แผนที่ครอบครัวมีลักษณะคล้าย จีโนแกรม (Genogram) เป็นแผนที่ที่ทำให้เห็นภาพโครงสร้างของครอบครัวอย่างน้อย 3 รุ่น คือ รุ่นปัจจุบันของผู้รับการปรึกษา รุ่นบิดามารดา และรุ่นปู่ย่าตายายของผู้รับการปรึกษา โดยแผนที่ ครอบครัวนี้ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้เขียนแผนที่ดังกล่าว โดยนำข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ประวัติ และเรื่องราวชีวิตครอบครัวของผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะครอบคลุมรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับ บิดามารดา ปู่ย่าตายาย พี่น้องของผู้รับการบำบัด เช่น ชื่อ อายุ การศึกษา วันที่แต่งงาน วันเดือนปีเกิด ศาสนา เชื้อชาติ งามอดิเรก จำนวนบุตรธิดา สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ความรู้สึกที่แต่ละ คนมีต่อกัน ตลอดจนกฎระเบียบ ความเชื่อ เหตุการณ์สำคัญ ๆ ในชีวิต และความลับในชีวิตของ สมาชิกแต่ละคน

5.3 การใช้เส้นเชือก (Ropes) เป็นเทคนิคที่ใช้เชือกเป็นตัวแทนของความสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้รู้ถึงความผูกพันใกล้ชิด หรือห่างเหินของสมาชิกภายใน ครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เส้นเชือกเป็นตัวแทนของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว เส้นเชือก แต่ละเส้นจะมีความยาวประมาณ 5 เมตร และจำนวนเส้นเชือกจะมีเท่ากับสมาชิกครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวผูกเชือกตามจำนวนของสมาชิกในครอบครัวไว้ที่เอวของตนเอง และให้นำ ปลายเชือกข้างหนึ่งของเส้นเชือกแต่ละเส้น ไปผูกติดกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ทุก ๆ คน โดยระยะห่างของเส้นเชือกระหว่างสมาชิกจะบ่งบอกว่า สมาชิกที่ผูกเชือกมีความใกล้ชิดหรือ ห่างเหินสมาชิกครอบครัวคนนั้น ๆ เพียงใด ส่วนความตึงหย่อนของเส้นเชือกจะบ่งบอกถึง ความตึงเครียดหรือความสนิทสนมกับสมาชิกคนนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด รวมทั้งเงื่อนไขของ

ปลายเชือกที่ผูกแน่นเป็นเงื่อนตายหรือหลวม ๆ จะแสดงความปรารถนาที่จะผูกพันใกล้ชิดยึดติดหรือห่างเหินสมาชิกคนนั้นเพียงใด

5.4 การปั้น (Sculpture) เป็นเทคนิคที่จะช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อกัน โดยแสดงออกตามรูปที่ปั้น โดยให้ดินน้ำมันแก่สมาชิกครอบครัว ให้แต่ละคนต่างคนต่างปั้นรูปสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งตัวผู้ปั้นด้วย และให้ปั้นว่าแต่ละคนกำลังทำอะไร เมื่อปั้นเสร็จให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับรูปที่ตนปั้น ขณะเดียวกันผู้ให้การศึกษาครอบครัวจะพิจารณาลักษณะรูปที่ปั้น ระหว่างสมาชิก สีนํ้า ทําทาง สายตา และกิจกรรมที่แสดงออกและสิ่งที่บ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้เล่าที่มีต่อสมาชิกครอบครัวในแต่ละคน

5.5 การวาดภาพครอบครัว (Family drawing) เทคนิคการวาดภาพครอบครัวเป็นเทคนิคที่จะนำมาสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับผู้ให้การศึกษา เพื่อระบุซึ่งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่จะช่วยอธิบาย ทำให้เข้าใจเจตคติ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาที่มีต่อครอบครัว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ที่จะช่วยให้เข้าใจปัญหา หรือเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษา เพื่อศึกษาบุคลิกภาพ และเจตคติของผู้รับการปรึกษา ใช้ประเมินการรับรู้ของผู้รับการปรึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และบุคคลที่มีความสำคัญในครอบครัว

5.6 ท่าทีการสื่อสาร (Communication stance) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้พ่อแม่ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการสื่อสาร ท่าทีการสื่อสารจะสะท้อนให้พ่อแม่เห็นคุณค่าในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีความสัมพันธ์กับการสื่อสาร ผู้ที่มีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีประสิทธิภาพในการสื่อสารต่ำด้วย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การพูดอ้อมค้อม ไม่ชัดเจน ขาดตอน คลุมเครือ บิดเบือน ไม่เหมาะสม การกล่าวโทษผู้อื่นหรือการตำหนิการยอมรับผู้อื่นตลอดเวลา เพื่อต้องการให้เขาพอใจ การยึดติดแน่นกับกฎเกณฑ์และเหตุผลมากเกินไปโดยไม่สนใจความรู้สึกของคนอื่น การขาดความจริงจัง ไม่เข้าเรื่อง ไม่ตรงกับปัญหาการสร้างทำเป็นไม่เข้าใจ และการแก้ไขปัญหา การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ให้การศึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวพูดจากันตรงไปตรงมาแสดงท่าทีและความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืนกันอย่างแท้จริง จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเรียนรู้ขณะสื่อสารและเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

(Goldenberg & Goldenberg, 2008, p. 225-226)

กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม มีแนวคิดที่สำคัญที่เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่เจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ ถ้าเขาเหล่านั้นใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตนเอง การสร้างความนับถือในตนเอง ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ค้นหาและแก้ไขข้อผิดพลาดในการสื่อสารของครอบครัว และมนุษย์ทุกคนพยายามที่จะพัฒนา

ตนเองโดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและร่างกายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเชื่อว่าหากบุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ก็จะส่งผลต่อการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวอาจทำให้เกิดปัญหาครอบครัวในอนาคต ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือครอบครัวจึงมุ่งที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความไวในการรับความรู้สึก รู้จักแสดงออกถึงความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ และมุ่งเน้นปัญหาที่เป็นปัจจุบัน

การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส

1. แนวคิดพื้นฐานของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution focus family therapy)

Steve de Shazer และ Bil O' Hanlon (Carlson, Sperry, & Lewis, 1997) มีแนวคิดว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเน้นความสำคัญของการปรึกษาอยู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทฤษฎีนี้เน้นที่การใช้ลำดับขั้นย่อย ๆ และเป็นกระบวนการในการก้าวเข้าไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยเน้นที่แนวทางในการแก้ปัญหา (Solution) ไม่ใช่เน้นที่ตัวปัญหา

2 . เป้าหมายของการปรึกษา

ทฤษฎีนี้มีเป้าหมายของการปรึกษาอยู่ที่ให้ครอบครัวมองหาทางออกและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว โดยส่งเสริมให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดได้ประเมินได้ สามารถทำได้สำเร็จทำหาย

3 . บทบาทของผู้ให้การศึกษา

บทบาทของผู้ให้การศึกษาของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส มีลักษณะเป็นผู้ช่วยครอบครัวให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร และต้องการจะทำอะไร ช่วยในการกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน และมีความเป็นปรนัย ตลอดจนช่วยพิจารณาหาทางออกของปัญหา

4 . เทคนิคการปรึกษาครอบครัว

4.1 การวางโครงสร้างใหม่ (Deconstruction) เทคนิคนี้เชื่อมโยงให้เห็นถึงกรอบที่ไม่ชัดเจนของครอบครัวที่จะอ้างอิงถึงข้อตำหนิที่เกิดขึ้น โดยผู้ให้การศึกษาจะให้ครอบครัวกำหนดความต้องการ และความคาดหวังในการเปลี่ยนแปลง และการพิจารณาถึงพฤติกรรมใหม่ที่จะเป็นไปได้

4.2 การใช้ร่องรอย (Clue) เป็นเทคนิคที่จะสะท้อนเหมือนกระจกเงาให้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมของพวกเขา ถ้าหากว่าครอบครัวมีพฤติกรรมกับคำพูดที่ขัดแย้งกันผู้ให้การศึกษาจะใช้ความขัดแย้งกันนั้นสะท้อนกลับไปให้เห็น

4.3 การใช้รูปแบบที่เคยได้ผลมาแล้ว (Past successes) ผู้ให้การปรึกษาจะให้ครอบครัวใช้วิธีการที่เคยใช้ได้ผลมาแล้ว แต่ไม่ได้ให้ใช้ในวิธีที่เหมือนเดิมที่เดียวกับการหาทางออกในปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน จะต้องเป็นการประยุกต์ใช้

4.4 การใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เช่น ถามด้วยประโยคดังนี้ “ในคืนหนึ่งขณะที่คุณนอนหลับ เกิดปาฏิหาริย์ที่จะช่วยแก้ปัญหาของคุณ คุณคิดว่า คุณอยากให้มันเกิดอะไรขึ้น อะไรที่มันจะแตกต่างไปจากเดิม” จากคำถามดังกล่าวจะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความชัดเจนในเป้าหมายของการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มองเห็นอะไรที่นอกเหนือไปจากปัญหาที่เขากำลังประสบอยู่ จะเป็นการทำให้มองเห็นปัญหาที่แท้จริงมากขึ้น หากผู้ให้การปรึกษาได้กระตุ้นผู้รับการปรึกษาดังนี้แล้ว ภาพของปัญหาที่บางที่ยังไม่ชัดเจนก็จะปรากฏชัดเจนขึ้นได้

4.5 คำถามลำดับขั้น (Scaling question) เทคนิคนี้ได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดคุยถึงหัวข้อที่ยังคลุมเครือ เช่น ความซึมเศร้า และการสื่อสารในจุดที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวโดยสรุป การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส มีแนวคิดที่สำคัญที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทฤษฎีนี้เน้นที่การใช้ลำดับขั้นย่อย ๆ และเป็นกระบวนการในการก้าวเข้าไปสู่การเปลี่ยนแปลง โดยเน้นที่แนวทางในการแก้ปัญหา (Solution) ไม่ใช่เน้นที่ตัวปัญหา มีเป้าหมายของการปรึกษาอยู่ที่ให้ครอบครัวมองหาทางออก และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว บทบาทของผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยครอบครัวให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร และต้องการจะทำอะไร ช่วยในการกำหนดจุดมุ่งหมายให้ชัดเจน โดยมีเทคนิคการให้การปรึกษาครอบครัว ได้แก่ การวางโครงสร้างใหม่ (Deconstruction) การใช้ร่องรอย (Clue) การใช้รูปแบบที่เคยได้ผลมาแล้ว (Past successes) การใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) และคำถามลำดับขั้น (Scaling question)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

เพ็ญนภา กุลนภาดล (2547) ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 10 ครอบครัว มาพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวโดยการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว (สามีและบุตร) ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง มีผลให้การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

คุณทศ ตริยะวารังพันธ์ (2552) ศึกษาสมรรถนะการปรึกษาครอบครัวและการสร้างโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการปรึกษาครอบครัวสำหรับครูแนะแนว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ใน 10 จังหวัด ของภาคเหนือตอนล่างจำนวน 8 คน และสมัครใจเข้ารับการอบรม เพื่อพัฒนาการปรึกษาครอบครัว โดยบูรณาการแนวคิด และเทคนิคของทฤษฎีต่าง ๆ ของการปรึกษาครอบครัว 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีระบบครอบครัว ทฤษฎีการเล่าเรื่อง ทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว และทฤษฎีประสบการณ์นิยม ผลการวิจัยพบว่าโมเดลการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัวมีผลให้ครูแนะแนวมีสมรรถนะการปรึกษาครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

นฤมล พระใหญ่ (2552) ได้ศึกษาการเสริมสร้างคุณลักษณะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผลโดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง คือ พ่อแม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 32 คน และนำมาเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการครอบครัว โดยบูรณาการแนวคิด และเทคนิคของทฤษฎีต่าง ๆ ของการให้การปรึกษาครอบครัว ที่ประกอบด้วยทฤษฎีระบบครอบครัว ทฤษฎีการเล่าเรื่อง ทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว ทฤษฎีมนุษยนิยม ทฤษฎีพฤติกรรมและการรู้คิด พฤติกรรม จำนวน 8 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า บุตร ธิดา ของพ่อแม่กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อคุณลักษณะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผล หลังพ่อแม่เข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลสูงกว่า ก่อนพ่อแม่เข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ

มาริสา พร้อมพงศพร (2555) ศึกษาผลการปรึกษาตามทฤษฎีโครงสร้างต่อบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง คือ มารดาวัยรุ่น อายุ 14-17 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 16 ราย โดยกลุ่มทดลองจำนวน 8 ราย เข้ารับการปรึกษาตามทฤษฎีโครงสร้าง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที รวม 10 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการปรึกษาตามทฤษฎีโครงสร้าง มีบทบาทคะแนนการเป็นมารดาวัยรุ่นแตกต่างจากมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการปรึกษาตามทฤษฎีโครงสร้างในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างในบริบทของครอบครัวไทยทั้งทฤษฎีโครงสร้างเดี่ยว และบูรณาการแนวคิด และเทคนิคของทฤษฎีต่าง ๆ ของการให้การปรึกษาครอบครัว ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการที่สมาชิกใน

ครอบครัวสามารถจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเลือกใช้บริการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง

เอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease/ Stroke)

Jauch, Saver, Adams, Bruno, Connors, and Demaerschalk (2013) ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคที่ทำให้มีอาการพร่องทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เกิดจากมีการขัดขวางต่อระบบการไหลเวียนเลือดของสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) และตาย (Infarction) ได้ในระยะต่อมา เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

World Health Organization (1988) ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงของความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง

จากการศึกษาความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองหมายถึงเป็น กลุ่มอาการที่ประกอบด้วยลักษณะของความบกพร่องของระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมีอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง เกิดเนื่องจากการขัดขวางต่อระบบการไหลเวียนเลือดของสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) และตาย (Infarction) ได้ในระยะต่อมา เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

วิทยาการระบาดของโรคหลอดเลือดสมอง

World Stroke Organization (WSO) (2012) รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2555) กล่าวถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 27.53, 30.04 และ 31.69 ตามลำดับ

จากการทบทวนการศึกษาด้านวิทยาการระบาดในสหรัฐอเมริกาของ Easton, Hauser, and Martin (1998) พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 200,000 คน/ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Baum (1982) พบความชุกเฉลี่ย 743 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ Easton, Hauser, and

Martin (1998) ยังพบว่ากลุ่มประเทศยุโรป สาเหตุเกิดจากสมองขาดเลือด (Cerebral infraction) คิดเป็นร้อยละ 85-95 ส่วนกลุ่มประเทศเอเชียพบสาเหตุเลือดออกในสมองมากกว่ากลุ่มประเทศยุโรป ทั้งนี้ Hachinski and Norris (1985) และ Nencini, Inzitari, and Baruffi, (1985) พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนจะมีอายุน้อยกว่า 45 ปี อุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 3-5 ของหลอดเลือดสมองทั้งหมด และจากการศึกษาของ Framingham Heart Study (Wolf, 2004, pp. 13-34) ซึ่งได้ติดตามประชากรกลุ่มที่ศึกษายาวนานถึง 55 ปี พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในประชากรอายุ 35-94 ปี เท่ากับ 3.21 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี และอุบัติการณ์ดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งการศึกษาของ Feigin, Lawes, Bennett, and Anderson (2003, pp. 43-53) พบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุน้อยกว่า 45 ปี ประมาณ 0.1-0.3 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และในช่วงอายุ 75-84 ปี พบอุบัติการณ์ 12-20 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Viriyavejajful, Vannasaeng, and Pongvarin (1983, p.10) ศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2556 พบว่าในคนไทยอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 690 ต่อประชากร 100,000 คน

ในงานวิจัยนี้ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย (Stroke in the young) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยนี้มีความสำคัญเพราะเป็นวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งเป็นวัยที่สร้างครอบครัว และดูแลเลี้ยงดูบุตร ซึ่งอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ดังนั้นถ้าเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้น นอกจากจะไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเอง และครอบครัวได้แล้ว ยังเป็นภาระทางสังคมระยะยาวอีกด้วย

โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของความพิการที่สำคัญ ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อ อารมณ์ ความรู้สึก ความเป็นอยู่ สังคมของตัวผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศด้วย เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ (2554) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จำนวนวันนอนรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและแตกเฉลี่ย 4.27 วัน และ 7.27 วัน ตามลำดับ และจำนวนค่ารักษาเท่ากับ 9,210.73 บาทและ 10,640.57 บาท ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงภาระโรคและความสูญเสียของโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และถ้าโรคหลอดเลือดสมองเกิดในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย และไม่เพียงแต่โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ผู้ที่รอดชีวิตต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต และยังก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ตลอดจนยังเป็นภาระทางสังคมระยะยาวแก่ชุมชนและประเทศชาติด้วย

การแบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) และชนิดเลือดออก (Hemorrhage stroke)

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) ทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด พบร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้ 5 กลุ่มตาม TOAST Classification (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) ดังนี้ (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552; กัมมันต์ พันธุมจินดา และยุทธชัย ลิขิตเจริญ, 2550; Hickey, 2009)

1.1 Large artery atherosclerotic (หลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง) พบร้อยละ 20 ของการเกิดโรค ซึ่งเกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือดที่มี Atheroma plaque ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง

สาเหตุ เมื่อส่วนของหลอดเลือดแดงที่มีการแข็งตัว มีการแตกเป็นแผล จะทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดออกมา ไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง นำไปสู่การกำซาบที่ลดลง และการขาดเลือดในสมองตามมา (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552) โดยพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีอาการ TIA นำมาก่อน

อาการ ผู้ป่วยมักจะตื่นขึ้นมาพร้อมกับอาการพร่องทางระบบประสาท เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมองขึ้น ในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนหลับหรือในเวลาที่นั่งพักผ่อน เนื่องจากเป็นช่วงที่ความดันในกระแสเลือดลดต่ำลง และผลักดันเลือดไปในช่องทางที่แคบของหลอดเลือด มีผลให้ระบบการกำซาบลดลง มีการลดลงของ Cerebral perfusion, ทำให้เกิดการขาดเลือด และพัฒนากลายเป็นหลอดเลือดสมองขาดเลือดได้ ซึ่งพื้นที่ของการขาดเลือดในสมอง ขึ้นอยู่กับบริเวณของเส้นเลือด และตำแหน่งภายในของเส้นเลือดของการเกิด Thrombus ซึ่งอาจจะเป็นส่วนของ Proximal หรือ Distal ถ้าการขาดเลือดเกิดขึ้นบริเวณ Major artery จะเป็นบริเวณที่กว้างใหญ่และเกิดเนื้อตาย ซึ่งการขาดเลือดนี้เป็นสาเหตุในการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มเซลล์ มีผลทำให้มีการบวมเกิดขึ้นภายในเซลล์และไปกดหลอดเลือดฝอย ซึ่งการบวมของสมองมีระยะเวลา 2-4 วันและการขาดเลือด อาจะอยู่ในช่วง 1-3 วัน ก่อนที่อาการจะคงที่

โดยในประเทศไทยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่แข็ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือกร้อยละ 21 (Dharmasaroja, Muengtawepongsa, Lechawanich, Pattaraarchachai, 2010)

1.2 Small artery occlusion or lacunar infarcts (หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ) พบได้ ร้อยละ 20-25

สาเหตุ เกิดจากมีการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่อยู่ลึกลงไปเนื้อสมอง ทำให้เกิดเป็นโพรงเล็ก ๆ ที่เหลืออยู่ในเนื้อสมอง ที่เกิดขึ้นหลังจากมีการตายของเนื้อเยื่อ เป็นผลทำให้หลอดเลือดสมองขาดเลือด (Hickey, 2009; Hauser & Josephson, 2011) มี Microatheroma และ Thrombosis ซึ่งเกิดจาก Lipohyalinosis โดยจะทำให้เกิดการหนาตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ และนำไปสู่พยาธิสภาพของการเกิดโรคได้ โดยพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด

อาการ ที่เกิดขึ้นได้แก่ ความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการรับรู้สติ และ ด้านระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ

โดยในประเทศไทยพบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดตีบร้อยละ 45 (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

1.3 Cardioembolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองจากหัวใจ) พบได้ร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลจาก Cardiogenic embolism จากภาวะ Atrial fibrillation ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อย นอกจากนี้ยังพบในโรคหัวใจอื่น ๆ เช่น Patent foramen ovale (PFO), Valvular disease, Ventricular thrombi, Myocardial infarction, Congestive heart failure, Atrial septal aneurysm ซึ่งพบว่า Atherosclerosis และ Atherogenic plaques ของ Proximal aorta เป็นแหล่งกำเนิด ของการค้นพบการเกิด Cardiac emboli และ Atherogenic plaques มักจะพบได้บ่อยในหลอดเลือด Coronary ในหัวใจ และที่ทางแยกของ Aorta เป็นสิ่งที่นำมาให้เกิดความดันโลหิตสูง และ Atrial fibrillation ซึ่ง Unstable plaques สามารถหลุดออกกลายเป็น Microemboli ไปยังสมอง

สาเหตุ ซึ่งพบว่า Microemboli จากหัวใจเป็นการเคลื่อนที่และเข้าไปในระบบสมองมากที่สุดโดยผ่านเข้าไปใน Carotid arteries ซึ่งจะมีการไหลเวียนไปจนกระทั่งหลอดเลือดมีการตีบแคบลงและ ยังมีการไหลผ่านเข้าของ Embolus ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้นได้ โดยหลอดเลือดที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ คือ Left middle cerebral artery ซึ่งในโรคนี้เกิดขึ้นบ่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้น และมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการบกพร่องที่แสดงออกมามากที่สุดภายในช่วงเวลาสั้น ๆ (Hickey, 2009) โดยในประเทศไทยพบสาเหตุของการเกิดโรคนี้ ร้อยละ 13 (Dharmasaroja et al., 2010)

1.4 Other determined etiology (สาเหตุที่พบบ่อย) พบได้ประมาณ ร้อยละ 5 ของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นผลมาจาก Nonatherosclerotic vasculopathies, hypercoagulable state, ความผิดปกติของระบบโลหิต, การเกิดการอักเสบ, ไมเกรน, มีภาวะการหดเกร็งของ

หลอดเลือด และการใช้สารเสพติด (Hickey, 2009) ซึ่งพบว่าสาเหตุนี้พบในคนไทยเพียงร้อยละ 8 (Dharmasaroja et al., 2010)

1.5 ไม่ทราบสาเหตุ พบว่าประมาณ ร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสาเหตุที่ไม่แน่นอน ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มที่ทำให้การวินิจฉัยสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบไม่ชัดเจน (Hickey, 2009) ซึ่งพบสาเหตุในคนไทย เพียงร้อยละ 2 (กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, 2552)

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 20 แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) และเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) ดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ทำให้หลอดเลือดสมองแตกทันทีทันใด เลือดมาเลี้ยงสมองบริเวณนั้นลดลง (Follin et al., 2006)

สาเหตุ เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง พบได้ถึงร้อยละ 56-81 นอกจากนั้นอาจเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (Aneurysm) หลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติ (Arteriovenous malformation [AVM]) หรือมีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด การมีเลือดออกจากภาวะความดันโลหิตสูงมักพบบริเวณเบซอลแกนเกลียน (Basal ganglain) ร้อยละ 40 บริเวณทาลามัส (Thalamus) ร้อยละ 15 บริเวณพอนส์ (Pons) ร้อยละ 8 และพบในซีรีเบลลัม (Cerebellum) ร้อยละ 10 (McCance & Huether, 2006)

อาการ ปวดศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจหมดสติได้อย่างรวดเร็ว สมองถูกกดจากก้อนเลือดและสมองบวม ในกรณีที่อาการรุนแรงจะทำให้เกิดสมองยื่นและสมองตายภายใน 2-3 วันแรก ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในบริเวณสมองเล็ก จะมีอาการปวดศีรษะทันทีทันใด ไม่สามารถยื่นได้ คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ (Brandstater, 1998) ซึ่งก้อนเลือดขนาดใหญ่ และสมองบวมอาจจะอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงใน 24-48 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนของการมีเลือดออกในเนื้อสมองทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ในบางกรณีจะทำผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดที่กดสมองออก (Morgenstern & Kasner, 2004)

2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์

สาเหตุ เกิดจากการแตกเองของหลอดเลือดที่โป่งพองบริเวณก้านสมอง (Circle of willis) หรือสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด พบบริเวณผิวสมองหรือภายในเนื้อสมอง

อาการ ปวดศีรษะรุนแรง ตาไม่ทนต่อแสง (Photophobia) คอแข็ง ระดับความรู้สึกตัว

ลดลง (Morgenstern & Kasner, 2004; National Clinical Guidelines for Stroke, 2004) ส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยตื่นหรือกำลังทำกิจกรรมการงานต่าง ๆ อยู่ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกจะมีอาการแบบทันที และจะมีอาการเพิ่มขึ้นต่อไปเรื่อย ๆ จนอีกหลายนาทีต่อมาหรืออาจนานเป็นเวลาสองถึงสามชั่วโมงก็ได้และทำให้มีน้ำในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ได้ หลังเกิดอาการหลายสัปดาห์จากการอักเสบในช่องอะแรคนอยด์ (Arachnoiditis) (Brandstater, 1998) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดที่โป่งพองแตก การรักษาโดยการทำ Aneurysm clipping อย่างเร่งด่วน สามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ (Morgenstern & Kasner, 2004)

กล่าวโดยสรุป โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) และชนิดเลือดออก (Hemorrhage stroke) โดยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบมากถึงร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ซึ่งเกิดจากการแข็งของหลอดเลือด และแตกเป็นแผล เกิดลิ่มเลือดหลุดออกมา ไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง นำไปสู่การขาดเลือดในสมองตามมา และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก มีสาเหตุหลักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง, การแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง และความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด และมีอาการนำที่สำคัญคือ ปวดศีรษะรุนแรง รวมทั้งระดับความรู้สึกตัวลดลง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดขึ้นแบบปัจจุบันทันด่วน และการดำเนินโรคขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ พยาธิสภาพทางหลอดเลือด ตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด

ระยะอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักแบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ในบางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่แล้วแขน ขา ข้างที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวได้ สภาวะของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียก ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอยู่ประมาณ 48 ชั่วโมง

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้ว ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่โดยระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงในทางเลวลง

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็น ระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Later recovery)

3.1 ภาวะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของหน้าที่ร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ภาวะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งต้องใช้เวลา 4-6 เดือน หรือ 1 ปี

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อย อีกทั้งเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการได้มา ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Hickey, 1986 อ้างถึงใน นภกรณธ์ แก้วกรณธ์, 2533)

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) โดยมีอาการชา (Numbness) อ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาต ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว ประกอบกิจกรรมด้วยความลำบากไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อตามมา ทำให้แขนขาที่อ่อนแรงเกิดอาการบวม (ศิริรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ผู้ป่วยรู้สึกแขนขาหนักขึ้น นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็งโดยนิ้วมือจะกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก หากผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือเจ็บจะทำให้เกร็งมากขึ้น และปัญหาที่ตามมาอีกคือ อาการปวดไหล่ เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกต่อแขนข่าที่อ่อนแรง จึงทำให้เกิดอาการปวดไหล่ นอกจากนี้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดหัวเข่า (Knee extensor) ของขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะหดตัวอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ข้อเข่าแข็งงอลำบาก ซึ่งทำที่ผิดปกติของโรคที่จะทำให้การทรงตัวไม่ดีอาจหกล้มได้ง่ายอีกด้วย

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ชัด (Dysarthria) เนื่องจากกล้ามเนื้อในการพูดบริเวณรอบปาก ลิ้นและเพดานอ่อนแรงทำให้การพูดไม่สัมพันธ์กัน เสียงที่พูดจึงตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้ (Aphasia) เนื่องจากประสาทสั่งการเสีย (Motor aphasia) ได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจ ความหมายของเสียง สื่อภาษาไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความคิดของตนเอง และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นสื่อสารมา

1.3 การเคี้ยวและการกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อในการเคี้ยว ทำให้ริมฝีปากปิดมึมได้ไม่แน่น การเคี้ยวจึงบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถปิดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรงไม่สามารถผลัก

อาหารเข้าหลอดอาหารได้ ถ้าเพดานอ่อนแรงมากก็ไม่สามารถเคลื่อนปิดกันผนังคอหอย ทำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืน และนำไปสู่ภาวะติดเชื้อที่ปอดได้

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการรับรู้มีหลายประการด้วยกัน ได้แก่

1.4.1 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักเวลา บุคคลและสถานที่หรือรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อันจะมีผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจและแสดง พฤติกรรมออกมาไม่เหมาะสม

1.4.2 การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกายผิดปกติ โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ ความสมดุลของร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ ทำให้มีความบกพร่องในการกระเษการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะหกล้ม จนทำให้ไม่กล้าเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาในการฟื้นฟู บำบัด

1.4.3 การรับรู้ต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อนและความเย็น ผิดปกติไป ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวอาจเกิดขึ้นอย่างเดี่ยว หรือเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันนอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ได้ถูกต้อง และบอกตำแหน่งของจุดสัมผัส พร้อมกันหลายจุดไม่ได้ (Hickey, 1986 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติ เหล่านี้ ทำให้ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยจะละเลย การเคลื่อนไหวด้านที่มีพยาธิสภาพและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระตุ้น ร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพหรือกว่าจะรู้สึก ร่างกายก็ได้รับอันตรายแล้ว

1.4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ความรู้สึกด้วย เช่น ผู้ป่วยมาสามารถจำและตอบสนองกับสิ่งที่มากระตุ้นได้ ความผิดปกติ ที่พบคือ เสียลานสายตาครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองตา (Homonymous hemianopia) นอกจากนี้ ยังมีการมองเห็นภาพซ้อน มองไม่เห็น มองไม่ชัด หรือกระเษะไม่ถูก ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นง่าย ตลอดจนมีผลต่อความสมดุลในการนั่งและยืน

1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual deficits) ที่พบบ่อย ได้แก่ การลืม (Amnesia) ขาดสมาธิ (Short attention Span) ผู้ป่วยจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย (Easily distractible) การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการคำนวณ นอกจากนี้ การมีเหตุมีผลและมี จินตนาการผิดปกติไปอีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ให้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยไม่สามารถ แก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ได้

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับสาร ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้ แต่ในบางรายอาจมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้หมด เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยบางรายมาสามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง สำหรับความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระนั้น พบในเรื่องท้องผูกขับถ่ายลำบาก

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติที่พบคือ ความต้องการทางเพศลดลง ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย กล่าวคือ อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และไม่รู้สึกลึกลับถึงจุดสุดยอดในเพศหญิงนอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้ว ยังอาจพบภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่น ๆ เช่น การยึดติดของข้อและเอ็นต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า นอกจากนี้ยังมี การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ กระดูกโปร่งบาง ความดันโลหิตต่ำ ผลกดทับ

2. ปัญหาด้านจิตใจ เมื่อผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่องหรือสูญเสียดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก ซึ่งปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ความซึมเศร้า (Depression) ซึ่งพบได้เป็นประจำในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 103 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน และมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70 โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะที่เกิดสูงสุดในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี ภายหลังการเกิดโรค อาการซึมเศร้าหลังจากป่วยด้วยโรคนี้แบ่งออกได้ 3 ระดับ (Robinson & Price, 1982 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ้มสิน, 2546) คือ

2.1.1 อาการซึมเศร้าเล็กน้อย คือ มีอารมณ์เศร้า สีหน้าไม่สบายใจซึม และจะมีผลกระทบต่อร่างกายร่วมด้วย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย

2.1.2 อาการซึมเศร้าปานกลางจะรุนแรงขึ้นจากอาการซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อาการมีดังนี้ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์หงุดหงิดง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว มีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง และมีผลกระทบต่อร่างกายเหมือนกับอาการซึมเศร้าเล็กน้อย แต่อาการจะรุนแรงกว่า

2.1.3 อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ จะถอยหนีจากโลกของความเป็นจริง คิดฆ่าตัวตาย อาจมีประสาทหลอน หรือหลงผิด

2.2 ความกลัว (Fear) เป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของมนุษย์และสัตว์ทุกชนิดที่ใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายที่เกิดขึ้น ความกลัวจะเกิดขึ้นทันที เมื่อได้รับการกระตุ้น แต่จะคงอยู่ในช่วงสั้น ๆ เท่านั้น แล้วก็อาจหายไปถ้าไม่ได้รับการกระตุ้นอีก ยิ่งความกลัวในโรคนี้ออกมาในรูปของกลัวตาย กลัวการถูกทอดทิ้ง ฯลฯ

2.3 ความกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ต่อสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนในขณะนั้น เกิดภาวะกดดัน ทำให้ตั้งเครียดไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกจะมีอันตรายเกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคที่เกิดจากความคับข้องใจ ขัดแย้งในใจ และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.4 ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือเป็นคำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม อย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์ในรูปของการทำร้าย เช่น ขว้างปาข้าวของ ทำร้ายตนเอง เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต่อการดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องการได้รับความเอาใจใส่หรือสนใจจากผู้ดูแล/ ครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง

2.5 ความสูญเสีย (Loss) โดยปกติมนุษย์สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมักจะพึ่งพาผู้อื่นจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ มากมาย เช่น การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกาย การสูญเสียหน้าที่อวัยวะของร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง การสูญเสียความพึงพอใจในตนเอง อัตมโนทัศน์ และสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยและความพิการของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ประกอบกับผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจด้วยยังทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม (Social deprivation) ดังนั้น จึงเกิดปัญหาตามมาดังนี้ (นภาพรณ์ แก้วภรณ์, 2533)

3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเป็นไปในรูปการเหินห่าง สาเหตุมาจากอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุย

ด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติยังคงห่างเหิน นอกจากนี้ พฤติกรรมที่ญาติแสดงออกต่อผู้ป่วย จะมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพด้วย เช่น ญาติหมดความอดทนที่จะยอมรับอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย จึงปลีกตัวออกมา หรือญาติที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ที่ไม่มีเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้ป่วยน้อยลง ซึ่งสาเหตุดังกล่าวล้วนแต่มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง

3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม ซึ่งจะออกมาในรูปการห่างเหินหรือเสื่อมทรามลงเช่นเดียวกัน จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่จะต้องคอยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกมาสังคมกับโลกภายนอก เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยรู้สึกอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่อยากเข้าสังคม นอกจากนี้ค่านิยมของสังคมปัจจุบันจะยกย่องและให้ความสำคัญกับผู้ที่แสดงความสามารถจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคม จึงยิ่งทำให้คุณค่าของผู้ป่วยลดลงและการยอมรับจากสังคมก็ลดลงเช่นเดียวกัน ปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ขาดสิ่งสนับสนุนกำลังใจ ในขณะที่ยุติภาวะเครียด ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะปรับตัวได้ ทำให้รู้สึกหัวเหว่ ขาดที่พึ่ง สิ้นหวัง และซึมเศร้าได้ง่ายมากขึ้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เช่น จากที่พึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ จากหัวหน้าครอบครัวซึ่งหาเลี้ยงครอบครัว แต่หลังป่วยต้องกลายเป็นบุคคลที่ครอบครัวจะต้องหาเลี้ยง และในบางครั้งครอบครัวยังต้องช่วยตัดสินใจปัญหาในตนเองอีกด้วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยคับข้องใจ และหากไม่สามารถยอมรับบทบาทใหม่ได้ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ละอายใจและรู้สึกว่าตนไร้ค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้เหมือนเดิม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวนี้ จะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย

3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมก็เช่นเดียวกัน หากเดิมผู้ป่วยเป็นหัวหน้าวางแผนควบคุม ตลอดจนสั่งงานลูกน้อง แต่หลังป่วยนอกจากจะไม่สามารถรับผิดชอบบทบาทเดิมได้แล้ว อาจต้องย้ายไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย หรืออาจต้องออกจากงานเลยก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น

4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากความเจ็บป่วยและผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยบางคนเกิดความสงสัยในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นว่า ทำไมต้องเกิดขึ้นกับตนเองทำความดีมาตลอด และเกิดความสงสัยในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเอง

นับถือ ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Ferrell et al., 1998 อ้างถึงใน ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือ การปฏิบัติตามความเชื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้เช่นกัน นอกจากนี้การที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยรู้สึกหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อให้มีชีวิตอยู่ ไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้

กล่าวโดยสรุป ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดน้อยลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว มีอาการอ่อนแรงของร่างกาย ระบบประสาทสัมผัสลดลง มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร และมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียถึงความบกพร่องทางกายที่สูญเสียไป ไม่สามารถทำอะไรได้ ในสิ่งที่พวกเขาเคยทำได้มาก่อน ทำให้เกิดความทุกข์ยากลำบาก และหวาดกลัวถึงอนาคตที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ครอบครัวต้องเข้าใจและคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้ความสำคัญในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ที่ต้องทำการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตอาจมีความพิการหลงเหลือ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นที่จะต้องพึ่งพามูลบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือการประกอบกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งเป็นภาระความรับผิดชอบอย่างมากที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว พบว่ามีรายละเอียดดังนี้ โดยสามารถส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวล้าที่สนใจตนเอง จึงทำให้มีปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลงตามมา จากการที่พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ต้องดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย อาจมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ น้ำหนักลดลงมาก หรือบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากความเครียด และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หรือบางรายอาจมีอาการตั้งเครียด จนเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลที่ตามมาได้ (Blonder et al., 2007;

Keegan, 2003) ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก จึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อดโรย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้เสมอจากการดูแลผู้ป่วย (จินตนา สมนึก, 2540, หน้า 75; สุคติศรี หิรัญชุนหะ, 2541, หน้า 55)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากภาระงานที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วย รวมทั้งงานและชีวิตส่วนตัวของตนเอง อาจทำให้เกิดความเครียดในการดูแล โดยรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย อาจไม่พอใจที่ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่รู้สึกรู้หายและรำคาญ บางรายโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้หมดกำลังใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลอย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540, หน้า 76) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกถึงความทุกข์ยากลำบากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมักเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาที่เป็นผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภรรยาต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง จนอาจเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วยจะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลประกอบกับการคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษา หรือจัดสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงการจัดซื้อสิ่งของในการฟื้นฟูสภาพ เครื่องมือที่จำเป็นรวมทั้งค่ายาและค่ารักษาพื้นฐานโดยทั่วไป และอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้รายได้ลดลง จนอาจเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลโดยส่วนมากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้การดำรงบทบาททางสังคมลดลง ไม่ได้ไปพบปะเพื่อนฝูง หรือมีโอกาสในการเข้าสังคมน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหน่าย อ่อนล้าเกิดความไม่พร้อมในการดูแลขึ้นได้ (ชัญญชิตาคุณฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2554) ทั้งนี้ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ มักมีปัญหาเรื่องการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลมักไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาอยู่ดูแลผู้ป่วยอยู่กับบ้านตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นระยะเวลานาน (จินตนา สมนึก, 2540, หน้า 78)

จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา จำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล รู้สึกถึงความเครียด วิตกกังวล และเป็นภาระ ในการดูแลเป็นอย่างมาก และในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมมากขึ้น รวมทั้ง ยังทำให้สัมพันธภาพทางสังคมและกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติลดลง ซึ่งหากผู้ดูแลมีสภาพร่างกาย และจิตใจที่ไม่พร้อมในการดูแล ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ครอบครัวได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ทำให้ครอบครัวต้องมีการจัดการต่อผลกระทบของภาวะขาดสมดุลนั้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญของครอบครัว ที่จะมียบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างปกติและสมดุล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการศึกษาน้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Gaynor (1990) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยทางระบบประสาทเรื้อรังที่บ้าน เป็นเวลานานจะประเมินความรู้สึกเป็นภาระมากเนื่องจากสาเหตุ 3 ประการคือ 1) การได้รับบริการจากสถานบริการทางสุขภาพน้อยลง 2) การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวน้อยลง และ 3) การเกิดความเหนื่อยล้า นอกจากนี้จะมีความพิการแล้วยังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ปากเปื่อย ลานสายตาเสีย พุงไม่ชัดหรือพุงไม่ได้ การเจ็บป่วยดังกล่าวต้องใช้การดูแลที่ยาวนาน และกิจกรรมการดูแลที่หลากหลาย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้าน โดยไม่มีผู้ช่วยดูแล หรือการบริการด้านสุขภาพที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวลว่าจะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยครบทั้งหมดได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลให้ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Biegel, Milligan, Putnam and Song (1994) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากสถานบริการและครอบครัวน้อย

McLean (1991) ศึกษาความต้องการการบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากความต้องการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการแล้ว ผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนคำปรึกษาและข้อเสนอแนะเวลาเกิดปัญหาขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสภาวะวิกฤต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะ ความชำนาญ ทำให้ต้องแสวงหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงปรับตัวใน

การดูแลผู้ป่วยได้ดี สามารถแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน นอนหลับ รับประทานอาหาร และเข้าสังคม หรือทำงานได้ตามปกติ

Walker et al. (1995) ศึกษาผลลัพธ์จากการดูแลของบุตรสาวที่ดูแลมารดาผู้สูงอายุ จำนวน 141 คู่ พบว่าสิ่งสำคัญในการที่บุตรสาวรับมือกับบทบาทการดูแล คือ การรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดี กับมารดาและภาวะสุขภาพของมารดาเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลจากบุตร โดยมารดาที่ได้รับการดูแลและได้รับความรักจะมีสุขภาพดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลและความรักน้อย ส่วนการศึกษาของ Kramer (1997) ศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของภรรยาผู้ดูแลสามีป่วยด้วย โรคอัลไซเมอร์ จำนวน 72 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีความพึงพอใจในแหล่งประโยชน์ทางสังคม สามารถทำนายการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีความพอใจในการดูแล โดยคิดว่าการดูแลเป็นรางวัลที่ดี เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

Lee, Hsu, Chen et al. (2002) พบว่า สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 27.7 และลิ้มเลือดหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 17.8 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมี 4 อย่าง คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง และมีประวัติครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannaprasart and Tiamkao (1995, pp. 296-297) ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด ซึ่งพบสาเหตุจากโรคลิ้นหัวใจรูมาติกถึงร้อยละ 58.6 ซึ่งเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ และสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ถึงแม้ว่าโรคนี้

จะพบได้ไม่บ่อยแต่ก็มีความสำคัญ เนื่องจากจำเป็นต้องสืบค้นหาสาเหตุของโรค เพื่อประโยชน์ ในการรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ

รัตนานิลเพชรพลอย, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ ทรงขวัญ ศิลารักษ์ (2547) ศึกษา โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สาเหตุ ของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในผู้ป่วยน้อยที่พบบ่อยที่สุด คือ สมองขาดเลือดชนิด ไม่ทราบสาเหตุ อันดับสอง คือ หลอดเลือดสมองตีบ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และภาวะไขมันในเลือดสูง อันดับสาม เป็นภาวะจากลิ้มเลือดหัวใจอุดตันหลอดเลือด สมอง ซึ่งพบในผู้ป่วย Rheumatic MS มากที่สุด

นิภา นิยมไทย (2550) ศึกษาระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็ง ของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 ราย

ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้เหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใด ๆ ที่ศึกษาเหตุการณ์ชีวิตครอบครัวและความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลได้ร้อยละ 31

กวิณทร์นาถ บุญชู (2554) ศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 10 ราย อายุ 31-60 ปี พบว่า

1) ความรู้สึกต่อการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่แยกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้สึกเสียใจ ตกใจ ความกลัว และความรู้สึกอยากตาย 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นแยกเป็น 3 ประเด็น คือ การไม่มีสังคม การขาดรายได้ และความลำบากของครอบครัว และ 3) การจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นแยกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ การสร้างกำลังใจ การทำใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟู

อรินทร์ จรูญสิทธิ์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรจำนวน 100 ราย พบว่า บุคคลในครอบครัวร่วมกันดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยวมีคนรอบข้าง มีสิ่งผูกพันยึดมั่นซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระหน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย มีการแสดงออกทางอารมณ์และถ่ายทอดความรู้สึกอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี

เพ็ญวิสาข์ เจริญอุทมิภกร (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มารับการรักษา ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ของรัฐจำนวน 4 แห่ง จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอายุน้อยสุด 35 ปี มีระยะเวลาการป่วย 1-2 ปี โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามเณร/ภรรยา และบุตร ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมทั้งไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมาก่อน ดังนั้น ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรานู พางทสวัสดิ์ (2555) ศึกษาประสบการณ์ของญาติที่ได้เยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะ 5 วันแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี ศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาพตะวันออก โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 13 คน พบว่า 1) ญาติมีความรู้สึกบิบบิ้นทางใจ ร่างกาย และการเงิน 2) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) ต้องการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบไปใช้ในการสร้างเครื่องมือ ความเป็นมาของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) หรือการวิเคราะห์ตัวประกอบ โดยในงานวิจัยนี้จะเรียกว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบ การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคการวิเคราะห์หลายตัวแปรเทคนิคหนึ่งที่นิยมใช้กันมากในการสรุปรายละเอียดของตัวแปรหลาย ๆ ตัว หรือเรียกว่าเป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดจำนวนตัวแปรเทคนิคหนึ่ง โดยศึกษาถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และสร้างตัวแปรใหม่เรียกว่า องค์ประกอบหรือปัจจัย (Factor) โดยองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะประกอบด้วยรายละเอียด หรือความผันแปรของตัวแปรเดิมหลาย ๆ ตัว หรือเรียกว่าเป็นการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความร่วมกันสูงมารวมเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันทางบวก หรือทางลบก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่กันคนละองค์ประกอบจะมีความร่วมกันน้อย หรือ ไม่มีความสัมพันธ์ (กัลยา วานิชปัญษา, 2551; สุขมาส อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญโญภาณุวัฒน์, 2551)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ผลการวัดโดยใช้เครื่องมือหรือเทคนิคหลายชุดหรือหลายด้าน (อาจใช้แบบทดสอบ แบบวัด แบบสำรวจ ฯลฯ อาจใช้ชุดเดียว แต่มีการวัดแยกเป็นหลายด้านหรือหลายชุดก็ได้) ผลการวิเคราะห์จะช่วยทำให้ทราบว่าเครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านั้นวัดในสิ่งเดียวกัน หรือที่เรียกว่าวัดองค์ประกอบร่วมกันหรือไม่ มีกี่องค์ประกอบ เครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านั้นวัดกี่องค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบจะปรากฏค่าต่างๆ ที่สำคัญคือ ค่า Communalities ซึ่งเขียนแทนด้วยค่า h^2 เป็นค่าความแปรปรวนที่แต่ละต้นฉบับ (ด้าน) แบ่งให้กับแต่ละองค์ประกอบ เป็นส่วนที่ชี้ว่าแต่ละฉบับ (ด้าน) วัดองค์ประกอบนั้นร่วมกับตัวแปรอื่นมากน้อยเพียงใด ค่า Eigenvalue เป็นผลรวมกำลังสองของสัมประสิทธิ์ขององค์ประกอบร่วมในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งต้องมีค่าไม่ต่ำกว่า 1 จึงจะถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ๆ ที่แท้จริง Factor loading เป็นค่านำหน้าขององค์ประกอบที่แต่ละฉบับ (ด้าน)

วัดในองค์ประกอบนั้น ผู้วิจัยอาจต้องการทราบว่าเครื่องมือหรือเทคนิคที่ใช้วัดในสิ่งต่าง ๆ วัดอะไรร่วมกันบ้าง หรือผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวัดตามทฤษฎีหรือแนวคิดอย่างหนึ่ง ต้องการทราบว่าเมื่อนำไปใช้วัดจริงจะปรากฏผลตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดนั้นหรือไม่ ก็จะนำเอาเครื่องมือหรือเทคนิคเหล่านั้นไปใช้วัดกับกลุ่มตัวอย่างของประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาแล้วนำผลการวัดมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์ (2545) กล่าวว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นการจัดสมรรถนะหรือคุณลักษณะต่าง ๆ ทางจิตวิทยาที่วัดได้ให้เป็นหมวดหมู่ตามโครงสร้าง ซึ่งสามารถวัดทางจิตวิทยาได้ เนื่องจากตัวแปรต่าง ๆ เมื่อนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะพบว่า มีตัวแปรบางคู่มีความสัมพันธ์กันสูง หรือบางทีก็พบว่ามิกลุ่มตัวแปรบางกลุ่มมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสูง ซึ่งแสดงว่าตัวแปรเหล่านั้นวัดบางสิ่งบางอย่างที่เป็นองค์ประกอบร่วมกัน ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบแรกก่อนหมุนแกนจะเป็นค่าที่แสดงหลักฐานความเที่ยงตรงตามโครงสร้างได้

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2549) ให้ความหมายคือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิคทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ออกแบบมาเพื่อช่วย เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎี หรือนักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis หรือ CFA) ในการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี

กัลยา วานิชบัญชา (2551) สรุปว่า เป็นการวิเคราะห์หลายตัวแปรเทคนิคหนึ่ง เพื่อการสรุปรายละเอียดของตัวแปรหลายตัว หรือเรียกว่าเป็นเทคนิคที่ใช้ในการลดจำนวนตัวแปร เทคนิคหนึ่งโดยการศึกษาถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร และสร้างตัวแปรใหม่เรียกว่าองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะเป็นการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความร่วมกันสูงมารวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบมีความร่วมกันน้อย หรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

ยุทธ ไถยวรรณ (2551) ได้ระบุความหมายของคำต่าง ๆ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบร่วม (Common factor) หมายถึงองค์ประกอบที่ประกอบด้วยตัวแปร 2 ตัว ขึ้นไปมารวมกันอยู่ในปัจจัยเดียวกัน โดย องค์ประกอบร่วมจะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่า r องค์ประกอบที่ประกอบด้วยตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์กันมาก จะเป็นองค์ประกอบที่มีความหมายในการวิเคราะห์องค์ประกอบ
2. องค์ประกอบเฉพาะ (Specific factor) ได้แก่ องค์ประกอบที่มีตัวแปรเพียงตัวเดียว

3. ความร่วมกัน (Communalities) หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งกับตัวแปรอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด มีค่าอยู่ระหว่าง 0 กับ 1 ถ้าตัวแปรใดมีค่านี้ ตัวแปรนั้นจะถูกตัดออก ค่านี้ดูได้จาก Initial statistics หรือค่าความเข้มของ Reproduced correlation matrix

ความร่วมกัน

4. น้ำหนักปัจจัย (Factor loading) เป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับองค์ประกอบ ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.3 ตัวแปรใดมีน้ำหนักในองค์ประกอบใดมาก ควรจัดองค์ประกอบนั้นได้ในองค์ประกอบนั้น

5. คะแนนองค์ประกอบ (Factor score) เป็นคะแนนที่ได้จากน้ำหนักองค์ประกอบและค่าของตัวแปรในปัจจุบันนั้น เพื่อใช้เป็นค่าของตัวแปรใหม่ที่เรียกว่า องค์ประกอบ คะแนนปัจจัยของแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์กันบ้าง ถ้าจัดจำนวนองค์ประกอบเอาไว้มาก หมายความว่าตัวแปรเดียวกันอาจอยู่ในหลายองค์ประกอบได้ตามน้ำหนักองค์ประกอบ

6. ค่าไอเก็น (Eigen value) เป็นค่าความผันแปรของตัวแปรทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ องค์ประกอบรวมที่ได้อีกองค์ประกอบแรกจะเป็นองค์ประกอบที่แยกความผันแปรของตัวแปรออกมา จากองค์ประกอบอื่น ได้มากที่สุดจึงมีตัวแปรรวมอยู่มากที่สุด องค์ประกอบที่มีตัวแปรรวมอยู่มากจึงมีค่าไอเก็นมากตามไปด้วย ค่าไอเก็นหาได้จากสูตร
$$\text{Eigen value ของปัจจัยใด} = \sum (\text{ของน้ำหนักองค์ประกอบแต่ละตัวแปรในองค์ประกอบนั้น})^2$$
 โดยสรุปการวิเคราะห์องค์ประกอบ หมายถึง เทคนิควิธีทางสถิติที่จะจับกลุ่มหรือรวมกลุ่ม หรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ ตัวแปรภายในองค์ประกอบเดียวกัน จะมีความสัมพันธ์กันสูง ส่วนตัวแปรที่ต่างองค์ประกอบ จะสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มี สามารถใช้ได้ทั้งการพัฒนาทฤษฎีใหม่ หรือการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎีเดิม

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

กัลยา วานิชปัญญา (2549) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนี้

1. เพื่อลดจำนวนตัวแปร กรณีที่ผู้วิจัยมีตัวแปรจำนวนมาก และตัวแปรเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กัน จะจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ไว้ด้วยกันแล้วเรียกว่า ปัจจัย ตัวแปรที่อยู่ในปัจจัยเดียวกันมีความสัมพันธ์กันมาก โดยสามารถวัดความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ดังนั้นจากตัวแปร 20 ตัว อาจกลายเป็นตัวแปรใหม่ (ปัจจัย) 4 ตัวแปร ซึ่งมีรายละเอียดของตัวแปรเดิม (X's) อยู่ในแต่ละปัจจัย ดังนั้นจะต้องมีการตั้งชื่อปัจจัยเพื่อสื่อให้เห็นความหมายของตัวแปร X's ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจัยนั้น ๆ
2. เพื่อนำตัวแปรหรือปัจจัยที่สร้างขึ้นใหม่สำหรับการวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป เช่น

2.1 นำปัจจัยที่สร้างใหม่ไปใช้แก้ปัญหาคาการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ซึ่งมีตัวแปรอิสระหลายๆ ตัวที่คาดเดาว่าส่งผลต่อตัวแปรตาม

2.2 นำปัจจัยที่ได้เป็นตัวแปร เพื่อไปใช้เทคนิค t-test, ANOVA, Z-test หรือเทคนิคอื่นต่อไป

2.3 เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Confirmatory) เกี่ยวกับการที่ผู้วิจัยจะต้องกำหนดความสำคัญ หรือน้ำหนักของตัวแปร

2.4 เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือปัจจัยเดียวกัน

ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อตกลงเบื้องต้น (Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 2001; Munro, 2001 อ้างถึงใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549)

1. ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2. ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ($r = 0.30-0.70$) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (linear) เท่านั้น

3. จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ควรมีมากกว่า 30 ตัวแปร

4. กลุ่มตัวอย่าง ควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร ซึ่งมักมีคำถามว่าควรมากกว่ากี่เท่า มีบางแนวคิดที่เสนอแนะให้ใช้จำนวนข้อมูลมากกว่าจำนวนตัวแปรอย่างน้อย 5-10 เท่า หรืออย่างน้อยที่สุด สัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 ราย ต่อ 1 ตัวแปร

5. กรณีที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ตัวแปรแต่ละตัวหรือข้อมูล ไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ถ้าตัวแปรบางตัวมีการแจกแจงเบ้ค่อนข้างมาก และมีค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดผิดปกติ (Outlier) ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่ถูกต้อง

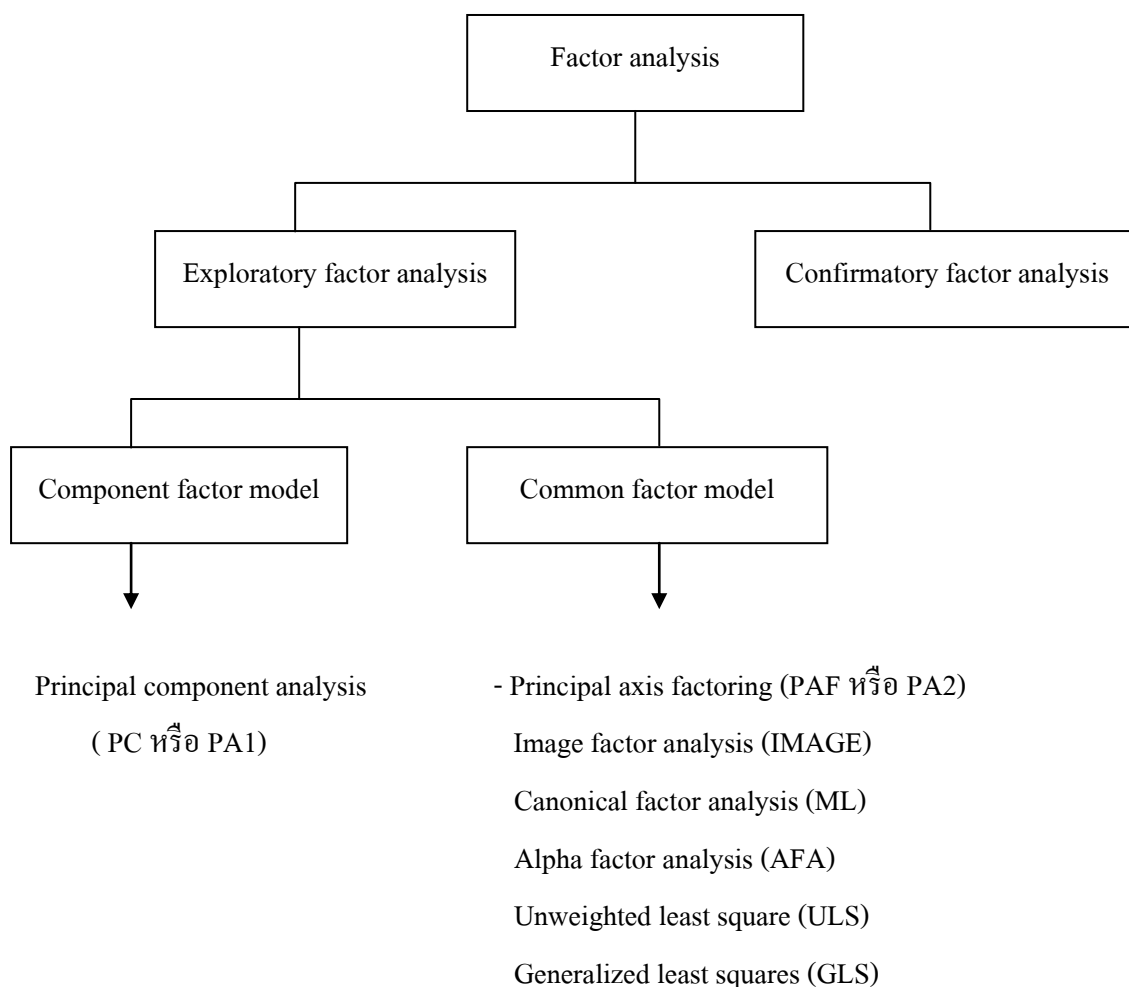
ประเภทของเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เทคนิคของการวิเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

Factor analysis model: CFA ซึ่งเทคนิคของ Factor analysis สรุปได้เป็นภาพที่ 4 ดังนี้



ภาพที่ 4 สรุปรูปแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบ

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจจะใช้ในกรณีที่ผู้ศึกษาไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อยมากเกี่ยวกับโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อศึกษาโครงสร้างของตัวแปรและลดจำนวนตัวแปรที่มีอยู่เดิมให้มีการรวมกันได้

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน จะใช้กรณีที่ทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือคาดว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กันมาก และควรอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน หรือตัวแปรใดที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กัน ควรจะอยู่ต่างองค์ประกอบกัน ดังนั้น ผู้ศึกษาที่ทราบโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือคาดไว้ว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นอย่างไร สามารถใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมา

ตรวจสอบหรือยืนยันความสัมพันธ์ว่าเป็นอย่างไรหรือไม่ โดยการวิเคราะห์หาความตรงเชิงโครงสร้างนั่นเอง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) กล่าวถึง ขั้นตอนการวิเคราะห์มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน คือ เพื่อตรวจสอบทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบ และยังใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างตัวแปรใหม่ ปัจจุบันมีการใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันมากขึ้น เพราะการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเชิงยืนยันมีรูปแบบการวิเคราะห์ที่หลากหลาย และได้ผลการวิเคราะห์ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ก็มีเช่นเดียวกันคือ การเตรียมเมทริกซ์สหสัมพันธ์ การสกัดองค์ประกอบขั้นต้น การหมุนแกน และการสร้างสเกลองค์ประกอบสำหรับการวิเคราะห์ยืนยัน นอกจากนี้จะมีการเตรียมข้อมูลแบบเดียวกับเชิงสำรวจแล้ว ยังต้องมีการกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล และระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลก่อนจะวิเคราะห์ ในขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบ และการหมุนแกนเป็นการทำงานของคอมพิวเตอร์ และในขั้นสุดท้ายคือ การสร้างสเกลองค์ประกอบนั้นเป็นแบบเดียวกันกับของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล และการระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลสรุปได้ดังนี้ การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลในโปรแกรมลิสเรลมี 4 แบบ คือ โมเดลการวัดองค์ประกอบเดียวคอนเจนเนอริก โมเดลการวัดพหุองค์ประกอบคอนเจนเนอริก โมเดลการวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบ และโมเดลหลากหลายลักษณะวิธี ในการวิเคราะห์ต้องสร้างโมเดลนี้โดยมีทฤษฎีและหลักฐานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นเครื่องสนับสนุน แล้วจึงนำโมเดลมากำหนดข้อมูลจำเพาะ เพื่อใส่เป็นข้อมูลในโปรแกรมลิสเรลทำงานข้อมูลจำเพาะข้อมูลจำเพาะที่นักวิจัยต้องกำหนดตาม โมเดลมีดังนี้

- 1 . จำนวนองค์ประกอบร่วม
- 2 . ค่าของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม ระหว่างองค์ประกอบร่วม หรือค่าของสมาชิกในแบบเมทริกซ์ PH ของโปรแกรมลิสเรล ถ้าต้องการองค์ประกอบที่เป็นอิสระต่อกันค่าความแปรปรวนระหว่างองค์ประกอบนั้นต้องเป็นศูนย์ ถ้าต้องการองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันจะต้องกำหนดค่าสมาชิกระหว่างองค์ประกอบคู่หนึ่งในเมทริกซ์ PH ให้เป็นพารามิเตอร์อิสระให้โปรแกรมลิสเรลประมาณค่า
- 3 . เส้นทางแสดงอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบร่วม K และตัวแปรสังเกตได้ X หรือค่าของสมาชิกในเมทริกซ์ LX ของ โปรแกรมลิสเรล ถ้ามีโมเดลกำหนดค่าตัวแปร X_1, X_2, X_3 ได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบร่วม K สมาชิกที่แทนสัมประสิทธิ์การถดถอยของ K บน X_1, X_2, X_3

ต้องกำหนดเป็นพารามิเตอร์อิสระ ส่วนตัวแปร X4, X5 ที่ไม่ได้รับอิทธิพลจากองค์ประกอบร่วม K จะมีค่าพารามิเตอร์กำหนดเป็นศูนย์

4 . ค่าของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม ระหว่างเทอมความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ X หรือค่าของสมาชิกในเมทริกซ์ TD ของโปรแกรมลิสเรล ถ้านักวิจัยมีโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน กำหนดค่าความแปรปรวนของเทอมความคลาดเคลื่อนตัวแปร X1 กับเทอมความคลาดเคลื่อนตัวแปรสังเกตได้ตัวอื่น ๆ เป็นศูนย์ทั้งหมด ในกรณีที่โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของนักวิจัยมีความคลาดเคลื่อนทั้งหมดเป็นอิสระต่อกัน นักวิจัยต้องกำหนดพารามิเตอร์นอกแนวทแยงของเมทริกซ์ TD เป็นศูนย์ทั้งหมด แต่ในเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นข้อนี้ และยอมให้เทอมความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กันได้ โดยกำหนดให้พารามิเตอร์ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนคู่หนึ่งเป็นพารามิเตอร์อิสระ

การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

วิธีการตรวจสอบว่าโมเดลระบุได้ค่าเดียวหรือไม่นั้นสรุปได้ดังนี้

1. เงื่อนไขจำเป็นต้องระบุได้พอดี คือ เมื่อจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณ มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม
 - 2 . เงื่อนไขพอเพียงของการระบุได้พอดี โดยกฎทั่ว ๆ ไป คือ เมทริกซ์ PH ต้องเป็นเมทริกซ์สมมาตรและเป็นบวกแน่นอน เมทริกซ์ TD ต้องเป็นเมทริกซ์แนวทแยง และเมทริกซ์ LX ต้องมีค่าลำดับชั้นเท่ากับจำนวนองค์ประกอบลบด้วยหนึ่ง
 - 3 . เงื่อนไขจำเป็นและพอเพียงของการระบุได้พอดี ซึ่งได้แก่ การแสดงให้เห็นว่าการแก้สมการหาค่าพารามิเตอร์อิสระที่ไม่ทราบค่า โดยวิธีพีชคณิตสามารถทำได้และโจเรสคอก และชอร์บัม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ได้พัฒนาโปรแกรมลิสเรลให้คำนวณค่าเมทริกซ์สารสนเทศสำหรับพารามิเตอร์ไว้ คือ ถ้าเมทริกซ์ดังกล่าวเป็นบวกแน่นอน แสดงว่าโมเดลระบุได้พอดี
- การนำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันไปใช้สร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา

วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันช่วยให้สามารถศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาได้อย่างน้อย 3 ประเด็นดังนี้

1. วิธี CFA สนับสนุนการใช้ทฤษฎีเป็นแนวทางในการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) (คุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะที่มุ่งวัดในทางทฤษฎี) ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบตรวจสอบว่าคำถามแต่ละข้อในเครื่องมือใช้วัดได้ตรงตามองค์ประกอบของทฤษฎีที่คาดหวังไว้หรือไม่ ผู้วิจัยอาจกำหนดให้คำถามแต่ละข้อวัดได้มากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ แล้วใช้สถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลตรวจสอบว่า โมเดลองค์ประกอบ

ที่กำหนดไว้สอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้หรือไม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้เป็นไปตามองค์ประกอบของโมเดลที่กำหนดไว้หรือไม่ คล้าย ๆ กับวิธีการตรวจสอบความตรงเชิงลู่เข้า (Convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (Divergent validity) แบบดั้งเดิม ซึ่งผู้วิจัยต้องสร้างข้อคำถามในแบบทดสอบตามคุณลักษณะของทฤษฎี แล้วตรวจสอบว่าข้อคำถามวัดตามทฤษฎีที่คาดหวังไว้หรือไม่ คุณลักษณะใดในทฤษฎีควรสัมพันธ์กันสูงและคุณลักษณะใดควรสัมพันธ์กันต่ำ เมื่อใช้วิธีวัดต่างชนิดกัน ในวิธี CFA มีสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลสำหรับเสนอแนะว่า โมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ในความเป็นจริงแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับองค์ประกอบตามทฤษฎีก็คือความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์ (ความแปรปรวนร่วมของคำถาม) นั่นเอง นอกจากนี้สถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลและค่าสถิติอื่น ๆ ยังช่วยเสนอแนะว่า ข้อคำถามที่สร้างขึ้นวัดองค์ประกอบที่กำหนดไว้หรือไม่ องค์ประกอบต่าง ๆ ของทฤษฎีสัมพันธ์กันหรือไม่ มีขนาดความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด

2. วิธี CFA ใช้ในการประมาณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวัดทางจิต เช่น ความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน ความเที่ยงแบบสอบซ้ำ เป็นต้น การใช้วิธี CFA ประมาณค่าความเที่ยงแบบความคงที่ภายในแตกต่างไปจากวิธีการประมาณค่าความเที่ยงแบบดั้งเดิม ดังเช่นวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสันหรือวิธีการของครอนบาค กล่าวคือ วิธี CFA จัดความเคลื่อนไหวในการวัด (Measurement error) ออกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผลการประมาณค่าความเที่ยงของเครื่องมือถูกต้องมากขึ้นส่วนการใช้วิธี CFA ประมาณค่าความเที่ยงแบบสอบซ้ำเป็นการตรวจสอบความคงที่ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนในการวัด เมื่อเก็บข้อมูลต่างเวลากันหรือเป็นช่วงเวลา

3. วิธี CFA ใช้เปรียบเทียบโครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือระหว่างกลุ่มประชากรตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไปพร้อม ๆ กันได้ เป็นการตรวจสอบว่าโครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือคงที่หรือไม่ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อยืนยันว่าโครงสร้างองค์ประกอบหรือคุณลักษณะที่วัดในแต่ละกลุ่มประชากรเป็นองค์ประกอบเดียวกันหรือไม่ (Bollen, 1989 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) เช่น ถ้าต้องการรู้ว่ากลุ่มประชากรต่างเพศกัน จะทำให้โครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยสามารถใช้วิธี CFA ตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงหรือความไม่แปรเปลี่ยน (Invariance) ของโครงสร้างองค์ประกอบระหว่างกลุ่มประชากรต่างเพศ ในกรณีที่ตัวแปรทุกตัวใน โมเดลและ โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใน โมเดลทั้งสองเป็นแบบเดียวกัน กล่าวคือเมทริกซ์พารามิเตอร์ของโมเดลทั้งสองเหมือนกัน มีขนาดเท่ากันและสถานะของพารามิเตอร์ในเมทริกซ์ (กำหนดหรืออิสระ) เหมือนกัน โดยไม่จำเป็นต้องมีค่าพารามิเตอร์เท่ากัน (Bollen, 1989 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) แสดงว่า โครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือ

ในกลุ่มประชากรทั้งสองเหมือนกัน เครื่องมือนั้นเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มประชากรทั้งสอง
ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างปกติวิสัยของแบบทดสอบหรือแบบวัดมาตรฐาน

ลักษณะข้อมูลที่ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต้องการข้อมูลที่มีลักษณะ ดังนี้

1. ข้อมูลควรวัดเป็นค่าต่อเนื่อง (Continuous) และมีลักษณะการแจกแจงเป็นแบบปกติ
แต่ในเรื่องนี้โปรแกรมลิสเรล 8.50 มีวิธีประมาณค่าพารามิเตอร์และการสร้างมาตรฐานให้สามารถ
วิเคราะห์ข้อมูลจำแนกประเภท (Categorical data) ได้ รวมทั้งมีวิธีประมาณค่าพารามิเตอร์แบบ
พิเศษที่มีความแกร่ง (Robustness) ต่อการฝ่าฝืนข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องลักษณะการแจกแจงข้อมูล
เป็นแบบปกติ

2. ควรใช้ข้อมูลจำแนกมาก วิธี CFA ต้องการข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เนื่องจาก
ผู้วิจัยส่วนมากใช้วิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum likelihood: ML) โดยปกติวิธี
ML มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ 100-200 หน่วยตัวอย่าง หรือกรณีที่ผู้วิจัยต้องการ
เปรียบเทียบคุณสมบัติของเครื่องมือระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่างกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มควรมี
100-200 หน่วยตัวอย่าง Fan & Wang (1998 อ้างถึงใน เสรี ชัดเยี่ยม, 2547) ได้ศึกษาขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างในโมเดล 3 องค์ประกอบโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า การใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 100-
200 หน่วยตัวอย่างอาจได้คำตอบไม่เหมาะสมหรือได้ค่าสถิติที่เป็นไปไม่ได้ เช่น ค่าความแปรปรวน
ติดลบ เป็นต้น แต่ถ้าใช้กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 500 หน่วยตัวอย่างขึ้นไป กับไม่พบค่าที่ไม่เหมาะสม

เรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่มิกฎเกณฑ์ที่ตายตัว (Bollen, 1989 อ้างถึงใน เสรี ชัดเยี่ยม,
2547) เสนอแนะไว้กว้าง ๆ ว่า การประมาณค่าพารามิเตอร์อิสระ 1 ตัว ต้องใช้หลายหน่วยตัวอย่าง
(Lindeman, Merenda, & Gold, 1980 อ้างถึงใน เสรี ชัดเยี่ยม, 2547) โดยอัตราส่วนระหว่าง
จำนวนหน่วยตัวอย่างกับพารามิเตอร์ หรือตัวแปรควรเป็น 20: 1 (Hu & Bentler, 1999 อ้างถึงใน
เสรี ชัดเยี่ยม, 2547) และควรมีจำนวนหน่วยตัวอย่างมากกว่า 15 เท่าของจำนวนพารามิเตอร์อิสระ
ถ้าลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติพหุนามและความตรง/ ความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ใน
เกณฑ์ดี (West et al., 1995 อ้างถึงใน เสรี ชัดเยี่ยม, 2547) โดยผู้วิจัยควรตรวจสอบความเบ้ และ
ความโด่งของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว ถ้ามีค่าความเบ้มากกว่า 2.00 และมีค่าความโด่งมากกว่า
7.00 แสดงว่าการแจกแจงข้อมูลให้เป็นแบบปกติ ควรใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น แต่ในกรณี
ที่ผู้วิจัยใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มาก (มากกว่า 1,000 คน) ไม่ต้องห่วงเรื่องลักษณะการแจกแจง
ข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องพิจารณาว่า ถ้าโมเดลองค์ประกอบที่ศึกษามี
ความซับซ้อน (ประมาณค่าพารามิเตอร์หลายตัว) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อจำกัดและปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบ

ข้อจำกัดของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบได้แก่

1. ข้อจำกัดเรื่องจำนวนตัวอย่าง เนื่องจากการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบต้องใช้จำนวนตัวอย่าง (Sample size) จำนวนมาก หากใช้ตัวอย่างน้อยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ
2. ข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับข้อมูลในการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบ ข้อมูลต้องมีระดับการวัดประเภทมาตราวัดอันตรภาค (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่ม นักวิจัยต้องทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) เสียก่อน นอกจากนี้ ลักษณะข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบมี 3 ประเด็น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบไม่มีตัวแปรตาม ซึ่งแตกต่างกับการทดสอบสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท และการวิเคราะห์เส้นทาง ดังนั้น สถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบ จึงไม่สามารถใช้แก้ปัญหาการวิจัยที่ต้องการหาตัวทำนายได้
2. ขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดได้ ดังนั้น หลังจากขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบนักวิจัยจึงไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดองค์ประกอบได้ว่ามีกี่รอบจึงจะพอดี
3. ในปัจจุบันการวิจัยที่ต้องการทดสอบเพื่อลดจำนวนตัวแปร มีเพียงสถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบเท่านั้น เนื่องจากสถิตินี้สามารถรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน และทำให้เห็น โครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรทีละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน หลังจากนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ถึงโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ดังนั้นเมื่อนักวิจัยต้องการวิเคราะห์ให้ได้ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น จึงมีสถิติให้เลือกใช้เฉพาะสถิติการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบเพียงตัวเดียว แต่ยังไม่มีการทางสถิติวิธีอื่น ๆ จึงทำให้นักวิจัยต้องเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบทั้ง ๆ ที่วิธีนี้มีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาครอบครัว

มีการศึกษาหลากหลายกลุ่ม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงรวบรวมงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

เพ็ญญา กุลนภาค (2547) ได้ศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว

ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวในเขตสาธารณสุขที่ 3

จำนวน 1,500 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านการแสดงออกถึงความผูกพัน ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว มีค่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถวัดองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้

ยุทธนา ภาระนันท์ (2550) ได้ศึกษาและการสร้างโมเดลการพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดา และนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3) โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ โรงเรียนมัธยมวัดบึงทองหลาง และ โรงเรียนลาดปลาเค้าพิทยาคม จำนวน 781 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเข้มแข็งของครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการใช้ชีวิตครอบครัวอย่างมีความสุข และด้านการรักษาเสถียรภาพของครอบครัว มีค่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบแต่ละด้านมีค่าแตกต่างจากศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการพิจารณาความเข้มแข็งของครอบครัว

กฤษณ ตรีชะวารังพันธ์ (2552). ศึกษาสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัวและการสร้างโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัวสำหรับครูแนะแนว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นครูแนะแนว โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการใน 10 จังหวัด ของภาคเหนือตอนล่าง ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัวสำหรับครูแนะแนว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว เจตคติต่อการให้คำปรึกษาครอบครัว และทัศนคติต่อการให้คำปรึกษาครอบครัว มีค่าเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบของสมรรถนะการให้คำปรึกษาครอบครัวได้

นฤมล พระใหญ่ (2552) ได้ศึกษาการเสริมสร้างคุณลักษณะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผลโดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นพ่อแม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน

หรือ 300 คู่ ผลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผล พบว่า โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ เจตคติการเป็น พ่อแม่ ความรัก ความผูกพันของพ่อแม่ที่มีต่อบุตรธิดา สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่กับบุตรธิดา การสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับบุตรธิดา การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรธิดา การให้คำปรึกษาแก่บุตรธิดา และด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่กับบุตรธิดาซึ่งโมเดลมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถวัดองค์ประกอบการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผลได้

ผกาภาส นันทจิรวัฒน์ (2554) ได้ศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างประสบความสำเร็จ ด้วยการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา ซึ่งมีบุตรที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 จำนวน 841 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างประสบความสำเร็จ พบว่า โมเดลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การทำหน้าที่ตามบทบาท การสื่อสาร การแก้ปัญหา การปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว การใช้เวลาร่วมกัน การดำรงชีวิตทางด้านจิตใจ และความสุขของครอบครัว ซึ่งโมเดลมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถวัดองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างประสบความสำเร็จได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนา (Research and development) การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมการปรึกษาครอบครัว ผู้วิจัยเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1

การ ทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2

การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของประชากร

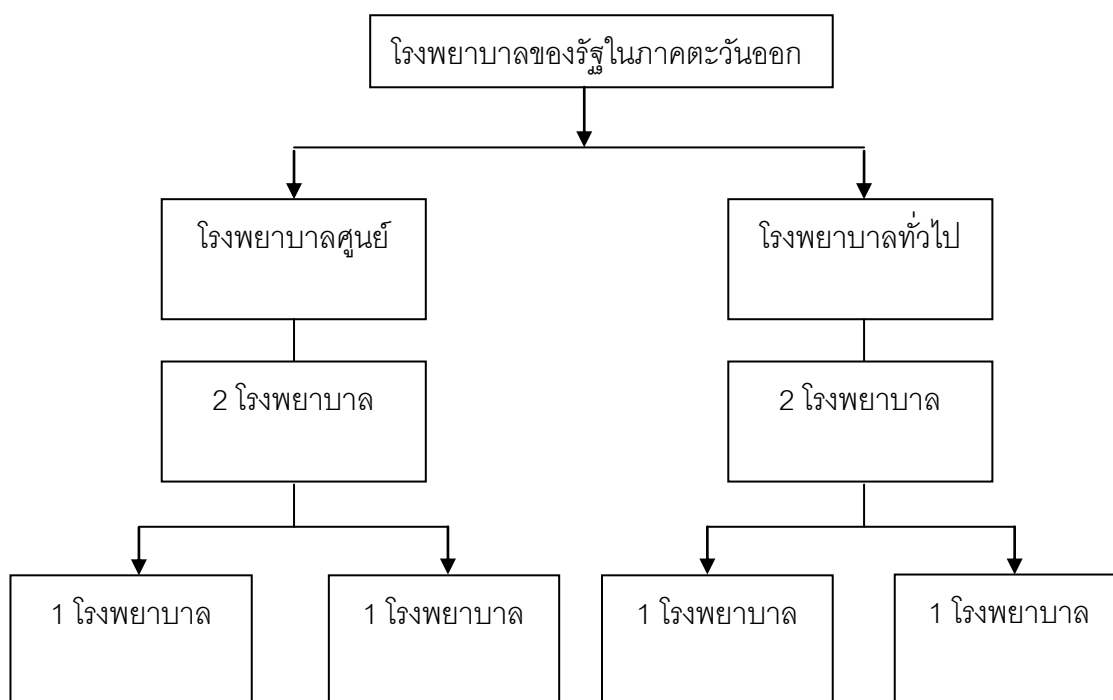
1. สมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว

2. อายุผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี อายุภรรยามากกว่า 30 ปี และอายุบุตรมากกว่า 14 ปี

3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน

4. ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis ที่สร้างจากสูตรของ Chean (1997) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555, หน้า 11) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05 ($\alpha = 0.05$) ได้ขนาดตัวอย่าง 380 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลรัฐในภาคตะวันออกเฉียง คือ โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) มีจำนวนเพียงมากกว่า 500 เตียง และโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary care) มีจำนวนเพียงน้อยกว่า 500 เตียง แล้วทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยสัดส่วนของขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัดของเขตภาคตะวันออกเฉียง มีลักษณะครอบครัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังภาพที่ 6 และตารางที่ 2



ภาพที่ 5 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนครอบครัวในภาคตะวันออก

ตารางที่ 2 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนครอบครัวในภาคตะวันออก

โรงพยาบาล	จำนวนครอบครัวที่เป็นประชากรของการวิจัย	จำนวนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิกครอบครัว (ภรรยาและบุตร) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์			
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	2,869	58	116
โรงพยาบาลระยอง	2,347	47	95
โรงพยาบาลทั่วไป			
โรงพยาบาลพุทธโสธร	2,926	59	118
โรงพยาบาลนครนายก	1,311	22	53
รวม	11,569	190	380

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัด

การคืนสภาพครอบครัว โดยแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูล

องค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว โดยใช้แนวคิดการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012)

ซึ่ง Sixbey (2005) ได้สร้างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว และนำไปใช้กับในครอบครัวที่ประสบ

ภาวะวิกฤติ ได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวฆ่าตัวตาย และการติดสารเสพติด เป็นต้น

โดยแบบสอบถามนี้ใช้ประเมินการการคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้าน

ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว และ องค์ประกอบ

ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา และแนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ McCubbin &

McCubbin (1996) ซึ่งกล่าวถึงทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวพบว่าประกอบด้วยการคืนสภาพ

ครอบครัว 2 ระยะ คือ ระยะการปรับเปลี่ยน (Adjustment phase) และระยะการปรับตัว

(Adaptation phase)

2. ดำเนินการพัฒนาแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวตามนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งแบบวัด

คืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดการคืนสภาพครอบครัวใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

การให้ความหมายของครอบครัว พลังด้านบวกของครอบครัว และความศรัทธาและจิตวิญญาณ
ของครอบครัว จำนวน 11 ข้อ

2.2 องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว ประกอบด้วย ความยืดหยุ่น

ในครอบครัว ความเชื่อมโยงในครอบครัว และทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 14 ข้อ

2.3 องค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว ประกอบด้วย

ข้อความที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย และการร่วมมือกัน

ในการแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ

ข้อคำถามของแบบวัดที่สร้างขึ้นมีจำนวน 38 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยคะแนนมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

3 หมายถึง เห็นด้วย

4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัด

การคืนสภาพครอบครัวที่สร้างเสร็จแล้วจำนวน 38 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

(ภาคผนวก ก) แสดงความคิดเห็นพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์

เชิงปฏิบัติการในแต่ละด้านเป็นรายชื่อ และให้คะแนนความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดที่สร้างขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบวัดวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าแบบวัดวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา

-1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบวัดไม่ได้วัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ดัชนีความ

สอดคล้อง (IOC: Index of item-objective congruence) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์

เชิงปฏิบัติการ โดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (ภาคผนวก ฉ)

และดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

4. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วจำนวน 31 ข้อ ทดลองใช้ เครื่องมือ (Tryout) กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มา รับบริการในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำมาศึกษาจริง จำนวน 30 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 60 คน

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า 0.20 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ และค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -Coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ และค่า ความเชื่อมั่น ความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ โดยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (α -Coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคของแบบวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่า

5.1 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม ที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 11 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.28 ถึง 0.65 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79

5.2 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 13 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.25 ถึง 0.58 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

5.3 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.33 ถึง 0.48 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2) โดยพิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Significant) หากตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.50$) แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

6. แบบวัดการคืนสภาพครอบครัวฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีจำนวน 31 ข้อคำถาม โดยจำนวนของข้อคำถามของแบบวัดแต่ละด้านดังนี้

- | | | |
|---|-------|--------|
| 6.1 ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว | จำนวน | 11 ข้อ |
| 6.2 ด้านการจัดการภายในครอบครัว | จำนวน | 13 ข้อ |
| 6.3 ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว | จำนวน | 7 ข้อ |

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว					
0	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่มากเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉันเชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยืนเคียงข้างและสู้ไปด้วยกัน				
0	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน				
0	ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้				
0	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ				
0	ฉันเชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลครอบครัวได้ในเวลาที่ครอบครัวกำลังประสบปัญหา				
ด้านการจัดการภายในครอบครัว					
0	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถผ่านวิกฤติครั้งนี้ไปได้				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ด้านการจัดการภายในครอบครัว (ต่อ)					
0	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถ ผ่านวิกฤติครั้งนี้ให้ได้				
0	ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้				
0	ฉันเปิดโอกาสให้ทุกคนในครอบครัว ได้ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องต่าง ๆ				
0	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ฉันรู้สึก กังวลใจมาก จนไม่สามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้				
ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว					
0	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัว กังวลหรือกำลังมีปัญหา				
0	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนใน ครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้พูดออกมาก็ตาม				
0	ฉันไม่สามารถพูดถึงเรื่องที่กังวลใจ กับ สมาชิกในครอบครัวได้				
0	ทุกครั้งฉันสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกใน ครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของฉันได้				

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว กำหนดการให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ราย

ด้าน และโดยรวม โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อย

ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.51 ลงมา หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด

7. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน เพื่อศึกษาองค์ประกอบ และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การคืนสภาพครอบครัว ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยา และบุตรที่มารับบริการตรวจรักษาใน โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาการคืนสภาพครอบครัว

1. ก่อนดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อ คณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ โรงพยาบาลรัฐ ในภาคตะวันออกเฉียง จำนวน 4 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา และ โรงพยาบาลนครนายกจังหวัดนครนายก
2. หลังจากที่ได้รับอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยครบทั้ง 5 แห่งแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขออนุญาต/ ขออนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละ โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ในวันที่มีการรับยาโรคหลอดเลือดสมอง ของแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำของแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รู้จักผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้วัดการคืนสภาพครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยภรรยาและบุตร จำนวน 380 คน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-40 นาที ภายหลังจากครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับบริการของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ผู้วิจัยจะเชิญกลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในทางวิชาการ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการทำวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการของโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดคำชี้แจงแสดงไว้ในภาคผนวก ง

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวไปวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป แล้วนำแบบวัดที่ได้จากการศึกษการคืนสภาพครอบครัวไปใช้ในขั้นตอนการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ในกระบวนการทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) ในช่วงเดือนเมษายน 2557

2. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลนครนายก ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ในการทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
2. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item-objective congruence) ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบระหว่างความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (บุญเชิด ภิญ โญอนันพงษ์, 2545, หน้า 95)
3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation: rxy) (บุญเชิด ภิญ โญอนันพงษ์, 2545, หน้า 84)
4. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยรวมและรายด้าน ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -Coefficient) (บุญเชิด ภิญ โญอนันพงษ์, 2545, หน้า 131)
5. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Joreskog & Sorbom, 1999 อ้างถึงใน นฤมล พระใหญ่, 2552, หน้า 138) มีกระบวนการดังนี้
 - 5.1 กำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) รูปแบบการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างเชิงเส้นประกอบด้วยตัวแปรเชิงประจักษ์ทั้งหมด (Observed variables) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่าความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นเส้นตรง (Linear) เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียวระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน
 - 5.2 ระบุความเป็นไปได้ด้วยค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) โดยใช้เงื่อนไขกฎ T (T-rule) คือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าจะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกฎ T กล่าวว่าแบบจำลองจะระบุค่าได้พอดีเมื่อ T น้อยกว่าหรือเท่ากับ $(1/2)(p+q)(p+q+1)$ และใช้กฎความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive rule)
 - 5.3 ประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) โดยวิธีไลค์ลูดสูงสุด (Maximum likelihood)

5.4 ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-for-fit measures)

เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่ากลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด โดยใช้ดัชนีชี้วัดความกลมกลืนต่อไปนี้พิจารณาร่วมกัน (Diamantopoulos; & Judy. 2000; Joreskog; & Sorbom. 1993; Kelloway. 1998) ดัชนีแสดงความกลมกลืนได้แก่

1) ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) คือ ค่าที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square goodness of fit index) ถ้าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) มากกว่า 0.05 แสดงว่ามีความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ถ้าค่าไค-สแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) น้อยกว่า 0.05 ก็แสดงว่า โมเดลตามสมมติฐานไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่การทดสอบนัยสำคัญด้วยไค-สแควร์นั้นเป็นเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป เนื่องจากค่าไค-สแควร์จะไม่มีนัยสำคัญก็ต่อเมื่อโมเดลนั้นมีความกลมกลืนโดยสมบูรณ์แบบ (เมื่อนำมาลบกันแล้วความแตกต่างก็คือ 0) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ยากที่จะหาโมเดลที่มีความกลมกลืนอย่างสมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ ค่าไค-สแควร์ยังได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนของโมเดล กล่าวคือ ถ้าโมเดลมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก ก็มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญ หรือผลกระทบจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือถ้าโมเดลที่ทดสอบได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ค่าไค-สแควร์ก็ยังมีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญ หรือจะเป็นผลกระทบจากการที่ค่าไค-สแควร์มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบ Multivariate normality

2) ดัชนีอัตราส่วนไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square ratio) เป็นอัตราส่วนระหว่างค่าไค-สแควร์ กับระดับความเป็นอิสระ (df) ซึ่งควรมีค่าอยู่ระหว่าง 2-5 ซึ่ง Mueller (Mueller, 1996, อ้างถึงใน เสรี ชัดแย้ม, 2547) เสนอว่า ควรมีค่าน้อยกว่า 3.00

3) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness of fit index) ซึ่ง Joreskog และ Sorbom (1998) เป็นผู้พัฒนาขึ้น เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงร้อยละของ Observed covariance matrix (S) สามารถอธิบายได้ด้วย Implied covariance Matrix ($\Sigma(\Lambda\Theta)$) การตีความจึงคล้ายกับการตีความค่า R² ในการวิเคราะห์ถดถอย ดังนั้น จึงเกิดความสับสนและผิดพลาดในการตีความดัชนี GFI ว่าเป็นร้อยละความแปรปรวนของตัวแปรที่โมเดลสามารถอธิบายได้ ค่า GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ค่ายิ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน และค่าที่ผู้วิจัยส่วนใหญ่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า 0.90

4) ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ AGFI (Adjusted goodness of fit index) เป็นดัชนีที่ทำการปรับค่า GFI ด้วย df เนื่องจากโมเดลหากยิ่งเพิ่มเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์

ก็มีแนวโน้มที่จะมีความกลมกลืนกับข้อมูลอยู่แล้ว เพราะเป็นการทำให้โมเดลนั้นเข้าใกล้โมเดลแบบ Just-identified ดังนั้น ดัชนี AGFI จึงเป็นดัชนีที่พิจารณาถึงจำนวนเส้นอิทธิพลที่อยู่ในโมเดลด้วย โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งมีค่ามากก็แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูล เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า 0.90 แต่เนื่องจากค่า AGFI จะเป็นค่าที่ต่ำกว่าค่า GFI ดังนั้น จึงมีบางคนแนะนำให้ใช้เกณฑ์ 0.80 หรือ 0.85 แทน ถ้าโมเดลใด ค่า GFI และค่า AGFI แตกต่างกันมาก แสดงว่า โมเดลนั้นมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์ที่มีความสำคัญต่อโมเดลน้อยอยู่จำนวนมาก

5) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ RMR (Root mean squared residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบความกลมกลืนระหว่างโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เฉพาะกรณีที่เป็นกรเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนี RMR จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (Standardized RMR) ค่า RMR ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2537)

6) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน SRMR (Standardized root mean squared residual) เป็นดัชนีบอกความคลาดเคลื่อนจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดัชนี SRMR มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.05 ก็แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

7) ดัชนีวัดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ RMSEA (Root mean squared error of approximation) เป็นดัชนีที่มีความคล้ายคลึงกับ RMR หรือ SRMR ตรงที่คำนวณจากค่าความคลาดเคลื่อน แต่แตกต่างกันตรงที่ RMSEA เป็นการคำนวณเพื่อประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของประชากร ไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงมีนัยถึงการอ้างอิงกลับไปยังประชากรด้วย นอกจากนี้ยังปรับค่า df ด้วย ดังนั้น RMSEA จึงเป็นค่าที่ไม่ได้รับผลกระทบในกรณีที่โมเดลมีค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก (Brown; & Cudeck, 1993) เกณฑ์การตัดสินความกลมกลืนของโมเดลโดยใช้ดัชนี RMSEA ว่า ถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.05 ก็แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูงมาก ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.0 -0.08 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนดี ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.08-0.10 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน แต่ไม่ค่อยดีมากนัก แต่ถ้ามีค่ามากกว่า 0.10 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนต่ำ

8) ค่าสถิติ CFI (Comparative fit index, CFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากรูปแบบโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลก่อน และหลังปรับกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับรูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ ค่า GFI จะต้องมีความตั้งแต่ 0-1 ถ้ามีค่าตั้งแต่ 0.90 ขึ้นไปแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืน กับข้อมูลเชิงประจักษ์

9) ค่าสถิติ CN (Critical N, CN) เป็นสถิติสำหรับใช้ในการประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง ที่ยอมรับได้ที่จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืน ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาจากค่า CN ควรมีค่าสูงกว่า 200

10) ค่าสถิติ Norm fit index (NFI) ควรมีค่ามากกว่า 0.90

11) Tucker-lewis index (TLI) หรือ Non norm fit index (NNFI) ควรมีค่ามากกว่า 0.90

5.5 หากพบว่าแบบจำลองตามสมมุติฐานยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการพิจารณาจากสถิติทดสอบข้างต้น จะดำเนินการปรับแบบแก้ไขแบบจำลองตามสมมุติฐาน ด้วยการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ (Observation variable) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) น้อยกว่า 0.40 และยอมให้ค่าความแปรปรวนของคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ (θ) บางคู่มีความสัมพันธ์กัน การปรับรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ (Model adjustment) โดยมีพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการ คือ จะตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ และมีค่าใดแปลกเกินความเป็นจริงหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation) ให้มีความเหมาะสมรวมทั้งพิจารณาค่าความสอดคล้องรวม (Overall fit) ของรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ว่าโดยภาพรวมแล้วรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด แล้วทำการพิจารณาค่าสถิติทดสอบจนกว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

5.6 วิเคราะห์หาความถูกต้อง ความเหมาะสมตามเนื้อหาของโปรแกรมการศึกษาคงครวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษาเพื่อพัฒนาการคืนสภาพคงครว โดยการคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter quartile Range) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งการคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จะเป็นการหาค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 1 กับควอไทล์ที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการแปลความหมายตามเกณฑ์ของสุวิมล ว่องวานิช (2548, หน้า 233-234) ที่กำหนดไว้ดังนี้

ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้ของข้อความมีค่าตั้งแต่ 1.50 ลงมา แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกัน ถ้าค่าพิสัยระหว่างข้อความใดมีค่ามากกว่า 1.50 (ตั้งแต่ 1.51 ขึ้นไป) แสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้อง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 59 ครอบครัว มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของประชากร

1. สมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว

2. อายุของผู้ป่วย 30-50 ปี อายุภรรยา 30-50 ปี และอายุบุตร 14-18 ปี

3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน

4. ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร จำนวน 59 ครอบครัว ตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

2. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกันโดยพิจารณาความสอดคล้องจากค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สันมากกว่า 90

3. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อที่ 2 และต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

4. คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวต่ำสุดขึ้นมา จำนวน 10 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว

5. มีความสนใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงเวลาการทดลอง การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดยโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการ ปรึกษาครอบครัว
2. ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการ ปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดยลักษณะของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวมี ดังนี้

2.1 เป็นโปรแกรมที่มุ่งนำไปใช้เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว และองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว

2.2 เป็นโปรแกรมที่ดำเนินการให้การปรึกษาครอบครัวจำนวน 8 ครั้ง และดำเนินการครั้งละ 45-60 นาที รายละเอียดของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัว ดังแสดงในภาคผนวก จ

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของ โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาในโปรแกรมการให้การปรึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการปรึกษา

2.4 นำโปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครอบครัว เพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง โดยเริ่มดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมในปลายเดือนพฤษภาคม 2557

2.5 จัดทำเป็นโปรแกรมการ ปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษานับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินการวิจัย

1. แบบแผนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง โดยดำเนินการวิจัยแบบ One-way repeated measures design โดยมีรูปแบบข้อมูล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รูปแบบการทดลองแบบ One-way repeated measures design

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
S ₁	S ₁	S ₁	S ₁
S ₂	S ₂	S ₂	S ₂
S ₃	S ₃	S ₃	S ₃
S ₄	S ₄	S ₄	S ₄
S ₅	S ₅	S ₅	S ₅
S ₆	S ₆	S ₆	S ₆
S ₇	S ₇	S ₇	S ₇
S ₈	S ₈	S ₈	S ₈
S ₉	S ₉	S ₉	S ₉
S ₁₀	S ₁₀	S ₁₀	S ₁₀

ความหมายของสัญลักษณ์

O₁ แทน การทดสอบก่อนให้การศึกษาครบถ้วนทดลองของกลุ่มทดลอง (Pretest)

O₂ แทน การทดสอบระหว่างการให้การศึกษาครบถ้วนของกลุ่มทดลองเมื่อครบ 5 ครั้ง (Posttest)

O₃ แทน การทดสอบหลังการให้การศึกษาครบถ้วนของกลุ่มทดลองเมื่อครบ 8 ครั้ง (Posttest)

O₄ แทน การทดสอบหลังการให้การศึกษาครบถ้วนของกลุ่มทดลองเมื่อครบ 8 ครั้ง ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ (Follow up)

S₁₋₁₀ แทน กลุ่มทดลองที่เข้ารับการศึกษารอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว (Treatment)

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยนำ โปรแกรมการ ศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการคัดเลือก สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร จำนวน 59 ครอบครัว ตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
2. คะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่วัดโดยกลุ่มตัวอย่าง มีความสอดคล้องกัน โดยพิจารณาความสอดคล้องจากค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์แบบเพียร์สันมากกว่า 90
3. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 ที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง
4. คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวต่ำสุดขึ้นมา จำนวน 10 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว
5. มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงเวลาการทดลอง
โดยเข้าร่วมการศึกษารอบครัวเป็นรายครอบครัว จำนวน 8 ครั้ง ในเดือนพฤษภาคม 2557-กุมภาพันธ์ 2558 ณ ห้องประชุม แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ในการพบกันครั้งแรก ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ก่อนการทดลอง

ก่อนดำเนินการให้การศึกษารอบครัวตามโปรแกรมการ ศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการวัดการคืนสภาพ ครอบครัวจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการวัดการคืนสภาพครอบครัวแล้ว หนึ่งครั้ง ในขั้นตอนการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว หากทดสอบอีกครั้งจะเป็นการวัดซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำคะแนนที่ได้จากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

5.2 ระยะทดลอง

ในระหว่างการทดลอง ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษารอบครีวตาม โปรแกรมการศึกษารอบครีวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินการวัดการคืนสภาพรอบครีวซ้ำ ด้วยแบบวัดการคืนสภาพรอบครีว แล้วใช้คะแนนจากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนการคืนสภาพรอบครีวระหว่างการทดลอง

5.3 หลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดการคืนสภาพรอบครีวของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดการคืนสภาพรอบครีวอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการให้การศึกษารอบครีวตามกำหนดการใช้โปรแกรมการศึกษารอบครีวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ทั้ง 8 ครั้ง แล้วใช้คะแนนการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Posttest)

5.4 หลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดการคืนสภาพรอบครีวของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดการคืนสภาพรอบครีวอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการให้การศึกษารอบครีวตามกำหนดการใช้โปรแกรมการศึกษารอบครีวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ครบทั้ง 8 ครั้ง ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ แล้วใช้คะแนนการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Follow up)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการวัดการคืนสภาพรอบครีวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ด้วยแบบวัดการคืนสภาพรอบครีวที่ได้จากขั้นตอนที่ 1
2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างสมาชิกรอบครีวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร จำนวน 59 ครอบครัว โดย

2.1 คะแนนการคืนสภาพรอบครีวของสมาชิกรอบครีวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกัน โดยพิจารณาความสอดคล้องจากค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สันมากกว่า 90

2.2 นำคะแนนการคืนสภาพรอบครีวของสมาชิกรอบครีวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อที่ 1 ที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

2.3 คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพรอบครีวต่ำสุดขึ้นมาจำนวน 10 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการคืนสภาพรอบครีว

2.4 มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงเวลาการทดลองที่มีคะแนนการคืนสภาพรอบครีว ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 ลงมา และมีความสมัครใจเข้าร่วม

การทดลอง และผู้วิจัยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษาก่อนครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง โดยโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี และเทคนิคการศึกษาคู่วิจัยพัฒนาขึ้น จนครบ 10 ครอบครัว

3 ติดตามผลการศึกษารอบครัวภายหลังการศึกษารอบครัวครบ 5 ครั้ง, 8 ครั้ง และวัดการคืนสภาพครอบครัวซ้ำอีก 4 สัปดาห์

4. วิเคราะห์การคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวภายหลังการศึกษารอบครัว โดยเปรียบเทียบก่อน ระหว่าง หลัง และระยะติดตามผลการศึกษารอบครัว และนำผลการศึกษามาสรุปเป็น โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษ เพื่อเสริมสร้างการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปในการทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ของคะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายองค์ประกอบระยะก่อน ระหว่าง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาค่าสถิติ F-test ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ (One-way repeated measures design) มีกระบวนการดังนี้

3.1 ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการตรวจสอบค่า Mauchly's test of sphericity เพื่อตรวจสอบว่าค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษามีความแปรปรวนเป็นแบบ Compound symmetry หรือไม่ และตรวจสอบค่า Wilks' Lambda ซึ่งเป็นค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis of variance)

3.2 ในกรณีที่ความแปรปรวนตัวแปรที่ทำการศึกษาไม่เป็น Compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพหุจะใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้ซึ่งสามารถเลือกอ่านผลการวิเคราะห์ได้ 3 รูปแบบคือ Greenhouse-geisser, Huynh-feldt หรือ Lower-bound อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่จะอ่านแบบ Greenhouse-geisser และเมื่อพิจารณาค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis of variance) ในการทดสอบจากค่า Wilks' lambda = .000 ($p = <0.05$) ซึ่งพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ในการวัดระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

3.3 ทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบพหุวัดซ้ำ (One-way repeated MNOVA measurement) ด้วยการพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ F-test หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติก็จะดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยสถิติทดสอบ LSD

4. รวบรวมข้อมูลที่ได้มาอธิบายผลการศึกษานี้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์สรุปประเด็น สรุปเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือ การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี และเทคนิคการปรึกษา ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 6 สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

สัญลักษณ์	ความหมาย
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
St.Dev.	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R ²	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
χ^2	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
df	ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
χ^2 / df	สัดส่วนของไค-สแควร์ ต่อ ชั้นแห่งความอิสระ ควรมีค่าน้อยกว่า 2.00 ถึงจะ แสดงว่ามีความกลมกลืน
P-value	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
λ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน
Beta	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน
S.E.	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของน้ำหนักองค์ประกอบ
e	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวบ่งชี้
t	ค่าอัตราส่วน t ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
F	ค่าอัตราส่วน F ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ร่วมของการพยากรณ์
SS	ค่า sum of square

MSE	ค่าความคลาดเคลื่อนกำลังสอง (Mean square error)
ตารางที่ 6 (ต่อ)	
สัญลักษณ์	ความหมาย
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index) ควรมีค่ามากกว่า 0.90 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index) ควรมีค่ามากกว่า 0.90 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation) ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
SRMR	ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual) ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
RMR	ค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (root mean square) ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
CN	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ ควรมีค่ามากกว่า 200.00 ถึงจะแสดงว่ามีความกลมกลืน
DE	อิทธิพลทางตรง (direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect)
TE	อิทธิพลรวม (total effect)
ρ_v	การหาค่าความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ (Average Variable Extracted)
ρ_c	การตรวจสอบความเที่ยงของมาตรวัด (Construct Reliability)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการพัฒนาเครื่องมือการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการหาค่าความถี่ และร้อยละ ดำเนินการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (n = 380)

2. ผลของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ด้วยรูปแบบการทดลองแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures design) ดำเนินการเปรียบเทียบคะแนนการคืนสภาพครอบครัวรายด้าน และภาพรวม ระหว่าง (1) ระยะเวลา ก่อนทดลอง (2) ระหว่างการทดลอง (3) ระยะเวลาหลังการทดลอง และ (4) ระยะเวลาติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ One-way repeated measures analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการพัฒนาเครื่องมือการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการศึกษาองค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้
ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการหาค่าความถี่ และร้อยละ ดำเนินการวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ห้้องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป LISREL (n= 380)

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=380)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=380)		ภรรยา (n=190)		บุตร (n=190)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	95	25.00	-	-	81	42.63
หญิง	285	75.00	190	100.00	109	57.37
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
อายุ						
14-18	25	6.58	4	2.11	21	11.05
19-30	95	25.00	20	10.53	80	42.11
31-40	59	15.53	16	8.42	43	22.63
41-50	90	23.68	63	33.16	27	14.21
51-60	67	17.63	50	26.32	12	6.32
มากกว่า 61 ปี	44	11.58	37	19.47	7	3.68
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	63	16.60	56	29.47	7	3.68
ประถมศึกษา	142	37.40	88	46.32	49	25.79
มัธยมศึกษา	84	22.10	18	9.47	71	37.37
ประกาศนียบัตร วิชาชีพหรือ อนุปริญญา	44	11.60	14	7.37	30	15.79
ปริญญาตรี	46	12.10	13	6.84	33	17.37
ปริญญาโทหรือ สูงกว่า	1	0.30	1	0.53	-	-
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=380)		ภรรยา (n=190)		บุตร (n=190)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
น้อยกว่า 3 คน	71	18.70	39	20.53	31	16.32
ระหว่าง 4-7 คน	286	75.30	140	73.68	147	77.37
มากกว่า 8 คน	23	6.10	11	5.79	12	6.32
ขึ้นไป						
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
อาชีพ						
ข้าราชการ	11	2.90	4	2.11	7	3.68
บ้านานู						
รัฐวิสาหกิจ	3	0.80	-	-	3	1.58
ธุรกิจส่วนตัว	46	12.10	20	10.53	31	16.32
รับจ้างรายวัน	130	34.20	58	30.53	67	35.26
ค้าขาย	20	5.30	10	5.26	10	5.26
(เจ้าของร้าน)						
ค้าขาย หาบเร่	15	3.90	8	4.21	7	3.68
แผงลอย						
เกษตรกรรม	77	20.30	39	20.53	38	20.00
ไม่ได้ประกอบ	55	14.50	49	25.79	6	3.16
อาชีพ						
พนักงาน	8	2.10	2	1.05	8	4.21
ราชการ						
นักเรียน	15	3.90	-	-	13	6.84
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=380)		ภรรยา (n=190)		บุตร (n=190)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน						
น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน	2	0.53	2	1.05	6	3.16
2,001-4000 บาท/เดือน	11	2.89	5	2.63	39	20.53
4,001-6,000 บาท/เดือน	72	18.95	33	17.37	35	18.42
6,001-8,000 บาท/เดือน	68	17.89	33	17.37	45	23.68
8,001-10,000 บาท/เดือน	91	23.95	51	26.84	63	33.16
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	136	35.79	66	34.74	2	1.05
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล						
ต้นสังกัด	30	7.90	16	8.42	14	7.37
ประกันสังคม	84	22.10	44	23.16	45	23.68
บัตรสุขภาพ ถ้วนหน้า (บัตรทอง)	258	67.90	127	66.84	126	66.32
เบิกประกัน ชีวิต	4	1.10	1	0.53	3	1.58
เสียค่าใช้จ่าย เอง	4	1.10	2	1.05	2	1.05
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=380)		ภรรยา (n=190)		บุตร (n=190)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
บทบาทของท่านในครอบครัว						
ภรรยา	190	50.00	190	100.00	-	-
บุตร	190	50.00	-	-	190	100.00
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย						
ภรรยา	195	51.32	100	52.63	99	52.11
บุตร	185	48.68	90	47.37	91	47.89
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
ระยะเวลาในการป่วย (ผู้ป่วย)						
น้อยกว่า 1 เดือน	271	71.30	134	70.53	132	69.47
ระหว่าง 2-3 เดือน	84	22.10	41	21.58	48	25.26
มากกว่า 4 เดือน	25	6.60	15	7.89	10	5.26
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00
โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม						
ไม่มี	278	73.16	106	55.79	167	87.89
มี (เบาหวาน ความดันโลหิต สูง ไขมันใน เลือดสูง)	102	26.84	84	44.21	23	12.11
รวม	380	100.00	190	100.00	190	100.00

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 19-30 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 37.40 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 34.20 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีบทบาทในครอบครัวเป็นภรรยา จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 71.30 และผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 73.16

กลุ่มตัวอย่างภรรยา พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 46.32 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 30.53 รายได้เฉลี่ย มากกว่า-10,000 บาท/เดือน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 127 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.84 บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63 ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 70.53 และผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 55.79

กลุ่มตัวอย่างบุตร พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 53.37 มีอายุระหว่าง 19-30ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 37.37 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 77.37 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 35.26 รายได้เฉลี่ย 8,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 126 คน คิดเป็น ร้อยละ 66.32 บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 52.11 ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 69.47 และผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 87.89

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป LISREL ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายตัวของข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล ดังนี้

การตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษา (Distribution variable) ก่อนที่จะดำเนินการตรวจสอบดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกรายข้อของข้อคำถามในแต่ละด้าน ด้วยเทคนิคการหาความสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า 0.20 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74 และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่า

1. ข้อคำถามองค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 11 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.28 ถึง 0.65 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

1.2 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 13 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.25 ถึง 0.58 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

1.3 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัวมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.33 ถึง 0.48 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66

รวมข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 31 ข้อคำถาม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) โดยพิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Significant) หากตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.50) แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

สามารถสรุปรายละเอียดของข้อคำถามที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบดังตารางที่ 8 จำนวนข้อคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ทดลองใช้ (n=30)			ข้อมูลจริง (n=380)		
	ข้อ	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่น	ข้อ	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่น
1.ความเชื่อของสมาชิกใน ครอบครัว	11	0.28-0.62	0.83	11	0.28-0.65	0.79
2.การจัดการภายใน ครอบครัว	14	0.21-0.58	0.74	13	0.25-0.58	0.77
3.การจัดการภายใน ครอบครัว	13	0.21-0.44	0.64	7	0.33-0.48	0.66
รวม	38	0.22-0.52	0.79	31	0.27-0.61	0.74

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ทำการทดลองใช้ มีข้อคำถามที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์จำนวน 38 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.22-0.52 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้ทำการหาคุณภาพอีกครั้ง พบว่า มีข้อคำถามที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.27-0.61 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

ผลการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรเชิงประจักษ์ในเบื้องต้น ซึ่งได้นำคะแนนดิบเดิมไปทำการทดสอบด้วยค่าสถิติ ไค-สแควร์ (χ^2) พบว่าตัวแปรเชิงประจักษ์หลายตัวแปรทำการทดสอบแล้ว พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ทำการวิเคราะห์ด้วยคะแนนดิบยังมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงได้ทำการแปลงข้อมูลดิบดังกล่าวให้อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Normal Score) แล้วจึงทำการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (χ^2) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตาราง 9 การตรวจสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ได้แปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน
(Normal scale) ด้วยสถิติทดสอบ ไค-สแควร์ (χ^2) (n=380)

ตัวแปรเชิงประจักษ์	\bar{X}	S.D	Skewness	Kurtosis	Chi-square	p-value
beliv_1	2.45	0.72	0.36	-0.32	0.24	0.89
beliv_2	3.14	0.57	-0.40	-0.15	0.18	0.91
beliv_3	3.26	0.57	-1.33	-0.57	2.10	0.35
beliv_4	2.43	0.74	-0.09	-0.78	0.61	0.74
beliv_5	3.12	0.56	1.51	2.94	10.92	0.00
beliv_6	3.16	0.58	-0.71	-1.06	1.62	0.44
beliv_7	2.96	0.49	-0.29	3.27	10.75	0.01
beliv_8	3.34	0.57	-2.03	-3.26	14.71	0.00
beliv_9	3.13	0.62	-0.84	-2.45	6.71	0.04
beliv_10	3.33	0.58	-1.99	-3.18	14.10	0.00
beliv_11	3.04	0.56	-0.08	0.64	0.42	0.81
manag_12	3.27	0.54	-0.57	-1.03	1.39	0.50
manag_13	2.98	0.76	-1.46	-3.57	14.89	0.00
manag_14	2.97	0.78	-1.36	-3.24	10.42	0.03
manag_15	2.42	0.67	1.22	0.46	1.70	0.43
manag_16	2.34	0.62	0.79	0.77	1.21	0.55

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปรเชิงประจักษ์	\bar{X}	S.D	Skewness	Kurtosis	Chi-square	p-value
manag_17	2.56	0.71	0.56	-0.54	0.61	0.74
manag_18	2.78	0.59	-0.14	0.57	0.35	0.84
manag_19	2.95	0.64	-0.29	-1.06	1.20	0.55
manag_20	2.49	0.71	0.26	-0.31	0.17	0.92
manag_21	2.75	0.60	-1.66	1.98	6.67	0.04
manag_22	2.52	0.92	-0.09	-4.12	16.97	0.00
manag_23	3.07	0.62	-1.19	0.31	1.51	0.47
manag_24	3.16	0.53	0.10	0.96	0.94	0.63
manag_25	2.40	0.63	-1.25	-0.44	1.76	0.42
commu_30	2.50	0.72	0.60	-0.39	0.50	0.78
commu_31	2.88	0.63	-0.88	0.96	1.70	0.43
commu_32	2.34	0.72	0.12	-0.68	0.48	0.79
commu_34	2.41	0.71	0.32	-0.26	0.17	0.92
commu_36	2.32	0.90	0.77	-4.10	17.43	0.00
commu_37	2.26	0.62	1.11	1.25	2.80	0.25
commu_38	3.10	0.52	-0.05	2.66	7.06	0.03

จาก ตารางที่ 9 การตรวจสอบที่ค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษา พบว่า ตัวแปรเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ทดสอบแล้วพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แสดงว่า ตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลองส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) มีตัวแปรเชิงประจักษ์ จำนวน 10 ตัวแปร ที่พบว่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ได้แก่ believ_5 believ_7 believ_8 believ_9 believ_10 manag_13 manag_21 manag_22 commu_36 commu_38 แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบไม่ปกติ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างได้อย่างไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นได้ เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ก็สามารถที่จะอนุมานได้ในทางสถิติว่า ข้อมูลที่ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่าจะมีการแจกแจงแบบไค้ปกติ (Kelloway, 1998) ซึ่งผลดังกล่าว อาจส่งผลทำให้การประเมินว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนเชิงประจักษ์ โดยสถิติทดสอบ ไค-สแควร์ (χ^2) เกิดปัญหาได้ ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหาของสถิติดังกล่าว ในการประเมินความกลมกลืนด้วยการหาค่าสัดส่วนของไค-สแควร์ (χ^2) ต่อองศาอิสระ (df) หากมีค่าน้อยกว่า 2 แสดงว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับเชิงประจักษ์ แม้ว่าสถิติทดสอบ χ^2 ของแบบจำลอง (Model) จะมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ($p\text{-value} < 0.05$) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2556)

2. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงประจักษ์ (Observation variable) ที่ทำการศึกษาในแบบจำลองสมการโครงสร้าง นำข้อคำถามทั้ง 31 ข้อคำถามไปทำการตรวจสอบว่ามีความสัมพันธ์กันมากเพียงใด ซึ่งหากพบว่า คู่ของตัวแปรเชิงประจักษ์คู่ใดมีความสัมพันธ์กันมากจนเกินไปก็จะก่อให้เกิดปัญหาว่าตัวแปรคู่ดังกล่าวเป็นตัวแปรเดียวกัน หรือการวัดมีการทับซ้อนกัน (Overlap variable) ซึ่งการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลองในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) โดยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงประจักษ์ทุกคู่ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง หากพบว่าตัวแปรเชิงประจักษ์คู่ใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรคู่ดังกล่าวอาจจะเป็นตัวแปรเดียวกัน หรือเกิดปัญหาเรื่องการวัดตัวแปรที่มีการทับซ้อนกัน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหา Multicollinearity (Multicollinearity problem, ค่า r ในเมตริกซ์สหสัมพันธ์มีค่าเกิน 0.80) ผลการตรวจสอบพบว่า ทุกคู่ความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0-0.02 ถึง 0.52 มีค่าน้อยกว่า 0.80 แสดงว่าทุกคู่ของตัวแปรที่ทำการศึกษามีความสัมพันธ์กันไม่มากจนเกินไป

นอกจากการตรวจสอบความสัมพันธ์เป็นรายคู่แล้ว ยังได้ตรวจสอบความสัมพันธ์โดยรวมของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง ด้วยการพิจารณาว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ หากไม่แตกต่างกันแสดงว่าตัวแปรที่การศึกษาดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์ร่วมกันเพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์สถิติขั้นสูงร่วมกันได้ การพิจารณาดังกล่าว ดูได้จากสถิติทดสอบ KMO และ Bartlett's test of sphericity ซึ่งนงศ์ลักษณ์ วิรัชชัย (2538) เสนอว่า หากมีค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก แต่ถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.50 แสดงว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ไม่แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือตัวแปรที่การศึกษาดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์ร่วมกันเพียงพอทำการวิเคราะห์สถิติขั้นสูงร่วมกันได้ ผลการตรวจสอบเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง มีรายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ผลการตรวจสอบค่าสถิติ KMO และ Bartlett's test ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่
 ทำการศึกษาในแบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย
 โรคลมแดดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง (n=380)

สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ
Kaiser-meyer-olkin	0.84
Bartlett's test of Sphericity	Approx. chi-square df
	4101.55 465
	p-value
	0.00

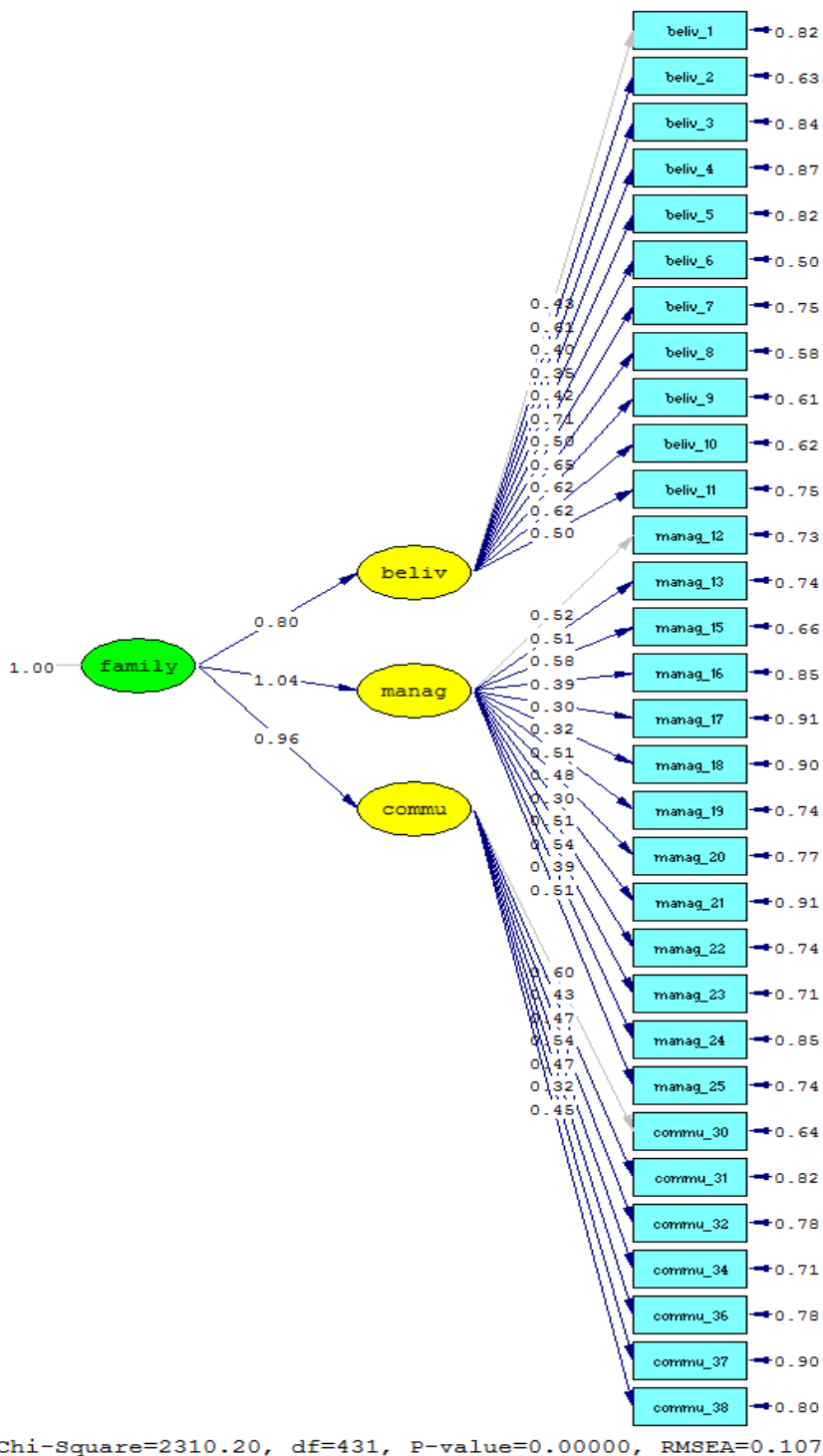
จากตารางที่ 10 พบว่า ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์โดยรวมของตัวแปรที่ทำการศึกษา
 ในแบบจำลองโดยการพิจารณาว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์
 (Identity matrix) หรือไม่ โดยพิจารณาจากสถิติทดสอบ Kaiser-meyer-olkin พบว่ามีค่าเท่ากับ .84
 และสถิติทดสอบ Bartlett's test of sphericity พบว่ามีค่าเท่ากับ 4101.55 (p-value = 0.00) ซึ่งมีค่า
 มากกว่า 0.80 แสดงว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์ แสดงว่า ตัวแปรที่
 ทำการศึกษาในแบบจำลองมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ร่วมกัน
 ในแบบจำลองสมการ โครงสร้างเดียวกันได้

หลังจากที่ได้ตรวจสอบว่าตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษา มีการแจกแจงเป็นแบบ
 โค้งปกติ (Distribution variable) และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษา
 ทุกคู่แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย
 โรคลมแดดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
 (Confirm factor analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป LISREL มีรายละเอียดดังนี้

3. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย
 โรคลมแดดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง ตามสมมุติฐาน (Hypothesis model) ผู้วิจัยได้
 ดำเนินการวิเคราะห์แบบจำลองตามสมมุติฐาน แล้วทำการตรวจสอบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืน
 กับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยผู้วิจัยได้ทำการสร้างเมตริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance
 matrix) เพื่อนำความแปรปรวนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการดำเนินวิเคราะห์แบบจำลองสมการ
 โครงสร้างตามสมมุติฐานในครั้งนี้ ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป LISREL โดยทำ
 การเปรียบเทียบถึงความกลมกลืนระหว่างแบบจำลองตามสมมุติฐานที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูล

เชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ ได้แก่ χ^2 ; Relative χ^2 ; GFI; AGFI; RMR; SRMR; RMSEA; P-Value for Test of Close Fit; CFI; NFI; IFI และ CN (Joreskog; & Sorbom. 1996, pp. 121-122)

ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้างตามสมมุติฐาน พบว่า แบบจำลองสมมุติฐานยังไม่มี ความคล้อยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า $\chi^2 = 2310.20$, $df = 431$, $p\text{-value} = 0.00$; Relative $\chi^2 = 5.36$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 2.00 RMSEA = 0.11 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.05 GFI = 0.72 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 AGFI = 0.68 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 RMR = 0.04 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 SRMR = 0.09 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.05 $p\text{-value for Test of Close Fit} = 0.00$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 NFI = 0.81 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 IFI = 0.83 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 CFI = 0.84 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 CN = 97.52 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 200.00 ผลการวิเคราะห์ตามสมมุติฐาน (Hypothesis model) ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 6 ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออก ตามสมมุติฐาน (Hypothesis model)
(n = 380)

4. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่ปรับแก้ (Adjust model) ผลการประเมินความกลมกลืนของดัชนีความกลมกลืนในแบบจำลองตามสมมติฐาน ดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยยังไม่เชื่อมั่นและยอมรับในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Parameter) ของแบบจำลองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง โดยการพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่มีค่าน้อยกว่า 0.40 ก็จะดำเนินการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ดังกล่าวทิ้ง เพราะตามข้อเสนอแนะของ Stevens (2002) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) จะนับว่าตัวแปรเชิงประจักษ์เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่ดี ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ควรมีค่ามากกว่า 0.40 หากมีค่าดังกล่าว สามารถที่จะพิจารณาตัดออกไปได้ เพราะไม่อาจนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่ดีได้

ในการปรับแก้แบบจำลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ (Observation variable) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานน้อยกว่า 0.40 ทั้งสิ้นจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ (1) beliv_1 (2) beliv_3 (3) beliv_4 (4) beliv_5 (5) manag_16 (6) manag_17 (7) manag_18 (8) manag_21 (9) manag_24 (10) commu_37 พบว่าแบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้น ค่าดัชนีความกลมกลืน (Fit Index) χ^2 ลดลงจาก 2310.20, df = 431, p-value = 0.00 เป็น 961.84, df = 186, p-value = 0.00 และค่า Relative χ^2 ลดลงจาก 5.36 เป็น 5.16 และค่า RMSEA ลดลงจาก .107 เป็น 0.105 ก็นับได้ว่าเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังนับได้ว่าแบบจำลอง (Model) ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลองเพิ่มเติม โดยการกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวแปรสังเกต (Standardize Error Variance) จำนวน 47 คู่ความสัมพันธ์ ได้แก่

1. manag_12 กับ manag_13
2. beliv_6 กับ manag_20
3. manag_19 กับ manag_23
4. beliv_8 กับ manag_13
5. beliv_8 กับ manag_12
6. manag_12 กับ commu_34
7. manag_23 กับ commu_38
8. beliv_7 กับ manag_23
9. beliv_9 กับ beliv_10

10.	manag_20	กั๊น	commu_31
11.	manag_25	กั๊น	commu_30
12.	manag_13	กั๊น	manag_22
13.	manag_22	กั๊น	manag_25
14.	manag_22	กั๊น	commu_30
15.	beliv_6	กั๊น	beliv_10
16.	beliv_7	กั๊น	beliv_11
17.	beliv_6	กั๊น	manag_15
18.	beliv_6	กั๊น	beliv_11
19.	manag_15	กั๊น	manag_20
20.	manag_20	กั๊น	manag_25
21.	manag_20	กั๊น	manag_22
22.	manag_19	กั๊น	commu_38
23.	beliv_7	กั๊น	beliv_10
24.	beliv_11	กั๊น	manag_15
25.	manag_13	กั๊น	commu_36
26.	manag_20	กั๊น	manag_23
27.	beliv_7	กั๊น	manag_20
28.	beliv_10	กั๊น	manag_12
29.	beliv_2	กั๊น	manag_15
30.	beliv_9	กั๊น	commu_38
31.	beliv_10	กั๊น	manag_19
32.	manag_12	กั๊น	manag_20
33.	manag_12	กั๊น	manag_22
34.	manag_12	กั๊น	commu_32
35.	manag_25	กั๊น	commu_32
36.	commu_30	กั๊น	commu_32
37.	beliv_11	กั๊น	manag_23
38.	commu_31	กั๊น	commu_38
39.	beliv_11	กั๊น	manag_19

40.	manag_25	กับ	commu_31
41.	beliv_2	กับ	beliv_7
42.	beliv_7	กับ	manag_19
43.	beliv_10	กับ	manag_13
44.	beliv_11	กับ	commu_38
45.	beliv_9	กับ	beliv_11
46.	manag_15	กับ	manag_19
47.	manag_15	กับ	manag_23

การปรับแบบจำลองดังกล่าวทั้ง 47 คู่ความสัมพันธ์ พบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืน ดังนี้ $\chi^2 = 250.22$, $df = 139$, $p\text{-value} = 0.00$; Relative $\chi^2 = 1.80$ ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 2.00 RMSEA = 0.05 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 GFI = 0.94 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ายังมีค่ามากกว่า 0.90 AGFI = 0.90 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ายังมีค่าเท่ากับ 0.90 RMR = 0.022 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 SRMR = 0.05 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ายังมีค่าน้อยกว่า 0.05 $p\text{-value for Test of Close Fit} = 0.08$ ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.05 NFI = 0.96 ผ่านเกณฑ์ เพราะมีค่ามากกว่า .90 IFI = 0.97 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ายังมีค่ามากกว่า 0.90 CFI = 0.98 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 CN = 278.78 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ายังมีค่ามากกว่า 200.00 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Parameter) ก็พบว่าเกิดปัญหาใน Metrix PSI (W_A_R_N_I_N_G: PSI is not positive definite) โดยที่ผู้วิจัยได้พยายามดำเนินการปรับแก้โดยการ Fix parameter ให้ความแปรปรวนมีค่าเป็นบวกแล้วก็ตาม ปัญหาดังกล่าวก็ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งส่งผลทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ (Parameter) ในแบบจำลองมีปัญหา 2 ค่า ได้แก่

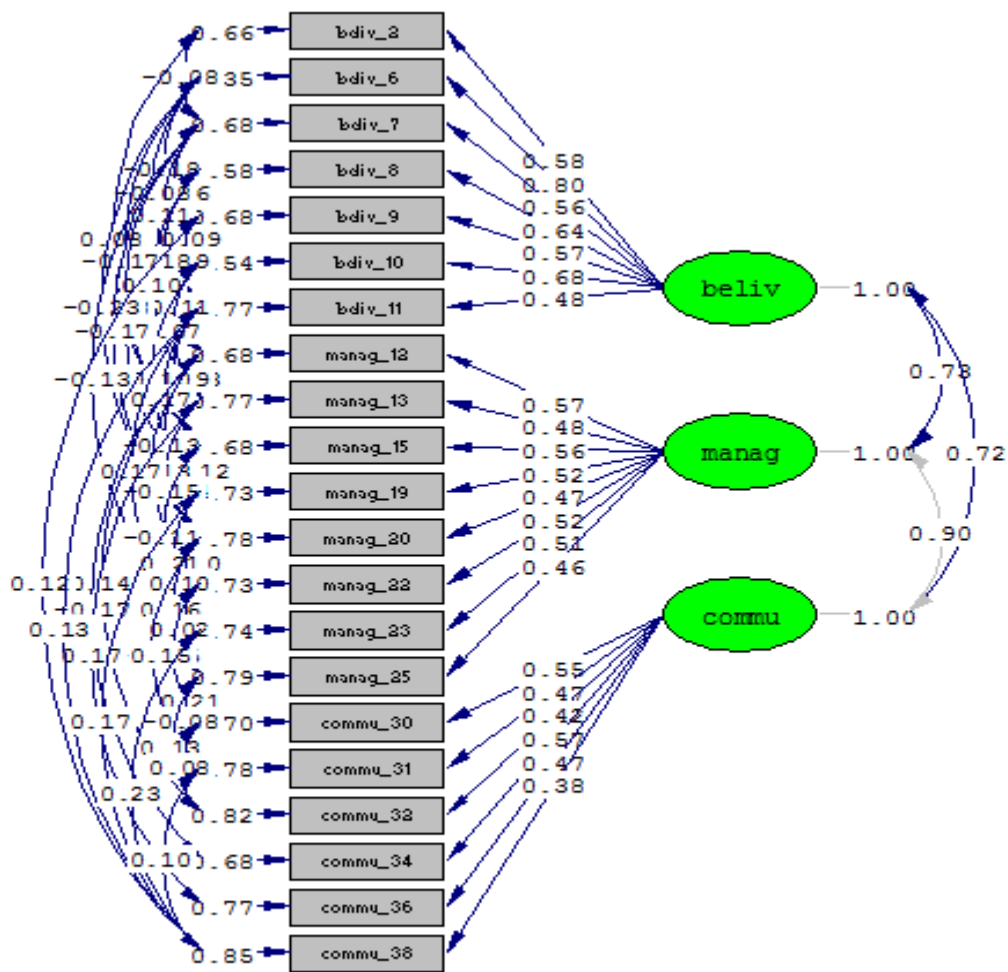
1. เส้นทางตัวแปรแฝงองค์ประกอบของ ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ที่มีต่อตัวแปรแฝงการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว (Family) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 1.01 ซึ่งไม่ควรมีค่าเกิน 1.00

2. เส้นทางตัวแปรแฝงองค์ประกอบของ ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) ที่มีต่อตัวแปรแฝงการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว (Family) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ 1.02 ซึ่งไม่ควรมีค่าเกิน 1.00

ปัญหาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า หากองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้าน

การจัดการภายในครอบครัว (Manage) ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Comm) และด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv) อยู่รวมกันเพื่อที่จะเป็นองค์ประกอบร่วมของ ตัวแปรแฝงการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว (Family) จะก่อให้เกิดปัญหาในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Parameter) แม้ว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ก็ตาม ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง โดยการตัดเส้นทางความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว (Comm) และด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ที่มีต่อตัวแปรแฝงการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว (Family) ออก แต่ก็ยังคงให้ตัวแปรแฝงทั้ง 3 องค์ประกอบ ยังมีความสัมพันธ์กันอยู่ ก็พบว่า ปัญหาในการประมาณค่าใน Metrix PSI (W_A_R_N_I_N_G: PSI is not positive definite) ได้รับการแก้ไข และแบบจำลองก็ยังคงมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังดัชนีความกลมกลืน ดังนี้ $\chi^2 = 262.25$, $df = 140$, $p\text{-value} = 0.00$; Relative $\chi^2 = 1.87$ ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 2.00 RMSEA = 0.05 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 GFI = 0.94 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 AGFI = 0.90 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าเท่ากับ 0.90 RMR = 0.02 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 SRMR = 0.051 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เพราะว่ามีค่าเข้าใกล้ .05 p-Value for test of close fit = 0.063 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.05 NFI = 0.96 ผ่านเกณฑ์ เพราะมีค่ามากกว่า 0.90 IFI = 0.97 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 CFI = 0.98 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 CN = 267.96 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 200.00

ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ปรับแก้ (Adjust model) แสดงให้เห็นว่าการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว มีองค์ประกอบร่วมกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความเชื่อของสมาชิก (Beliv) ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) และด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว (Comm) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังภาพที่ 8 และตารางที่ 11



Chi-Square=262.26, df=140, P-value=0.00000, RMSEA=0.048

ภาพที่ 7 ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ปรับแก้ (Adjust model) (n=380)

ตารางที่ 11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading score) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) ของตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) (n=380)

ข้อ	ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv)	Factor loading (λ)	Error (Θ)	t	R ²
2	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่ที่สุดเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉันเชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยื่นเคียงข้างและสู้ไปด้วยกัน	0.58	0.66	11.80*	0.34
6	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน	0.80	0.35	17.24*	0.65
7	ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้	0.56	0.68	10.98*	0.32
8	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ	0.64	0.58	13.59*	0.42
9	ฉันเชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลครอบครัวได้ในเวลาที่ครอบครัวกำลังประสบปัญหา	0.57	0.68	11.29*	0.30
10	ฉันเชื่อว่าความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว จะทำให้ทุกคนช่วยกันระคับระคองให้ผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้	0.68	0.54	12.84*	0.46
11	ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน	0.48	0.77	8.76*	0.23

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จาก ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.48 ถึง 0.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า beliv_6 ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ beliv_11 ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Θ) อยู่ระหว่าง 0.35 ถึง 0.77 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัด ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R²) ได้ระหว่างร้อยละ 23 ถึง 65

ตารางที่ 12 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading score) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) ของตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) (n = 380)

ข้อ	ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage)	Factor loading (λ)	Error (θ)	t	R ²
12	ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม	0.57	0.68	10.74*	0.32
13	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถผ่านวิกฤติครั้งนี้ให้ได้	0.48	0.77	8.97*	0.23
15	ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	0.56	0.68	10.54*	0.32
19	ฉันเปิดโอกาสให้ทุกคนในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องต่างๆ	0.52	0.73	9.83*	0.27
20	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ฉันรู้สึกกังวลใจมาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้	0.47	0.78	8.16*	0.22
22	อำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว เป็นของฉันเพียงคนเดียวเท่านั้น	0.52	0.73	9.57*	0.27
23	ครอบครัวของฉันดูแลกันและกันเป็นอย่างดี แม้ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา	0.51	0.74	9.61*	0.26
25	เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันรู้สึกไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้หรือไม่	0.46	0.79	8.50*	0.21

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จาก ตารางที่ 12 ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.46 ถึง 0.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า manage_12 ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ manage_25 เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันรู้สึกไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้ มีค่า

น้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (θ) อยู่ระหว่าง 0.68 ถึง 0.79 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถ อธิบายความแปรปรวนของ ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R^2 ได้ระหว่างร้อยละ 21 ถึง 32

ตารางที่ 13 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading score) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) ของตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) (n=380)

ข้อ	ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu)	Factor loading (λ)	Error (θ)	t	R^2
30	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัวกังวลหรือกำลังมีปัญหา	0.55	0.70	10.32*	0.30
31	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้พูดออกมาก็ตาม	0.47	0.78	8.47*	0.22
32	ฉันไม่สามารถพูดถึงเรื่องที่กังวลใจกับสมาชิกในครอบครัวได้	0.42	0.82	7.57*	0.18
34	ทุกครั้งฉันสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของฉันได้	0.57	0.68	10.68*	0.32
36	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกในครอบครัวของฉัน	0.47	0.77	8.77*	0.23
38	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของฉันใช้วิธีพูดคุย และแสดงท่าทางที่ทำให้กำลังใจกันเสมอ	0.38	0.85	6.86*	0.15

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จาก ตารางที่ 13 ตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.38 ถึง 0.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า commu_34 ทุกครั้งนั้นสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของมันได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด และ commu_38 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของมันใช้วิธีพูดคุย และแสดงท่าทางที่ทำให้กำลังใจกันเสมอ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (θ) อยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.85 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถ อธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R^2 ได้ระหว่างร้อยละ 15 ถึง 32

5. ผลการศึกษาระดับการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อย

ค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.51 ลงมา หมายถึง การคืนสภาพครอบครัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัว ตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) (n=380)

ข้อ	ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv)	M	St.dev.	แปลผล
2	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่ที่สุดเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉัน เชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยื่นเคียงข้างและสู้ไป ด้วยกัน	3.14	0.57	ปานกลาง
6	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและ กัน	3.16	0.58	ปานกลาง
7	ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้	2.96	0.49	ปานกลาง
8	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ	3.34	0.57	ปานกลาง
9	ฉันเชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลครอบครัวได้ในเวลา ที่ครอบครัวกำลังประสบปัญหา	3.13	0.62	ปานกลาง
10	ฉันเชื่อว่าความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของ ครอบครัว จะทำให้ทุกคนช่วยกันประคับประคอง ให้ผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้	3.33	0.58	ปานกลาง
11	ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน	3.04	0.56	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย		3.16	0.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกตัวชี้วัดย่อย อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.96 ถึง 3.34 ตัวชี้วัดย่อย beliv_8 ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และตัวชี้วัดย่อย beliv_7 ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัว ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) (n=380)

ข้อ	ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage)	M	St.dev.	แปลผล
12	ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของ การทำบุญทำกรรม	3.27	0.54	ปานกลาง
13	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถผ่านวิกฤติครั้งนี้ให้ได้	2.98	0.76	ปานกลาง
15	ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลง ได้	2.42	0.67	น้อย
19	ฉันเปิดโอกาสให้ทุกคนในครอบครัว ได้มีส่วน ร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องต่างๆ	2.95	0.64	ปานกลาง
20	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ฉันรู้สึกกังวลใจมาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้	2.49	0.71	น้อย
22	อำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว เป็น ของฉันเพียงคนเดียวเท่านั้น	2.52	0.92	ปานกลาง
23	ครอบครัวของฉันดูแลกันและกันเป็นอย่างดี แม้ใน เวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา	3.07	0.62	ปานกลาง
25	เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันรู้สึก ไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้หรือไม่	2.40	0.63	น้อย
รวมเฉลี่ย		2.76	0.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าตัวชี้วัดอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.42 ถึง 3.27 ตัวชี้วัดย่อย manage_12 ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และตัวชี้วัดย่อย manage_15 ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัว ตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) (n=380)

ข้อ	ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหา (Commu)	M	St.dev.	แปลผล
30	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัวกังวลหรือกำลังมีปัญหา	2.50	0.72	น้อย
31	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้พูดออกมาก็ตาม	2.88	0.63	ปานกลาง
32	ฉันไม่สามารถพูดถึงเรื่องที่กังวลใจกับสมาชิกในครอบครัวได้	2.34	0.72	น้อย
34	ทุกครั้งฉันสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของฉันได้	2.41	0.71	น้อย
36	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกในครอบครัวของฉัน	2.32	0.90	น้อย
38	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของฉันใช้ชีวิตพูดคุย และแสดงท่าทางที่ให้กำลังใจกันเสมอ	3.10	0.52	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย		2.59	0.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าตัวชี้วัดอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง มีค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.32 ถึง 3.10 ตัวชี้วัดย่อย commu_38 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของฉันใช้ชีวิตพูดคุย และแสดงท่าทางที่ให้กำลังใจกันเสมอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และตัวชี้วัดย่อย commu_36 ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกในครอบครัวของฉัน มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัว ในภาพรวม (n=380)

การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว	M	St.dev.	แปลผล
ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv)	3.16	0.57	ปานกลาง
ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage)	2.76	0.69	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu)	2.59	0.70	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย	2.84	0.65	ปานกลาง

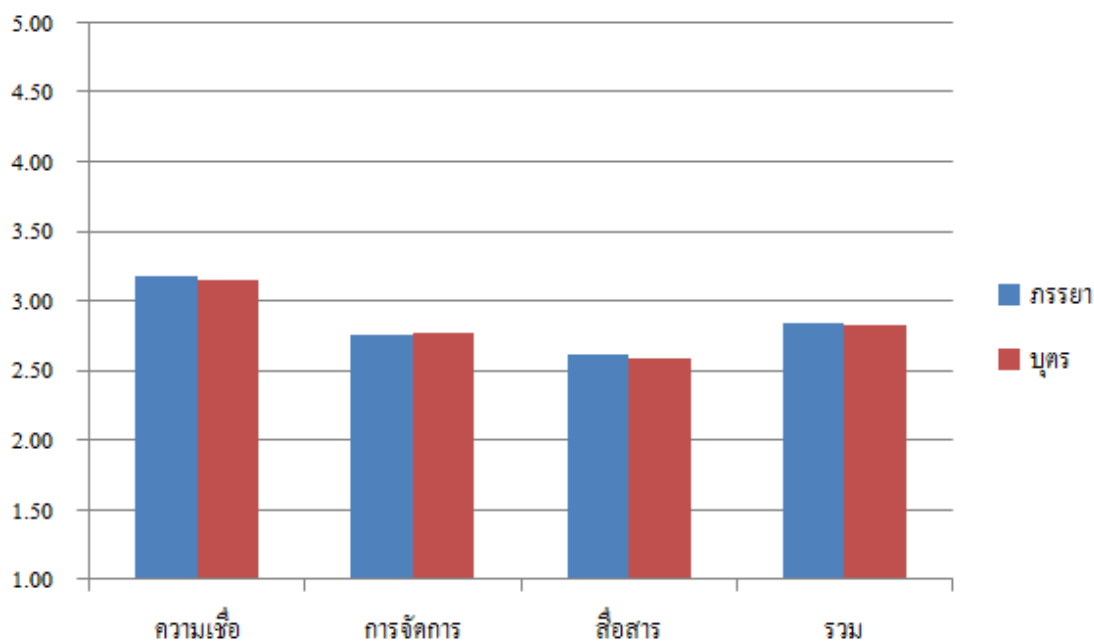
จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกตัวชี้วัดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.59 ถึง 3.16 ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของการคืนสภาพครอบครัว
ในครอบครัว ระหว่างกลุ่มภรรยา กับบุตร (n=380)

การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว	ภรรยา (n=190)			บุตร (n=190)		
	\bar{X}	SD.	แปลผล	\bar{X}	SD.	แปลผล
ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv)	3.17	0.38	ปานกลาง	3.15	0.40	ปานกลาง
ด้านการจัดการภายในครอบครัว (manage)	2.75	0.44	ปานกลาง	2.77	0.39	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว (commu)	2.61	0.45	ปานกลาง	2.58	0.39	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย	2.84	0.37	ปานกลาง	2.83	0.34	ปานกลาง

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ในภาพรวม ของกลุ่มภรรยา และกลุ่มบุตร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 และ 2.83 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกตัวชี้วัดอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) กลุ่มภรรยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) กลุ่มภรรยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77

ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) กลุ่มภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 สามารถนำเสนอค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 8 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของระหว่างกลุ่มภรรยา และกลุ่มบุตร

ผลของโปรแกรมการ ปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออก ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ด้วยรูปแบบการทดลองแบบ One-way repeated measure design ดำเนินการเปรียบเทียบคะแนนการคืนสภาพครอบครัวรายด้านและภาพรวม ระหว่าง (1) ระยะก่อนทดลอง (2) ระหว่างการทดลองสูง (3) ระยะหลังการทดลอง และ (4) ระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures)

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	20.00
หญิง	16	80.00
รวม	20	100.00
อายุ		
14-18	10	50.00
31-40	5	25.00
41-50	5	25.00
รวม	20	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	40.00
มัธยมศึกษา	12	60.00
รวม	20	100.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 3 คน	14	70.00
ระหว่าง 4-7 คน	6	30.00
รวม	20	100.00
อาชีพ		
รับจ้างรายวัน	13	65.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15.00
นักเรียน	4	20.00
รวม	20	100.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
4,001-6,000 บาท/เดือน	2	10.00
6,001-8,000 บาท/เดือน	3	15.00
8,001-10,000 บาท/เดือน	15	75.00
รวม	20	100.00

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	20	100.00
รวม	20	100.00
บทบาทของท่านในครอบครัว		
ภรรยา	4	20.00
บุตร	16	80.00
รวม	20	100.00
บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย		
ภรรยา	20	100.00
รวม	20	100.00
ระยะเวลาในการป่วย (ผู้ป่วย)		
น้อยกว่า 1 เดือน	20	100.00
รวม	20	100.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	18	90.00
มี (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง)	2	10.00
รวม	20	100.00

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุ 14-18 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 จบการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีรายได้เฉลี่ย 8,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีบทบาทเป็นบุตร จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 20 คน ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วย น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลค่าเฉลี่ยการ คิ่สุขภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้าน ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=20)											
	ระยะก่อนการทดลอง			ระยะระหว่างการทดลอง			ระยะหลังการทดลอง			ระยะติดตามผล		
	\bar{X}	SD.	แปลผล	\bar{X}	SD.	แปลผล	\bar{X}	SD.	แปลผล	\bar{X}	SD.	แปลผล
1.ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv)	2.72	0.32	ปานกลาง	2.96	0.32	ปานกลาง	3.23	0.28	ปานกลาง	3.42	0.21	ปานกลาง
2.ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage)	2.59	0.34	ปานกลาง	2.81	0.28	ปานกลาง	3.02	0.23	ปานกลาง	3.26	0.17	ปานกลาง
3.ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu)	2.45	0.31	น้อย	2.73	0.31	ปานกลาง	2.96	0.22	ปานกลาง	3.16	0.14	ปานกลาง
การคิ่สุขภาพครอบครัวโดยรวม	2.59	0.28	ปานกลาง	2.84	0.26	ปานกลาง	3.07	0.19	ปานกลาง	3.29	0.13	ปานกลาง

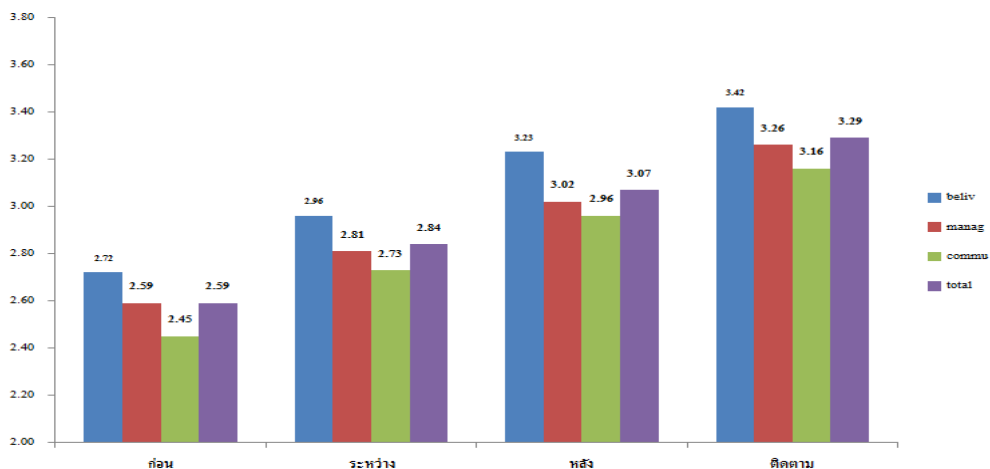
จาก ตารางที่ 20 พบว่าการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.59, SD = .28$) ระยะระหว่างการทดลอง ($\bar{X} = 2.84, SD = 0.26$) ระยะหลังทดลอง ($\bar{X} = 3.07, SD = 0.19$) และระยะติดตามผล ($\bar{X} = 3.29, SD = 0.13$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

การคืนสภาพครอบครัวด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.72, SD = 0.32$) ระยะระหว่างการทดลอง ($\bar{X} = 2.96, SD = 0.32$) ระยะหลังทดลอง ($\bar{X} = 3.23, SD = 0.28$) และระยะติดตามผล ($\bar{X} = 3.42, SD = 0.21$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

การคืนสภาพครอบครัวด้านการจัดการภายในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.59, SD = 0.34$) ระยะระหว่างการทดลอง ($\bar{X} = 2.81, SD = 0.28$) ระยะหลังทดลอง ($\bar{X} = 3.02, SD = 0.23$) และระยะติดตามผล ($\bar{X} = 3.26, SD = 0.17$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

การคืนสภาพครอบครัวด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.45, SD = 0.31$) อยู่ในระดับน้อย ระยะระหว่างการทดลอง ($\bar{X} = 2.73, SD = 0.31$) ระยะหลังทดลอง ($\bar{X} = 2.96, SD = 0.22$) และระยะติดตามผล ($\bar{X} = 3.16, SD = 0.14$) อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

เพื่อให้เห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนำเสนอกราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวในภาพรวม และรายด้าน ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 9 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะก่อน

การทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)

หลังจากที่ได้ทราบถึงระดับของค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการการคืนสภาพครอบครัว ในภาพรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures) ทั้งนี้ก่อนที่จะมีการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการตรวจสอบค่า Mauchly's test of sphericity เพื่อตรวจสอบว่าค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษา มีความแปรปรวนเป็นแบบ Compound symmetry หรือไม่ และตรวจสอบค่า Wilks' lambda ซึ่งเป็นค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis of variance) เพื่อตรวจสอบในภาพรวมว่าการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่หรือไม่ ผลการวิเคราะห์ เรียงตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 21 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัว โดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาระหว่างการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)

ตัวแปร	Mauchly's w	Approx. chi-square	df	Sig.
1.ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv)	0.35	18.63	5	0.00
2.ด้านการจัดการภายในครอบครัว (manage)	0.13	35.83	5	0.00
3.ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหา (commu)	0.41	15.62	5	0.01
การคืนสภาพครอบครัวโดยรวม	0.16	32.70	5	0.00

Wilks' lambda = .21, F=13.26, p= .00

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่า Mauchly's test of sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง Compound symmetry ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าของตัวแปรการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม มีค่าเท่ากับมีค่า Mauchly's w เท่ากับ .16 ($p < 0.05$) แสดงว่าความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry เช่นเดียวกับค่า Mauchly's w ของด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) ที่พบว่ามีความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry ดังนั้น ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ จะใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้ ซึ่งสามารถเลือกอ่านผลการวิเคราะห์ได้ 3 รูปแบบคือ Greenhouse-geisser, Huynh-feldt หรือ Lower-bound อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่จะอ่านแบบ Greenhouse-geisser และเมื่อพิจารณาค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร (Multivariate

analysis of variance) ในการทดสอบจากค่า Wilks' lambda=0.00 ($p < 0.05$) ซึ่งพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ในการวัด ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาระหว่างการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร มีค่าแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัว โดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาระหว่างการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-way repeated measures) ($n = 20$)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-
1. ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (beliv)	การวัดก่อน ระหว่าง	5.75	2.06	2.79	53.52*	0.00
	หลัง และการติดตามผล					
	ความคลาดเคลื่อน	2.04	39.11	0.05		
	รวม	7.79	41.17	2.85		
2. ด้านการจัดการภายในครอบครัว (manage)	การวัดก่อน ระหว่าง	4.93	1.66	2.97	42.63*	0.00
	หลัง และการติดตามผล					
	ความคลาดเคลื่อน	2.20	31.55	0.07		
	รวม	7.12	33.21	3.04		
3. ด้านการสื่อสาร/การแก้ปัญหา (commu)	การวัดก่อน ระหว่าง	5.59	2.00	2.80	41.11*	0.00
	หลัง และการติดตามผล					
	ความคลาดเคลื่อน	2.58	37.98	0.07		
	รวม	8.17	39.98	2.86		

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-
การคืนสภาพ ครอบครัวโดยรวม	การวัดก่อน ระหว่าง	5.37	1.73	3.10	65.27*	0.00
	หลัง และการติดตามผล					
	ความคลาดเคลื่อน	1.56	32.94	0.05		
	รวม	6.94	34.67	3.15		

จากตารางที่ 22 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 53.52^*$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F = 42.63^*$) ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 42.63^*$) และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 41.11^*$) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ทั้ง 4 ตัวแปร เพื่อตรวจสอบว่าคู่ใดที่แตกต่างกันบ้าง ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	\bar{X}	ระยะการวัด	ก่อน	ระหว่าง	หลัง	ติดตามผล
1.ด้านความเชื่อ ของสมาชิกใน ครอบครัว (Beliv)	2.72	ก่อน	-	-0.24*	-0.51*	-0.71*
	2.96	ระหว่าง		-	-0.28*	-0.46*
	3.23	หลัง			-	-0.19*
	3.42	ติดตามผล				-
2.ด้านการจัดการ ภายในครอบครัว (Manage)	2.59	ก่อน	-	-0.22*	-0.43*	-0.67*
	2.81	ระหว่าง		-	-0.21*	-0.45*
	3.02	หลัง			-	-0.24*
	3.26	ติดตามผล				-
3.ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (ฉ (Commu)	2.45	ก่อน	-	-0.28*	-0.51*	-0.71*
	2.73	ระหว่าง		-	-0.23*	-0.43*
	2.96	หลัง			-	-0.20*
	3.16	ติดตามผล				-
การคืนสภาพ ครอบครัวโดยรวม	2.59	ก่อน	-	-0.24*	-0.48*	-0.70*
	2.84	ระหว่าง		-	-0.24*	-0.45*
	3.07	หลัง			-	-0.21*
	3.29	ติดตามผล				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

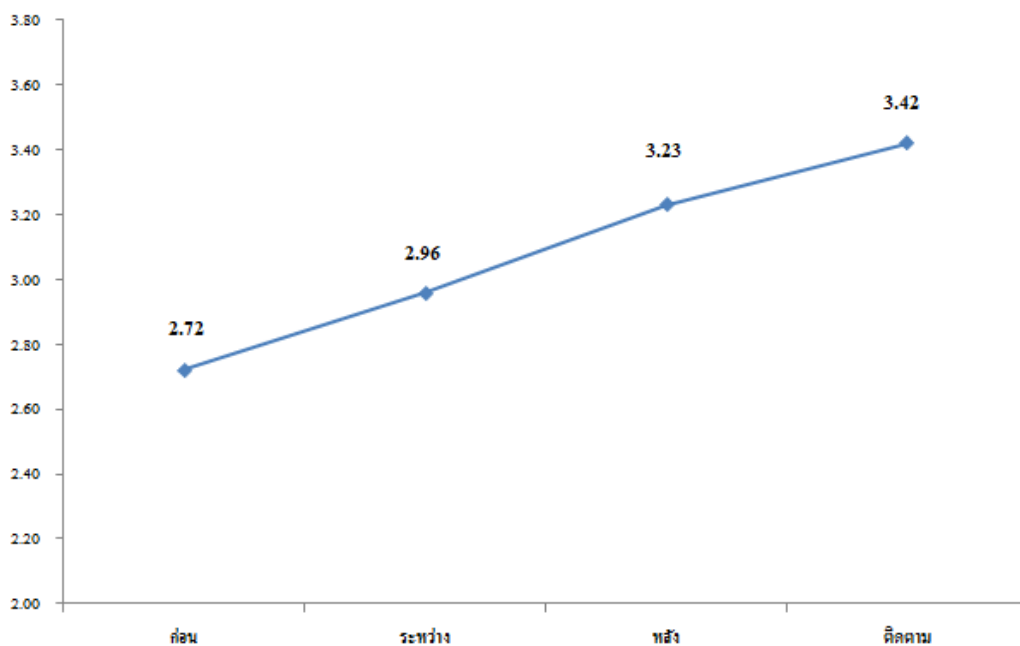
จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม เรียงลำดับจากน้อย ไปหามาก คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยพบว่าแต่ละระดับมีคะแนนมากกว่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 2.84 > \bar{X} = 2.59$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.07 > \bar{X} = 2.59$) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.29 > \bar{X} = 2.59$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

($\bar{X} = 3.07 > \bar{X} = 2.84$) ระยะเวลาหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.29 > \bar{X} = 2.84$) และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 3.29 > \bar{X} = 3.07$)

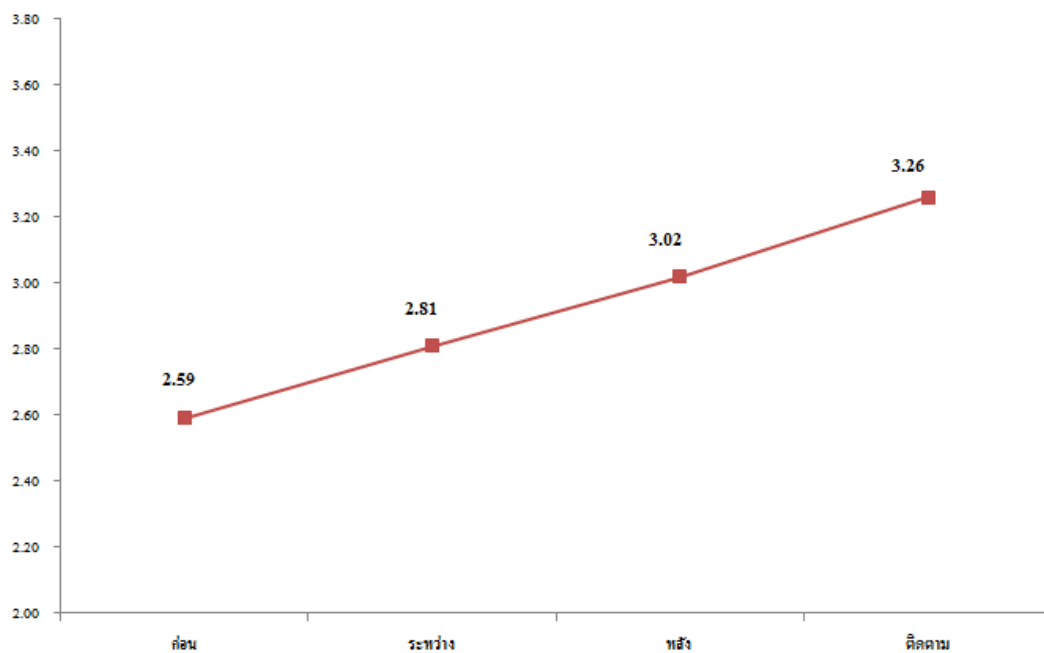
มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) เรียงลำดับจากน้อย ไปหามาก คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยพบว่าแต่ละระดับมีคะแนนมากกว่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 2.96 > \bar{X} = 2.72$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.23 > \bar{X} = 2.72$) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.42 > \bar{X} = 2.72$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 3.23 > \bar{X} = 2.96$) ระยะหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.42 > \bar{X} = 2.96$) และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.42 > \bar{X} = 3.23$)

มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) เรียงลำดับจากน้อย ไปหามาก คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยพบว่าแต่ละระดับมีคะแนนมากกว่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 2.81 > \bar{X} = 2.59$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.02 > \bar{X} = 2.59$) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.26 > \bar{X} = 2.59$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.02 > \bar{X} = 2.81$) ระยะหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.06 > \bar{X} = 2.81$) และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 3.26 > \bar{X} = 3.02$) มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) เรียงลำดับจากน้อย ไปหามาก คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลโดยพบว่าแต่ละระดับมีคะแนนมากกว่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 2.73 > \bar{X} = 2.45$) ระยะหลังการทดลอง

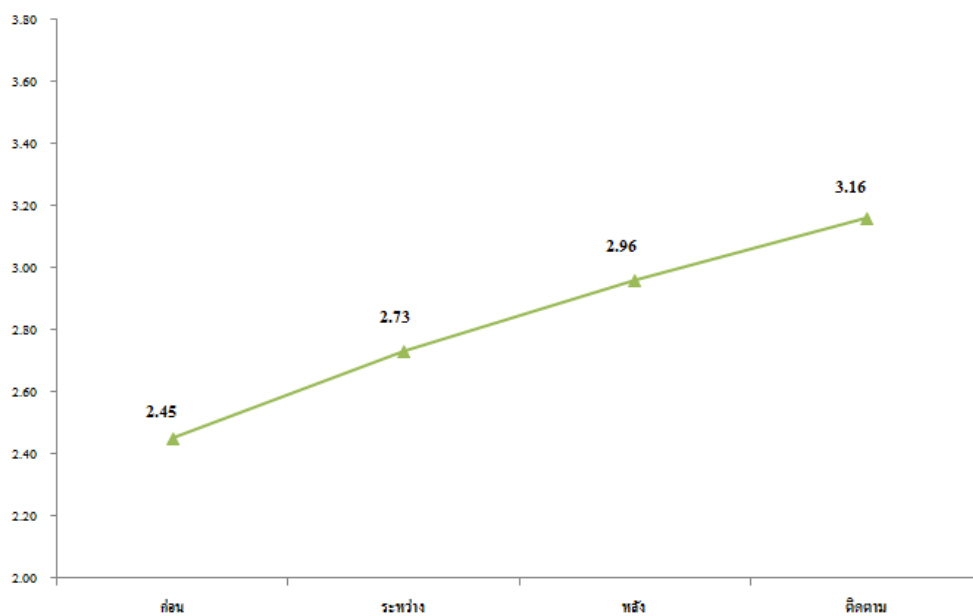
สูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 2.96 > \bar{X} = 2.45$) ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.16 > \bar{X} = 2.45$) ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X} = 2.96 > \bar{X} = 2.73$) ระยะหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.16 > \bar{X} = 2.73$) และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X} = 3.16 > \bar{X} = 2.96$) เพื่อให้เห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลผู้วิจัยนำเสนอกราฟแท่งแสดงค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายด้านดังภาพที่ 9-ภาพที่ 12



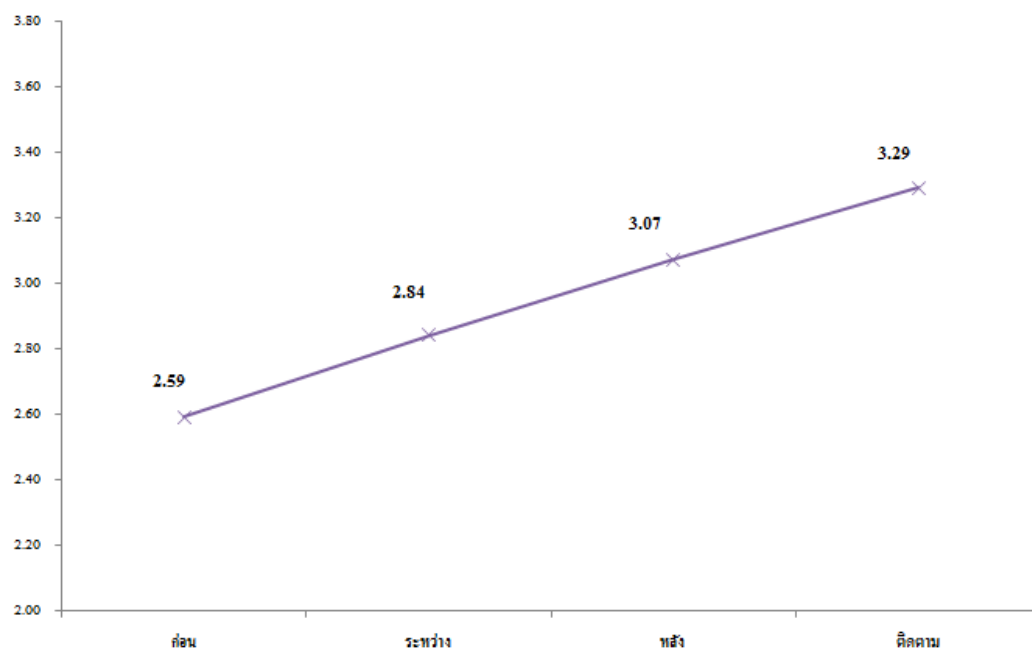
ภาพที่ 10 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)



ภาพที่ 11 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)



ภาพที่ 12 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา (Commu) ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)



ภาพที่ 13 ค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวมของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n=20)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

การปรึกษา

สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งสมมติฐานเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สมมติฐาน ได้แก่

โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว
องค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว และองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหา
ในครอบครัวมีความสอดคล้องกัน

ขั้นตอนที่ 2 สมมติฐาน ได้แก่

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี
และเทคนิคการปรึกษา มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวสูงขึ้นทั้งในระยะระหว่าง
การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยนี้ แบ่งขอบเขตการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1

เพื่อทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว
การจัดการภายในครอบครัว และการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2

เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของประชากร

1. สมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตรที่มีสามี/ บิดาป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก แต่ไม่ได้รับการผ่าตัด โดยมีอาการอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งของแขนและขาในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ในการดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว
2. อายุผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี อายุภรรยามากกว่า 30 ปี และอายุบุตรมากกว่า 14 ปี
3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน
4. ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียง 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี นครนายก ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด จำนวน 19,572 ครอบครัว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* POWER ได้ขนาดตัวอย่าง 380 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลรัฐในภาคตะวันออกเฉียง

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวทั่วไป

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยใช้แนวคิดการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012)

ดำเนินการพัฒนาแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวตามนิยามศัพท์เฉพาะ ใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 11 ข้อ คำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.28 ถึง 0.65 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

2. ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 13 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.25 ถึง 0.58 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77
3. ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.33 ถึง 0.48 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66
ข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวเท่ากับ 31 ข้อคำถาม โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ในกระบวนการทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) ในช่วงเดือนเมษายน 2557
2. นำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลนครนายก ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ในการทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
2. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item-objective congruence) ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบระหว่างความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (บุญเชิด ภิญ โฉยอนันพงษ์, 2545, หน้า 95)
3. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยรวมและรายด้าน ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -coefficient)

4. วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ของการคืนสภาพครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธรได้มาจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 59 ครอบครัว โดยเป็นประชากรที่มีอายุของผู้ป่วย 30-50 ปี อายุภรรยา 30-50 ปี และอายุบุตร 14-18 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร จำนวน 59 ครอบครัว ตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
2. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่วัดโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกันโดยพิจารณาความสอดคล้องจากค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สันมากกว่า 90
3. นำคะแนนการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในข้อที่ 2 และต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทด์ที่ 25 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง
4. คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการคืนสภาพครอบครัวต่ำสุดขึ้นมา จำนวน 10 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาการคืนสภาพครอบครัว
5. มีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงเวลาการทดลอง

ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนา

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

ตัวแปรตาม คือ การคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวในครอบครัว ได้แก่ ภรรยาและบุตร ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา โดย เป็นโปรแกรมที่มุ่งนำไปใช้เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับ องค์ประกอบของการคืนสภาพครอบครัว 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว องค์ประกอบด้าน

การจัดการภายในครอบครัว และองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว
 ดำเนินการให้การปรึกษารอบครัวจำนวน 8 ครั้ง และดำเนินการครั้งละ 45-60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ
 ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาเป็นรายครอบครัว จำนวน 8 ครั้ง โดยติดตามผลการปรึกษารอบครัว
 ภายหลังจากปรึกษารอบครัวครบ 5 ครั้ง, 8 ครั้ง และวัดการคืนสภาพครอบครัวซ้ำอีก 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล
 สำเร็จรูปในการทดสอบโครงสร้างความสัมพันธ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว วิเคราะห์
 ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
 คะแนนแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม และรายองค์ประกอบ
 ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง
 โดยพิจารณาค่าสถิติ F-test ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียววัดซ้ำ (One-way
 repeated measures design)
3. รวบรวมข้อมูลที่ได้มาอธิบายผลการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และ
 วิเคราะห์สรุปประเด็น สรุปเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 ครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผลการวิจัย สรุปได้ตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาเครื่องมือการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง
2. ผลของโปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
 เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการพัฒนาเครื่องมือ การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 285 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 19-30 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 37.40 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 34.20 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีบทบาทในครอบครัว เป็นภรรยา จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 71.30 และผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 73.16

โดยสรุปเป็นกลุ่มตัวอย่างภรรยาและบุตร ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างภรรยา พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 46.32 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 73.68 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 30.53 รายได้เฉลี่ย มากกว่า-10,000 บาท/เดือน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 34.74 ผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 55.79

กลุ่มตัวอย่างบุตร พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 53.37 มีอายุระหว่าง 19-30ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 37.37 มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4-7 คน จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 77.37 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 35.26 รายได้เฉลี่ย 8,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.16 และผู้ตอบแบบสอบถามไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 87.89

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

1. องค์กรประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 11 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.28 ถึง 0.65 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79
2. ข้อคำถามองค์กรประกอบด้านการจัดการภายในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 13 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.25 ถึง 0.58 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

3. ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง 0.33 ถึง 0.48 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.66

ข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ของแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวเท่ากับ 31 ข้อคำถาม โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74

การตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) พบว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

หลังจากที่ได้ตรวจสอบว่าตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษา มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Distribution variable) และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษาคู่แล้ว ได้ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง

1. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์โดยรวมของตัวแปรที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง โดยการพิจารณาว่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) หรือไม่ โดยพิจารณาจากสถิติทดสอบ Kaiser-meyer-olkin พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.84 และสถิติทดสอบ Bartlett's test of sphericity พบว่ามีค่าเท่ากับ 4101.55 (p-value = 0.00) ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่า เมตริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างไปจากเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) แสดงว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษาในแบบจำลองมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ร่วมกันในแบบจำลองสมการ โครงสร้างเดียวกันได้

2. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง ที่ปรับแก้ (Adjust model) แสดงให้เห็นว่าการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว มีองค์ประกอบร่วมกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) และด้านความเชื่อของสมาชิก (Beliv)

ตัวชี้วัดด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.48 ถึง 0.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า beliv_6 นั้นเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ beliv_11 นั้นเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (θ)

อยู่ระหว่าง 0.35 ถึง 0.77 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัด ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Beliv) (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R^2 ได้ระหว่างร้อยละ 23 ถึง 65

ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.46 ถึง 0.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า manage_12 นั้นยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ manage_25 เมื่อนั้นขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันรู้สึกแน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Θ) อยู่ระหว่าง 0.68 ถึง 0.79 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถ อธิบายความแปรปรวนของ ตัวชี้วัดด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปร มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R^2 ได้ระหว่างร้อยละ 21 ถึง 32

ตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.38 ถึง 0.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า commu_34 ทุกครั้งนั้นสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของมันได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด และ commu_38 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของมันใช้วิธีพูดคุย และแสดงท่าทางที่ให้กำลังใจกันเสมอ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Θ) อยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.85 แต่ละตัวแปรชี้วัดสามารถ อธิบายความแปรปรวนของ ตัวชี้วัดด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า R^2 ได้ระหว่างร้อยละ 15 ถึง 32

ผลการศึกษาระดับการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในเขตภาคตะวันออก

ค่าเฉลี่ยของ การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกตัวชี้วัดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.59 ถึง 3.16 ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Believe) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของ การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ในภาพรวมของกลุ่มภรรยา และกลุ่มบุตร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 และ 2.83 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกตัวชี้วัดอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว (Believe)

กลุ่มภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) กลุ่มภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu) กลุ่มภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 กลุ่มบุตรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58

ผลของโปรแกรมการ ปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 10 ครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุ 14-8 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 จบการศึกษา มัธยมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีรายได้เฉลี่ย 8,001-10,000 บาท/ เดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีบทบาทเป็นบุตร จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา จำนวน 20 คน ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วย น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00

ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวโดยสรุป ดังนี้

แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดย มีทั้งสิ้น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้าน ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.48-0.80
2. ด้านการจัดการภายในครอบครัว ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.46-0.57
3. ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (λ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.38-0.57

การทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาศักยภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโดยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ผลการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง ที่ปรับแก้ (Adjust model) แสดงให้เห็นว่าการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว มีองค์ประกอบร่วมกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้าน ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว
2. ด้านการจัดการภายในครอบครัว
3. ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว

แต่ถึงแม้ว่าแต่ละองค์ประกอบจะไม่สามารถประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบเป็นองค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวได้แต่ก็พบว่าองค์ประกอบทั้ง 3 มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดตามทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัวของ Walsh (2012) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Luthar (2006) ที่ได้อธิบายว่า การคืนสภาพครอบครัวว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวเชิงบวกในบริบทของการเกิดสภาวะวิกฤติของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะครอบคลุมด้านความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารภายในครอบครัว และ Walsh (2012) ได้อธิบายว่า การคืนสภาพครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการจัดการกับสภาวะวิกฤติ และความท้าทายภายในครอบครัวให้กลับสู่ภาวะสมดุลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับ แนวคิดของ ดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ (2547) อธิบายว่า การคืนสภาพครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนในการคืนสภาพของครอบครัว (The adjustment phase in family resiliency) และการปรับตัวในการคืนสภาพของครอบครัว (The family adaptation phase in family resiliency)

การนำคะแนนของแบบวัดในแต่ละข้อ ไปวิเคราะห์หาลักษณะขององค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป LISRELพบว่า การวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออกเฉียง ตามสมมุติฐาน (Hypothesis model) แล้วตรวจสอบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูล

เชิงประจักษ์หรือไม่ โดยทำการเปรียบเทียบถึงความกลมกลืนระหว่างแบบจำลองตามสมมุติฐานที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ ได้แก่ χ^2 ; Relative χ^2 ; GFI; AGFI; RMR; SRMR; RMSEA; p-value for test of close Fit; CFI; NFI; IFI และ CN (Joreskog; & Sorbom, 1996, pp. 121-122)

ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้างตามสมมุติฐาน พบว่า แบบจำลองสมมุติฐานยังไม่มี ความคล่องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า χ^2 มีค่าเท่ากับ 2310.20, และค่า p-value เท่ากับ 0.00 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง (Adjust model) โดยการพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ผลการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่า การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว มีองค์ประกอบร่วมกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความเชื่อของสมาชิก (Believe) ด้านการจัดการภายในครอบครัว (Manage) และด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว (Commu)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันที่แสดงดังกล่าวข้างต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการคืนสภาพครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ในการวัดการคืนสภาพครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างมีความเที่ยงตรง

ข้อสรุปของพัฒนาเครื่องมือการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคตะวันออก ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 380 คน พบว่า

ค่าเฉลี่ยของ การคืนสภาพครอบครัวในครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พบว่าองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวสูงสุด คือ องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว โดยพบว่า สมาชิกครอบครัวเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด รองลงมาได้แก่ สมาชิกครอบครัวเชื่อว่าความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว จะทำให้ทุกคนช่วยกัน ประคับประคองให้ผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เป็นสังคมที่มีความเกื้อกูลกัน มีลักษณะของความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น สมาชิกครอบครัวอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกัน และผลการวิจัยพบว่า มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-7 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกัน จะใส่ใจดูแลความเป็นอยู่ทุกอย่างของกันและกัน ดังนั้น ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วย สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะช่วยเหลือหาลอมการแบ่งปันความเจ็บปวด ร่วมมือกันและกัน

ในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ชาญประโคน (2550) ได้กล่าวว่า เป็นเพราะว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะบุคคลต้องใช้ชีวิตตั้งแต่เกิดจนสิ้นสุดชีวิต ในสถาบันครอบครัวแห่งนี้ ทั้งสมาชิกในครอบครัวยังมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะถ้าหัวหน้าครอบครัวป่วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นศูนย์รวมใจ ของครอบครัว ซึ่งเป็นผู้นำในการดูแล และรับผิดชอบสมาชิกทุกคนในครอบครัว หากครอบครัว ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรง และความทุกข์ที่ยาวนาน จากงานวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 71.30 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวต้องปรับตัวกับสภาพ การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวในระยะแรก โดยเฉพาะในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นั้น มีความซับซ้อนมากในปัญหาทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ถึงแม้ว่า ในปัจจุบันอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น แต่ผลของโรคกลับทำให้ผู้ป่วย คงเหลือความพิการ นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังในอนาคต ผลกระทบจะเกิดขึ้นกับครอบครัว ทั้งครอบครัว ตลอดจนมีผลกระทบที่ต่อเนื่องไปยังสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน สมาชิกคนอื่นก็จะรู้ ถึงผลกระทบ จะรู้สึกทุกข์ และเคียดแค้นใจร่วมด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ นิมมวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ (2549) พบว่า สมาชิกครอบครัว จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระวังอุบัติเหตุ ระวังประครองจิตใจ นอกจากนี้ ความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ตามปกติ จนอาจนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงส่งผลให้ การกลับสู่สภาวะเดิม และพัฒนาการซ้ำผลกระทบดังกล่าว ยังส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล ผู้ป่วยด้วย เช่น ครอบครัวสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพของหัวหน้าครอบครัวซึ่งเป็นรายได้ หลัก ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 51.32 แต่อย่างไรก็ตามภรรยา ที่เป็นผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และ ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทำให้ภรรยาต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยตรง ซึ่งส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง จนอาจเกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชุนหะ(2541, หน้า 55) และ Gaynor (1990) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามี ที่เจ็บป่วยทางระบบประสาทเรื้อรังที่บ้านเป็นเวลานาน จะมีความรู้สึกเป็นภาระมาก การได้รับการ ช่วยเหลือ และสนับสนุนจากครอบครัวน้อยลง การเกิดความเหนื่อยล้า จากการดูแลเป็นภาระ ที่ค่อนข้างหนัก และการศึกษาของ อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ถ้าพบว่าบุคคลในครอบครัวร่วมกัน

คุณได้รับผิชอบผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยวมีคนรอบข้าง มีสิ่งผูกพันยึดมั่นซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่ หรือสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย มีการแสดงออกทางอารมณ์ และถ่ายทอดความรู้สึกอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดี ดังนั้นครอบครัวที่อบอุ่นแข็งแรงจะสามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และการที่สมาชิกครอบครัวได้มารวมตัวกัน เพื่อจะได้ปล่อยใจผ่อนคลายความรู้สึกที่เกิดขึ้นแก่กันและกัน ได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการมีกันและกันในครอบครัวว่าทุกคนมีความสำคัญ ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง และสามารถเติบโตจากความทุกข์ของครอบครัวได้ นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือสมาชิกให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้

ผลของโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก คือ ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาระหว่างการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยพบว่าแต่ละระดับมีคะแนนมากกว่ากัน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในระยะระหว่างการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังติดตามผลสูงกว่าระยะระหว่างการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะเวลาหลังการทดลอง เป็นเนื่องจากผลของโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเริ่มพัฒนาโปรแกรมการศึกษารอบครัวในกลุ่มงานวิจัยนี้ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย (Stroke in the young) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยนี้มีความสำคัญเพราะเป็นวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งเป็นวัยที่สร้างครอบครัว และดูแลเลี้ยงดูบุตรซึ่งอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน ดังนั้นถ้าเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นนอกจากจะไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเอง และครอบครัวได้แล้ว ยังเป็นภาระทางสังคมระยะยาวอีกด้วย จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นถึงภาวะโรคและความสูญเสียของโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และถ้าโรคหลอดเลือดสมองเกิดในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย และไม่เพียงแต่โรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเท่านั้น แต่ผู้ที่รอดชีวิตต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากความพิการ อัมพฤกษ์ อัมพาต และยังก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ตลอดจนยังเป็นภาระทางสังคมระยะยาวแก่ชุมชนและประเทศชาติด้วย

โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา จึงเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่ง โดยมีวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในครอบครัวมองปัญหานั้นเป็นภาพรวมของครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการให้การศึกษารอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข สามารถจัดการกับความทุกข์ที่ประสบได้และปรับตัวได้ดีขึ้น ตลอดจนพัฒนาครอบครัวให้เกิดความสมดุล โดยการดำเนินการศึกษารอบครัวตามโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้การศึกษารอบครัว จำนวน 10 ครอบครัวด้วยตนเอง โดยให้การศึกษารอบครัวเป็นรายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยาและบุตร ได้รับการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาเป็นรายครอบครัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที จำนวน 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวัดการคืนสภาพครอบครัวจากกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว ก่อน ระหว่าง หลัง และระยะการทดลอง เป็นวิธีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในครอบครัว โดยมองปัญหานั้นเป็นภาพรวมของครอบครัว ไม่เฉพาะปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง โดยสมาชิกครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการศึกษารอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาครอบครัวให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมเกิดความสมดุลในครอบครัว อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวไปในทิศทางที่ครอบครัวพึงประสงค์ และมุ่งหวังให้สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวในทิศทางที่ดีตามสถานการณ์ที่ต้องการพัฒนา หรือต้องการแก้ไขปัญหาตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้ มีองค์ประกอบร่วมกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ด้านการจัดการภายในครอบครัว และด้านการสื่อสาร/ การแก้ไขปัญหาในครอบครัว มีเป้าหมายของการศึกษารอบครัว เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และช่วยกันมองหาทางแก้ไขปัญหานั้นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ โดยให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในบริบทของเขา เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการของครอบครัวแต่ละขั้นตอนได้ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การเติบโตของครอบครัวและการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ผลจากโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก

การเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ยาวนาน ตลอดจนมีผลกระทบไปยังสมาชิกทุกคนด้วย ดังนั้น การศึกษาครอบครัวจึงเป็นวิธีช่วยดูแลครอบครัวที่สำคัญประการหนึ่ง นอกเหนือจากการได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์แล้ว ซึ่งเป็นกระบวนการประคับประคองครอบครัวที่มีความสำคัญด้วย เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการของครอบครัวแต่ละขั้นตอนได้ ซึ่งจาก โปรแกรมการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา จะพบว่า มีค่าเฉลี่ยการคืนสภาพครอบครัวในระดับปานกลางก็ตาม ก็ยังพบแนวโน้มการคืนสภาพครอบครัวในทางที่ดีขึ้น เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เป็นระดับที่สูงขึ้น ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษาใช้ได้จริงในบริบทของสังคมไทย และมีความคงทนแม้การศึกษาคครอบครัวจะผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ก็ตาม

ผลการ พัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา การที่ครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 10 ครอบครัว มีการคืนสภาพครอบครัวดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการ สร้างสัมพันธภาพของผู้วิจัยกับครอบครัว เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข และปฏิบัติงานที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นสถานที่ผู้วิจัยจะได้พบกับครอบครัวและครอบครัวตั้งแต่ระยะแรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว ตลอดจนโรงพยาบาลพุทธโสธรยังเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล และดำเนินการให้การศึกษาคครอบครัวด้วย ดังนั้น การ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ย่อมทำให้เกิดความไว้วางใจ จึงส่งผลต่อการให้ ความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรมการศึกษาคครอบครัวตามมาด้วย และในขั้นตอน การแนะนำตนเองกับสมาชิกครอบครัว การศึกษาชี้แจงเป้าหมาย ระยะเวลาการศึกษา เพื่อให้สมาชิกทุกคน รับทราบและเข้าใจตรงกัน ใช้เทคนิคเบื้องต้นของการศึกษาคครอบครัว เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การฟังอย่างใส่ใจ การเงียบ การทวนความ และการสะท้อนความรู้สึก เป็นต้น ด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่น เป็นมิตร จึงก่อให้เกิดความไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีตรงกัน รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการนัดให้ การศึกษาในแต่ละครั้งด้วย ตลอดจนการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา จะพบว่า ช่วยพัฒนาวิถีทางที่ผู้วิจัยเข้าถึงครอบครัว ค้นพบประเด็นที่จะนำไปสู่การวางแผน การศึกษาคครอบครัว และช่วยเหลือครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับทิศทางการแก้ปัญหาของครอบครัวให้ตรงประเด็น และเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ส่วนในระยะสุดท้ายของการศึกษาคครอบครัว เมื่อปัญหาในครอบครัวนั้นได้รับการแก้ไข หรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ เข้าใจพฤติกรรม การกระทำ

ของตนเองและครอบครัวมากขึ้น ผู้วิจัยต้องวางแผนร่วมกับครอบครัวถึงการยุติการให้การปรึกษา และเตรียมการที่จะยุติการให้การปรึกษาโดยการลดความถี่ของการพบกันลง และการยุติการให้การปรึกษารอบครัวและอภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว และหาทางป้องกันที่จะไม่ให้ปัญหากลับคืนมาอีกในอนาคต และติดตามผลการให้การปรึกษารอบครัวอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้จะยุติการปรึกษารอบครัวไปแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว และโปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมดังนี้

1.1 แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว สามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการประเมินการคืนสภาพครอบครัวในประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ เนื่องจากมีลักษณะเด่นในเรื่องการวัดการคืนสภาพครอบครัว ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งยังไม่มีแบบวัดลักษณะนี้ในประเทศไทยมาก่อน แต่ก่อนนำไปใช้ควรศึกษารายละเอียดของแบบวัด วิธีการใช้ และการแปลความหมายของแบบวัดให้เข้าใจก่อนนำไปใช้

1.2 โปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษารอบครัวลักษณะต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากโปรแกรมการปรึกษาทั้ง 8 ครั้งนี้ มีจุดมุ่งเน้นในเรื่องการเรียนรู้ครอบครัวว่าครอบครัวมีความเชื่ออย่างไร และมีการจัดการต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไร รวมทั้งนำไปสู่การสื่อสาร/ การแก้ปัญหากันในครอบครัวอย่างไร ซึ่งในครอบครัวแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง แต่ผู้ที่จะนำโปรแกรมการปรึกษานี้ไปใช้ ควรเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการให้การปรึกษารอบครัว ได้รับการฝึกปฏิบัติ ฝึกการใช้เทคนิคต่าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ในการให้การปรึกษารอบครัว ก่อนที่จะนำไปใช้ และในการนำไปใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยด้วย แต่การปรึกษารอบครัวนั้น ควรต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยให้การปรึกษาสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคลก่อน แล้วจึงให้การปรึกษาทั้งครอบครัวตามมา

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการคืนสภาพครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ทั้งเพศหญิง และเพศชาย เช่น ในเพศหญิงที่เป็นผู้นำครอบครัว

2.3 ควรใช้เครื่องมือในการศึกษาการคืนสภาพครอบครัว ร่วมกับการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จะช่วยให้วัดการคืนสภาพครอบครัวได้ตรง และครอบคลุมมากขึ้น

2.4 ควรมีการศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

2.5 ควรมีการติดตามผลภายหลังการให้โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมการปรึกษา และนำมาพัฒนาหรือปรับการใช้โปรแกรมให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อครอบครัวทุกครอบครัว

บรรณานุกรม

- กรณีการณ์ นลราชสุวจน์. (2551). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษารอบครัว.
ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (บรรณาธิการ), *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติใน
การให้การปรึกษา* (หน้า 319-366). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กวิทร์นาถ บุญชู. (2554). *ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระยะ
เฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา และยุทธชัย ลิขิตเจริญ. (2550). แนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเบื้องต้น. ใน นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาภาวะ
สมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชบัญชา. (2551). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: ชรรมสาร.
- กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม. (2552). *ตำราพยาธิสรีรวิทยาและการรักษาโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน*.
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชบัญชา. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: ชรรมสาร.
- กฤษณา ตรีชะวรางพันธ์. (2552). *การศึกษาศมรรถนะการให้คำปรึกษารอบครัวและการสร้าง
โมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับครูแนะแนว*.
การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์, สาขา วิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- คณองนิช ไชยวุฒิ. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. (2554). *ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอรรษา จังหวัดสุพรรณบุรี*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 4-21.

- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนัญชิตาคุณฤดี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2547). *การศึกษาและพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบิดามารดาในสังคมไทย*. วิทยานิพนธ์การศึกษาคุณวุฒิปบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐพงศ์ ช่วยพิทักษ์. (2557). *อิทธิพลของเพศ เพื่อน ครอบครัว ที่มีต่อวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก <http://mwitspe47teenager.blogspot.com/p/blog-page.html>
- ดวงพร หุ่นตระกูล, จงกลณี ศรีจักร โคตร, ดารุณี จงอุดมการณ์ และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). การคืนสภาพของครอบครัวอีสานที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 27 (3), 1-9.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสม์เรล สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างและสถิติวิเคราะห์ใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ. ใน *Twilight Program' การนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2555 (Thailand Research EXPO 2012)* (หน้า 1-47). กรุงเทพฯ: สภาวิจัยแห่งชาติ.
- นฤมล พระใหญ่. (2552). *การเสริมสร้างคุณลักษณะการเป็นพ่อแม่ที่มีประสิทธิผล โดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาคณะศึกษาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- นภาพรณัฏ แก้ววรรณ. (2533). *ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). *โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- นิภา นิยมไทย. (2550). *ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). *ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินทางการศึกษา.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2543). *การวิจัยเบื้องต้น.* กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประภัสสร นันทศิริเวทย์. (2556). *ประสบการณ์การฟื้นคืนได้ของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสติก.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผกามาศ นันทจิรวัดน์. (2554). *การศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างประสบความสำเร็จ ด้วยการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน.* การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2550). *การให้คำปรึกษาครอบครัว.* กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- เพ็ญภา กุลนภาค. (2547). *การศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. การศึกษาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญภา กุลนภาค. (2555). *การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้าง: กลยุทธ์การพัฒนาครอบครัวอย่างยั่งยืน*. *วารสารคณะศึกษาศาสตร์*, 23(2), 25-32.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญอุฒิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เมธินีพร ภิญญชน. (2539). *การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาริสา พร้อมพงศพร. (2555). *ผลการปรึกษาตามทฤษฎีโครงสร้างต่อบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุทธ ไถยวรรณ์. (2551). *วิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 4 Step by Step SPSS 4*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ยุทธนา ภาระนันท์. (2550). *การศึกษาและการสร้างโมเดลการพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัว*. คุษฎีนิพนธ์การศึกษา ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, คณะจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.
- รักษนก กิ่งจำปา. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบทฤษฎี การคืนสภาพครอบครัว ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา นิลเพชรพลอย, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ ทรงขวัญ ศีลารักษ์ (2547). *โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลศรีนครินทร*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 19(3), 122-130.
- โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2556). *รายงานประจำปีของโรงพยาบาลพุทธโสธร พ.ศ. 2556*. ใน *เอกสารประกอบการตรวจนิเทศของกระทรวงสาธารณสุข* (หน้า 42). ฉะเชิงเทรา : โรงพยาบาลพุทธโสธร.

- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2550*. กรุงเทพฯ: สถาบัน
ประสาทวิทยา.
- สรานู ฟางทสวัสดิ์. (2555). *ประสบการณ์ของญาติที่ได้เยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันขณะ
พักรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะ 5 วันแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *จำนวนและอัตราตายด้วย
โรคหลอดเลือดสมองใหญ่*. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- เสรี ชัดเยี่ยม. (2538). โมเดลและการสร้างโมเดล. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 9(2), 34-56.
- เสรี ชัดเยี่ยม. (2547). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา*, 2(1),
15-42.
- สุดศิริ หิรัญหุณหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกมาส อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชณีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2551). *สถิติการวิเคราะห์
สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เทคนิคการใช้โปรแกรม
LISREL*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- อรินทร์ จรูญสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อินทรา ลิมเชย. (2550). *ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วย โรคหลอดเลือด
สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.

- อุษณี ลลิตพสาน และมารยาท โยทองยศ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ : สำนักการพิมพ์.
- Baum, H. M. (1982). Stroke prevalence: An analysis of data from the 1977 National Health Interview study. *Publ Hlth Rep*, 97, 24-30.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment and the self-system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- Biegel, D. E., Milligan, S. E., Putnam, P. L., Song, L. Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health*, 30(5), 473-94.
- Biggs, D. A. (1994). *Dictionary of Counseling*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long, J.S. (Eds.). *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136-162.
- Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. A. (1997). *Family therapy: Ensuring treatment efficacy*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In Gurman, A. S (Ed); Kniskern, D. P (Ed), *Handbook of family therapy* (pp. 417-443). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4),799-817.
- Chean, J. (1997). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cicchetti D., Rogosch F. A., Lynch M., & Holt K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629–647.
- Dharmasaroja, P. A., Muengtawepongsa, S., Lechawanich, C., Pattaraarchachai, J. (2011) Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study. *Stroke Cerebrovascular Disease*, 20(3), 247-50.

- Easton, D., Hauser, S. L., & Martin, J. B. (1998). Cerebrovascular Disease. In Kurt, J., Isselbacher, ed. *Harrison's Principle of Internal Medicine*, 366, 2325-2348.
- Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A., & Anderson, C. S. (2003). Stroke epidemiology: A review of population-based studies of incidence, and case-fatality in the late 20th Century (pp. 45-53). *Lancel Nrurol*.
- Garmezzy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gelber, D.A., Good, D. C., Layven, L. J., & Vertrulst, S. J. (1993). Cases of Urinary incontinence after acute hemispheric stroke. *Stroke*, 24, 378-382.
- Ghoge, H., Shama, S., Sonawalla, S., & Parikh, R. (2003). Cerebrovascular disease and Depression. *Current Psychiatric Reports*, 5, 231-238.
- Gladding, S. T. (1995). *Family therapy: History, theory, and practice*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2008). *Family Therapy: An overview* (7th ed.). Canada: Thomson Brooks/Cole .
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy: An overview* (8th ed.). Singapore: Cengage Learning Asia Pte Ltd.
- Hauser, S. L. & Josephson, S. A. (2010) *Harrison 's Neurology in Clinical Medicine* (2nd ed). *New York: The McGraw-Hill*.
- Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating lifespan and family perspectives. *Family Process*, 35, 283–298.
- Hickey, J. C. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, J. R., Bruno, A., Connors, J. J., & Demaerschalk. B. M. (2013) Guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 44, 870-947.
- Joreskog; K. G. & Sorbom. (1996). "LISREL 8 : user's reference guide", *Scientific Software International*, 121-122.

- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiver experience: Where are we? What next ?. *The Gerontologist*, 37, 218-232.
- Lane, C. L. D. (2011). *Tracing the pink ribbon: Development of a family resilience measure*. Doctoral dissertation, Human Development, Faculty of the Virginia Polytechnic Institute, State University.
- Lee, TH., Hsu, WC., Chen, CJ et al. (2002). Etiology Study of Young Ischemic Stroke in Taiwan. *Stroke*, 33, 1950-1955.
- Lum, C. (2008). *The development of family resilience: Exploratory Investigation of a resilience Program for families impacted by chemical dependency*. Master's thesis, Social Work, Faculty of the School of Social Work, San José State University.
- Luthar, S. S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & Cohen (Eds.). *Development psychopathology* (pp. 739-795). Hoboken, NJ: Wiley.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Mackay, R. (2003). Family resilience and good child outcomes: An overview of the research literature. *Journal of New Zealand*, 20, 98-118.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, 2, 715-752.
- McCubbin, H.I., Boss, P., Wilson, L., & Lester, G. (1980). Developing family vulnerability to stress coping patterns and strategies wives employ. In J. Trost (Ed.), *The family and change* (pp.89-103). Sweden: International Library.
- McCubbin, H., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1-2), 7-37.

- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises. In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (1996). *Family assessment: resiliency, coping and adaptation-Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin System.
- O'Dougherty-Wright, M., Masten, A., Northwood, A., & Hubbard, J. (1997). Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on developmental psychopathology*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Openshaw, K. P. (2011). *The relationship between family function, family resilience, and Quality of life among vocational rehabilitation clients*. Utahstate: Rehabilitation Counseling Utahstate University.
- Ozdemir, F., Birtane, M., Tabatabaei, R., Ekuklu, G., & Kokino, S. (2001). Cognitive evaluation and functional outcome after stroke. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(6), 410-415.
- Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-373.
- Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1995). *Basic nursing theory and practice* (3rd ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sauber, S. R, L'Abate, L., Weeks, G. R., Buchanan, W. L. (1993). *The dictionary of family psychology and family therapy* (2nd ed.). Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
- Sharf, R. S. (2008). *Theories of psychotherapy and counseling: Concept and cases*. USA: Thomson Brooks/Cole.

- Simon, J., Murphy, J., & Smith, S. (2005). Understanding and fostering family resilience. *Family Journal, 13*, 427-436.
- Sixbey, M. T. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family Resilience constructs. *Dissertation Abstracts International, 13*(2), 440-456.
- Stinnett, N., & DeFrain, J. (1985). *Secrets of strong families*. Boston: Little, Brown.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Viriyavejaful, A., Vannasaeng, S., & Pongvarin, N. (1983). The epidemiology of cerebrovascular disease in Thailand. In *Sixth Asian and Oceanian congress of neurology* (p. 10). Taipei Excerpter Medica. Asia Pacific Congress Series No 22.
- Viriyavejaful, A., Pongvarin, N., & Vannasaeng, S. (1985). The prevalence of stroke in urban community of Thailand. *Journal Neurology, 232*(1), 93.
- Walsh, F. (1993). Conceptualization of normal family processes. In Walsh, F. (Ed.), *Normal family processes* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process, 35*, 261-281.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130-137.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1-18.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2004). *Living beyond loss: Death in the family* (2nd ed.). New York: Norton.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process, 46*(2), 207-227.

- Walsh, F. (2012). *Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity* (4th ed.). New York: Guilford press.
- Wannaprasart, S., & Tiamkao, S. (1995). Overview of stroke in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J, 10*, 296-297.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- WHO. (1988). The world health organization MONICA Project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). *Journal of Clinical Epidemiology, 41*, 105-114.
- WHO. (2002). *The world health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Retrieved from <http://www.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>.
- Wolf, P. A. (2004). Epidemiology of stroke. In Mohr, J. P., Choi, D. W., Grotta, J. C., Weir, B., Wolf, P. A., editors. *Stroke: pathophysiology, diagnosis, and management* (4th ed.) (p. 13-34). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- World Stroke Organization. (2013). *World stroke campaign 2013*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/2013/About/Pages/WorldStrokeDay2013.aspx>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี นายแพทย์ชำนาญงานพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลพุทธโสธร
2. ดร.จิตรา คุษฎีเมธา อาจารย์ประจำ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม ผู้ช่วยอธิการบดี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร. ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

ภาคผนวก ค
แบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ง

- ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย
- ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
- แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว



ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 โดยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
 เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งในจำนวน 59 ครอบครัว ที่ได้รับเชิญเข้าเป็นผู้ร่วมในการวิจัย
 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมอง และศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
 โดยเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบข้อมูลจากแบบวัดการคืนสภาพ
 ครอบครัวทั้งหมด แล้วจึงนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ผลการทดลองต่อไป จากนั้นผู้วิจัยจะนัด
 ผู้ร่วมวิจัยในการเข้ารับการศึกษารอบครัว ซึ่งจะเข้ารับการปรึกษาทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลา
 ในแต่ละครั้งคือประมาณ 45-60 นาที เมื่อผู้ร่วมวิจัยรับการปรึกษาครบทั้ง 8 ครั้งแล้ว ถัดมาอีก
 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะนำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัวมาให้ผู้รับการปรึกษาทำอีกรอบ เพื่อเป็น
 การติดตามผลการศึกษารอบครัว การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีความเสี่ยงด้านร่างกาย จิตใจ
 สังคม กฎหมาย และความเสี่ยงด้านอื่น ๆ ตลอดจนไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตราย
 ต่อผู้ร่วมการวิจัยใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์โดยตรงเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น
 โดยสามารถนำสิ่งที่ได้จากการศึกษานั้นมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้ครอบครัว
 มีความสุข ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของสมาชิกในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรม อันจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวให้สามารถปรับตัว
 สามารถที่จะเผชิญ และคืนสภาพครอบครัวกลับมาจากสถานการณ์ที่วิกฤติและยากลำบาก
 จนสามารถดำรงสภาพครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ค่าจัดทำแบบสอบถาม และอุปกรณ์ในการทำ
 กิจกรรมการปรึกษา ผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์จะถอน
 ตัว หรือบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้
 จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ในรูปแบบเอกสารและในระบบคอมพิวเตอร์ จะไม่มีชื่อหลักฐานแสดงลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ตอบเป็นรายบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงได้คือผู้วิจัยเพียงคนเดียว และจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลจะถูกทำลายหลังงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ๖ เดือน

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนผู้เข้าร่วมวิจัยพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

หากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ผู้วิจัยจะแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยทางไปรษณีย์และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางวันเพ็ญ มานะเจริญ โทร. 094-9144455 หรือ e-mail wanpenwana@gmail.com
ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....
(นางวันเพ็ญ มานะเจริญ)

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอก
เลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยใน
ภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....นางวันเพ็ญ มานะเจริญ.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....นางวันเพ็ญ มานะเจริญ.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทน โดยชอบธรรม

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทน
(.....) โดยชอบธรรม

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....นางวันเพ็ญ มานะเจริญ.....)



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ นางสาววันเพ็ญ วนาภรณ์ นิสิตหลักสูตร ปรัชญาคุณุฎิบัณฑิต สาขาวิชา
จิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำคุณุฎินิพนธ์
เรื่อง การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.เพ็ญนภา กุลนภาค เป็นประธานกรรมการควบคุมคุณุฎินิพนธ์ เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปได้
ด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์ขออนุญาตใช้ชื่อ
สถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับบุคลากรในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

.....

ลงนาม

(นายแพทย์ประสิทธิ์ มานะเจริญ)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

คำชี้แจง

1. แบบวัดนี้ใช้วัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสาร / การแก้ปัญหาในครอบครัว ซึ่งคำถามแต่ละข้อ ไม่มีคำตอบถูกผิด จึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ให้ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
2. คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาและการวิจัย
3. ข้อมูลที่ได้จากแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว ที่ท่านตอบมาทั้งหมดจะไม่เผยแพร่เป็นรายบุคคล แต่จะเปิดเผยเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น
4. โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ จึงจะเป็นคำตอบที่สมบูรณ์ และนำไปใช้ในการประมวลผลได้

แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว มีทั้งหมด 31 ข้อ

กรุณาตอบทุกข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว และให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางวันเพ็ญ มานะเจริญ

นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

ภาควิชาการวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

คำชี้แจง

แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์ในการวัดการคืนสภาพครอบครัว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัว ให้มีการคืนสภาพครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป แบบวัดนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบ และข้อมูลที่ท่านตอบมาทั้งหมดจะไม่เปิดเผย เป็นรายบุคคล แต่จะเปิดเผยเป็นภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

ในการตอบแบบวัด ตอบตรงกับความคิดเห็น และสภาพการปฏิบัติของ ครอบครัว ของผู้ตอบแบบวัด ข้อคำถามในแต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นที่เกิดขึ้นครั้งแรก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่านที่สุด

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า

4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

5. สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย.....

6. ระยะเวลาที่อยู่ด้วยกัน (สามี-ภรรยา-บุตร).....ปี

7. อาชีพ

ข้าราชการบำนาญ รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว

รับจ้างรายวัน ค้าขาย (เจ้าของร้าน) ค้าขาย หาบเร่ แผงลอย

เกษตรกรรม ไม่ได้ประกอบอาชีพ อื่นๆ ระบุ.....

8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

- น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน 2,001-4000 บาท/เดือน
 4,001-6,000 บาท/เดือน 6,001-8,000 บาท/เดือน
 8,001-10,000 บาท/เดือน มากกว่า 10,000 บาท/เดือน

9. วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- ต้นสังกัด ประกันสังคม บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 เบิกประกันชีวิต เสียค่าใช้จ่ายเอง

10. บทบาทของท่านในครอบครัว

- สามี-ภรรยา บุตร

11. บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

- สามี-ภรรยา บุตร หลาน อื่น ๆ.....

12. สามี/บิดาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเดือน

13. โรคประจำตัวของท่าน

- ไม่มี มี ได้แก่โรค.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อโดยละเอียด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น และสภาพการปฏิบัติของครอบครัวท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความคิดเห็นและสภาพการปฏิบัติของ	ครอบครัวท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความคิดเห็นและสภาพการปฏิบัติของ	ครอบครัวท่าน
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นและสภาพการปฏิบัติของ	ครอบครัวท่าน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นและสภาพการปฏิบัติของ	ครอบครัวท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉันเชื่อว่าทุกปัญหาในครอบครัวถูกกำจัดมาแล้ว และไม่สามารถแก้ไขอะไรได้				
2	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่มากเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉันเชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยื่นเคียงข้างและสู้ไปด้วยกัน				
3	ใครจะมองครอบครัวฉันอย่างไรก็ตาม ฉันเชื่อว่าครอบครัวฉันดีที่สุดในเสมอ				
4	ฉันเชื่อว่าความแตกต่างของทุกคนในครอบครัวของฉัน เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและไม่สามารถจัดการให้ลงตัวได้				
5	แม้ว่าจะเกิดปัญหากับครอบครัวฉัน ฉันเชื่อว่าครอบครัวแข็งแรงพอที่จะเผชิญได้				
6	ฉันเชื่อว่าครอบครัวเห็นคุณค่าของฉัน				
7	ฉันมองปัญหาทุกปัญหาในเชิงบวกว่าสามารถแก้ไขได้				

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถดูแลครอบครัวได้ แม้ ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา				
9	ฉันเชื่อว่าความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ของทุกคนในครอบครัว จะทำให้ช่วยกัน ประคับประคองให้ผ่านพ้นทุกปัญหา ไปได้				
10	ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัว ได้ทุกวัน				
11	ฉันยึดมั่นในการทำมาดี เพราะเชื่อ ในเรื่องของบุญ-กรรม				
12	ฉันยึดหยุ่นในการจัดการกับเรื่อง ที่ไม่คาดคิดในครอบครัวได้เสมอ				
13	กฎของครอบครัวฉันไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ และทุกคนต้องปฏิบัติตาม				
14	ฉันละเอียดการตามปฏิบัติตามหน้าที่ต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นประจำ				
15	เมื่อมีสมาชิกครอบครัวทำผิดกฎของ ครอบครัว ฉันมักพุดคุยอย่างสงบ ไม่ใช่ อารมณ์				
16	ฉันเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัว เสนอ การจัดการเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัวเสมอ				
17	เมื่อมีเหตุการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาของ ครอบครัว ฉันรู้สึกกังวลใจมาก จนไม่ สามารถจัดการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้				
18	ฉันสามารถเผชิญปัญหาได้ แม้ว่าเกิด ปัญหาเรื่องอื่น ๆ ในครอบครัวตามมาอีก				

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19	อำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว เป็นของฉันเพียงคนเดียวเท่านั้น				
20	ครอบครัวของฉันดูแลกันและกันเป็นอย่างดี แม้ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา				
21	แม้ว่าปัญหาในครอบครัวจะเป็นอย่างไร ก็ตาม ฉันพยายามจัดการเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัวอย่างดีที่สุดเสมอ				
22	เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันมักไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้หรือไม่				
23	ฉันสามารถให้คำปรึกษากับสมาชิก ครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจของ ครอบครัวได้				
24	ฉันมีความจริงใจ และซื่อสัตย์กับสมาชิก ครอบครัว				
25	ฉันรู้สึกเป็นอิสระที่จะแสดงความคิดเห็น ของฉันกับสมาชิกในครอบครัว				
26	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัว กังวลหรือกำลังมีปัญหา				
27	ฉันมักออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติตามคำสั่งฉันได้				
28	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคน ในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้บอกก็ตาม				
29	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกใน ครอบครัวของฉัน				

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
27	ฉันมักออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งฉันได้				
28	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้บอกก็ตาม				
29	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกในครอบครัวของฉัน				
30	บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์และความรู้สึก				
31	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของฉันใช้วิธีพูดคุยและโอบกอดให้กำลังใจกันเสมอ				

ภาคผนวก จ

ตารางโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

รายละเอียดโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

โปรแกรมการศึกษาคอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและโปรแกรมการศึกษาคอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา
1	การปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และเรียนรู้ ครอบครัว	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวตลอดจนสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการศึกษาคอบครัว</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาคอบครัวรวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง การรักษาความลับ ตลอดจนระยะเวลาสถานที่ ในการให้การศึกษาคอบครัว</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ครอบครัวจากการทำแผนที่ครอบครัว</p> <p>4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความคิด ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวบรวมและสำรวจปัญหาของครอบครัว</p>	<p>เทคนิคการศึกษาเบื้องต้นได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้คำถามปลายเปิด - การฟังอย่างใส่ใจ - การเงียบ - การทวนความ - การสะท้อนความรู้สึก - การให้กำลังใจ - การสรุปความ <p>การศึกษาคอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำแผนที่ครอบครัว (Family mapping) - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Joining) ด้วยวิธีการ - การติดตามร่องรอย (Tracking) <p>การศึกษาคอบครัวทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัส โดยใช้คำถามบอกระดับ (Scaling question)</p>

โปรแกรมการปรึกษาคอรัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและโปรแกรมการปรึกษาคอรัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
2	เรียนรู้ความเชื่อคอรัว	เพื่อเรียนรู้ความเชื่อของคอรัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้นและการปรึกษาคอรัวทฤษฎีโครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของคอรัว (Joining) ด้วยวิธีการ - การติดตามร่องรอย (Tracking), การให้การสนับสนุนหรือยืนยัน (Confirmatory) - การปรึกษาคอรัวทฤษฎีโซลูชั่น โฟกัส โดยคำถามบอกระดับ (Scaling question)
3	ความเชื่อเปลี่ยนแปลงคอรัวเปลี่ยนแปลง	เพื่อพัฒนาการคืนสภาพคอรัวในคอรัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความเชื่อของสมาชิกคอรัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น การปรึกษาคอรัวทฤษฎีโครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของคอรัว (Joining) ด้วยวิธีการ - การติดตามร่องรอย (Tracking), การให้การสนับสนุนหรือยืนยัน (Confirmatory) และการเอื้ออำนวยให้ความสะดวก การแสดงบทบาท (Enactment) การมองภาพใหม่หรือมองในกรอบใหม่ (Reframing) - เทคนิคการฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการปรึกษาคอรัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและโปรแกรมการปรึกษาคอรัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
4	เรียนรู้การจัดการของสมาชิกคอรัว	เพื่อเรียนรู้การจัดการภายในคอรัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น การปรึกษาคอรัวทฤษฎีโครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสังเกตและการตั้งคำถาม เพื่อประเมินปฏิสัมพันธ์ (Interaction), กำลังเกิดอะไรขึ้นกับคอรัวทั้งคอรัว และสภาพการณ์ใหม่ (Context) - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของคอรัว (Joining) ด้วยวิธีการติดตามร่องรอย (Tracking), การให้การสนับสนุนหรือยืนยัน (Confirmatory) การแสดงบทบาท (Enactment) การมองภาพใหม่ (Reframing)
5	คอรัวเราจัดการได้	เพื่อพัฒนาการคืนสภาพคอรัวในคอรัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการจัดการภายในคอรัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น การปรึกษาคอรัวทฤษฎีโครงสร้าง โดยใช้เทคนิคการแสดงบทบาท (Enactment) และการสนับสนุนยืนยัน การปรึกษาคอรัวแนวพฤติกรรมนิยม ได้แก่ เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) การปรึกษาคอรัวทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัส คือ คำถามบอกระดับ (Scaling question)</p>

โปรแกรมการศึกษาคอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและโปรแกรมการปรึกษาคอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา
6	เรียนรู้การสื่อสารในครอบครัว	เพื่อเรียนรู้การสื่อสารของครอบครัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น การศึกษาคอบครัวทฤษฎี โครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Joining) - การแสดงบทบาท (Enactment) - การมองภาพใหม่ (Reframing)
7	สื่อสารด้วยหัวใจ	เพื่อพัฒนาการกินสภาพครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการจัดการภายในครอบครัว	<p>เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น การศึกษาคอบครัวทฤษฎี โครงสร้าง โดยใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Joining) - การสื่อสารในครอบครัวตามทฤษฎีประสบการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม <p>การศึกษาคอบครัวทฤษฎี โซลูชันโฟกัสได้แก่ คำถามบอกระดับ (Scaling question)</p>

โปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการศึกษา

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทักษะและโปรแกรมการศึกษา ครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎี และเทคนิคการศึกษา
8	สรุปการศึกษา ครอบครัว และยุติ การให้การศึกษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสรุปการให้การ ศึกษารอบครัว เพื่อ พัฒนาการคืนสภาพ ครอบครัวในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยุติการศึกษา 2. เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย 3. เพื่อประเมินผลการ ศึกษารอบครัว 	<p>เทคนิคการศึกษารอบครัว ทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ การให้ การสนับสนุนยืนยัน (Confirmatory) เทคนิคการศึกษารอบครัว ครอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยม และมนุษยนิยม ได้แก่ เทคนิค การสัมผัส (touch) การศึกษารอบครัวทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส ได้แก่ เทคนิคคำถาม ปาฏิหาริย์ (Miracle question)</p>

รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาครอบคุณเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค การปรึกษาต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 1

เรื่อง การปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ และและเรียนรู้ครอบครัว

เวลา 45-60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การปฐมนิเทศในครั้งแรกนี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการรับการปรึกษาครอบคุณ โดยผู้วิจัยจะอธิบายด้วยคำสั้น ๆ ง่ายแก่การเข้าใจ รวมทั้งบทบาท หน้าที่ กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง ประโยชน์ที่สมาชิกครอบครัวจะได้รับตลอดจนระยะเวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครอบคุณ และเน้นให้สมาชิกครอบครัวสบายใจว่าทุกเรื่องที่พูดคุยกันระหว่างการให้การปรึกษาจะเป็นความลับ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจ แล้วสนับสนุนให้ผู้พูดเรื่องราวของตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญให้การวางแผนให้การปรึกษารั้งต่อไป

กระบวนการของสัมพันธภาพ เริ่มต้นจากการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการปรึกษา โดยการปฐมนิเทศนี้เพื่อนำไปสู่การทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยต่อกัน ภายใต้บรรยากาศที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น เป็นมิตร ความจริงใจ ความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และรูปแบบการทำกิจกรรมระหว่างการปรึกษาครอบคุณ

การศึกษาสภาพปัญหาของครอบครัว มีความสำคัญมาก เนื่องจากบริบทของครอบครัว แต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน การที่จะสามารถเรียนรู้ครอบครัวได้นั้น ผู้วิจัยจะต้องศึกษาสภาพปัญหาของครอบครัว ว่าการที่สมาชิกครอบครัวมีความตระหนัก รับรู้ต่อสถานการณ์ ปัญหา และทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่ามีความหมาย และผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไร รวมทั้งยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด ย่อมเป็นตัวชี้ทำให้เกิดพฤติกรรมตามความเชื่อของสมาชิกครอบครัว เกิดการปรับตัว รวมทั้งผลักดันให้สมาชิกครอบครัวแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อนั้น เช่น อาจรับรู้ว่าสภาพปัญหาของครอบครัวมีความสำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันของสมาชิกครอบครัวทุกคน เพื่อที่จะผ่านไปให้ได้ หรือตระหนักว่าปัญหารั้งนี้ทำให้ครอบครัวพังทลาย จนไม่สามารถผ่านวิกฤติของครอบครัวไปได้ สมาชิกครอบครัวอาจจะท้อแท้ สิ้นหวังตามมา ซึ่ง

การแสดงออกของสมาชิกครอบครัวเปรียบเสมือนการปรับตัวของครอบครัวว่าสำเร็จหรือไม่ เรียนรู้ครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการใช้เทคนิคการศึกษาประวัติของครอบครัว โดยการทำแผนที่ครอบครัว (Family mapping) ซึ่งเป็นแผนผังที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความคิด ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวบรวมและสำรวจปัญหาของครอบครัว ที่ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัว 3 รุ่น คือ รุ่นปัจจุบัน รุ่นบิดามารดา และรุ่นปู่ย่าตายายของสมาชิกครอบครัวซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากครอบครัวเป็นกลยุทธ์ในการปรับโครงสร้างของครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาว่าระบบย่อยใดในครอบครัวที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน และพิจารณาแนวทางช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการวางแผนการให้การปรึกษาครั้งต่อไป ตลอดจนทำให้วิจัยได้พัฒนาการเข้าถึงสมาชิกครอบครัวแต่ละคนสามารถเข้าใจ และช่วยเหลือครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2555)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวตลอดจนสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองในการปรึกษาครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์ในการปรึกษาครอบครัว รวมทั้งบทบาท หน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง การรักษาความลับ ตลอดจนระยะเวลา สถานที่ ในการปรึกษาครอบครัว
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ครอบครัวจากการทำแผนที่ครอบครัว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความคิด ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวบรวมและสำรวจปัญหาของครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. ตารางกำหนดการ สถานที่ให้การปรึกษาครอบครัว
2. อุปกรณ์บันทึกเสียง
3. กระดาษ A4 จำนวน 2 แผ่น
4. ใบงานที่ 1 “พลังที่ได้รับวันนี้”
5. ปากกาเมจิก (กละสี) 12 ด้าม จำนวน 2 ชุด
6. กระดาษบันทึก และปากกาถูกดื่น

วิธีดำเนินการ

ในการให้การปรึกษารอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และพูดคุยเพื่อสร้างสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายด้วยการใช้ถ้อยคำที่เป็นกันเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวที่เข้ารับการปรึกษาได้แนะนำตนเอง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรับการปรึกษารอบครัว รวมทั้งบทบาท หน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง และแจ้งกำหนดการปรึกษาทั้งหมดจำนวน 8 ครั้ง โดยให้การปรึกษารอบครัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 10.00-11.00 น. หรือ 14.00-15.00 น. ณ ห้องประชุมคลินิกประกันสังคมชั้น 1 อาคารอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธโสธร ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการปรึกษารอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการรักษาเรื่องที่สนทนาเป็นความลับ ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกครอบครัวไว้วางใจ เปิดใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามกรณีมีข้อสงสัย

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรม “ของที่มีค่า” เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกครอบครัว ศึกษา และเรียนรู้ครอบครัว โดยผู้วิจัยบูรณาการใช้เทคนิคการปรึกษารอบครัว ทฤษฎีโครงสร้างซึ่งได้แก่ เทคนิคการศึกษาประวัติของครอบครัว โดยการทำความเข้าใจครอบครัว (Family mapping) ร่วมในกิจกรรม “ของที่มีค่า” ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจข้อมูลของครอบครัว และนำมาใช้พิจารณาแนวทางช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการวางแผนการให้การปรึกษาครั้งต่อไป และสามารถเข้าใจ ในการช่วยเหลือครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น โดยดำเนินกิจกรรม “ของที่มีค่า” ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยขอให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนนำของที่มีค่าในครอบครัวที่สามารถแทนค่าสมาชิกครอบครัวได้ ที่ได้เตรียมมาแล้ว คนละ 1 ชิ้น ออกมาแสดง และขอให้สมาชิกครอบครัวเล่าครั้งละ 1 คน โดยขอให้ผู้รับการปรึกษาเล่า ซึ่งผู้วิจัยใช้ผู้วิจัยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning) เพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการของการปรึกษาดำเนินไปอย่างคล่องตัว รวมทั้งได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยใช้คำถามปลายเปิด ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจตนเองได้เข้าใจเรื่องราวตนเอง พร้อมทั้งจะคิดหาเหตุผล และรู้สึกเป็นอิสระที่จะตอบคำถาม ผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิกครอบครัว ดังนี้

1.1.1 เพราะอะไรคุณถึงเลือกของชิ้นนี้

1.1.2 ของที่ได้เตรียมมามีค่าในครอบครัวอย่างไร

1.1.3 ถ้าสมมติว่าเปรียบของที่มีค่าชิ้นนี้กับบุคคลในครอบครัว คุณจะแทนค่าของชิ้นนี้ด้วยใคร บุคคลนี้มีความสัมพันธ์อย่างไรกับคุณ คุณรู้สึกอย่างไรกับบุคคลนั้น และเพราะอะไรคุณถึงรู้สึกเช่นนั้น ขอให้อธิบายเพิ่มเติม

ผู้วิจัยจะใช้คำถามเพื่อให้ได้ประวัติของครอบครัวเพิ่มเติม จากดำเนินกิจกรรม “ของที่มีค่า” ซึ่งจะครอบคลุมรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบิดามารดา ปู่ย่าตายาย พี่น้องของสมาชิกครอบครัว เช่น ชื่อ อายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา งานอดิเรก จำนวนบุตรธิดา สัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และความรู้สึกที่แต่ละบุคคลมีต่อกัน ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ตลอดจนความห่างเหินระหว่างสมาชิก ตลอดจนเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของสมาชิกแต่ละคน และบูรณาการใช้เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิคการติดตามร่องรอย (Tracking) โดยผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสิน ในเนื้อหาสาระที่สมาชิกครอบครัวนำเสนอว่าถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดี โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ทราบสาระหรือแก่นชีวิตของครอบครัว (Family life themes) ค่านิยม เหตุการณ์สำคัญ ๆ ของครอบครัว

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการติดตามร่องรอยมาเป็นแนวทางในการนำมาปรับสมมุติฐานของเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ให้ชัดเจน สอดคล้องกับการแก้ปัญหาในครอบครัวได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวปรึกษาประเมินความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวในกิจกรรม “พลังจากการปรึกษา” ผ่านกิจกรรม “พลังที่ได้รับวันนี้” โดยมีเส้นตรงที่แบ่งช่องที่เท่ากันจำนวน 10 ช่อง ทุก ๆ 1 ช่อง ผู้วิจัยจะขีด และให้ตัวเลขด้านล่างของเส้น 1, 2, 3,.....,9, 10 โดยที่ซ้ายมือสุดของเส้นตรง จะเป็นใบหน้าไม่มีความสุข และขวามือสุดของเส้นตรง จะเป็นใบหน้ายิ้มแย้ม และให้สมาชิกครอบครัวทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรงโดยผู้วิจัยกำหนดให้ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้มีคะแนน 0 – 10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจเลย ซึ่งแสดงด้วยใบหน้าบึ้ง และ 10 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด แสดงด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาประเมินการรับรู้ความรู้สึกของตนเองต่อเรื่องราวของตนเอง

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 ความต้องการ ความคาดหวัง และพลังจากการปรึกษาในการเข้าร่วมการปรึกษาคครอบครัว

1.2 วัตถุประสงค์ในการรับการปรึกษาคครอบครัว รวมทั้งบทบาท หน้าที่ของผู้วิจัย และสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง การรักษาความลับ ตลอดจนระยะเวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาคครอบครัว

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรึกษาคครอบครัว

1.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปเกี่ยวกับข้อมูลของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการเข้าร่วมการปรึกษาคครอบครัวทั้งผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวช่วยกันสรุปประเด็นที่ได้สนทนาไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการปรึกษาคครอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการปรึกษาคครอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว จากดำเนินกิจกรรม “ของที่มีค่า” และศึกษาประวัติของครอบครัว โดยการทำแผนที่ครอบครัว (Family mapping)

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการให้การปรึกษาคครอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการรับการปรึกษาคครอบครัว รวมทั้งบทบาท หน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว กำหนดกฎ ระเบียบ ข้อตกลง การรักษาความลับ

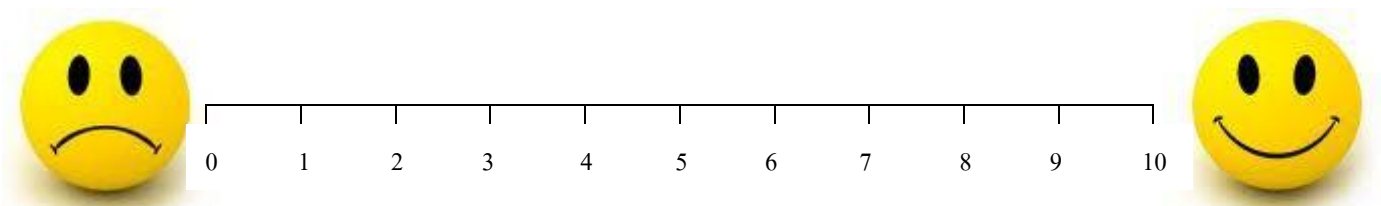
และประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรึกษาครอบครัว โดยการตอบคำถามของสมาชิกอย่างถูกต้อง
ชัดเจน ตรงประเด็น

3. ผู้วิจัยประเมินความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวใน “พลังที่ได้รับวันนี้” จากการให้
คะแนนของสมาชิกครอบครัว

4. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว จาก
ดำเนินกิจกรรม “ของที่มีค่า” และศึกษาประวัติของครอบครัว โดยการทำแผนที่ครอบครัว
(Family mapping)

ใบงานที่ 1
“พลังที่ได้รับวันนี้”

คำชี้แจง ให้ผู้รับการปรึกษาทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรง ที่ตรงกับความรู้สึกของผู้รับ
การปรึกษามากที่สุด เพื่อสื่อสารถึงความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวใน
การร่วมกิจกรรมครั้งนี้



**รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาครอกวีเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
การปรึกษาต่อการคืนสภาพครอกวีในครอกวีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งที่ 2**

เรื่อง เรียนรู้ความ เชื่อครอกวี

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

วิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นในครอกวีล้วนมีความหมายทุกเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การที่สมาชิกผู้นำครอกวีเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ซึ่งอาจมีความร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ภายใต้อาการวิกฤตินี้ถ้าสมาชิกครอกวีมีความคิด ความเชื่อ ตลอดจนมุมมองที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริงแล้ว จะส่งผลให้สมาชิกครอกวีมีการปรับเป้าหมายของครอกวีไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอกวี และยอมรับต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับหัวหน้าครอกวีได้ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ทำให้เกิดสมาชิกครอกวีเกิดพฤติกรรมตามความเชื่อที่เหมาะสม

การเรียนรู้ครอกวีร่วมกันกับสมาชิกครอกวี ว่าสมาชิกครอกวีมีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอกวีอย่างไร ครอกวีสามารถที่จะผ่านปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ความเชื่อของสมาชิกครอกวีจะสามารถบอกได้ถึงการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอกวี การที่สมาชิกในครอกวีมีมุมมองต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอกวี ว่าเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ และเป็นความท้าทาย ที่จะทำให้ครอกวีสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอกวีได้ ถ้าสมาชิกครอกวีร่วมมือร่วมใจกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อเรียนรู้ความเชื่อของครอกวี

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
3. ใบงานที่ 1 “วงล้อความเชื่อ” และตัวหนีบไม้

วิธีดำเนินการ

ในการปรึกษารอบคร้วครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่น ใ่วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษารั้งที่ 1 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการปรึกษารอบคร้วที่ 2

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วได้ผ่อนคลายภายใต้บรรยากาศที่สงบ เพื่อเป็นการเข้าสู่การเรียนรู้ความเชื่อรอบคร้วที่มีประสิทธิภาพดี ผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วแต่ละคนนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ถอดรองเท้า และผู้วิจัยบูรณาการใช้เทคนิคการฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพ ก่อนเริ่มการปรึกษารอบคร้วในครั้งที่ 3 นี้ เพื่อสอนให้สมาชิกรอบคร้วได้เรียนรู้การหายใจที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า และพร้อมสำหรับการปรึกษารอบคร้วในครั้งที่ 2 ตลอดจนแนะนำให้สมาชิกรอบคร้วลองฝึกเป็นประจำทุกวัน จนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายพร้อมสำหรับภารกิจต่าง ๆ ในแต่ละวันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธีฝึกมีดังนี้

1.1 เอามือวางไว้ที่หน้าท้อง เพื่อสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก

1.2 การหายใจเข้า ให้หายใจลึกๆ และช้า ๆ กลั้นไว้ชั่วครู่ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก

1.3 เมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง

1.4 ให้สมาชิกรอบคร้วฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ 10 รอบ

2. ผู้วิจัยแจก ใบงานที่ 2 แก่สมาชิกรอบคร้วคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกรอบคร้วร่วมทำกิจกรรม “วงล้อความเชื่อ” โดยผู้วิจัยให้เวลากับสมาชิกรอบคร้วพิจารณาภาพวงล้อความเชื่อในใบงานที่ 2 และให้สมาชิกรอบคร้วได้มีเวลาสำรวจของตนเอง โดยให้เวลาสมาชิกรอบคร้วคนละ 1 นาที เมื่อครบเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยให้คำสั่งแก่สมาชิกรอบคร้ว ดังนี้

2.1 ขอให้สมาชิกรอบคร้วเลือกความเชื่อในวงล้อของตนเอง 1 ช่อง ที่ตรงกับความเชื่อของตนเองมากที่สุด และใช้ตัวหนีบไม้หนีบบวกล้อให้ตรงกับช่องที่ได้เลือกไว้ ผู้วิจัยขอให้ผู้รับการปรึกษาเล่าที่ละคน โดยผู้วิจัยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning) เพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการของการปรึกษาดำเนินไปอย่างคล่องตัว รวมทั้งได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกรอบคร้วได้สำรวจตนเอง

ได้เข้าใจเรื่องราวตนเอง พร้อมทั้งจะคิดหาเหตุผล และรู้สึกเป็นอิสระที่จะตอบคำถาม ผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิกครอบครัว ดังนี้

2.2 เพราะอะไรคุณถึงเลือกวงล้อความเชื่อนี้

2.3 ความเชื่อนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคุณอย่างไร

2.4 คุณรู้สึกอย่างไรต่อความเชื่อนี้

2.5 คุณรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์บางเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นผลมาจากคุณมีความเชื่ออย่างนี้

2.6 คุณได้เรียนรู้ความเชื่อของคุณอย่างไร

โดย ผู้วิจัยบูรณาการใช้เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้างซึ่งได้แก่ เทคนิคการติดตามร่องรอย (Tracking) โดยผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสินในเนื้อหาสาระที่สมาชิกครอบครัวนำเสนอ

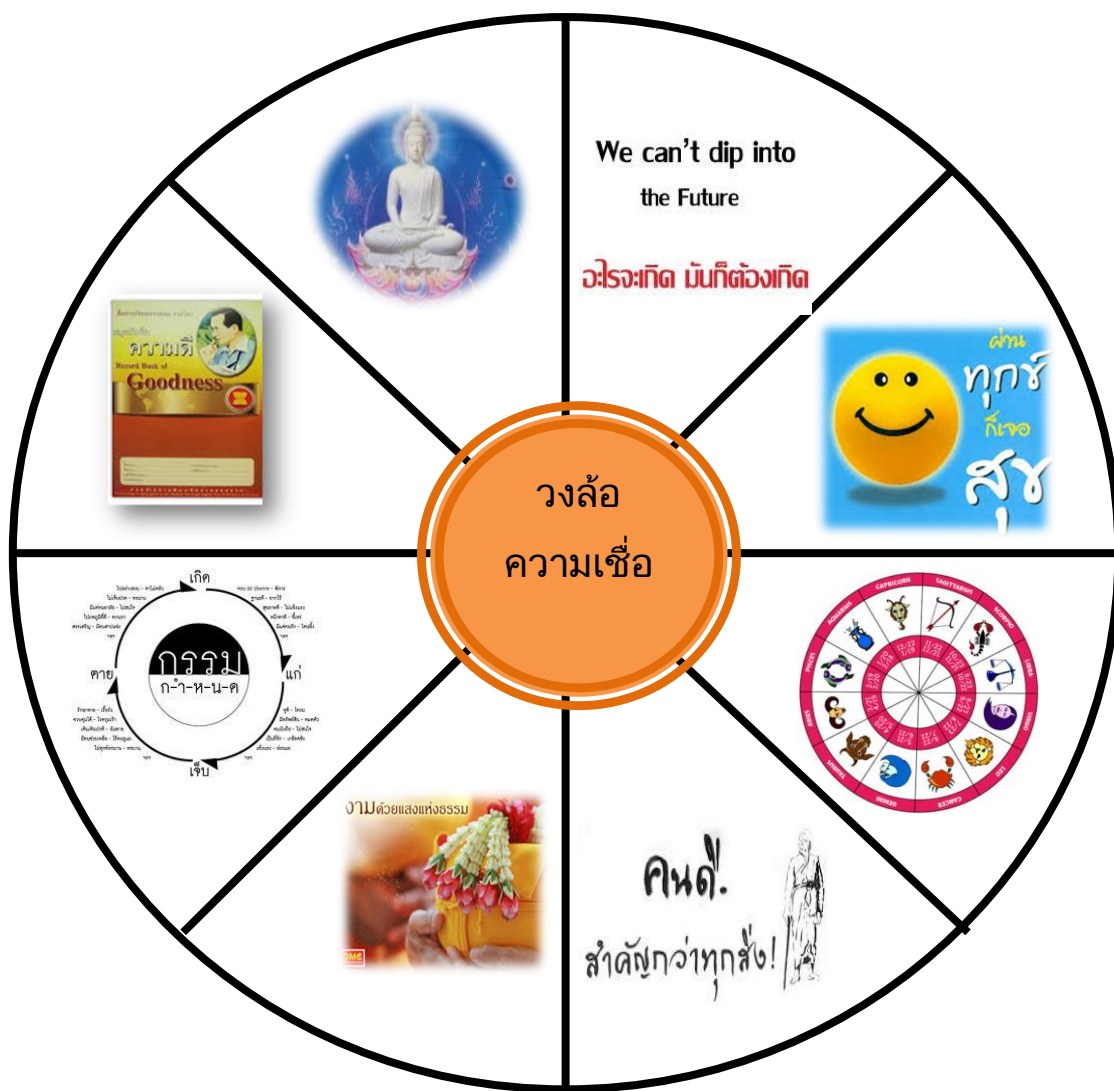
ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปเกี่ยวกับความเชื่อของสมาชิกครอบครัว ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความเชื่อของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ผู้วิจัยสรุปเพื่อประโยชน์ให้สมาชิกครอบครัวได้ทบทวนความเชื่อของตนเอง
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อกิจกรรมทั้ง 2 กิจกรรม
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินความเชื่อของสมาชิกครอบครัว ทั้งจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากร่วมทำกิจกรรม “วงล้อความเชื่อ”

ใบงานที่ 2 “วงล้อความเชื่อ”



**รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาครอบคุณเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
การปรึกษาต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งที่ 3**

เรื่อง ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ครอบครัวร่วมกันกับสมาชิกครอบครัว ว่าสมาชิกครอบครัวมีความเชื่ออย่างไร จะทำให้บอกได้ถึงการที่สมาชิกครอบครัวมีมุมมองต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นอย่างไร จากการเรียนรู้ครอบครัว ถ้าครอบครัวเชื่อว่าสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ และปรับเปลี่ยนเป็นความท้าทายที่จะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น สมาชิกครอบครัวจะมีความร่วมมือร่วมใจกัน เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระวังอุบัติเหตุ ประคับประคองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัวจึงสามารถปรับตัว และคืนสภาพครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อเรื่องของโชคชะตา บุญ-กรรม จึงอาจได้กระทำแต่รอเวลาที่จะหมดทุกข์ โดยไม่ขวนขวาย ไม่พยายาม ในขณะที่เดียวกันถ้าหัวหน้าครอบครัวมีความพิการคงเหลือ จนอาจเป็นสาเหตุให้ออกจากงาน จนกลายเป็นภาระในการดูแลอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อการพังทลายของครอบครัวตามมา เช่นเดียวกัน

การที่สมาชิกครอบครัวมีความเชื่อในศักยภาพ และพลังของครอบครัวว่า “ถ้าสมาชิกครอบครัว จับมือกัน ร่วมกันเผชิญปัญหา จะทำให้ครอบครัวสามารถส่งผ่านพลังที่เข้มแข็งจนผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้” จึงอาจกล่าวได้ว่าวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจึงมีความหมาย ช่วยหล่อหลอมการแบ่งปัน การร่วมมือ การได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของความรักของกันและกันในครอบครัว การปลอบปลอบประโลม การพ้องถ้อยความรู้สึกที่เกิดขึ้นแก่กันและกัน ได้ปลุกพลังความเชื่อมั่นศักยภาพของครอบครัวว่า แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางอุปสรรคที่ไม่อาจแก้ไขได้ แต่สมาชิกครอบครัวยังคงมีความเชื่อ มีโอกาสเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงและสามารถเติบโต ตลอดจนสามารถผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้

ดังอาจสรุปได้ว่าภายใต้ภาวะวิกฤตินี้ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อ ตลอดจนมุมมองที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริงแล้ว จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการปรับเป้าหมายของ

ครอบครัวไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว และยอมรับต่อภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับหัวหน้าครอบครัวได้ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ทำให้เกิดสมาชิกครอบครัวเกิดพฤติกรรมตามความเชื่อที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความเชื่อของสมาชิกครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
3. ใบงานที่ 4 “ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน”

วิธีดำเนินการ

ในการปรึกษาครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่นไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษาครั้งที่ 2 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการปรึกษาครอบครัวครั้งที่ 3

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ผ่อนคลายภายใต้บรรยากาศที่สงบ เพื่อเป็นการเข้าสู่อารมณ์ความรู้สึกของครอบครัว และนำไปสู่การเปลี่ยนความเชื่อครอบครัว ตลอดจนการส่งผลสืบเนื่องให้การคืนสภาพครอบครัวมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนนั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ถอดรองเท้า และทบทวนเทคนิคการฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพก่อนเริ่มการปรึกษาครอบครัวในครั้งที่ 3 เป็นเวลา 5 นาที
2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 3 “ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน” แก่สมาชิกครอบครัวคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรม “ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน” โดยผู้วิจัยให้เวลากับสมาชิกครอบครัวได้สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ผ่านความเชื่อของตนเอง ว่าความเชื่อนั้นส่งผลต่อครอบครัวยามที่ครอบครัวมีความสุข และมีความทุกข์อย่างไร โดยผู้วิจัยให้เวลา

3.4 คุณ ได้เรียนรู้ความเชื่อของคุณอย่างไร มีอะไรต้องเปลี่ยนแปลง หรือต้องปรับความเชื่ออย่างไร

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปเกี่ยวกับความเชื่อระหว่างสมาชิกครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของความรัก การที่มีผู้รับฟัง ปลอบโยน ผ่องถ่ายความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้น การได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการมีกันและกันในครอบครัว ได้มีโอกาสทบทวนความรู้สึกที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัวใหม่อีกครั้งภายใต้ความสัมพันธ์ที่อาจจะเห็นห่างไปด้วยภาระหน้าที่ใด ๆ และความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความเชื่อของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ให้สมาชิกครอบครัวได้ทบทวนความเชื่อของตนเองกับครอบครัว ซึ่งช่วยให้สมาชิกครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มุมที่ไม่เคยมองมาก่อน ซึ่งจะส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวได้สมบูรณ์ขึ้น โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ การให้การสนับสนุนหรือยืนยัน (Confirmatory) โดยผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเข้าใจความรู้สึกของสมาชิกแต่ละคน ให้การสนับสนุนหรือยืนยันความเชื่อที่ถูกต้องแก่สมาชิกครอบครัว และเทคนิคการมองภาพใหม่ (Reframing) เพื่อประโยชน์ให้สมาชิกครอบครัวได้ทบทวนความเชื่อของตนเองกับครอบครัว ซึ่งช่วยให้สมาชิกครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสมาชิกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อกิจกรรม “ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน”
3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการปรึกษาครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินความเชื่อของสมาชิกครอบครัว ทั้งจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากร่วมทำกิจกรรม “ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน”

ใบงานที่ 3

ความเชื่อเปลี่ยน ครอบครัวเปลี่ยน

คำชี้แจง ให้สมาชิกครอบครัวเขียนความเชื่อที่ส่งผลต่อการแสดงออกต่อครอบครัว

1. เมื่อครอบครัวสมบูรณ์ดี มีความสุข



.....

.....

.....

.....

.....

ภาพที่ 11 ครอบครัว (ณัฐพงศ์ ช่วยพิทักษ์, 2557)

2. เมื่อครอบครัวกำลังประสบปัญหาที่สามมิ/ บิดาป่วย



.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาครอบคุณเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค การปรึกษาต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 4

เรื่อง เรียนรู้การจัดการของสมาชิกครอบครัว

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

วิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวล้วนมีความหมายทุกเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การที่สมาชิกผู้นำครอบครัวเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ซึ่งอาจมีความร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ภายใต้ภาวะวิกฤตินี้ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามัคคีกัน ไม่รักกัน จะส่งผลต่อปัญหาการจัดการภายในครอบครัวที่มีความยุ่งยาก ลำบาก ไม่สามารถผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้ จนอาจมีการล่มสลายของครอบครัวตามมา

การปรึกษาในครั้งนี้มีการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกผ่อนคลายก่อน หลังจากนั้นกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตตนเอง และครอบครัว และเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ออกมา เพื่อให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้การจัดการ และพัฒนาเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาการจัดการเพื่อคืนสภาพครอบครัว

การจัดการภายในครอบครัวที่ดี จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากจะสามารถแสดงว่าสมาชิกครอบครัวมีกลวิธีการแสดงออกต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร ดังนั้น การเรียนรู้ครอบครัวร่วมกันกับสมาชิกครอบครัว ว่าสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอย่างไร ครอบครัวสามารถที่จะผ่านปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวจะสามารถบอกได้ถึงการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวมีมุมมองต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ว่าเป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ และเป็นความท้าทาย ที่จะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้ ถ้าสมาชิกครอบครัวร่วมมือร่วมใจกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อเรียนรู้การจัดการภายในครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
3. ใบงานที่ 4 “หุ่นส่วนหัวใจ”

วิธีดำเนินการ

ในการให้การศึกษารอบคร้วครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้ผู้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่น ไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษารั้งที่ 3 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษารอบคร้วที่ 4

ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วได้ร่วมทำกิจกรรม “หุ่นส่วนหัวใจ” เพื่อศึกษาการจัดการของสมาชิกรอบคร้ว ว่าสมาชิกรอบคร้วมีทัศนคติต่อการจัดการสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับรอบคร้วอย่างไร ร่วมกับการใช้เทคนิคการให้การปรึกษาเบื้องต้น ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกับสมาชิกรอบคร้วทุกคนพร้อมกัน และผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วแต่ละคนนั่งในท่าที่สบาย ผู้วิจัยให้เวลาสมาชิกรอบคร้วคนละ 5 นาที ภาพิได้สภาพแวดล้อมที่สงบ อบอุ่น ปลอดภัย และให้สมาชิกรอบคร้วหลับตา อยู่ในเวลาที่ผ่อนคลาย เพื่อสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้แล้ว หลังจากนั้นให้สมาชิกรอบคร้วสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับรอบคร้วของตนเอง ผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วนึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบคร้ว โดยผู้วิจัยใช้คำสั่งดังต่อไปนี้

- ขอให้คุณหลับตา หายใจเข้า ออก ช้า ๆ ปล่อยตัวตามสบาย และให้นึกถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับรอบคร้วของตนเองตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีเรื่องราวต่าง ๆ มากมายเกิดขึ้น ทั้งเรื่องราวที่ทำให้คุณมีความสุข เศษ ๆ เสียใจ เศร้าใจ โกรธ เกิดอะไรขึ้นกับคุณ คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องราวต่าง ๆ เหล่านั้น เมื่อคุณนึกถึงได้แล้ว ให้ล้มตาขึ้น”

2. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 4 “หุ่นส่วนหัวใจ” แก่สมาชิกรอบคร้วคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกรอบคร้วร่วมทำกิจกรรม “หุ่นส่วนหัวใจ” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วแต่ละคนพิจารณาความเชื่อในวงล้อของตนเองที่เลือกไว้ และผู้วิจัยให้เวลารอบคร้วได้สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ

ครอบครัว ผ่านให้สมาชิกครอบครัวเขียนเหตุการณ์ที่ผู้รับการปรึกษานึกถึงทั้งหมด โดยให้เขียนแต่ละเหตุการณ์ลงใน ใบงานที่ 4 โดยผู้วิจัยใช้คำสั่งดังต่อไปนี้

รูปหัวใจนี้เป็นตัวแทนของเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของคุณ ให้คุณเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ลงในรูปหัวใจนี้ เพื่อแสดงว่าภายในหัวใจของคุณมีเรื่องราวใด ๆ เป็นหุ่นส่วนอยู่บ้าง หุ่นส่วนนี้อาจมีทั้งหุ่นส่วนที่ดี และไม่ดีปะปนอยู่ที่ทำให้คุณต้องจัดการมัน และให้คุณสามารถผ่านมันไปได้ โดยใช้ดินสอสีแบ่งพื้นที่ภายในรูปหัวใจนี้เท่าจำนวนเรื่องของคุณ ขนาดของแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับเรื่องราวนั้นมีผลกระทบต่อคุณมากน้อยเพียงใด เช่น รู้สึกเสียใจมาก จะมีขนาดพื้นที่ใหญ่ รู้สึกเสียใจเล็กน้อยจะมีขนาดพื้นที่เล็กลงมา เป็นต้น เป็นต้น และให้เลือกใช้สีตามความรู้สึกที่เป็นจริงของคุณมากที่สุด

ในขั้นตอนนี้ การเขียนเรื่องราวและระบายสี จะช่วยให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของสมาชิกครอบครัว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งได้เรียนรู้กระบวนการจัดการที่สมาชิกครอบครัวเลือกใช้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยวิเคราะห์การจัดการของสมาชิกครอบครัว และมีความสำคัญในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้สำรวจหัวใจของตนเอง ได้เข้าใจเรื่องราวตนเอง พร้อมทั้งจะค้นหาเหตุผลอย่างเป็นอิสระที่จะตอบคำถาม โดยผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิกครอบครัวทีละคน ดังนี้

- มีสักกี่เรื่องที่อยู่ในหุ่นส่วนหัวใจคุณ และมีเรื่องอะไรบ้าง
- เรื่องที่กินเนื้อที่ในหัวใจของคุณมากที่สุดในปัจจุบันคือเรื่องใด
- เพราะอะไรคุณถึงให้พื้นที่ในหัวใจมากที่สุด และเรื่องที่ทำให้พื้นที่รองลงมา
- คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เกิดขึ้น
- คุณมีความมั่นใจแค่ไหนกับการจัดการปัญหานี้
- คุณมีประสบการณ์การจัดการกับปัญหาอย่างไร กรุณาเล่าให้ฟัง และคุณรู้สึก

อย่างไร การจัดการที่เกิดขึ้น มีเรื่องอะไรที่ต้องแก้ไข

ผู้วิจัยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning) และเทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิคการติดตามร่องรอย (Tracking) โดยผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จาก การสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสิน ในเนื้อหาสาระที่สมาชิกครอบครัวนำเสนอ ผู้วิจัยใช้การตั้งคำถามเพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการของการปรึกษาดำเนินไปอย่างคล่องตัว รวมทั้งได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ข้อมูลด้านการจัดการของสมาชิกครอบครัว และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเข้าใจถึงปัญหาของตนเองและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นการใช้คำถามปลายเปิดในการอภิปราย

ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยพบกับครอบครัวในครั้งนี้อันผู้วิจัยจะเรียนรู้การจัดการกับปัญหาครอบครัวให้ชัดเจน เพื่อวางแผนการการแก้ปัญหาในครอบครัวได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปเกี่ยวกับการจัดการปัญหาครอบครัว บทบาทของสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงการที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจัดการ วางใจซึ่งกันและกัน จะทำให้การคืนสภาพภายในครอบครัวเป็นไปได้ช้า ดังนั้นการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความร่วมมือ และความมุ่งมั่นในการผ่านอุปสรรคไปด้วยกันของสมาชิกครอบครัวต้องมีความยืดหยุ่นเปิดรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าหลังสภาวะวิกฤติครอบครัวจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้สมบูรณ์ แต่สมาชิกในครอบครัวก็สามารถรวมพลังกันต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว เรียนรู้การจัดการจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากร่วมทำไปงานที่ 4 “หุ่นส่วนหัวใจ”

ใบงานที่ 4 “หุ่นส่วนหัวใจ”

คำชี้แจง รูปหัวใจนี้เป็นตัวแทนของเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของคุณ ให้คุณเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ลงในรูปหัวใจนี้ เพื่อแสดงว่าภายในหัวใจของคุณมีเรื่องราวใด ๆ เป็นหุ่นส่วนอยู่บ้าง หุ่นส่วนนี้อาจมีทั้งหุ่นส่วนที่ดี และไม่ดีปะปนอยู่ที่ทำให้คุณต้องจัดการมัน และให้คุณสามารถผ่านมันไปได้ โดยใช้ดินสอสีแบ่งพื้นที่ภายในรูปหัวใจนี้



รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค การปรึกษาต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 5

เรื่อง ครอบครัว เราจัดการได้

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

ภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน อาจทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวล่มสลายได้ ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถจัดการ และร่วมมือร่วมใจกัน ซึ่งการคืนสภาพภายในครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้จากการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และความมุ่งมั่นในการผ่านอุปสรรคไปด้วยกันของบุคคลในครอบครัว โดยสมาชิกครอบครัวต้องมีความยืดหยุ่นเปิดรับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่เกิดขึ้น และสามารถกลับคืนสภาพภายหลังผ่านสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้ ถึงแม้ว่าหลังสภาวะวิกฤติครอบครัวจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้สมบูรณ์ แต่สมาชิกครอบครัวก็สามารถจัดระเบียบ ปรับให้เข้ากับสถานการณ์ของครอบครัวใหม่ได้ เคารพความต้องการ ความแตกต่างและขอบเขตของแต่ละคนในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวอาจจะมีรูปแบบการแก้ปัญหาซึ่งอาจแตกต่างกันภายใต้ความกดดันนั้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่บาดหมางของครอบครัวได้

การจัดการภายในครอบครัวเป็นการที่สมาชิกครอบครัวมีกลวิธีการแสดงออกต่อการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และประเด็นปัญหา สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่เกิดขึ้น ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนของทุกคนในครอบครัว เพื่อให้เกิดสมดุลทั้งหน้าที่ การงานและครอบครัว ซึ่งครอบครัวสมัยปัจจุบันมีโครงสร้างภายในครอบครัวที่มีความหลากหลาย จึงต้องมีการจัดการภายในครอบครัว รวมทั้งปรับระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อเผชิญกับความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นได้

การเน้นแนวทางในการแก้ปัญหา (Solution) ช่วยสมาชิกครอบครัวให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร และต้องการจะทำอะไร ช่วยในการกำหนดจุดมุ่งหมายของครอบครัวให้ชัดเจน ได้มองเห็นทางออก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว โดยบทบาทของผู้ให้ปรึกษาเป็นผู้ช่วยครอบครัวให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร และต้องการจะทำอะไร (เพ็ญภา กุลนภาดล, 2555)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ด้านการจัดการภายในครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
3. ใบงานที่ 5 “ปรอทจัดการ”
4. โปสเตอร์ 4 สี จำนวน 2 ชุด
5. ใบงานที่ 6 “จรรยาพุดคึก”

วิธีดำเนินการ

ในการให้การปรึกษาคณะครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้ผู้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่น
ไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษาครั้งที่ 4 และอธิบาย
วัตถุประสงค์ของการปรึกษาคณะครอบครัวครั้งที่ 5

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling Question) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรึกษาคณะครอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาประเมินการจัดการของครอบครัวต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นในครอบครัว หลังจากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้เรื่องราวและพัฒนาเป็นจุดเริ่มต้นด้านการจัดการภายในครอบครัว โดยการประเมินผ่านกิจกรรม “ปรอทจัดการ” โดยผู้วิจัยแจกใบงานที่ 5 “ปรอทจัดการ” แก่สมาชิกครอบครัวคนละ 1 แผ่น และแผ่นโปสเตอร์จำนวน 4 สี แก่สมาชิกครอบครัวคนละ 1 ชุด ให้สมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรม “ปรอทจัดการ” ซึ่งผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนพิจารณาการจัดการเรื่องที่กำลังเป็นปัญหามากที่สุดของครอบครัวซึ่งสืบเนื่องจากการทำกิจกรรม “หุ่นส่วนหัวใจ” และให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนแปะแผ่นโปสเตอร์ 1 สี ลงในส่วนของปรอทที่คิดว่าตรงกับการจัดการที่เป็นจริงมากที่สุด โดยให้สีแทนความหมายของความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดังนี้ สีเขียว เป็นการจัดการที่ผ่านไปได้อย่างดี ไม่มีปัญหา สีเหลือง เป็นการจัดการที่ขลุกขลักเล็กน้อย แต่สามารถผ่านไปได้ สีส้ม เป็นการจัดการที่แย่

และสีแดงเป็นการจัดการที่ไม่สามารถจัดการได้เลย โดยผู้วิจัยจะถามคำถามว่า

- เมื่อความทุกข์ที่เกิดขึ้นยังคงอยู่กับครอบครัวอีกซักระยะ เมื่อคุณผ่านการทบทวนถึงการจัดการในครอบครัวของคุณเอง คุณลองแปะแผ่นโพสอิท และเลือกสีของแผ่นโพสอิท แปะลงบนปรอทจัดการที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยสีเขียว แทนการจัดการที่ผ่านไปได้ด้วยดี และสีแดงเป็นการจัดการที่ไม่สามารถจัดการได้เลย

- เพราะอะไรคุณถึงคิดเช่นนั้น
- มีเรื่องอะไรอีกที่คุณคิดว่า คุณจะจัดการไม่ได้
- คุณได้เรียนรู้การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร

2. หลังจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 20 นาที ในการร่วมทำกิจกรรมแรกแล้ว ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 6 “จรรยาหยุดคิด” แก่สมาชิกครอบครัวคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรม “จรรยาหยุดคิด” โดยผู้วิจัยจะสอนวิธีการจัดการให้สมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดสถานการณ์ปัญหาขึ้น โดยบูรณาการเทคนิคการปรึกษาครอบครัวแนวพฤติกรรมนิยม ได้แก่ เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ ในการยับยั้งความคิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างได้ผล ซึ่งเรื่องบางเรื่องยังไม่สามารถจัดการได้ โดยให้กระทำทันทีที่สมาชิกครอบครัวกำลังคิดถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวที่กำลังกังวลอยู่ แต่ยังไม่มียุติการจัดการที่ดี โดยผู้วิจัยจะสอนสมาชิกครอบครัวดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวดูใบงาน “จรรยาหยุดคิด” และอธิบายว่า

เมื่อความทุกข์หรือปัญหาเกิดขึ้น และยังคงอยู่กับครอบครัวอีกซักระยะ โดยยังหาทางออกไม่ได้ แต่ครอบครัวคุณยังคงต้องเดินหน้าต่อไป เปรียบเหมือนสัญญาณจราจร ซึ่งมีสีเขียว แสดงถึง ไปได้ สีเหลือง แสดงถึง เฝ้าระวังเพื่อหยุด และสีแดง ต้องหยุดก่อน ดังนั้นในช่วงชีวิตเราก็เช่นเดียวกัน ยามที่คุณเกิดปัญหาใด ๆ ก็ตามขอให้คุณหยุดเพื่อให้มีสติคิดหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยสมาชิกครอบครัวต้องช่วยกันสรุปให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร (หยุด) และต้องการจะทำอะไร (คิด) ช่วยในการกำหนดจุดมุ่งหมายของครอบครัวให้ชัดเจน ได้มองหาทางออก คุณจะช่วยในการดูแลครอบครัวอย่างไรบ้าง

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิคการแสดงบทบาท (Enactment) โดยให้สมาชิกครอบครัวได้นำสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัว มาแสดงให้เห็นจริงในชั่วโมงบำบัด เพื่อให้ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรม ท่าทาง คำพูด การแสดงออกถึงความรับผิดชอบ และในขณะเดียวกันผู้รับการปรึกษาก็จะเรียนรู้ถึงความรู้สึกและท่าทางของตนเองด้วย ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยพบกับครอบครัวในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้ข้อมูลในการจัดการกับ

ปัญหาของสมาชิกครอบครัวผ่านกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดการการแก้ปัญหาในครอบครัวได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น ภายหลังจากการนำเสนอการนำ ผู้วิจัยจะถามสมาชิกครอบครัวดังนี้

- คุณสามารถใช้ประโยชน์ของ ใบบงาน “จรรยาหยุดคิด” ในชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร

- เทคนิคนี้ช่วยให้คุณจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างไร
- คุณรู้สึกอย่างไรกับการฝึกครั้งนี้ เพราะอะไร
- คุณได้เรียนรู้การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิคการให้การสนับสนุนยืนยัน (Confirmatory) เป็นวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษารอบครัวแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้การปรึกษารอบครัวเข้าใจถึงความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน โดยการสะท้อนความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกมาอย่างเปิดเผยและไม่เปิดเผย ตลอดจนการให้การสนับสนุนและชมเชยในข้อดี และความสามารถของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่สามารถทำให้ครอบครัวเกิดการปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยพบกับครอบครัวในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะปรับความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาครอบครัวให้ชัดเจน สอดคล้องกับการแก้ปัญหาในครอบครัวได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปเกี่ยวกับการจัดการปัญหาครอบครัว ด้วยความมุ่งมั่นในการผ่านอุปสรรคไปด้วยกันของสมาชิกครอบครัว ที่มีความยืดหยุ่น และเปิดรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าหลังสภาวะวิกฤติครอบครัวจะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้สมบูรณ์ แต่ก็ให้ความมั่นใจกับสมาชิกครอบครัว ซึ่งสามารถรวมพลังกันต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษารอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

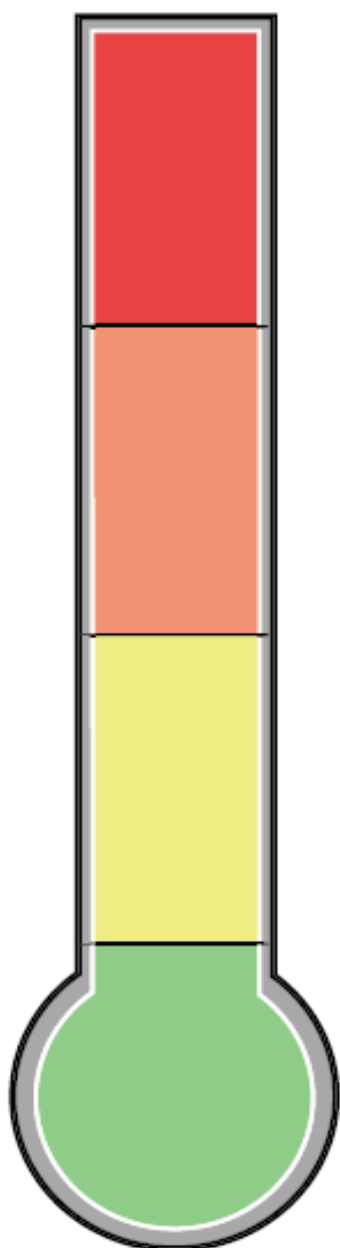
1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการปรึกษารอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว การจัดการของครอบครัว ทั้งจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากร่วมทำกิจกรรม “ปรอหดจัดการ” และกิจกรรม “จรรยาหยุดคิด”

ใบงานที่ 5


“ปรอทจัดการ”

คำชี้แจง เมื่อความทุกข์ที่เกิดขึ้นยังคงอยู่กับครอบครัวอีกสักระยะ เมื่อคุณผ่านการทบทวนถึง การจัดการในครอบครัวของคุณเอง คุณลองแปะแผ่น โปสอิท และเลือกสีของแผ่น โปสอิทแปะลงบนปรอทจัดการที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยสีเขียวแทน การจัดการที่ผ่านไปได้ด้วยดี สีส้มแดงเป็นการจัดการที่ไม่สามารถจัดการได้เลย




.....

.....



.....

.....



.....

.....



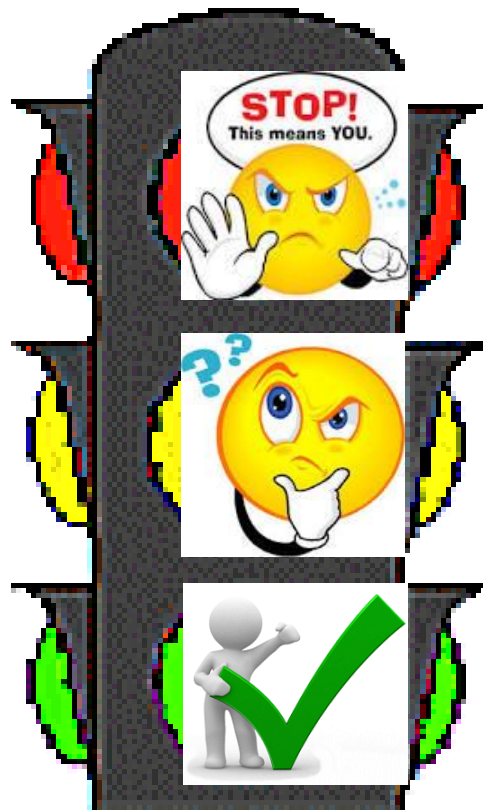
.....

.....

ใบงานที่ 6

“เมื่อทุกข์ก็สุขได้”

คำชี้แจง เมื่อความทุกข์หรือปัญหาเกิดขึ้น และยังคงอยู่กับครอบครัวอีกซักระยะโดยยังหาทางออกไม่ได้ แต่ครอบครัวคุณยังคงต้องเดินหน้าต่อไป เปรียบเหมือนสัญญาณจราจร ซึ่งมีสีเขียว แสดงถึง ไปได้ สีเหลือง แสดงถึง เฝ้าระวังเพื่อหยุด และสีแดง ต้องหยุดก่อน ดังนั้นในช่วงชีวิตเราก็เช่นเดียวกัน ยามที่คุณเกิดปัญหาใด ๆ ก็ตามขอให้คุณหยุด เพื่อให้มีสติคิดหา แนวทางในการแก้ปัญหา โดยสมาชิกครอบครัวต้องช่วยกันสรุปให้สรุปได้ว่าปัญหาคืออะไร (หยุด) และต้องการจะทำอะไร (คิด) ช่วยในการกำหนดจุดมุ่งหมายของครอบครัวให้ชัดเจน ได้มองหาทางออก คุณจะช่วยในการดูแลครอบครัวอย่างไรบ้าง



**รายละเอียดโปรแกรมการศึกษาครบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
การปรึกษต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งที่ 6**

เรื่อง เรียนรู้การสื่อสารในครอบครัว

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การสื่อสาร เป็นที่สมาชิกครอบครัวสามารถพูดคุย บอกเล่า ส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกัน ในครอบครัวอย่างชัดเจน จะสามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้แบ่งปันความรู้สึก ความเข้าใจ ภายใต้อารมณ์วิตกกังวลและความเครียดของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดก็ตาม เช่น การที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถพูดคุยกันอย่างเปิดเผย บางครอบครัวหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกัน หรือพูดคุยกันด้วยความเจ็บปวด ซึ่งการที่การสร้างการเยียวยาโดยการปฏิเสธ ปกปิดในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จะกีดขวางการคืนสภาพครอบครัวได้อย่างไม่สมบูรณ์

ท่าทีการสื่อสาร (Communication stance) มีความสำคัญ เนื่องจากจะสามารถสะท้อนให้ครอบครัวเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความสัมพันธ์กับการสื่อสาร เพราะผู้ที่มีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีประสิทธิภาพในการสื่อสารต่ำด้วย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การพูดอ้อมค้อมไม่ชัดเจน ขาดตอน คลุมเครือ บิดเบือน ไม่เหมาะสม การกล่าวโทษผู้อื่นหรือการตำหนิการยอมรับผู้อื่นตลอดเวลาเพื่อต้องการให้เขาพอใจ การยึดติดแน่นกับกฎเกณฑ์และเหตุผลมากเกินไปโดยไม่สนใจความรู้สึกของคนอื่น การขาดความจริงจัง ไม่เข้าเรื่อง ไม่ตรงกับปัญหาการสร้างทำเป็นไม่เข้าใจ และการแก้ไขปัญหาคือการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ให้การปรึกษาจะสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวพูดจากันตรงไปตรงมาแสดงท่าทีและความรู้สึก ให้สอดคล้องกลมกลืนกันอย่างแท้จริง จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเรียนรู้ขณะสื่อสารและเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (Goldenberg & Goldenberg, 2008, p. 225-226)

การที่สมาชิกครอบครัวสามารถสื่อสารกันอย่างเปิดเผย จริงใจ จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวบางคนที่จะโศกเศร้าในความสูญเสียในสิ่งที่เกิดขึ้น ในขณะที่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวมีความพร้อมที่จะพุงครอบครัวให้คืนสภาพผ่านประสบการณ์ที่เจ็บปวดได้ ดังนั้นเมื่อครอบครัวประสบปัญหา ความทุกข์ หรืออุปสรรค จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อทำให้มีครอบครัวมีพลังกลับขึ้นมาใหม่ ซึ่ง

บ่อยครั้งสมาชิกครอบครัวถูกละเลยการแสดงออกทางอารมณ์ภายใต้สภาวะความเครียดที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลต่อการพังทลายของครอบครัวตามมา

ดังนั้น ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความชัดเจน และมีการแบ่งปันข้อมูลที่มีความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาของครอบครัว จะทำให้ครอบครัวสามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเรียนรู้การสื่อสารของครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 2 ด้าม
3. ใบงานที่ 7 “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก”

วิธีดำเนินการ

ในการให้การปรึกษาคณะครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่น ไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษาครั้งที่ 5 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการปรึกษาคณะครอบครัวครั้งที่ 6

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจก ใบงานที่ 7 “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก” และปากกาคณะ 1 ด้าม แก่สมาชิกครอบครัว แก่สมาชิกครอบครัวคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกครอบครัวร่วมทำกิจกรรม “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนพิจารณาการสื่อสารในครอบครัว ผู้วิจัยให้เวลาคณะครอบครัวได้สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และวิธีการสื่อสารที่ใช้ในครอบครัว ว่าส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวอย่างไร ทั้งในยามที่มีความสุข และครอบครัวมีความทุกข์ครอบครัวมีการสื่อสารอย่างไรอย่างไร โดยผู้วิจัยให้เวลาคณะครอบครัวคนละ 5 นาที ภายใต้อาณัติที่สงบ อบอุ่น และปลอดภัย ให้สมาชิก

ครอบครัวมีความคิดที่อิสระ ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะสามารถทบทวนการสื่อสารของตนเองอีกครั้ง ผ่านการแสดงความคิดเห็น จนเมื่อครบเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยให้คำสั่งแก่สมาชิกครอบครัว ดังนี้

ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และวิธีการสื่อสาร ที่ใช้ในครอบครัว ว่าส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวอย่างไร ทั้งในยามที่มีความสุข และครอบครัวมีความทุกข์ครอบครัวมีการสื่อสารอย่างไรอย่างไร โดยเลือกสิ่งที่ตรงกับการสื่อสาร ที่เป็นจริงที่สุดในครอบครัว

หลังจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 5 นาที ในการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และได้รำลึกถึงความเชื่อของตนเอง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนได้นำเสนอ ในกิจกรรม “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก” เพื่อให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ร่วมกันถึงการสื่อสาร ที่สมาชิกครอบครัวใช้ รวมทั้งประเด็นการสื่อสารที่สมาชิกครอบครัวค้างคาใจ และไม่ถูกต้อง

2. ผู้วิจัยเรียนรู้การสื่อสารในครอบครัว เพื่อข้อมูลที่ได้จากครอบครัวเป็นกลยุทธ์ในการปรับการสื่อสารของครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาว่าการสื่อสารใด ส่งผลให้เกิดปัญหา ในปัจจุบัน ตลอดจนทำให้ผู้วิจัยได้เข้าถึงการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ที่สอดคล้องต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และช่วยเหลือครอบครัวได้ โดยการให้ผู้วิจัยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning) และผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรึกษา ครอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาประเมินการสื่อสารของครอบครัวต่อ เรื่องราวที่เกิดขึ้นในครอบครัว หลังจากนั้นกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้เรื่องราวและพัฒนา เป็นจุดเริ่มต้นการสื่อสารภายในครอบครัว โดย “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก” และ เทคนิคการติดตามร่องรอย (Tracking) โดยผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากการสื่อสารของสมาชิก ในครอบครัว โดยไม่มีการตัดสินในเนื้อหาสาระที่สมาชิกครอบครัวนำเสนอ ผู้วิจัยใช้การตั้งคำถาม เพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการของการปรึกษาคำเนินไปอย่างคล่องตัว รวมทั้งได้ข้อมูลที่ เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยเน้นการใช้คำถามปลายเปิดในการอภิปราย ดังนี้

3 .1 การสื่อสารส่งผลต่อการแสดงออกต่อครอบครัว ในยามที่ครอบครัวมีความสุข และครอบครัวมีความทุกข์อย่างไร

3.2 คุณรู้สึกอย่างไรต่อการสื่อสารนี้

3.3 เพราะอะไรคุณถึงเลือกสี.....คุณให้ความหมายว่าอย่างไร

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปรูปแบบการสื่อสารครอบครัวและ ร่วมกัน และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงการสื่อสารของครอบครัว

ในเวลาทีครอบครัวประสบปัญหา ความทุกข์ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีครอบครัว มีพลังกลับขึ้นมาใหม่ และส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวตามมา ถึงแม้ว่าจะพบกับสภาวะ วิกฤติครอบครัวก็ตามได้

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

การประเมินผล

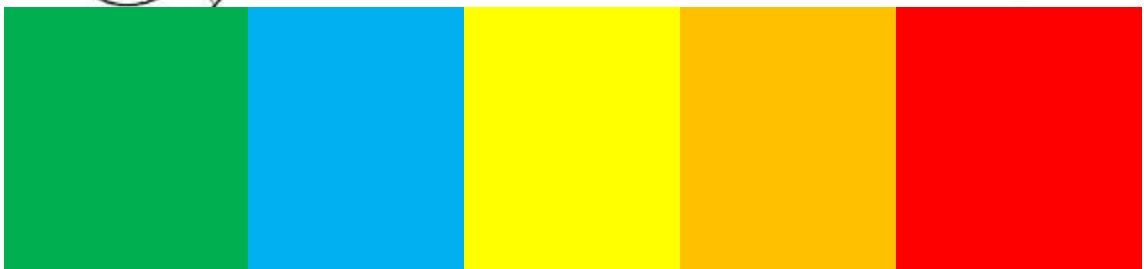
1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถาม ในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการปรึกษาครอบครัว

2. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ทั้งจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากร่วมทำกิจกรรม “การสื่อสารในครอบครัว ทำให้ฉันรู้สึก”

ใบงานที่ 7

“การสื่อสารในครอบครัว ทำให้อันารู้สึก”

คำสั่ง ให้สมาชิกครอบครัวสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และวิธีการสื่อสารที่ใช้
ในครอบครัว ว่าส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวอย่างไร ทั้งในยามที่มีความสุข
และครอบครัวมีความทุกข์ครอบครัวมีการสื่อสารอย่างไรอย่างไร โดยเลือกสีที่ตรงกับ
การสื่อสารที่เป็นจริงที่สุดในครอบครัว



รายละเอียดโปรแกรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค การปรึกษต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 7

เรื่อง สื่อสารด้วยหัวใจ

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

ในครอบครัวจะเกิดสัมพันธภาพที่ดีได้ สมาชิกครอบครัวต้องตระหนักและมีการสื่อสารกัน ทั้งภาษากายและภาษาพูดอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากการคิดบวก คิดก่อนพูด พูดทางบวก และพูดถูกกาลเทศะ ในขณะเดียวกันการสื่อสารที่ดีจะต้องเป็นการสื่อสารที่ทั้งสองฝ่ายต้องเปิดใจรับฟัง อย่างตั้งใจ มีการสอบถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพราะไม่เช่นนั้นแล้วอาจเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และอาจนำไปสู่ความขัดแย้งของครอบครัวได้ตามมา

การที่สมาชิกในครอบครัวมีการระดมความคิด ตัดสินใจ แบ่งปันการตัดสินใจ และจัดการกับสภาวะวิกฤติครอบครัวที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ หาหนทางเลือกใหม่ ๆ หรือการร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ภายใต้ภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นฟูสู่สภาพเดิมโดยมีการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ครอบครัวที่เกิดขึ้น ภายใต้การแก้ปัญหาของครอบครัว มีความจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

ดังนั้น การส่งเสริมการพัฒนาสมาชิกครอบครัวด้านการตระหนักรู้ ความรู้สึก และความต้องการของผู้อื่น ตลอดจนสามารถสื่อสารความรู้สึกและความต้องการระหว่างกันได้ อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันในครอบครัวจะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวได้มีการผนึกกำลังกัน ซึ่งสามารถส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวตามมา

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง

2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
3. ใบงานที่ 8 “สื่อสารด้วยหัวใจ”
4. แผ่นโพสอิท 4 สี จำนวน 2 ชุด

วิธีดำเนินการ

ในการปรึกษารอบคร้วครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่น ใ่วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษาครั้งที่ 6 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการปรึกษารอบคร้วครั้งที่ 7

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 8 “สื่อสารด้วยหัวใจ” แก่สมาชิกรอบคร้ว และแผ่นโพสอิท 4 สี คนละ 1 ชุด ผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วร่วมทำกิจกรรม “สื่อสารด้วยหัวใจ” โดยผู้วิจัยให้สมาชิกรอบคร้วแต่ละคน เขียนการสื่อสารในคร้วที่สมาชิกรอบคร้วต้องการลงในแผ่นโพสอิท 4 สี โดยเลือกสีตรงกับความรู้สึกมากที่สุด และแปะแผ่นโพสอิทลงบนกระดาษตำแหน่งใดก็ได้ ผู้วิจัยให้เวลาคร้วได้สำรวจการสื่อสาร และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคร้ว โดยผู้วิจัยใช้คำสั่งดังต่อไปนี้

- รูปหัวใจนี้เป็นตัวแทนของเรื่องราวการสื่อสารทั้งหมดที่เกิดขึ้นในคร้วให้คุณเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ลงแผ่นโพสอิท โดยสามารถเลือกสีได้โดยอิสระ และแปะในกระดาษแผ่นนี้ ตรงตำแหน่งไหนก็ได้ เพื่อแสดงว่าภายในหัวใจของคุณต้องการได้รับการสื่อสารแบบไหนที่จะทำให้คุณชุ่มชื่นหัวใจ ในยามที่ร่างกายเหนื่อยล้า

ในขั้นตอนนี้ การเขียนเรื่องราวและแปะลงบนกระดาษ จะช่วยให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงเรื่องราวการสื่อสารที่เกิดขึ้นกับคร้วของสมาชิกรอบคร้ว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งได้เรียนรู้กระบวนการสื่อสารที่สมาชิกรอบคร้วเลือกใช้ และสมาชิกได้สำรวจตนเอง ได้เข้าใจการสื่อสารที่สมาชิกรอบคร้วคนอื่นต้องการ พร้อมทั้งจะค้นหาเหตุผลอย่างเป็นอิสระที่จะตอบคำถาม โดยผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิกรอบคร้วทีละคน ดังนี้

- มีสีที่เรื่องที่อยู่ในแผ่นโพสอิทของคุณ และมีเรื่องอะไรบ้าง
- เรื่องที่กินเนื้อที่ในหัวใจของคุณคือเรื่องใด เพราะอะไร
- เรื่องที่กินเนื้อที่ในหัวใจของคุณคือเรื่องใด เพราะอะไร

- เพราะอะไรคุณถึงให้พื้นที่ในและนอกหัวใจ
- คุณรู้สึกอย่างไรกับการสื่อสารที่สมาชิกครอบครัวร้องขอ

ผู้วิจัยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning) เพื่อเอื้ออำนวยให้กระบวนการของการปรึกษาดำเนินไปอย่างคล่องตัว รวมทั้งได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ข้อมูลด้านการสื่อสารของสมาชิกครอบครัว และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเข้าใจถึงปัญหาของตนเอง และครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นการใช้คำถามปลายเปิดในการอภิปราย

2 . ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวตามทฤษฎีประสบการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม ในการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน บิดเบือน คลาดเคลื่อน ไม่แสดงความรู้สึกที่ชัดเจนออกมา บุคคลจะมีบทบาทอย่างไรอย่างหนึ่งเสมอ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวตามมาซึ่งบทบาทนั้นได้แก่

- 2.1 ผู้ชอบกล่าวโทษหรือตำหนิ
- 2.2 ผู้ยอมตาม
- 2.3 ผู้ขาดความจริงจัง หรือขัดคอ
- 2.4 ผู้มากด้วยเหตุผล

โดยผู้วิจัยใช้กรณีตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นรูปแบบการสื่อสารครอบครัวตาม ทฤษฎีประสบการณ์นิยมและทฤษฎีมนุษยนิยม ให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารและความเหมาะสมของการสื่อสารนั้น โดยผู้วิจัยใช้คำถามกับสมาชิกครอบครัว ดังนี้

- ขอให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสารของครอบครัวว่าเป็นอย่างไร

- มีความเหมาะสมของการสื่อสารหรือไม่อย่างไร
- ถ้าสามารถปรับการสื่อสารในครอบครัวได้คุณต้องการให้เป็นอย่างไร
- มีอะไรที่คุณอยากบอกแก่กัน

หลังจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 5 นาที ในกรณีตัวอย่างสถานการณ์ที่เป็นรูปแบบการสื่อสารครอบครัว ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนพูดคุยกันอย่างเปิดใจ โดยใช้เทคนิค การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว ของทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัว ซึ่งจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้รับรู้ความต้องการการสื่อสารของบุคคลในครอบครัว เป็นการส่งเสริมการกล้าแสดงออกทางความคิด ความเชื่อ ลดความกังวลในการปรึกษา สามารถบอกเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับครอบครัวของสมาชิก รวมทั้งประเด็นที่สมาชิกครอบครัวค้างคาใจ และส่งเสริมการสื่อสารระหว่างกัน

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิคการสนับสนุน ยืนยัน (Confirmatory) เป็นวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวเข้าใจถึงความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน โดยการสะท้อนความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกมาอย่างเปิดเผยและไม่เปิดเผย ตลอดจนการให้การสนับสนุนและชมเชยในข้อดี และความสามารถของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่สามารถทำให้ครอบครัวเกิดการปรับตัวด้านการสื่อสาร และยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปรูปแบบการสื่อสารครอบครัว และร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของครอบครัว และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงการสื่อสารของครอบครัว ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา ความทุกข์ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีครอบครัวมีพลังกลับขึ้นมาใหม่ และส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวตามมา ถึงแม้ว่าจะประสบกับสภาวะวิกฤติครอบครัวก็ตามได้
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการให้การปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

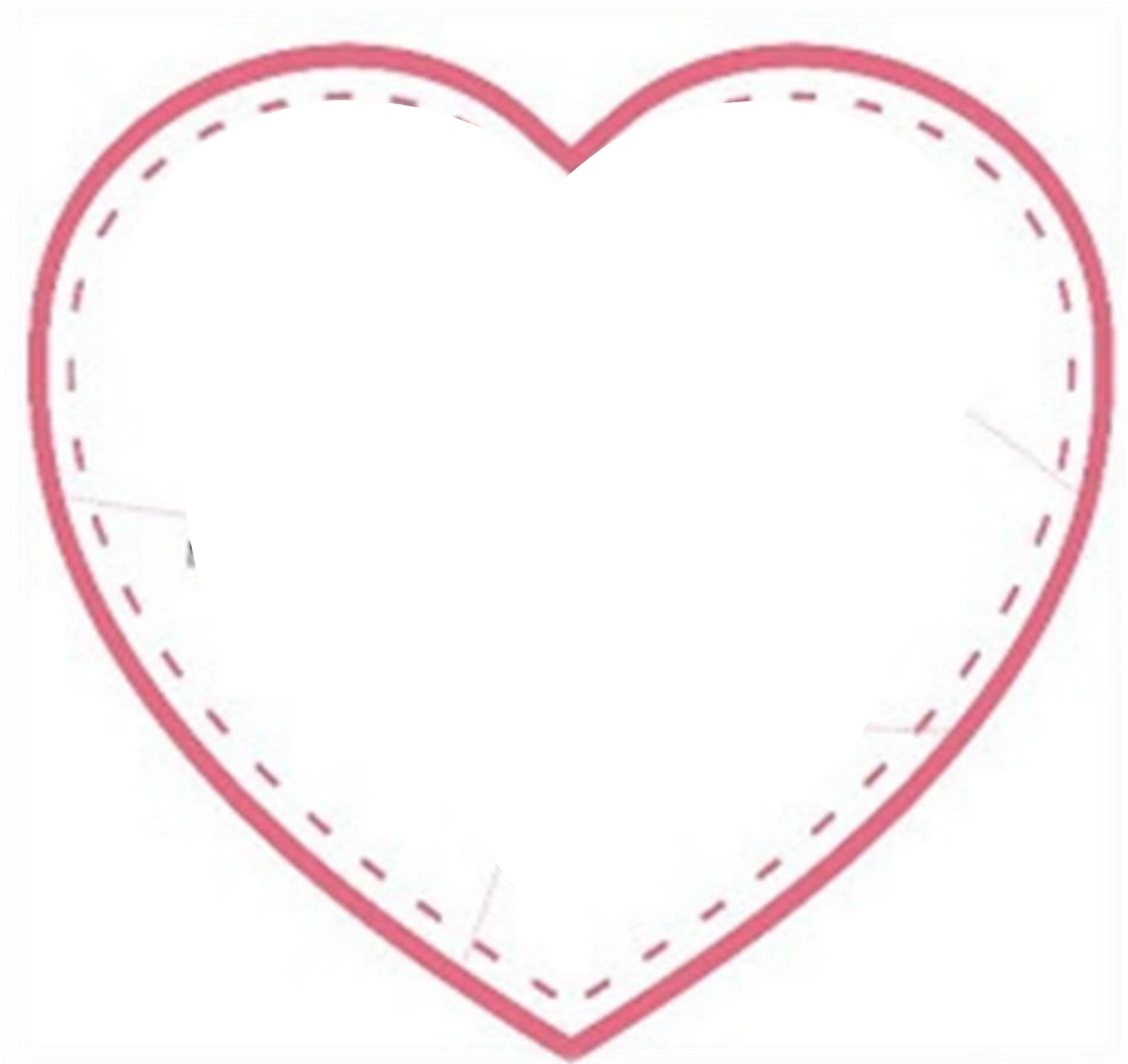
การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม การให้ความร่วมมือ และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ รวมทั้งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ในแบบประเมินผลการให้การปรึกษาครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว ความเชื่อของสมาชิกครอบครัว การให้ความหมายของครอบครัว ทั้งจากการแสดงออกของสมาชิกครอบครัว และจากใบงานที่ 8 “สื่อสารด้วยหัวใจ”

ใบงานที่ 8

“สื่อสารด้วยหัวใจ”

คำชี้แจง รูปหัวใจนี้เป็นตัวแทนของเรื่องราวการสื่อสารทั้งหมดที่เกิดขึ้นในครอบครัว ให้คุณเขียนเรื่องราวต่าง ๆ ลงแผ่นโพสอิท โดยสามารถเลือกสีได้โดยอิสระ และแปะในกระดาษแผ่นนี้ ตรงตำแหน่งไหนก็ได้ เพื่อแสดงว่าภายในหัวใจของคุณต้องการได้รับการสื่อสารแบบไหนที่จะทำให้คุณชุ่มชื่นหัวใจ ในยามที่ร่างกายเหนื่อยล้า



**รายละเอียดโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค
การศึกษต่อการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งที่ 8**

เรื่อง สรุปการศึกษารอบครัว และยุติการศึกษา

เวลา 60 นาที

แนวคิดสำคัญ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการพบกันหลังจากผู้วิจัยดำเนินการศึกษารอบครัวครบทั้ง 7 ครั้ง ตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ ผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงประสบการณ์จากการศึกษา สรุปและประเมินผลสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมตลอด 7 ครั้งที่ผ่านมา โดยใช้การศึกษารอบครัวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส การใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) เช่น ถามด้วยประโยคดังนี้ “ในคืนหนึ่งขณะที่คุณนอนหลับ เกิดปาฏิหาริย์ที่จะช่วยแก้ปัญหาของคุณ คุณคิดว่า คุณอยากให้มันเกิดอะไรขึ้น อะไรที่มันจะแตกต่าง (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2553) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ย้อนกลับไปดูประสบการณ์ที่ผ่านมา และสนับสนุนให้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติในชีวิตจริงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการส่งเสริมการพัฒนาสมาชิกครอบครัวต้องพัฒนาทั้งด้าน ความเชื่อ การจัดการในครอบครัว ตลอดจนสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจความรู้สึก และความต้องการระหว่างกันได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้มีการผนึกกำลังกัน ซึ่งสามารถส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวตามมา การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการพบกันครั้งสุดท้ายของการศึกษา ซึ่งครอบคลุมขั้นตอนของการศึกษา ตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาได้รับการศึกษารอบครัวครบถ้วนทุก กระบวนการตามข้อตกลงที่วางไว้ ผู้วิจัยจะให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึก เล่าถึง ประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการศึกษารอบครัว และร่วมประเมินผลสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ฝึกความชำนาญผ่านการเรียนรู้ นำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม เพื่อไปสู่การจัดการในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีความสุข และดำเนินชีวิตได้อย่างเข้มแข็งในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปการศึกษารอบครัว เพื่อพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยุติการศึกษา
2. เพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย
3. เพื่อประเมินผลการศึกษารอบครัว

สื่อและอุปกรณ์

1. อุปกรณ์บันทึกเสียง
2. กระดาษ A4 1 แผ่น และปากกา 1 ด้าม
- 3 . เนื้อเพลง ลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn)
4. เครื่องเล่นเพลง และซีดีเพลงลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn)
5. ใบงานที่ 9 “รอยยิ้มจากใจ”
6. สติกเกอร์รอยยิ้มจำนวน 2 แผ่น

วิธีดำเนินการ

ในการศึกษารอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง อบอุ่นไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา พร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมของการปรึกษารั้งที่ 7 และอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษารอบครัวครั้งที่ 8

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรม “ลีฟ แอนด์ เลิร์น” เพื่อเป็นการผ่อนคลาย และทบทวนศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เมื่อสมาชิกครอบครัวมีสภาวะวิกฤติ และการผ่านช่วงเวลาที่ย่ำแย่ด้วยกัน การดำรงอยู่ภายใต้สถานการณ์ใหม่ของครอบครัวใหม่ได้ ภายใต้ความแตกต่างและขอบเขตของแต่ละคนในครอบครัว ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนนั่งในท่าที่สบาย ผู้วิจัยให้เวลาสมาชิกครอบครัวแต่ละคนนั่ง ๆ และจับมือกันไว้ โดยผู้วิจัยสัมผัสสมาชิกครอบครัวเบา ๆ ในขั้นแรกก่อน แต่อย่างไรก็ตามไม่เป็นการสัมผัสอย่างอัตโนมัติ เนื่องจากผู้วิจัยควรมีความไวที่จะประเมินขอบเขตที่ควรใช้กับสมาชิกแต่ละคน การศึกษารอบครัวทฤษฎีประสบการณ์นิยมและ

มนุษย์นิยม จะใช้เทคนิคการสัมผัส (Touch) ซึ่งเป็นเทคนิคในการช่วยเหลือครอบครัว เนื่องจาก การสัมผัสจะมีคุณค่าในการช่วยเหลือ ในช่วงแรกของการสร้างความสัมพันธ์ (Rapport) บรรยากาศ ของความเป็นมิตร สภาพแวดล้อมที่สงบ อบอุ่น ปลอดภัย และขอให้สมาชิกครอบครัวหลับตา อยู่ในเวลาที่ผ่อนคลาย ให้สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ผ่านมา และขอให้สมาชิก ร่วมกันฟังเพลงลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn) 1 รอบ

1.2 ภายหลังบทเพลง ลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn) จบ ผู้วิจัยจะขอให้สมาชิก ครอบครัวหลับตาต่ออีก 1 นาที เพื่อสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ผ่านมาอีกครั้ง และ ขอให้สมาชิกลืมตาขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยจะแจกเนื้อเพลงแก่สมาชิกครอบครัว สอบถามความรู้สึก ที่เกิดขึ้นทั้งหมดหลังจากฟังบทเพลงลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn) โดยผู้วิจัยเน้นการใช้คำถาม ปลายเปิดในการถามสมาชิกครอบครัวทีละคนในการอภิปราย ดังนี้

- การกระทำที่อยากทำมากที่สุดตอนนี้คืออะไร
- คุณรู้สึกอย่างไรภายหลังจากที่ฟังเพลงนี้
- เพราะอะไรคุณถึงรู้สึกอย่างนั้น
- เนื้อเพลงตอนใดของบทเพลง ลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn) ที่คุณประทับใจ ที่สุด

โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ เทคนิคการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีโครงสร้าง ได้แก่ เทคนิค การให้การสนับสนุนยืนยัน (Confirmatory) เป็นวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้การปรึกษาครอบครัวเข้าใจถึงความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน โดยการสะท้อน ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกมาอย่างเปิดเผยและไม่เปิดเผย ตลอดจนการสนับสนุน และชมเชยในข้อดี และความสามารถของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่สามารถทำให้ครอบครัว เกิดการปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

2. หลังจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลา 20 นาที ในการร่วมทำกิจกรรมแรกแล้ว ผู้วิจัยให้ สมาชิกครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรม “คำถามปาฏิหาริย์” เพื่อพัฒนาไปสู่กระบวนการคืนสภาพ ครอบครัว แม้ว่าครอบครัวสภาวะวิกฤติเกิดขึ้นก็ตาม สมาชิกยังคงมีความหวัง พลังใจ รวมทั้งพลัง ครอบครัวในการผลักดัน และขับเคลื่อนต่อไป โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนนั่งในท่าที่สบาย หลับตา และผู้วิจัยใช้ การปรึกษา ครอบครัวทฤษฎีโซลูชั่น โฟกัส ซึ่งได้แก่ เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle question) โดยใช้คำสั่ง ดังนี้

- สมมติว่าคืนนี้มีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นในขณะที่คุณหลับไป ปัญหาที่มีอยู่ได้ถูก

แก้ไขแล้ว คุณจะรู้ได้อย่างไร มีอะไรบ้างที่จะเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม อะไรบ้างคุณจะสังเกตเห็นได้ในตอนเช้าที่คุณตื่นมาแล้วพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น แล้วคุณจะบอกคนอื่นว่าอย่างไร โดยใช้เวลาในกิจกรรม 5 นาที

เมื่อสมาชิกครอบครัวล้มตาขึ้น ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าเหตุการณ์ที่ขอให้มีความผิดปกติเกิดขึ้นเกิดขึ้น และร่วมกันสรุป

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวปรึกษาประเมินผลการให้การปรึกษารอบครัวที่ผ่านมาทั้งหมดผ่านกิจกรรม “รอยยิ้มจากใจ” โดยผู้วิจัยจะแจกใบงานที่ 10 กิจกรรม “รอยยิ้มจากใจ” และสติ๊กเกอร์รอยยิ้ม จำนวน 10 ดวง ให้กับสมาชิกครอบครัว คนละชุด ให้สมาชิกครอบครัวสามารถแปะได้โดยอิสระบนกระดาษ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้ มีคะแนนเต็ม 10 โดยที่สติ๊กเกอร์รอยยิ้มทุก ๆ 1 ดวงแทนคะแนนความพึงพอใจในการปรึกษา โดยผู้วิจัยใช้คำสั่ง ดังนี้

- ท่านมีรอยยิ้มจำนวน 10 ดวง และเป็นรอยยิ้มที่หลากสีขอให้ท่านประเมินผลการปรึกษารอบครัวทั้ง 8 ครั้งที่ผ่านมาในภาพรวม ตลอดจนถ้าท่านมีข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ใด ๆ ก็ตามท่านสามารถสื่อให้ผู้วิจัยทราบโดยการเขียน หรือวาดภาพได้ โดยอิสระ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามบอกระดับ (Scaling question) ซึ่งเป็นเทคนิคการปรึกษารอบครัวทฤษฎีโซลูชั่น โฟกัส เพื่อประเมินผลการให้การปรึกษารอบครัว และสามารถเขียน วาดรูป ได้โดยอิสระในการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้วิจัยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความรู้สึกและเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการปรึกษารอบครัว ต่อการคืนสภาพครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา เพื่อเป็นการทบทวนตนเองของสมาชิกครอบครัว และเพื่อเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบวัดการคืนสภาพครอบครัว เพื่อประเมินผลการคืนสภาพครอบครัวหลังเข้าร่วมการปรึกษารอบครัว

ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถาม และร่วมกันสรุปการคืนสภาพครอบครัว และผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงความเชื่อ การจัดการ และการสื่อสารของครอบครัว ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา ความทุกข์ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเวลา และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อทำให้มีครอบครัวมีพลังกลับขึ้นมาใหม่ และส่งผลต่อการคืนสภาพครอบครัวตามมา ถึงแม้ว่าจะประสบกับสภาวะวิกฤติครอบครัวก็ตามได้

เนื้อเพลง ลีฟ แอนด์ เลิร์น (Live and learn)

เมื่อวันที่ชีวิต เดินเข้ามาถึงจุดเปลี่ยน จนบางครั้งคนเราไม่ทันได้เตรียมหัวใจ
ความสุขความทุกข์ ไม่มีใครรู้ว่าจะมาเมื่อไหร่ จะยอมรับความจริงที่เจอได้แค่ไหน

เพราะชีวิตคือชีวิต เมื่อมีเข้ามาก็มีเลิกไป
มีสุขสมมีผิดหวัง หัวเราะหรือหวั่นไหว เกิดขึ้นได้ทุกวัน

อยู่ที่เรียนรู้ อยู่ที่ยอมรับมัน ตามความคิดสติเราให้ทัน
อยู่กับสิ่งที่มีไม่ใช่สิ่งที่ฝัน และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด

สุขก็เตรียมไว้ ว่าคุณทุกข์คงตามมาอีกไม่ไกล จะได้รับความจริงเมื่อต้องเจ็บปวดไหว
เพราะชีวิตคือชีวิต เมื่อมีเข้ามาก็มีเลิกไป

มีสุขสมมีผิดหวัง หัวเราะหรือหวั่นไหว เกิดขึ้นได้ทุกวัน
อยู่ที่เรียนรู้ อยู่ที่ยอมรับมัน ตามความคิดสติเราให้ทัน

อยู่กับสิ่งที่มีไม่ใช่สิ่งที่ฝัน และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด
อยู่ที่เรียนรู้ อยู่ที่ยอมรับมัน ตามความคิดสติเราให้ทัน

อยู่กับสิ่งที่มีไม่ใช่สิ่งที่ฝัน และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด
อยู่ที่เรียนรู้ อยู่ที่ยอมรับมัน ตามความคิดสติเราให้ทัน

อยู่กับสิ่งที่มีไม่ใช่สิ่งที่ฝัน และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด
อยู่กับสิ่งที่มีไม่ใช่สิ่งที่ฝัน และทำสิ่งนั้นให้ดีที่สุด

ใบงานที่ 9

“รอยยิ้มจากใจ”

คำสั่ง ท่านมีรอยยิ้มจำนวน 10 ดวง และเป็นรอยยิ้มที่หลากหลายขอให้ท่านประเมินผลการปรึกษาคอรอบครัวทั้ง 8 ครั้งที่ผ่านมาในภาพรวม ตลอดจนถ้าท่านมีข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ใด ๆ ก็ตามท่านสามารถสื่อให้ผู้วิจัยทราบโดยการเขียน หรือวาดภาพใด ๆ ได้ โดยอิสระ

ภาคผนวก จ

การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของข้อคำถามแบบวัด
การคืนสภาพครอบครัว

ตารางที่ 24 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of tem-objective congruence) ของแบบวัด
การคืนสภาพครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่					IOC
		1	2	3	4	5	
1	ฉันเชื่อว่าทุกปัญหาในครอบครัวถูกกำหนดมาแล้ว และไม่สามารถแก้ไขอะไรได้	1	1	1	1	1	1
2	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่ที่สุดเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉันเชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยืนเคียงข้างและสู้ไปด้วยกัน	1	1	0	1	1	0.80
3	ใครจะมองครอบครัวฉันอย่างไรก็ตาม ฉันเชื่อว่าครอบครัวฉันดีที่สุดเสมอ	1	0	1	1	1	0.80
4	ฉันเชื่อว่าความแตกต่างของทุกคนในครอบครัวของฉัน เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้	1	1	1	1	1	1
5	แม้ว่าจะเกิดปัญหากับครอบครัวฉัน ฉันเชื่อว่าครอบครัวของฉันมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็ง	1	1	0	1	1	0.80
6	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน	1	1	1	1	1	1
7	ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้	1	0	1	1	1	0.80
8	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ	1	1	1	1	1	1
9	ฉันเชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลครอบครัวได้ในเวลาที่ครอบครัวกำลังประสบปัญหา	1	1	1	0	1	0.80
10	ฉันเชื่อว่าความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว จะทำให้ทุกคนช่วยกันระคับระคองให้ผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้	1	0	1	1	1	0.80
11	ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน	1	1	0	1	1	0.80

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่					ค่าดัชนี IOC
		1	2	3	4	5	
12	ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม	1	1	1	1	1	1
13	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถผ่านวิกฤติครั้งนี้ให้ได้	1	1	1	1	1	1
14	ฉันสามารถปรับตัวในการจัดการกับปัญหาที่ไม่คาดคิดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในครอบครัว	1	0	1	1	1	0.80
15	ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	1	1	1	1	1	1
16	ทุกคนในครอบครัวของฉันต้องปฏิบัติตามที่ครอบครัวกำหนดไว้อย่างเคร่งครัด	1	1	0	1	1	0.80
17	ฉันละเอียดการตามปฏิบัติตามหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัว	1	1	1	1	1	1
18	เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎของครอบครัว ฉันจะพูดคุยโดยไม่ใช้อารมณ์	1	1	1	1	1	1
19	ฉันเปิดโอกาสให้ทุกคนในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องต่างๆ	1	1	1	1	1	1
20	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ฉันรู้สึกกังวลใจมาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้	1	1	0	1	1	0.80
21	ฉันสามารถเผชิญปัญหาได้ แม้ว่าจะเกิดปัญหาอื่นๆ ในครอบครัวตามมาอีก	1	1	1	1	1	1
22	อำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว เป็นของฉันเพียงคนเดียวเท่านั้น	1	1	1	1	1	1

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่					ค่าดัชนี IOC
		1	2	3	4	5	
23	ครอบครัวของฉันดูแลกันและกันเป็นอย่างดีดี แม้ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา	1	1	0	1	1	0.80
24	แม้ว่าปัญหาในครอบครัวจะเป็นอย่างไรก็ตาม ฉันพยายามแก้ไขปัญหารื่องต่าง ๆ ในครอบครัวอย่างดีที่สุดเสมอ	1	1	1	1	1	1
25	เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ฉันรู้สึกไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้หรือไม่	1	1	1	1	1	1
26	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของครอบครัวได้	1	1	0	1	1	0.80
27	ฉันต้องระมัดระวังอย่างมาก ในการพูดและการกระทำของฉันกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว	1	1	1	1	1	1
28	ฉันมีความจริงใจ และซื่อสัตย์กับทุกคนในครอบครัว	1	1	1	1	1	1
29	ฉันสามารถสื่อสารกับทุกคนในครอบครัวได้ดี ทั้งคำพูดและท่าทาง	1	1	0	1	1	0.80
30	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัวกังวลหรือกำลังมีปัญหา	1	1	1	1	1	1
31	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้พูดออกมาก็ตาม	1	1	1	1	1	1
32	ฉันไม่สามารถพูดถึงเรื่องที่กังวลใจ กับสมาชิกในครอบครัวได้	1	1	1	1	1	1

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่					ค่าดัชนี IOC
		1	2	3	4	5	
33	ฉันสามารถ ระบายอารมณ์ ความรู้สึกกับ สมาชิกในครอบครัวได้อย่างเปิดเผย	1	0	1	1	1	0.80
34	ทุกครั้งฉันสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกใน ครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของฉันได้	1	1	1	1	1	1
35	ฉันรู้สึกเป็นอิสระที่จะแสดงความคิดเห็น กับสมาชิกในครอบครัว	1	1	0	1	1	0.80
36	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิก ในครอบครัวของฉัน	1	1	1	1	1	1
37	บางคนในครอบครัวฉันไม่ค่อยแสดง อารมณ์ และความรู้สึก	1	1	1	0	1	0.80
38	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิก ครอบครัวของฉันใช้วิธีพูดคุย และแสดง ท่าทางที่ทำให้กำลังใจกันเสมอ	1	0	1	1	1	0.80

ภาคผนวก ข

ผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของข้อคำถาม
แบบวัดการคืนสภาพครอบครัว

ตาราง 25 ผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) และค่าเชื่อมั่นทั้งฉบับฉบับด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (α -coefficient)

ข้อ	ข้อความ	ค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ
ด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว		
1	ฉันเชื่อว่าทุกปัญหาในครอบครัวถูกกำหนดมาแล้ว และไม่สามารถแก้ไขอะไรได้	0.49
2	เมื่อมีเหตุการณ์ที่แย่ที่สุดเกิดขึ้นกับครอบครัว ฉันเชื่อว่าสมาชิกทุกคนจะยืนเคียงข้างและสู้ไปด้วยกัน	0.55
3	ใครจะมองครอบครัวฉันอย่างไรก็ตาม ฉันเชื่อว่าครอบครัวฉันดีที่สุดเสมอ	0.28
4	ฉันเชื่อว่าความแตกต่างของทุกคนในครอบครัวของฉัน เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้	0.43
5	แม้ว่าจะเกิดปัญหากับครอบครัวฉัน ฉันเชื่อว่าครอบครัวของฉันมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาได้อย่างเข้มแข็ง	0.61
6	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน	0.60
7	ฉันมองว่าทุกปัญหาในครอบครัวสามารถแก้ไขได้	0.50
8	ฉันเชื่อว่าทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญ	0.62
9	ฉันเชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลครอบครัวได้ในเวลาที่ครอบครัวกำลังประสบปัญหา	0.54
10	ฉันเชื่อว่าความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว จะทำให้ทุกคนช่วยกันประคับประคองให้ผ่านพ้นทุกปัญหาไปได้	0.57
11	ฉันเชื่อว่าความสุขเกิดขึ้นในครอบครัวได้ทุกวัน	0.54
ค่าความเชื่อมั่นด้านความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวเท่ากับ		0.83

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ
ด้านการจัดการภายในครอบครัว		
12	ฉันยึดมั่นในการทำความดี เพราะเชื่อในเรื่องของการทำบุญทำกรรม	0.34
13	ฉันสวดมนต์ และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครอง เพื่อให้ครอบครัวฉันสามารถผ่านวิกฤติครั้งนี้ให้ได้	0.21
14	ฉันสามารถปรับตัวในการจัดการกับปัญหาที่ไม่คาดคิดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในครอบครัว	0.29
15	ข้อตกลงของครอบครัวฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	0.54
16	ทุกคนในครอบครัวของฉันต้องปฏิบัติตามที่ครอบครัวกำหนดไว้อย่างเคร่งครัด	0.37
17	ฉันละเอียดการตามปฏิบัติตามหน้าที่ต่าง ๆ ของครอบครัว	0.26
18	เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวทำผิดกฎของครอบครัว ฉันจะพูดคุยโดยไม่ใช้อารมณ์	0.22
19	ฉันเปิดโอกาสให้ทุกคนในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเรื่องต่าง ๆ	0.34
20	เมื่อครอบครัวประสบปัญหา ฉันรู้สึกกังวลใจมาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้	0.56
21	ฉันสามารถเผชิญปัญหาได้ แม้ว่าจะเกิดปัญหาอื่นๆ ในครอบครัวตามมาอีก	0.21
22	อำนาจในการตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว เป็นของฉันเพียงคนเดียวเท่านั้น	0.48
23	ครอบครัวของฉันดูแลกันและกันเป็นอย่างดี แม้ในเวลาที่ครอบครัวประสบปัญหา	0.45
24	แม้ว่าปัญหาในครอบครัวจะเป็นอย่างไรก็ตาม ฉันพยายามแก้ไขปัญหาเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัวอย่างดีที่สุดเสมอ	0.28
25	เมื่อฉันขอให้สมาชิกครอบครัวทำอะไรให้ ฉันรู้สึกไม่แน่ใจว่าเขาจะเต็มใจทำให้หรือไม่	0.58
ค่าความเชื่อมั่นด้านการจัดการภายในครอบครัวเท่ากับ		0.74

ตาราง 25 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ
ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว		
26	ฉันสามารถแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของครอบครัวได้	0.36
27	ฉันต้องระมัดระวังอย่างมาก ในการพูดและการกระทำของฉันกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว	0.33
28	ฉันมีความจริงใจ และซื่อสัตย์กับทุกคนในครอบครัว	0.27
29	ฉันสามารถสื่อสารกับทุกคนในครอบครัวได้ดี ทั้งคำพูดและท่าทาง	0.29
30	ฉันไม่ค่อยรับฟังเรื่องที่สมาชิกครอบครัวกังวลหรือกำลังมีปัญหา	0.21
31	ฉันรับรู้ถึงความไม่สบายใจของทุกคนในครอบครัวได้ แม้ว่าจะไม่ได้พูดออกมาก็ตาม	0.27
32	ฉันไม่สามารถพูดถึงเรื่องที่กังวลใจ กับสมาชิกในครอบครัวได้	0.34
33	ฉันสามารถระบายอารมณ์ ความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเปิดเผย	0.33
34	ทุกครั้งฉันสามารถออกคำสั่งให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำสั่งของฉันได้	0.29
35	ฉันรู้สึกเป็นอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว	0.36
36	ฉันมักจะอารมณ์เสีย ถ้ามีคนอื่นว่าสมาชิกในครอบครัวของฉัน	0.33
37	บางคนในครอบครัวฉันไม่ค่อยแสดงอารมณ์ และความรู้สึก	0.44
38	เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับครอบครัว สมาชิกครอบครัวของฉันใช้วิธีพูดคุย และแสดงท่าทางที่ทำให้กำลังใจกันเสมอ	0.29
ค่าความเชื่อมั่นด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัวเท่ากับ		0.64
ค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมทั้ง 38 ข้อคำถาม เท่ากับ		0.87