

การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

นันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

คุณนิตินพจน์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา


คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒิบัณฑิตและคณะกรรมการสอบคุณวุฒิบัณฑิต ได้พิจารณา  
คุณวุฒิบัณฑิตของ นิ่มนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ จบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒิบัณฑิต

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาดล)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ดร.ประชา อินัง)

คณะกรรมการสอบคุณวุฒิบัณฑิต

  
.....ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา กุลนภาดล)

  
..... กรรมการ  
(ดร.ประชา อินัง)

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

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับคุณวุฒิบัณฑิตฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิชุด สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2560

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนคุยฎีนิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา  
จากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2560

## กิตติกรรมประกาศ

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา  
กุลนภาค อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.ประชา อินัง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา  
แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่  
ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชา  
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณา  
ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น  
รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลระยอง ท่านหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพ  
ที่ 6 ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี  
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา จากคณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอขอบพระคุณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัย  
เสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแด่บุพการี  
บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและ  
ประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

นันทิพนธ์ ชูยิ่งสกุลทิพย์

56810095: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ/ การจัดการภาวะครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิตินวต ชูยิ่งสกุลทิพย์: การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุข

ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

(THE ENHANCEMENT OF FAMILY BURDEN MANAGEMENT MANAGEMENT AND FAMILY HAPPINESS OF STROKE PATIENT THROUGH INTEGRATIVE FAMILY

COUNSELING) คณะกรรมการควบคุมคดียุติพันธ์: เพ็ญนภา กุลนภาค, กศ.ด., ประชา อินัง,

Ph.D. 367 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ การวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตนครบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 388 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด 776 คน ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยคัดเลือกครอบครัว เพื่อเข้าร่วมการทดลองจากครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง จำนวน 83 ครอบครัว ที่มีคะแนนการจัดการภาวะครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว โดยทำการจับคู่ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก เพื่อเข้าเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการที่พัฒนาขึ้น กลุ่มละ 10 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว แบบวัดความสุขในครอบครัว และการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม และมีการวัดซ้ำ แบ่งการทดลองออกเป็น

3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ค่าสถิติขั้นพื้นฐาน และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษาวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. องค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และเจตคติของครอบครัว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. การจัดการภาวะครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .89 และสามารถทำนายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 71

3. การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการส่งผลให้การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

56810095: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; Ph.D.

(COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: ASSIMILATIVE INTEGRATIVE FAMILY COUNSELING/ FAMILY  
BURDEN MANAGEMENT/ FAMILY HAPPINESS

NIMNUAL CHUYINGSAKULTIP: THE ENHANCEMENT OF FAMILY BURDEN  
MANAGEMENT MANAGEMENT AND FAMILY HAPPINESS OF STROKE PATIENT  
THROUGH INTEGRATIVE FAMILY COUNSELING. ADVISORY COMMITTEE:  
PENNAPHA KOOLNAPHADOL, Ed.D., PRACHA INANG, Ph.D. 367 P. 2018.

The purposes of this research were 1) to study and to develop family burden management of stroke patient and family happiness through assimilative family counseling. 2) to study the effectiveness of the developed family burden management toward family happiness. The participants were stroke patients and their couple, who were treated in hospitals in the National Health Service 6 of Thailand. There were two steps in this research. The first step aimed to develop research instruments for the family burden management by using 776 persons from 388 families as participants to study the components of family burden management and study family burden management influence to family happiness on stroke patients. The second step aimed to study the effectiveness of the counseling program family burden management over family happiness of stroke patients through assimilative integrate family counseling, by using 40 persons from 20 families, including patients and their couple who received the treatment at the Rayong hospital. The participations in this step were selected from 83 families who had the family burden management score lower than the 25<sup>th</sup> percentile and had complete inclusion criteria. Matching group was done for preventing of bias and then was simple random sampling for control and experimental group. The experimental group received the intervention based on assimilative integrate theory family counseling program (12 sections, 60-90 minutes in each section). The research instruments were questionnaire for family burden management, family happiness 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 burden management of stroke patients consisted of four elements 1) family strain management, 2) family conflict management, 3) family guilt management and 4) family attitude. These four elements had a moderate to high factor loading at the .05 level, and they could be able to measure the family burden management of stroke patients.

2. The family burden management influenced the family happiness on stroke patients with coefficient of influence was .89 and could predict family happiness about 71 percentages.

3. The assimilative integrate counseling program affected the mean score of family burden management and family happiness in stroke patients after participating in the sections, and in the follow up phases the scores of after participating in session were higher than before sections the program with statistically significance at the .05 level.



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะครอบครัว.....	16
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในครอบครัว.....	26
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ.....	33
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	66
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ.....	87
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	100
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองและศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อ ความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	100
ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	114

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	122
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	124
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	124
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	162
สรุปผลการวิจัย.....	162
อภิปรายผลการวิจัย.....	169
ข้อเสนอแนะ.....	177
บรรณานุกรม.....	179
ภาคผนวก.....	191
ภาคผนวก ก.....	192
ภาคผนวก ข.....	194
ภาคผนวก ค.....	200
ภาคผนวก ง.....	206
ภาคผนวก จ.....	291
ภาคผนวก ฉ.....	364
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	367

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	79
2 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนรอบครัวในเครือข่าย บริการสุขภาพเขต 6.....	102
3 ตัวอย่างแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว.....	106
4 ตัวอย่างแบบวัดความสุขคนไทย.....	107
5 รูปแบบการทดลองแบบ MANOVA repeated measures design.....	117
6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	124
7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง....	126
8 สรุปผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของข้อคำถาม ที่เก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างจริง.....	127
9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษา.....	128
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาในแบบจำลอง สมการโครงสร้าง.....	129
11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน แสดงเป็นคะแนนมาตรฐานขององค์ประกอบ การจัดการภาวะครอบครัว.....	138
12 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะครอบครัว เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย.....	145
13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด จำแนกตามจำนวนสมาชิก ในครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อายุ ระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความพิการ.....	146
14 การทดสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test.....	147
15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะ ครอบครัว และความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม.....	148

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
16	การตรวจสอบการเป็น Compound symmetry ของตัวแปรที่ทำการศึกษา ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม และผลการตรวจสอบความต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม.....	150
17	ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส ด้วยเทคนิค การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ.....	151
18	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล.....	152
19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะ ครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม.....	153
20	การตรวจสอบการเป็น Compound symmetry ของตัวแปรที่ทำการศึกษา ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม และผลการตรวจสอบความต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม.....	157
21	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุข ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ แบบสามทาง.....	159
22	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุข ในครอบครัว ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	161

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว และการจัดการภาวะครอบครัวมีผลต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	11
2 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค.....	12
3 ระดับความสามารถในการแยกตนเองของบุคคลในครอบครัว.....	44
4 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวตามสมมติฐาน แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน.....	135
5 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวที่ปรับแก้แล้ว แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน.....	137
6 แบบจำลองอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามสมมติฐาน แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน.....	143
7 แบบจำลองอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบจำลองที่ปรับแก้แล้ว แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน.....	144
8 การจัดการภาวะครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	156
9 ความสุขในครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	157

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการเริ่มต้นปลูกฝังความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนทัศนคติให้กับสมาชิก ซึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในบทบาทสมาชิกครอบครัว โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างเป็นระบบและมีความสุข การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นด้วยเรื่องใดก็ตาม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสมาชิกที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ในบางครั้งสมาชิกอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จะเกิดผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบต่าง ๆ ตามมา ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงาน ระบบต่าง ๆ ในร่างกายและจิตใจ รวมถึงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมอง เป็น โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World stroke organization: WSO) รายงานสถานการณ์ทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า ประชากรโลกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 6.5 ล้านคน และพบจำนวนผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงที่ผ่านมาและยังมีชีวิตอยู่ทั่วโลกสูงถึงจำนวน 26 ล้านคน ซึ่งทุกคนล้วนได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจด้วยกันทั้งสิ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชาชนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ 40 วินาที และในจำนวนนี้จะเสียชีวิตในทุก ๆ 4 นาที และโรคนี้นับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี (World Stroke Organization [WSO], 2015; 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ เท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ในปี พ.ศ. 2556-2558 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 352.30 (สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) และที่เหลืออีกร้อยละ 60 ผู้ป่วยจะมีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง แนวโน้มภาวะโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเอง เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต ซึ่งการดูแล ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลทั้งหมด 4 ด้านด้วยกัน คือ ด้านการปฏิบัติกรดูแลโดยตรงเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ด้านการดูแลระดับประคองจิตใจ และด้านเศรษฐกิจการเงิน (พาริดา อิบราฮิม, 2539; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มีปริมาณมากส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนถึงเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงเป็นโรคที่เป็นภาระต่อการดูแลที่สำคัญต่อครอบครัว เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ทั้งในเพศชายและหญิง ผู้ป่วยอาจเกิดความพิการ ผลของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตลอด ด้านผู้ดูแล พบว่า ได้รับผลกระทบด้านร่างกาย ความคิด และอารมณ์ เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนผลกระทบทางด้านครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยว่าจะสามารถหายเป็นปกติได้หรือไม่ จะมีวิธีการช่วยเหลือหรือแก้ไขอย่างไรได้บ้าง ทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวจากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้กลับต้องมาพึ่งพาผู้อื่นแทนภายในครอบครัวเกือบทุกครอบครัวจะเกิดความวุ่นวาย เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง ทำให้เกิดหนี้สิน และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพและการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้เกิดเป็นภาระของครอบครัว

จากประเด็นดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่า เมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระครอบครัวขึ้นมาแล้ว จะมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวด้วยกันทุกคน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง และที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูงกว่าเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาเช่นกันที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาวิจัยเป็นเพศหญิง โดยมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส หรือลูกสาว สูงถึงร้อยละ 70 (Tzu-Jung, Chi-Chung, Siang-Han, Mei-Hua, & Wen-Jiuan, 2011 cited in Chuyingsakultip, Chayvimol, Purananon, & Srichannil, 2016) และจากการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ของอรุณี ชุนหบดี, ชิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรภรณ์

ทองไสย (2556) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 82 และงานวิจัยของนิภา นิยมไทย, อวยพร ตันมุขยกุล, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, พวงพยอม ปัญญา และชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2553) ศึกษาความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากพบว่า ระบบบริการสุขภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลในช่วงวิกฤติ ภายหลังจากที่อาการผู้ป่วยคงที่และดูแลต่อเนื่องที่บ้านแล้ว ขาดระบบการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลต่อเนื่อง ขาดระบบการติดตามผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลต่อความเป็นภาระครอบครัว ซึ่งความเป็นภาระครอบครัวเป็นการตอบสนองด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ดูแล ที่มีการเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมที่ทำการช่วยเหลือดูแลบุคคลอื่นที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านด้วยกัน ซึ่งเป็นการให้ความหมายในเชิงลบ โดยได้แบ่งภาระการดูแลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เชิงวัตถุวิสัย (Objective burden) ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์และกิจกรรมการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในเชิงลบ และเชิงจิตวิสัย (Subjective burden) ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกในเชิงลบของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่ในการดูแล (Chou, 2000) ไพ และคาร์เปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ได้ให้ความหมายของภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การได้รับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน และมีความยากลำบากเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ส่วนภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วยและด้านผู้ดูแล มอนต์โกเมอรี, กอนเยีย, และโฮย์แมน (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) ได้ให้ความหมายของภาระผู้ดูแล เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล ส่วนภาระการดูแล ตามแนวคิดของซาริต, ริเวอร์, และบาค-ปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแลโดยตรง โดยประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง (Personal strain)

ความสุขในครอบครัว (Family happiness) ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเกิดขึ้นได้ หากครอบครัวมีการจัดการภาระครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากภาระครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว หากสมาชิกปฏิบัติบทบาทหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบของตนด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจ



ตั้งใจ ปรารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ สมาชิกจะรู้สึกเต็มใจทำและการมีสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมนำมาซึ่งความสุข ความอบอุ่นในครอบครัว ดีเนอร์ (Diener, 1984) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความสุข และพบว่าปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Subjective well-being) ประกอบด้วยการมีความสุข การมีความพึงพอใจในชีวิต และการได้รับสิ่งที่ดีด้านบวกหรือเกิดผลกระทบในด้านที่ดีต่อจิตใจนั่นเอง มีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความสุขหรือคุณภาพชีวิตด้วยกันหลายท่าน เช่น เคนทริล (Cantril, 1965) พัฒนาแบบวัดที่เป็นมิติเดียว คือ ให้คะแนนคุณภาพชีวิตของตัวเองออกมา โดยมีคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุด โดยคะแนนต่ำสุด หมายถึง คุณภาพชีวิตแย่มาก ส่วนคะแนนสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตดีที่สุดในชีวิต โดยมีระดับคะแนนเรียงกันไปตามลำดับ ลอตตัน (Lawton, 1975) พัฒนาแบบวัดที่เป็นหลายมิติ ดีเนอร์, เอมมอน, ลาเซ็น, และกริฟฟิน (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1983) ได้พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction with life scale) โดยใช้มาตรวัดระดับความพึงพอใจ เป็นแบบวัดที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสุขในครอบครัวของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสร้างขึ้นด้วยกรอบแนวคิด คำจำกัดความของความสุขว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากประเด็นข้างต้นที่กล่าวมาทั้งหมด ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นภาวะครอบครัวและการจัดการกับภาวะครอบครัวดังกล่าวเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management) ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management) และด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในสภาวะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาท หน้าที่ ของตนเอง ต่อภาวะ และมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากขั้นหนึ่ง ไปสู่อีกขั้นอย่างเหมาะสมตามระยะพัฒนาการของครอบครัว (เพ็ญญา กุลนาคล, 2559) เป็นการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้สามารถคิดและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว โดยผ่านขั้นตอน

และกระบวนการของการให้การปรึกษา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหาาร่วมกันของสมาชิก และการเลือกหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกัน การวางแผนในการแก้ปัญหา และลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการแก้ไขนั้นเป็นระยะ ๆ และปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมที่สุด ก่อนที่จะถึงขั้นตอนของการยุติการปรึกษา โดยเน้นการคิด วิเคราะห์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก ผู้ให้การปรึกษาเพียงแต่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ เสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว เพื่อให้สมาชิกได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมด้วยการตัดสินใจของตนเอง ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง รู้จักและเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบในการเลือกหรือการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ดีขึ้นของตนเอง มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กันบนพื้นฐานของความเป็นไปในปัจจุบันมากกว่าบนพื้นฐานของอดีต (อุมพร ตรีภคสมบัติ, 2541) วิจิตรา สายอ่อง (2555) ได้ศึกษาเรื่อง นวัตกรรมโปรแกรมการให้การปรึกษาครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนอนุบาลในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย โดยการพัฒนา โปรแกรมบูรณาการระหว่างแบบแผนการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการสื่อสารในครอบครัวเข้ากับกระบวนการให้การปรึกษารอบครอบครัวตามทฤษฎีของเซเชเทียร์ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมในเชิงคุณภาพครอบครัว กรณีศึกษาสะท้อนว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรทางร่างกายและวาจาเปลี่ยนแปลงไปในทางเหมาะสมขึ้น และเชิงปริมาณ พบว่า การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายและวาจาของบุตรหลังการให้การปรึกษารอบครอบครัวลดลง

ผู้วิจัยสนใจพัฒนาการปรึกษารอบครอบครัวเชิงบูรณาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก ซึ่งเน้นระบบครอบครัว โดย เมอร์เรย์ โบเวน (Murry Bowen) เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว นอกจากนี้ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่าการพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ (Corey, 2009; Kott, 2014) ทฤษฎีนี้มุ่งศึกษาประเด็นการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว การจัดการกับระดับความสนิทสนมของสมาชิกภายในครอบครัว การเผชิญปัญหา การแก้ไขปมขัดแย้งต่าง ๆ ของครอบครัวรุ่นบรรพบุรุษ ซึ่งไม่สามารถจัดการได้ในอดีต (เพ็ญญา กุลนภาดล, 2555 ก, 2559) โดยใช้ร่วมกับเทคนิคการปรึกษารอบครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจ และค้นพบทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และช่วยให้

ผู้รับการปรึกษาและครอบครัวตระหนักรู้ในตนเอง และสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคเส้นลาดประสพการณ์จากทฤษฎีเน้นประสพการณ์ และมนุษยนิยม เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) เทคนิคการใช้คำถามบอกระดับ (Scaling questions) เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) จากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น และเทคนิคของทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นเอง ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้และดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติโดยรวมได้ มีงานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น อารอน คริสโตเฟอร์ เกลด (Aaron Christopher Glade) (Glade, 2005) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัวบำบัด รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการวัดระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และภาวะซึมเศร้า ก่อนเริ่มให้การปรึกษา หลังให้การปรึกษา และระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรส ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการแยกตนเองสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ที่สามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถแยกตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรึกษาครอบครัวได้เป็นอย่างดี

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการภาวะครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นภาวะครอบครัว และการจัดการกับภาวะครอบครัวดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีความรับผิดชอบ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผ่านการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก บูรณาการร่วมกับเทคนิคจากทฤษฎีเน้นประสพการณ์ และมนุษยนิยม และเทคนิคจากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น เพื่อให้การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการมีความสมบูรณ์ที่สุดสำหรับเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## คำถามการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดคำถามการวิจัย ดังนี้

1. องค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management) การจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management) และเจตคติของครอบครัว (Family attitude) หรือไม่
2. การจัดการภาวะครอบครัวส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่
3. การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการที่พัฒนาขึ้น ทำให้การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. องค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว และองค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว
2. การจัดการภาวะครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

4. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง

5. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านวิชาการและการปฏิบัติ ดังนี้

1. ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของประเทศไทยอย่างชัดเจน และแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว

2. ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคในการจัดการภาวะครอบครัว ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการช่วยเหลือดูแลที่ชัดเจน และเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคสามารถนำมาใช้ได้จริงในบริบทประเทศไทย

3. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางแก่ผู้วิจัยอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำผลวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้

4. ได้แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ซึ่งสามารถนำแบบวัดที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

5. ได้รูปแบบการปรึกษาครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากงานวิจัยนี้ ซึ่งประกอบด้วย การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ไปเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว เพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

### ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยนี้ แบ่งขอบเขตการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ

#### ขั้นตอนที่ 1

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

#### **ประชากร**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด (จันทบุรี ชลบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ตราด และฉะเชิงเทรา) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 4,228 ราย (งานพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6, 2558)

#### **กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสำรวจการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 388 ครอบครัว ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลรัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 คือ โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และมีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการประเมินคุณภาพจากสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ว่าผ่านการรับรองมาตรฐานแล้วทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยสัดส่วนของขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีลักษณะครอบครัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### **ขั้นตอนที่ 2**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

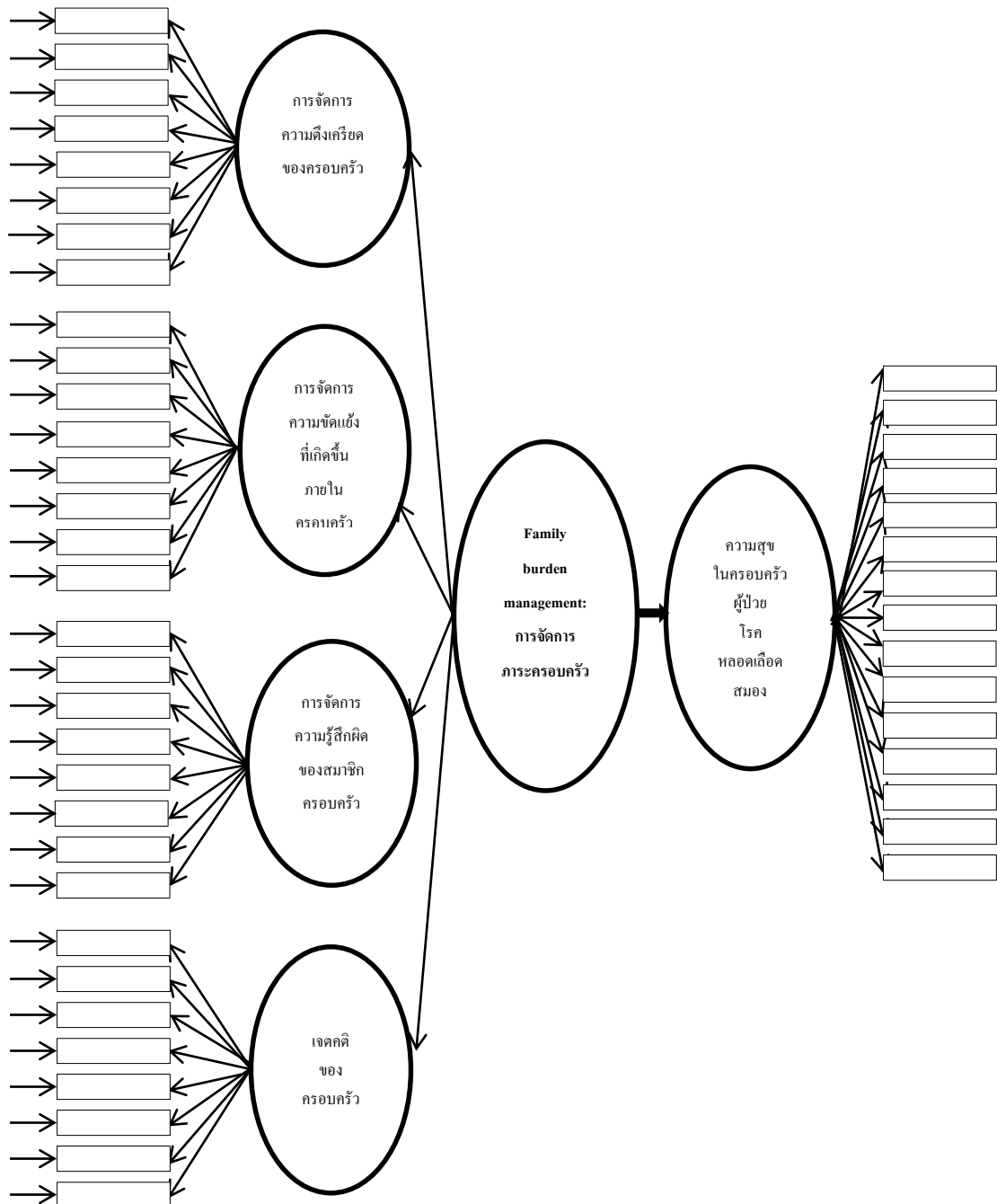
ประชากรที่ใช้ในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และจากข้อมูลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 พบว่า โรงพยาบาลระยองมีคะแนนการจัดการภาวะครอบครัวต่ำสุด จึงนำมาเป็นประชากรในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 83 ครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ คือ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2560 ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 20 ครอบครัว

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว และการจัดการภาวะครอบครัวมีผลต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

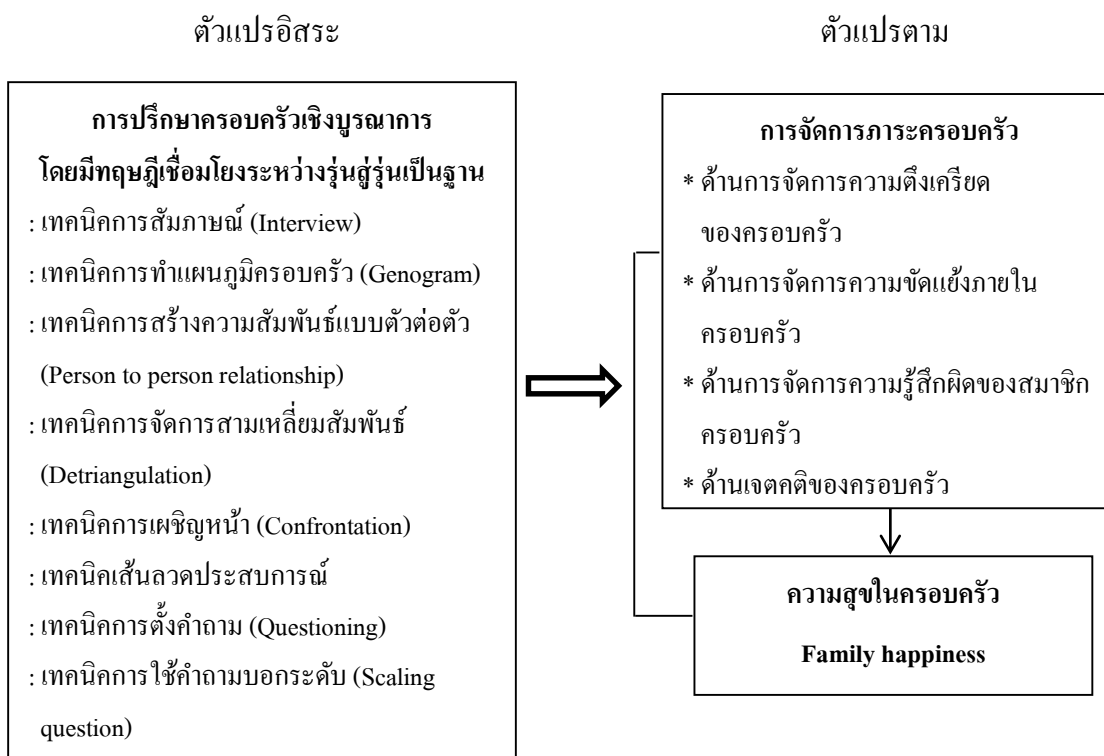
ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการจัดการภาวะครอบครัว ตามทฤษฎีของซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาระครอบครัว และการจัดการภาระครอบครัวที่มีผลต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค  
ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นเกณฑ์ในการสร้างรูปแบบการปรึกษา  
ครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว โดยปรากฏ  
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยดังนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่สามี  
หรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักรู้ เข้าใจ  
รับรู้ในสภาวะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาท หน้าที่ของตนเองต่อภาวะ และ  
มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง  
ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน เนื่องจากการรับรู้ภาวะความเครียดที่ครอบครัวได้รับ ประกอบด้วยความรู้สึกถูกบีบคั้น ใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย ทำให้ครอบครัวรับรู้ได้ถึงความเป็นภาระ และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

1.2 ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติบทบาท ไม่สามารถติดต่อ คบหา หรือการเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้ แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัว ยอมรับ และมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม

1.3 ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือได้นอกจากสมาชิกในครอบครัวท่าน และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และร่วมมือกันดูแลครอบครัวอย่างดี

1.4 ด้านเจตคติของครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ด้านความคิด ทศนคติที่สับสนไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้ และมีการปรับตัว ปรับสภาพจิตใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม

2. ความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว มีการรับรู้ มีการปฏิบัติบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของตนด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจ ตั้งใจปรารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในชีวิต อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยวัดได้จากแบบวัดความสุขคนไทย Thai happiness indicator (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. ครอบครัวยุติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง สมาชิกหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกำหนดให้ ระดับความรุนแรงของโรค NIHSS = 5-14 ระดับความพิการ Modified rankin scale: mRS = 3 และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index = 50-70 คะแนน

4. การศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ หมายถึง รูปแบบในการให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีการจัดระบบ สัมพันธภาพ และการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถคิด พิจารณา และมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยใช้ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นรุ่นเป็นทฤษฎีหลัก ผสมผสานเทคนิคการศึกษารอบครัวจากทฤษฎีเน้นประสบการณ์ และมนุษยนิยม และเทคนิคจากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นร่วมด้วย ผู้วิจัยดำเนินการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการครอบครัวละ 12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที จำนวนทั้งสิ้น 10 ครอบครัว รวมการให้การศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการทั้งหมด 120 ครั้ง หลังจากนั้นมีการติดตามผลการรักษาหลังสิ้นสุดการศึกษารอบครัวที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะครอบครัว
  - 1.1 ความหมายของการจัดการภาวะครอบครัว
  - 1.2 ความสำคัญของการจัดการภาวะครอบครัว
  - 1.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการภาวะครอบครัว
  - 1.4 แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว
  - 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะครอบครัว
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในครอบครัว
  - 2.1 ความหมายของความสุขในครอบครัว
  - 2.2 ความสำคัญของความสุขในครอบครัว
  - 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขในครอบครัว
  - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในครอบครัว
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ
  - 3.1 ความเป็นมาของการบูรณาการการปรึกษา
  - 3.2 การพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 ความหมายของการปรึกษาครอบครัว
  - 3.4 เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว
  - 3.5 แนวคิดและทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น
    - 3.5.1 วิวัฒนาการของทฤษฎี
    - 3.5.2 แนวคิดสำคัญของทฤษฎี
    - 3.5.3 เทคนิคสำคัญของทฤษฎี
    - 3.5.4 บทบาทผู้ให้การปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎี
  - 3.6 คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษาครอบครัว

- 3.7 บทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาครอบครัว
- 3.8 ขั้นตอนการให้การปรึกษาครอบครัว
- 3.9 จรรยาบรรณของการให้การปรึกษาครอบครัว
- 3.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.1 ความหมาย ความสำคัญ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 4.5 ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.2 ความหมายของการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.3 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.4 ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.5 ประเภทของเทคนิคการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.6 การวิเคราะห์ห้องศพประกอบเชิงยืนยัน
  - 5.7 การนำการวิเคราะห์ห้องศพประกอบเชิงยืนยันไปใช้สร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา
  - 5.8 ลักษณะข้อมูลที่ใช้การวิเคราะห์ห้องศพประกอบเชิงยืนยัน
  - 5.9 ข้อจำกัดและปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์ห้องศพประกอบ
  - 5.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห้องศพประกอบเชิงยืนยันในการปรึกษาครอบครัว

### **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาระครอบครัว**

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาระครอบครัวตามลำดับดังนี้

#### **ความหมายของการจัดการภาระครอบครัว**

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการภาระครอบครัวในที่นี้ ผู้วิจัยเริ่มด้วยการทบทวนเกี่ยวกับภาระการดูแลของครอบครัว (Family burden) ซึ่งได้รับความสนใจมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน โดยมีการให้ความหมายในเชิงลบ ได้แก่

พูลชอก และเดมลิง (Poulshock & Deimling, 1984) ได้นิยามการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ดูแลว่าเป็นอารมณ์ ความรู้สึกอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของตน

ไพ และคาร์เปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลใน 2 ส่วน คือ เชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การที่ต้องรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน และมีความยากลำบาก อันเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก อันเกิดจากกิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 2 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วยและด้านผู้ดูแล

มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ได้ให้ความหมายของภาวะว่าเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาวะของผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกปฏิบัติตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

บูล (Bull, 1990) ได้ให้ความหมายของภาวะการดูแลว่าเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดของผู้ดูแล และเป็นผลทำให้สุขภาพกาย การทำหน้าที่ บทบาท รวมถึงสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง

โอเบิสท์, โทมัส, แกส, และวอร์ด (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) ได้ให้ความหมายของภาวะการดูแลว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา และความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลนั้น

เซาว์ (Chou, 2000) ให้ความหมายภาวะการดูแลของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังว่ามีผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านการเศรษฐกิจ

ลีวิน, แลนซี, และซีแมน (Levine, Lancee, & Seaman, 1996) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินการจัดการภาวะครอบครัว The perceived family burden management scale ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งภาวะครอบครัวเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย (Objective burden) และภาวะเชิงอัตนัย (Subjective burden) เช่นกัน

ซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นนักวิชาการกลุ่มแรกที่ได้รับเริ่มทำการศึกษาแนวคิดภาวะของผู้ดูแล ได้นิยามภาวะของผู้ดูแลว่า หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก

หรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแลโดยตรง โดยภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่ใช้ประเมินคือ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความวิตกกังวลในตนเอง (Personal strain)

สรุปได้ว่า การจัดการภาระครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในสภาวะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาท หน้าที่ของตนเองต่อภาระ และมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การจัดการภาระครอบครัวเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสามีหรือภรรยาที่ได้รับอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงออกมาในรูปของการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และการจัดการภาระครอบครัวเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกและเจตคติของสามีหรือภรรยาอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงออกมาในรูปของการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และเจตคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว (Zarit et al., 1980) ดังนั้น การจัดการภาระครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทสังคมไทย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว การจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และเจตคติของครอบครัว

#### **ความสำคัญของการจัดการภาระครอบครัว**

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการเริ่มต้นปลูกฝังความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนทัศนคติให้กับสมาชิก ซึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในบทบาทสมาชิกครอบครัว โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างเป็นระบบและมีความสุข การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นด้วยเรื่องใดก็ตาม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสมาชิกที่เคยปฏิบัติมาแต่เดิม จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ในบางครั้งสมาชิกอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จะเกิดผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบต่าง ๆ

ตามมา ส่งผลกระทบถึงระบบการทำงาน ระบบต่าง ๆ ในร่างกายและจิตใจ รวมถึงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล ในกิจกรรมการดูแลทั้งหมด แบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกรดูแลโดยตรงเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ด้านการดูแลระดับประคองจิตใจ และด้านเศรษฐกิจการเงิน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นภาระสำหรับการดูแล ดังนั้น การจัดการภาวะครอบครัวที่เกิดขึ้น โดยการปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากขั้นหนึ่ง ไปสู่อีกขั้นอย่างเหมาะสมตามระยะพัฒนาการของครอบครัว (เพ็ญญา กุลนภาดล, 2559) เป็นการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้สามารถคิด และตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว โดยผ่านขั้นตอนและกระบวนการของการให้การปรึกษา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหาาร่วมกันของสมาชิก และการเลือกหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกัน การวางแผนในการแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการแก้ไขนั้นเป็นระยะ ๆ และปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมที่สุด

โดยสรุป การปรึกษาครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตครอบครัวต่อไปได้ สามารถข้ามผ่านวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้น และมีพัฒนาการของครอบครัวที่เหมาะสมตามศักยภาพ

#### **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการภาวะครอบครัว**

การจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นภาระครอบครัวและการจัดการกับภาวะครอบครัวดังกล่าวเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management) ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management) และด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ สมาชิกหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในสถานะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาท หน้าที่ของตนเองต่อภาวะ และมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง



ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล โดยต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลทั้งหมด แบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกรดูแลโดยตรงเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ด้านการดูแลระดับประคองจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ การเงิน (พาริดา อิบราฮิม, 2539; นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต, 2548) ซึ่งส่งผลให้ครอบครัว เกิดความรู้สึกเป็นภาระสำหรับการดูแล ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาระการดูแล ของครอบครัว ดังต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดทฤษฎีภาระครอบครัวของมอนต์โกเมอรี และคณะ

มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ได้พัฒนาและศึกษาเกี่ยวกับภาระ ของผู้ดูแล โดยมีแนวคิดที่ว่า ภาระของผู้ดูแลไม่ได้เป็นภาระที่มีองค์ประกอบเพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องรับบทบาท ในฐานะผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภาพ ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างตัวผู้ป่วยเอง กับผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแล กับเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่รู้จักในสังคม ผลกระทบด้านการที่ผู้ดูแลต้องจัดหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย การจัดการจัดหาสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยในด้านการอำนวยความสะดวกให้ดีที่สุดเท่าที่จะหาได้ ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานที่เคยปฏิบัติ บางครั้งต้อง ออกจากงาน นอกจากนี้ จากผลกระทบทั้งสองด้านที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจากการปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล ดังนั้น ภาระของผู้ดูแลจึงไม่สามารถวัดด้วย องค์ประกอบเพียงด้านเดียวได้ สรุปแนวคิดภาระของผู้ดูแลของมอนต์โกเมอรี และคณะ ภาระ ของผู้ดูแล เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ประเภทได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของ ความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกปฏิบัติภาระตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

#### 2. แนวคิดทฤษฎีภาระครอบครัวของซาริต และคณะ

ซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นนักวิชาการกลุ่มแรกที่ได้รับเริ่มทำการศึกษา แนวคิดภาระของผู้ดูแล ได้นิยามภาระของผู้ดูแลว่า หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก หรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจาก ประสบการณ์ในการดูแลโดยตรง โดยภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่ใช้ ประเมิน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึก

ขัดแย้งในตนเอง (Personal strain) โดยฉบับที่สร้างขึ้นมาเป็นฉบับแรก มีทั้งหมด 29 ข้อคำถาม แต่ที่นิยมใช้กันเป็นที่แพร่หลายทั่วโลก คือฉบับที่มี 22 ข้อคำถาม นอกจากนี้ยังมีฉบับที่เป็น Zarit burden interview: ZBI short version (Bédard et al., 2001) โดยภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่ใช้ประเมิน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง (Personal strain) เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างชนิด Full กับ Short version ที่ .92-.97 ชนิด Short version ผู้ดูแลจะได้รับการสัมภาษณ์ตาม แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 12 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดย คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคย และคะแนน 5 หมายถึง เกิดประจำ คะแนนรวม 12-60 ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูง ค่าความตรงภายใน (Reliability internal consistency) เท่ากับ .85 Zarit burden interview: ZBI ชนิด Full version (Zarit et al., 1980) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มีการนำไปแปลและใช้ด้วยกัน หลายภาษา คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคย และคะแนน 4 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนรวม 0-88 คะแนน ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูง โดยปัจจัยที่ใช้ประเมิน คือ ปัจจัยด้านสังคมและอารมณ์ เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดการจัดการภาวะครอบครัว ตามแนวคิดของ ซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ซึ่งมองการดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง (Personal strain) ซึ่งเป็นแบบวัดที่แพร่หลาย มีการแปลและนำไปใช้ประเมินในหลายประเทศด้วยกัน สำหรับประเทศไทย มีการแปลแบบวัดฉบับนี้เป็นภาษาไทย โดยทีมอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพแบบวัด โดยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบบวัดฉบับที่แปลมานี้พบว่า ในบริบทของสังคมไทย มีโครงสร้าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน (ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2554) ดังนั้น ความหมายของการจัดการภาวะครอบครัว จึงหมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในสถานะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาทหน้าที่ ของตนเอง ต่อภาระ และมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการ ความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ภายในครอบครัว (Family conflict management) ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management) และด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude)

### แบบวัดการจัดการภาระครอบครัว

ภาระครอบครัว เครื่องมือที่ใช้วัดมีหลายประเภทด้วยกัน ที่นิยมและมีการใช้ในการประเมินภาระการดูแลมากที่สุด ได้แก่ Zarit burden interview: ZBI short version (Bédard et al., 2001) ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่ใช้ประเมิน คือ ภาวะที่ทำให้เกิดความตึงเครียด และการจัดการ เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างชนิด Full กับ Short version ที่ .92-.97 ชนิด Short version ผู้ดูแลจะได้รับการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 12 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคย และคะแนน 5 หมายถึง เกิดประจำ คะแนนรวม 12-60 ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูง ค่าความตรงภายใน (Reliability internal consistency) เท่ากับ .85 Zarit burden interview: ZBI ชนิด Full version (Zarit et al., 1980) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 22 ข้อ มีการนำไปแปลและใช้ด้วยกันหลายภาษา คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคย และคะแนน 4 หมายถึง เป็นประจำ คะแนนรวม 0-88 คะแนน ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูง โดยปัจจัยที่ใช้ประเมิน คือ ปัจจัยด้านสังคมและอารมณ์ เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .88

Caregiving burden scale: CBS (Gerritsen & van der Ende, 1994) เครื่องมือนี้ ประกอบด้วย 13 ข้อคำถาม คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วยปัจจัยที่ใช้ประเมิน 2 ปัจจัย คือ สัมพันธภาพของผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ และ ข้อจำกัดในการใช้ชีวิตของผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 13-65 ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูงค่าความตรงภายใน (Reliability internal consistency) เท่ากับ .84

Caregiver burden scale: CBS (Elmståhl, Malmberg, & Annerstedt, 1996) ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ปัจจัยที่ใช้ประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดทั่วไป การแยกตัวเอง/ไม่เข้าสังคม ความผิดหวัง ด้านอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคย และคะแนน 4 หมายถึง เป็นประจำ ถ้าระดับคะแนนสูง แสดงถึงความเป็นภาระที่สูง เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นที่ .70-.87

Caregiver role strain: CRS (Fehring, 1994) ประกอบด้วยการประเมินด้านการที่ผู้ดูแล ไม่มีเวลาพบปะบุคคลตามที่ต้องการ ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่คงที่ ผู้ดูแล มีการแยกตัวจากสังคม และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม (งานอดิเรก) เป็นการประเมินโดยใช้การปรับจาก Caregiver burden scale: CBS มาประเมิน

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับในช่วงที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงภาระครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า ภาระครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาทางจิตวิทยาการปรึกษา ดังนั้น ในการพัฒนาองค์ความรู้

ทางจิตวิทยาการปริักษามีความจำเป็นที่จะต้องทราบแนวโน้มของการศึกษาภาวะครอบครัว จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการประมวลผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะครอบครัวดังกล่าว ประกอบด้วย การวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกมิติของงานวิจัย เป็นเสมือน แผนที่ ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถหาทิศทางที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวคิดสู่การวางแผนในการทำวิจัย ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาตามปรากฏการณ์ของสังคม โดยจากการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์ ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการพัฒนาแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการทดสอบ ประสิทธิภาพของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวที่พัฒนาขึ้น และบูรณาการรูปแบบการดูแล ที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับประเทศไทยมีการแปลแบบวัดภาวะครอบครัวเป็นภาษาไทย โดยทีมอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพแบบวัด โดยได้นำไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบบวัดฉบับที่แปลมานี้พบว่า ในบริบทของสังคมไทย มีโครงสร้าง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และ เจตคติที่ไม่แน่นอน (ชัญญชิตาคุยฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554)

ผู้วิจัยได้มีการนำแบบวัดการดูแลฉบับภาษาไทย ไปศึกษานำร่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ด้วยวิธีการวิจัยแบบผสม (Mixed method designs) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัย เชิงปริมาณ กับกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะของ จำนวน 40 ราย โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ผลการศึกษาพบว่า ในบริบทสังคมไทย สำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ การรับรู้ภาวะครอบครัวมีด้วยกันทั้งหมด 3 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) และความรู้สึกผิด (Guilt) (Chuyingsakultip et al., 2016)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นจาก กรอบแนวคิดการจัดการภาวะครอบครัว ตามทฤษฎีของซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) ครอบคลุมการจัดการภาวะครอบครัวใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียด ของครอบครัว ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ด้านการจัดการความรู้สึกผิด ของครอบครัว และด้านเจตคติของครอบครัว เพื่อเป็นการยืนยันองค์ประกอบการจัดการภาวะ ครอบครัวในบริบทสังคมไทย

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ศึกษาโดยตรงในประเทศเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น คือ ผลของ

โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ สุวรรณ จงหว่งกลาง (2549) โดยทำการศึกษากับผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย แบบวัดภาระของผู้ดูแล ผู้วิจัยคัดแปลงแบบวัดภาระของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery et al., 1985) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล มีความเป็นภาระต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรม และความเป็นภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองลดลงภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการสืบค้นงานวิจัยในประเทศจะเห็นว่า งานวิจัยภาระครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบว่ามีการศึกษา ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับภาระผู้ดูแล มีการศึกษาน้อยมากในประเทศ จึงเป็นหัวข้อสำหรับการทำวิจัยที่น่าสนใจ และมีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และในสถานการณ์ปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองเอง เป็นโรคที่เรื้อรังและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคและความพิการที่สูงขึ้นทั่วโลก ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบตามมาดังจะกล่าวต่อไป นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาแบบวัดภาระครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับคนไทย โดยคณะอาจารย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) โดยทำการแปลแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ สตีเวน เอช. ซาริต และจูดี้ เอ็ม. ซาริต (Steven H. Zarit and Judy M. Zarit) เป็นภาษาไทย และนำไปศึกษากับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 คน ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึงเมษายน พ.ศ. 2553 ได้แบบวัดที่เหมาะสมกับคนไทย แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค .92 และการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดฯ ฉบับภาษาไทย มีโครงสร้าง 4 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90, .86, .78, และ .72 ในหมวดความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) ความรู้สึกผิด (Guilt) และเจตคติที่ไม่มั่นคง (Uncertain attitude) ตามลำดับ แต่ยังไม่ได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวัดภาระการดูแลสำหรับกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมและครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลผู้ป่วยโรคนี้สำหรับที่จะใช้ประเมินการรับรู้ความเป็นภาระครอบครัว

นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาวิจัยของศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ ตั้งรัง (2557) ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และบทบาทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาของ

ผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่า 2 ใน 5 อีกทั้งพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่า ขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

การสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในรอบ 10 ปี ดังนี้

ชู-จุง และคณะ (Tzu-Jung et al., 2011 cited in Chuyingsakultip et al., 2016)

ได้ทำการศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย ที่มารับบริการในแผนกฟื้นฟูสภาพประเทศไต้หวัน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) และแบบประเมินภาระการดูแลที่ใช้ คือ Caregiver burden inventory (CBI) ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับปานกลาง  $2.82 \pm 0.93$  (Range from 0 to 4) และพบว่า ภาระการดูแลที่สูงที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมาเป็นด้านอารมณ์และระยะเวลาในการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้หญิง และการมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้ชาย และการไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และยังพบว่า เพศและการมีภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระการดูแลด้วยเช่นกัน

โอกันลานา, ดาดา, โอयीโว, โอโโคเล, และโอกันซาน (Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014) ทำการศึกษาแบบ Descriptive cross-sectional survey โดยได้ทำการศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแล คือ

Modified caregivers strain index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.9%) และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งประเมินโดยใช้ Modified rankin score (MRS) and Barthel index (BI) มีผลต่อการดูแล โดยผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการดูแลที่สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เดนโน และคณะ (Denno et al., 2013) ได้ศึกษาโดยการสำรวจทาง Internet ในผู้ดูแลหลัก ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 153 ราย เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแล คือ Oberst caregiving burden scale (OCBS) and the Bakas caregiving outcomes scale (BCOS) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.6%) และภาระการดูแลที่สูงขึ้น จะทำให้ระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

คามล, บอนด์, และโฟลลิเชอร์ (Kamel, Bond, & Froelicher, 2012) ศึกษาแบบ Cross-sectional design ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล จำนวน 116 ราย เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแล คือ Caregiver strain index (CSI) ร่วมกับคำถามสำหรับ ประเมินภาระการดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีระดับภาระการดูแลที่สูง และเกิดภาวะซึมเศร้า ร่วมด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสัมพันธ์กับภาระการดูแล ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง ผู้ดูแลจะเกิดการดูแลในระดับต่ำ

ซึ่งจากผลการวิจัยของต่างประเทศสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ ตัวผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ อาชีพ ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เพิ่มระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าให้แก่ ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ชาย เกิดปัญหาด้านการเงิน และความรู้สึกเป็นภาระจะเพิ่มมากขึ้นถ้าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน และระดับความรุนแรง ของโรคมักขึ้น

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ในครอบครัว

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ในครอบครัวตามลำดับ ดังนี้

### ความหมายของความทุกข์ในครอบครัว

ความสุข ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 แบ่งเป็น 2 คำ คือ คำว่า ความ หมายถึง เรื่อง เช่น เนื้อความ เกิดความ หรืออาการ เช่น ความทุกข์ ความสุข หรือหมายถึง คติที่ฟ้องร้องกันในศาล และคำว่า สุข หมายถึง ความสบายกายสบายใจ เช่น ขอให้อยู่ดีมีสุข เกิดมาก็มีสุขบ้างทุกข์บ้าง, มักใช้เข้าคู่กับคำเป็น เช่น ขอให้อยู่เย็นเป็นสุข ดังนั้น ความสุข หมายถึง ความสบายกาย สบายใจ คือความรู้สึกหรืออารมณ์ประเภทหนึ่ง มีหลายระดับ ตั้งแต่ความสบายใจ

หรือความพอใจเพียงเล็กน้อยจนถึงความเพลิดเพลินหรือเต็มไปด้วยความสนุกสนาน  
(ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

วินโฮเวน (Veenhoven, 2000) ให้ความหมายของความสุว่า หมายถึง องค์ประกอบ 4 ส่วน สำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ องค์ประกอบที่อยู่ภายในตัวบุคคลเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การมีชีวิตอยู่ด้วยศักยภาพของตนเอง และสามารถใช้ชีวิตตามที่ตนเองพึงพอใจและรู้สึกยินดี และองค์ประกอบที่อยู่ภายนอก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนเช่นกัน ได้แก่ ความเป็นอยู่ที่มีคุณภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมที่ดี และการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และทักษะความสามารถ ในการใช้ชีวิตที่เหมาะสม

คัมมินส์ (Cummins, 1993) กล่าวถึงความสุขและคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ส่วน คือ องค์ประกอบเชิงปรนัย (Objective components) และองค์ประกอบเชิงอัตนัย (Subjective components) โดยองค์ประกอบทั้งสองส่วน แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีชีวิตที่มีพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก ซึ่งอาจประเมินได้จากรายได้ การมีที่อยู่อาศัย ในสภาพแวดล้อมที่ดี ด้านการมีภาวะสุขภาพที่ดี ประเมินจากอัตราการความพิการหรือทุพพลภาพ และการพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ด้านผลผลิต ประเมินจากอัตราการมีงานทำ การศึกษา งานอดิเรกต่าง ๆ ด้านความใกล้ชิดคุ้นเคย ประเมินจากการมีเพื่อนสนิทที่รู้จัก สามารถขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา ด้านความปลอดภัย ประเมินจากการอยู่ในบ้านที่ปลอดภัย การพักผ่อนหลับนอนที่เพียงพอ ไม่ต้องกังวลเรื่องความปลอดภัย ด้านชุมชน ประเมินจาก มีหน่วยงานรับผิดชอบ การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่าง ๆ จากสังคม เมื่อต้องการ และด้านอารมณ์ของความรู้สึกมีความสุข ประเมินจากการมีโอกาสได้กระทำในสิ่งที่ต้องการ และการมีชีวิตอย่างสนุกสนาน

แม็คคอล (McCall, 1975) ได้กล่าวถึงความสุข ไว้ว่า การมีชีวิตตามที่ตนเองปรารถนา ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ การอยู่ในสังคมที่ดีและสามารถเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ การได้รับการตอบสนองในด้านปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความสุข

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) (2556) ได้กล่าวถึงการพัฒนาความสุขในพุทธธรรม (Happiness development in Buddhhadhamma) ว่า การพัฒนามนุษย์ให้มีความสุข คือ จุดมุ่งหมาย ในหลักพระพุทธศาสนา หลักการของพุทธธรรม คือ มนุษย์จะประเสริฐและมีมีความสุขได้ ด้วยการฝึกฝนและพัฒนา พุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งการฝึกและการพัฒนา เพื่อให้คนเข้าถึงความสุขอย่างแท้จริง คือ สุขที่ไม่ผันแปร เป็นอิสระ แต่ก็ไม่ได้ละเลยความสุขแบบอื่น ๆ การพัฒนาความสุขในพุทธศาสนาจึงมีการพัฒนาเป็นขั้นเป็นตอนตามเหตุและปัจจัยของธรรมชาติ โดยมีได้มุ่งเน้นให้บุคคลมีความสุขเท่านั้น แต่ให้คนมีความสุขไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาตนเอง



สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้เกิดความถี่อูกุดิงาม แก่ใจและกำจัดสภาพที่ไม่ถี่อูกุดิงาม หรือที่เป็นอกุศลไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาสิ่งที่เป็นกุศล ผู้ที่กำลังพัฒนาตนเองอยู่นั้น จะช่วยสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้น และช่วยชักนำผู้อื่นให้เกิดความสุขได้ ไม่มีการเบียดเบียนเกิดความเดือดร้อนเสียหายให้แก่สิ่งแวดล้อมและสังคม รวมถึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้คนอื่น ๆ ในสังคมสามารถพัฒนาความสุขในขั้นสูงขึ้นไปได้ ตามกำลังความสามารถ และเหตุปัจจุบัน

อภิรัช มงคล และคณะ (2552) ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข จากการที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมสภาพจิตใจที่ดีงาม ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา

เกรย์ (Gray, 2012) ความสุขของคนไทยสามารถอธิบายได้ด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากร สภาพเศรษฐกิจ ครอบครัว สุขภาพ ศาสนา ความเคารพนับถือเชื่อมั่นในตนเอง และการมีเพื่อนบ้านที่ดี องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความสุข คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

ดังนั้น ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง สามารถจัดการกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ภายใต้วสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกทุกคน ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในชีวิต มีการพัฒนาตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามศักยภาพที่เหลืออยู่ และส่งผลให้เกิดการจัดการภาวะครอบครัวที่สามารถวัดได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว การจัดการความขัดแย้งของครอบครัว การจัดการความรู้สึกลึกซึ้งของสมาชิกครอบครัว และด้านเจตคติของครอบครัว

#### **ความสำคัญของความสุขในครอบครัว**

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ข้อมนำมาซึ่งความสุข ความอบอุ่นในครอบครัว การสื่อสารเป็นทักษะในการช่วยให้ชีวิตคู่ของคู่สมรสเกิดความผูกพัน แก่ใจความขัดแย้ง และทำให้มีการปรับตัวของชีวิตคู่ที่เหมาะสม ซึ่งทำให้ชีวิตสมรสของครอบครัวมีความสุข (นาวลณี ประเสริฐสุข, 2558: อุมพร ตรังคสมบัติ, 2541) ปัญหาส่วนหนึ่งในครอบครัวมาจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสื่อสารที่ดี หรือการสื่อสารทางบวก จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรักความผูกพันที่ดีต่อกัน

ดีเนอร์ (Diener, 1984) กล่าวถึงความสุข และปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Subjective well-being) นั้น ประกอบด้วย การมีความสุข การมีความพึงพอใจในชีวิต และการได้รับสิ่งที่ดีด้านบวกหรือด้านที่ดีต่อจิตใจ และยังมีงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่พบว่า ครอบครัว การแต่งงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของความสุข (Andrews & Withey, 1976; Freudiger, 1980; Glenn, 1975; Michalos, 1980)

อุสา สุทธิศาสตร์ (2559) กล่าวถึงความสำคัญของการสื่อสารเพื่อให้ครอบครัวมีความสุข ประกอบด้วย การสื่อสารที่ชัดเจนและตรงเป้าหมาย หลีกเลี่ยงการสื่อสารทางลบ ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจาหรือท่าทาง มีการรับฟังความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย เป็นการสื่อสารแบบสองทาง แสดงความชื่นชม ให้กำลังใจกัน และขอบคุณตามโอกาส

จรรยา ดาสา (2552) ความสุขทำให้เกิดผลที่ดีต่องานที่ทำ ความสุขในที่ทำงานถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การบริหารองค์กรเป็นไปได้ด้วยความราบรื่น ลดความเครียดและความขัดแย้งในองค์กร ช่วยให้องค์กรเจริญก้าวหน้าและพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความสุขทำให้เกิดผลที่ดีต่อคนทำงาน คนทำงานที่มีความสุขจะเป็นคนที่สามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ

สุภีร์ ทุมทอง (2557) พูดถึงความสุขทางพระพุทธศาสนา เป็นการมุ่งหาความสุขเป็นจุดหมายสูงสุด คือ พระนิพพาน เพื่อถึงความดับของทุกข์ ดังนั้น การปฏิบัติจึงเป็นไปเพื่อให้เข้าถึงความสุขอันถาวร

สรุปความสำคัญของความสุขในครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวควรมีสภาพที่แข็งแรงในทุกด้าน ความสุขในครอบครัวจะทำให้สมาชิกทุกคนมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามช่วงวัย มีการพัฒนาและเติบโตที่ดีพร้อมในทุกด้าน ร่วมกับการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ความสุขในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ สามารถนำศักยภาพที่มีของตนเองมาช่วยพัฒนาสังคมให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความสุขในครอบครัว

ความสุขในครอบครัว (Family happiness) เมื่อใดที่สมาชิกปฏิบัติบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของตนด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจ ตั้งใจ ปรารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ สมาชิกจะรู้สึกเต็มใจทำ และการมีสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมนำมาซึ่งความสุข ความอบอุ่นในครอบครัว แต่เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล ทำให้เกิดการรับรู้ความเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสุขในครอบครัว ผู้วิจัยขอนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีความสุขในครอบครัว ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีความสุขในครอบครัวของดีเนอร์ (Diener, 1984) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องความสุข และเสนอว่า ปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Subjective well-being) ประกอบด้วย การมีความสุข การมีความพึงพอใจในชีวิต และการได้รับสิ่งที่คิดด้านบวกหรือเกิดผลกระทบในด้านที่ดีต่อจิตใจนั่นเอง และมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความสุขหรือคุณภาพชีวิตด้วยกัน

หลายท่าน เช่น เคนทริล (Cantril, 1965) พัฒนาแบบวัดที่เป็นมิติเดียว คือ ให้คะแนนคุณภาพชีวิตของตัวเองออกมา โดยมีคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุด โดยคะแนนต่ำสุด หมายถึง คุณภาพชีวิตแย่มาก ส่วนคะแนนสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตดีที่สุดในชีวิต โดยมีระดับคะแนนเรียงกันไปตามลำดับ ลอตตัน (Lawton, 1975) พัฒนาแบบวัดที่เป็นหลายมิติ ดีเนอร์ และคณะ (Diener et al., 1983) ได้พัฒนาแบบวัดระดับความพึงพอใจที่ชื่อ Satisfaction with life scale โดยใช้มาตรวัดระดับความพึงพอใจเป็นแบบวัดที่เหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่พบว่า ครอบครัว การแต่งงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของความสุข (Andrews & Withey, 1976; Freudiger, 1980; Glenn, 1975; Michalos, 1980)

2. อภิษฐ์ มงคล และคณะ (2552) ได้พัฒนาแบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างจากแนวคิด ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขจากการที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมสภาพจิตใจที่ดีงาม ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 66 ข้อ และฉบับสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยสามารถนำไปใช้กับผู้ที่อยู่ในวัย 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ และในการนำแบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยไปใช้เพื่อประเมินซ้ำว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่อย่างรวดเร็วควรประเมินซ้ำอีก 1 เดือน

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2552) ได้ให้แนวคิดของความสุขเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพที่ดี ประกอบด้วย สุขภาพดี น้ำใจงาม สังคมดี ผ่อนคลาย พัฒนาสมอง ศาสนาและศีลธรรม ปลอดภัย และครอบครัวดี โดยแนวคิดทั้ง 8 ประการ จะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้ง 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) (2556) สำหรับแนวคิดทางพุทธศาสนา ได้กล่าวถึงการพัฒนาความสุขในพุทธธรรม (Happiness development in Buddhhadhamma) จุดมุ่งหมายในหลักพระพุทธศาสนา หลักการของพุทธธรรม คือ มนุษย์จะประเสริฐและมีความสุขได้ด้วยการฝึกฝนและพัฒนา พุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งการฝึกและการพัฒนา เพื่อให้คนเข้าถึงความสุขอย่างแท้จริง คือ ความสุขที่จะไม่ผันแปร เป็นอิสระ แต่ก็ไม่ได้ละเลยความสุขแบบอื่น ๆ การพัฒนาความสุขในพุทธศาสนาจึงมีการพัฒนาเป็นขั้นเป็นตอนตามเหตุและปัจจัยของธรรมชาติ โดยมีได้มุ่งเน้นให้บุคคลมีความสุขเท่านั้น แต่ให้คนมีความสุขไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้เกิดความเกื้อกูลดีงาม แก่ใจและกำจัดสภาพที่ไม่เกื้อกูลดีงามหรือที่เป็น

อกุศลไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาสิ่งที่เป็นกุศล ผู้ที่กำลังพัฒนาตนเองอยู่นั้น จะช่วยสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้น และช่วยชักนำผู้อื่นให้เกิดความสุขได้ ไม่มีการเบียดเบียนเกิดความเดือดร้อนเสียหายให้แก่สิ่งแวดล้อมและสังคม รวมถึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้คนอื่น ๆ ในสังคมสามารถพัฒนาความสุขในขั้นสูงขึ้นไปได้ ตามกำลังความสามารถ และเหตุปัจจุบัน

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับสุขภาพ เกรย์ (Gray, 2012) พบว่า สุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในสามอันดับแรกที่ทำให้คนไทยมีความสุข (สามอันดับประกอบด้วย ภาวะเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพ) ความสุขที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดี ดังนั้น สุขภาพ ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและประเวศ ะสี (2541) กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความสุข 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย/ กำหนดให้ชีวิตมีสันติสุข เศรษฐกิจที่พอเพียง ครอบครัวที่อบอุ่น การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และการอยู่ในชุมชนหรือสังคมที่เข้มแข็ง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสุขในครอบครัวของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสร้างขึ้นด้วยกรอบแนวคิด คำจำกัดความของความสุขว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้น ความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจ ตั้งใจ ประารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ การมีสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในชีวิต อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในครอบครัว

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ได้พัฒนาแบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างจากแนวคิด ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขจากการที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมสภาพจิตใจที่ดีงาม ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 66 ข้อ และฉบับสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยสามารถนำไปใช้กับผู้ที่อยู่ในวัย 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ และในการนำ

แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยไปใช้เพื่อประเมินซ้ำว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่  
อย่างรวดเร็วควรประเมินซ้ำอีก 1 เดือน

เรวดี เพชรศิริทัศน์, ศิริอร ดินฐุ, สายฝน เอกวางกูร, อุไร จเรประพาพ และเจนเนตร พลเพชร (2550) ได้ศึกษาความสุขและวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างระหว่าง  
คนสามวัยในครอบครัวไทย โดยทำการศึกษาในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช กับวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่  
และวัยสูงอายุ รวม 330 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสุขของวัยรุ่น คือ อิสระ ไม่ถูกควบคุม  
จากผู้ใหญ่ และได้อยู่รวมกลุ่มกับเพื่อน ความสุขของวัยผู้ใหญ่ (มารดา) คือ ความสามารถ  
ในการควบคุมและจัดการสมาชิกในครอบครัว การทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนความสุขของบิดา  
คือ ความสามารถในการหารายได้ ไม่ถูกควบคุมจากภรรยา ส่วนความสุขวัยสูงอายุ คือ ได้รับความ  
ยอมรับและเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน และสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวขาดความสุข ทุกกลุ่ม  
เห็นตรงกันว่า เกิดจากความขัดแย้ง และการทำกิจกรรมร่วมกันสามารถส่งเสริมความสุข  
ในครอบครัวได้ และระบบสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องภายนอกที่จะช่วยให้เกิดความสุขในครอบครัว  
คือ การมีส่วนร่วมสร้างความรัก ความเข้าใจ และเสริมสร้างทักษะการสื่อสารในการช่วยให้  
แต่ละกลุ่มวัยไม่ขัดแย้งกัน จะช่วยให้เกิดความสุข

ดราเวน และปะชา-ไซดี (D'raven, & Pasha-Zaidi, 2014 a; 2014 b) ได้ศึกษาความสุข  
ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย สหรัฐอาหรับเอมิเรต โดยทำการศึกษากับนักศึกษาในมหาวิทยาลัย  
จำนวน 109 ราย ผลการศึกษาพบว่า การมีพฤติกรรมที่ดี การได้รับการยอมรับจากสังคมและบุคคล  
รอบข้างเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุข นอกจากนี้ พวกเขายังให้ความหมายของความสุข  
ผ่านการตั้งเป้าหมายและการประสบความสำเร็จ ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์  
การจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

เกรย์ (Gray, 2012) ได้ศึกษาความสุขของคนไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจความสุข  
ของคนไทยจากสภาพสังคมและวัฒนธรรม สภาพจิตใจ รวมถึงดัชนีชี้วัดความสุข ผลการวิจัยพบว่า  
ความสุขของคนไทยสามารถอธิบายได้ด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชากร สภาพเศรษฐกิจ  
ครอบครัว สุขภาพ ศาสนา ความเคารพนับถือเชื่อมั่นในตนเอง และการมีเพื่อนบ้านที่ดี หากแบ่งตาม  
อายุ เพศ และการประกอบอาชีพ พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความสุข คือ การมี  
สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการใช้ชีวิต

กัลยาณี เสนาสุ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย (Factors  
affect happiness in Thailand) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสุขเฉลี่ยของคนไทยอยู่ในระดับ  
ค่อนข้างสูง (ช่วง 7.42-7.60 จากมาตรวัด 0-10) และพบว่า ตัวแปรโมเดลความพึงพอใจ  
ในสุขภาพจิต ความพึงพอใจในครอบครัว ความพึงพอใจในชุมชน และความพึงพอใจในงาน

มีผลกระทบเชิงบวกต่อความสุขของคนไทย โดยที่ความพึงพอใจในสุขภาพจิตเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการพยากรณ์ความสุข

ชินกร น้อยคำยาง และปกาศา น้อยคำยาง (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากร สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่าความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ไฟล์สัมฤทธิ์ ด้านคุณลักษณะงาน ด้านสัมพันธภาพในที่ทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง และสุมาลี เอี่ยมสมัย (2557) ได้ศึกษาการให้ความหมายและการจัดการความทุกข์ที่ทราบจากความพิการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการศึกษากับผู้ป่วย 15 ราย ในจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า การให้ความหมายและการจัดการความทุกข์ที่ทราบจากความพิการแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกที่ยังไม่สามารถยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยให้ความหมายตามการรับรู้ความทุกข์ที่ทราบ คือ รับไม่ได้และอยากตาย ตายดีกว่าอยู่อย่างพิการ ไม่มีความสุขในชีวิต มีแต่ความยากลำบาก ชีวิตไม่มีความหมาย อยู่ไปก็เป็นภาระ ระยะต่อมาเป็นระยะที่สามารถยอมรับความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยมีการรับรู้เชิงบวก คือ โชคดีที่พิการ และเป็นโอกาสได้ใช้กรรมและสร้างบุญ และใช้แนวทางวิถีพุทธช่วยเยียวยาจิตใจ

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ

การปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ เป็นรูปแบบในการให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีการจัดระบบ สัมพันธภาพ และการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถคิด พิจารณา และมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การจัดระบบของครอบครัว สัมพันธภาพ และการสื่อสาร โดยใช้ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก โดยผสมผสานเทคนิคการปรึกษารอบครัวจากทฤษฎีอื่น ๆ ผู้วิจัยขอทบทวนวรรณกรรมการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการตามลำดับ ดังนี้

### ความเป็นมาของการบูรณาการการปรึกษา

การบูรณาการการปรึกษา เป็นรูปแบบสำหรับการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวยุคใหม่ ซึ่งสาเหตุที่ต้องมีการบูรณาการการปรึกษา เนื่องจากทฤษฎีการปรึกษาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านความคิด ปัญหาด้านอารมณ์ และปัญหาด้านพฤติกรรม ซึ่งยังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า ทฤษฎีของตนเองสามารถประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ๆ (Lambert, & Ogles, 2004 อ้างถึงใน นันทชิตต์ สฤลพงษ์, 2557)

นอร์ครอส และเบุตเลอร์ (Norcross & Beutler, 2008, p. 502) ได้แบ่งการบูรณาการการปรึกษา ไว้ 4 กลุ่ม คือ

**1. การบูรณาการทางเทคนิค: Technical eclectic** เป็นรูปแบบที่นิยมใช้มากที่สุด โดยรูปแบบนี้เป็นการที่ผู้ให้การปรึกษาเลือกเทคนิคหรือวิธีการในการบำบัดที่เห็นว่าดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการปรึกษา โดยเทคนิคที่เหมาะสมนั้น ได้มาจากผลการวิจัยที่ผ่านมา และผู้ให้การปรึกษาเห็นว่าเหมาะสมกับผู้รับบริการปรึกษาที่มาขอรับบริการ Technical eclectic เป็นการนำเทคนิคจากทฤษฎีที่ต่างกัน โดยเทคนิคที่นำมาใช้นั้น ไม่จำเป็นต้องอยู่ภายใต้กรอบของทฤษฎีที่เป็นต้นกำเนิดเดิม ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากรูปแบบการบูรณาการแบบ Theoretical integrationists ที่นำแนวคิดและเทคนิคของทฤษฎีหลาย ๆ ทฤษฎี ซึ่งอาจจะเข้ากันได้หรือไม่เข้ากันก็ได้ การบูรณาการแบบ Technical eclectic ไม่จำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อระหว่างแนวความคิดและเทคนิค แต่เป็นการศึกษาจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเทคนิคการบำบัดที่เหมาะสมมาใช้ (Lazarus, 1967, p. 416 cited in Norcross & Beutler, 2008) ตัวอย่างรูปแบบการบูรณาการ Technical eclectic พบได้ในงานของลาซารัส (Lazarus) ที่ได้ทำการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เรียกว่า Multimodal therapy โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social-cognitive theory) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดแบบบูรณาการทางเทคนิค เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้ครอบคลุมทุกมิติ ที่ลาซารัสเรียกว่า BASIC ID มีรายละเอียดดังนี้ B = Behavior (พฤติกรรม) A = Affect (อารมณ์) S = Sensation (การรับสัมผัส) I = Imagery (การจินตนาการ) C = Cognition (การรู้คิด) I = Interpersonal relationship (สัมพันธภาพระหว่างบุคคล) D = Drug/ biology (ยาและปัจจัยทางชีววิทยา) ลาซารัสเสนอว่า BASIC ID เป็นทั้งเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้รับบริการและเป็นแนวทางสำหรับการบำบัดรักษา ซึ่งผู้รับบริการอาจมีปัญหาที่แตกต่างกันไปในแต่ละคนและในแต่ละด้านและควรได้รับการบำบัดหรือการจัดการที่แตกต่างกัน ในส่วนของการปรึกษาและบำบัดนั้นสามารถเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีใด ๆ ก็ได้ที่เหมาะสมสำหรับการบำบัด เช่น การใช้เทคนิคเก้าอี้ที่ว่างเปล่า (Empty chair) จากทฤษฎีของเกสตัลท์ในการบำบัดมิติด้านอารมณ์ การรับสัมผัสและ

การจินตนาการ การใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Exposure) เพื่อบำบัดพฤติกรรมที่ไม่กล้าแสดงออก หรือการเสริมแรงทางบวกเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนามากยิ่งขึ้น การใช้เทคนิค การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive restructuring) เพื่อบำบัดความคิดแบบเหมารวมหรือความคิด ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นต้น (Lazarus, 2008 อ้างถึงใน นันทชัตต์ สกกุลพงศ์, 2557)

**2. การบูรณาการทางทฤษฎี: Theoretical integration** หมายถึง การบูรณาการหลักการ ปรัชญา แนวคิด จากทฤษฎีที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้สามารถอธิบายปัญหาที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุม โดยการสร้างเป็นทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เช่น การบูรณาการทฤษฎีพื้นฐานในกลุ่มของจิตบำบัดกับเทคนิค ที่มาจากทฤษฎีแต่ละทฤษฎี การรวมทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีระหว่างบุคคลเข้าด้วยกัน การรวม ทฤษฎีกลุ่ม Cognitive เข้ากับกลุ่ม Behavioral หรือทฤษฎีระบบ (System) กับทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม เป็นต้น รูปแบบการบูรณาการทฤษฎีนี้ เป็นการสร้างแนวคิดหรือทฤษฎีที่นอกเหนือจาก การผสมผสานเทคนิคและวิธีการเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะสร้างกรอบความคิดที่สังเคราะห์ องค์ประกอบที่ดีที่สุดสำหรับการบำบัดสองวิธีหรือมากกว่าเข้าด้วยกัน รูปแบบการบูรณาการ ลักษณะนี้มีข้อจำกัด คือ ค่อนข้างอุดมคติมากเกินไปสำหรับการนำมาปฏิบัติ การผสมผสานแบบนี้ ถือได้ว่ามีความซับซ้อนและยากมากที่สุด การผสมผสานทางทฤษฎีที่ได้รับความนิยมในการอ้างอิงถึง และมีงานวิจัยรองรับ ได้แก่ รูปแบบ Cyclical psychodynamic ของวาเชล และคณะ (Wachel et al.) และรูปแบบ Transtheoretical approach ของโปรชาสกา และคณะ (Prochaska et al.) ดังนี้

รูปแบบ Cyclical psychodynamic พัฒนาโดยวาเชล และคณะ (Wachel et al., 2005 อ้างถึงใน นันทชัตต์ สกกุลพงศ์, 2557) เริ่มแรกเป็นการบูรณาการแนวคิดระหว่างการบำบัด การรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior model) กับการบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic model) เข้าด้วยกัน ต่อมาเริ่มบูรณาการแนวคิดจากทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานของ การช่วยเหลือครอบครัวและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมมามีส่วนในการพัฒนา แนวคิดนี้เชื่อว่า ประสบการณ์ในวัยเด็กมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบัน แต่การตระหนักรู้ (Insight) ต่อประสบการณ์ในวัยเด็กเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องผสมผสานเอาแนวคิดด้านการรู้คิดพฤติกรรมมามีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การบำบัดรายกรณีของจูดี (Judy) วัย 40 ปีที่มาขอรับ การช่วยเหลือด้วยอาการซึมเศร้าเรื้อรังร่วมกับมีอาการทางกายที่หลากหลาย นักบำบัดที่ใช้แนวคิด ของ Cyclical psychodynamic จะเริ่มประเมินปมขัดแย้งทางจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและ ขณะเดียวกันก็ประเมินถึงสิ่งเสริมแรงหรือการลงโทษต่อพฤติกรรมที่ส่งผลต่อปมขัดแย้งทางจิตใจ ให้ฝังแน่นมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีบุคลิกภาพมนุษย์ใน Cyclical psychodynamic ที่เชื่อว่า ปมขัดแย้งทางจิตใจและสิ่งเสริมแรงจากสิ่งแวดล้อมล้วนมีผลกระทบ



ซึ่งกันและกัน จากนั้นก็ใช้เทคนิคคือ การตีความ (Interpretation) เพื่อตีความปมขัดแย้งทางจิตใจ ในอดีตร่วมกับเทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) และฝึกให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกมากขึ้นกว่าการมีพฤติกรรมแบบขอมตามที่น่าไปสู่ การเก็บกดความโกรธไว้ภายในจนแสดงออกมาเป็นอาการทางกายและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ผลการบำบัดพบว่า จู่ก็มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Gold & Wachtel, 1993 อ้างถึงใน นันทิชาติ สกฤตพงศ์, 2557)

รูปแบบ Transtheoretical approach พัฒนาโดยโปรเชสกา และดิกลิเมนเต (Prochaska & Diclemente, 2005 อ้างถึงใน นันทิชาติ สกฤตพงศ์, 2557) รูปแบบการบำบัดแบบนี้ถือได้ว่าเป็นรูปแบบการบูรณาการทางทฤษฎีที่มีงานวิจัยรองรับมากที่สุดวิธีหนึ่ง การพัฒนาเริ่มแรกเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาใช้สารเสพติดบุหรี่ ต่อมามีการประยุกต์ใช้กับกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนักและการควบคุมอาหาร การวางแผนครอบครัวสำหรับวัยรุ่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในผู้ติดเชื้อ HIV เป็นต้น รูปแบบ Transtheoretical approach เกิดจากการผสมผสานทฤษฎีการบำบัดจากสำนักต่าง ๆ เข้าด้วยกัน อันได้แก่ กลุ่มจิตวิเคราะห์ กลุ่มเกสตัทท์ กลุ่มอัตถิภาวนิยม การบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และการบำบัดแบบพฤติกรรมการรู้คิด ในด้านเทคนิคที่ใช้ขึ้น จะมีการบูรณาการเทคนิคการบำบัดจากสำนักดังกล่าวข้างต้นมาใช้ให้เหมาะสมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของบุคคล (Stage of change) ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 6 ขั้นตอนคือ

- 1) ขั้นยังไม่สนใจ (Precontemplate) มองยังไม่เห็นว่าจะเอาจริง อย่างน้อยก็ยังไม่เอาจริงใน 6 เดือนข้างหน้า คนมักจะติดอยู่ที่ขั้นนี้นาน ส่วนใหญ่เป็นเพราะได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนต้องแท้ อีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะเคยลองมาแล้วไม่สำเร็จเลยไม่เชื่อว่าตนเองจะทำได้ เรียกว่า มีวิฤติความเชื่อถือตนเอง จึงใช้วิธีหันหลังให้ ไม่สนใจ ไม่ทำ
- 2) ขั้นสนใจแต่รอฤกษ์ (Contemplate) สนใจที่จะทำแล้ว แต่ยังรั้งรออยู่บ้าง ประมาณว่าในหกเดือนข้างหน้าคงจะได้ลงมือทำแน่
- 3) ขั้นตัดสินใจทำ (Preparation) ตั้งใจเอาจริงแน่นอน วางแผนแล้ว ประมาณว่าไม่เกินหนึ่งเดือนข้างหน้าก็คงได้ลงมือทำจริง
- 4) ขั้นลงมือทำ (Action) คือลงมือทำไปแล้ว แต่ยังต่อเนื่องมาได้ไม่เกินหกเดือน
- 5) ขั้นทำได้ยึด (Maintenance) ทำได้แล้ว ต่อเนื่องเกิน 6 เดือน แต่ยังไม่เกิน 5 ปี ยังพยายามทำอยู่ มีความเสี่ยงจะกลับไปใช้นิสัยเดิมอยู่เหมือนกัน แต่ก็พยายามที่จะไม่กลับไป

6) ขึ้นสำเร็จแน่แล้ว (Termination) เปลี่ยนพฤติกรรมได้แน่นอนแล้ว ไม่กลับไปทำแบบเก่าอีกเด็ดขาด

**3. การบูรณาการทางปัจจัยร่วม: Common factors** หมายถึง คุณลักษณะร่วมหรือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการปรึกษาหรือการทำจิตบำบัด โดยมีได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ทฤษฎีการปรึกษาหรือจิตบำบัดทฤษฎีใด ตัวอย่างเช่น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักจิตบำบัดและผู้รับบริการ ถือว่าเป็นปัจจัยการบำบัดร่วมที่ทำให้ผู้รับบริการมีอาการดีขึ้นไม่ว่านักจิตบำบัดจะใช้ทฤษฎีใดในการบำบัดรักษา ปัจจัยการบำบัดร่วมได้มีการศึกษาหลายชิ้นที่บ่งบอกว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง อย่างไรก็ตาม ยังไม่เป็นที่ตกลงร่วมกันว่าประกอบด้วยปัจจัยอะไรที่แน่นอน และยังไม่มีการออกแบบการบำบัดทางจิตเฉพาะสำหรับการผสมผสานชนิดที่เป็นแบบมีปัจจัยการบำบัดร่วม ตัวอย่างการศึกษาที่น่าสนใจคือ การศึกษาของแลมเบิร์ต (Lambert) ที่นำเสนอปัจจัยการบำบัดร่วมจากหลายทฤษฎีของจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด ซึ่งสามารถเรียกรวมกันได้ว่า “ปัจจัยสี่” (The big four) ดังต่อไปนี้ (Lambert, 1992 อ้างถึงใน นันทิชาติ สกกุลพงศ์, 2557)

1) ปัจจัยภายในตัวผู้รับบริการและปัจจัยภายนอกชั่วโมงบำบัด (Client/ extra therapeutic factors) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนถึงร้อยละ 40 ที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาและจิตบำบัด ตัวอย่างปัจจัยที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัว การมีอาชีพที่มั่นคง การมีเพื่อนสนิท การมีทักษะ การจัดการกับปัญหาที่ดี เป็นต้น ดังนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักจิตบำบัดที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับปัจจัยต่าง ๆ ภายนอกชั่วโมงบำบัดที่จะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้รับบริการ อาจมีการช่วยเหลือด้านอื่นที่จำเป็น เช่น ประสานงานด้านการจัดหาที่พักให้กับผู้รับบริการที่มีปัญหาฉุกเฉินหรือวิกฤติในชีวิต เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจกับผู้รับบริการ นอกจากนั้น จะต้องตระหนักว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัวผู้รับบริการดีขึ้นได้ คือ “ทรัพยากรภายในตัวของเขาเอง” ที่ช่วยให้ยืนหยัดภายหลังเผชิญปัญหาในชีวิตได้มากกว่าไปมุ่งเน้นที่การใช้เทคนิคต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการดีขึ้นจากการบำบัดได้น้อยกว่า

2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างนักจิตบำบัดและผู้รับบริการ (Relationship factors) ปัจจัยด้านนี้มีส่วนร้อยละ 40 ต่อประสิทธิภาพของการปรึกษาและจิตบำบัด ดังเช่น การใส่ใจในตัวผู้รับบริการ ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนให้กำลังใจ

3) การเกิดความหวัง (Hope) คือ การที่ผู้รับบริการมีความหวังว่าการรับปรึกษาหรือจิตบำบัดจะทำให้ตนเองปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการมีความหวังนี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัด

ร้อยละ 15 อย่างไรก็ตาม การที่ผู้รับบริการจะเกิดความหวังว่าการบำบัดจะช่วยพวกเขาได้ก็ต่อเมื่อสัมพันธภาพระหว่างนักจิตบำบัดกับผู้รับบริการเป็นไปด้วยดี

4) ทฤษฎีและเทคนิค (Model and technique) คือ ทฤษฎีที่นักจิตวิทยาการศึกษาหรือนักจิตบำบัด รวมทั้งเทคนิคต่าง ๆ ที่เลือกใช้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดเพียงแค่อ้อยู่ 15 เท่านั้น ซึ่งจากการศึกษานี้จะทำให้ให้นักจิตวิทยาการศึกษาและนักจิตบำบัดมีความตระหนักใส่ใจกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดให้มากขึ้น โดยไม่มุ่งเน้นที่การใช้ทฤษฎีหรือเทคนิคเป็นหลักในการบำบัดรักษาแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

รูปแบบการบูรณาการทางปัจจัยร่วม เป็นวิธีการบูรณาการแบบข้ามทฤษฎี โดยไม่มุ่งเน้นเพียงเทคนิค หรือทฤษฎี แต่เป็นการแสวงหาหลักการร่วมกันของทฤษฎีต่าง ๆ และนำมาประยุกต์ใช้ในการปรึกษา เช่น หลักการร่วมอย่างหนึ่งที่พบในหลายทฤษฎี คือ การช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตระหนักในการวิเคราะห์ตัวเอง (Self-criticism) แม้ว่าเทคนิค วิธีการ แต่ละทฤษฎีที่ใช้จะแตกต่างกันมากก็ตาม เช่น Cognitive therapy จะใช้วิธีการให้ผู้รับบริการปรึกษาวิเคราะห์ความคิดเชิงลบ ผ่านการโต้แย้ง พิจารณาหลักฐาน หรือความสมเหตุสมผล แต่ Gestalt จะใช้วิธีการ Empty chair เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษารับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น เป็นต้น

**4. การบูรณาการทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก: Assimilative integration** พัฒนาโดย เมสเซอร์ (Messer, 2001 อ้างถึงใน นันทิชาตสันต์ สกุลพงศ์, 2557) เนื่องจากรูปแบบการบูรณาการทางทฤษฎีถูกโจมตีจากนักจิตบำบัดที่เน้นการบำบัดแบบใช้ทฤษฎีเดียว (Monoism) ว่ารูปแบบการบูรณาการทางทฤษฎีเป็นไปได้ยาก นอกจากนั้น ความคิด ความเชื่อพื้นฐานของแต่ละทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดมีความแตกต่างกันและไม่สามารถที่จะมาบูรณาการกันได้ ในขณะที่การบูรณาการทางเทคนิค (Technical eclecticism) ก็ดูเหมือนหยิบยกเอาแต่เทคนิคมาใช้กับผู้รับบริการโดยมิได้พิจารณาถึงที่มาที่ไปทางทฤษฎีการบำบัดที่อยู่เบื้องหลังเทคนิค ต่อมาจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบูรณาการที่ลดจุดบกพร่องของทั้งการบูรณาการทางทฤษฎีและการบูรณาการทางเทคนิคเรียกว่า “การบูรณาการทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก” คือ ผู้ให้การปรึกษาหรือนักจิตบำบัดยึดทฤษฎีการบำบัดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลัก จากนั้นจะทำการหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วย โดยเทคนิคที่ถูกหยิบยืมมาใช้นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองเป้าหมายการบำบัดตามทฤษฎีหลักที่นักจิตบำบัดยึดถือ ตัวอย่างเช่น นักจิตบำบัดเลือกการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัตเป็นวิธีการหลัก แต่ขณะที่ทำการบำบัดนั้น จะหยิบยืมเอาเทคนิคการลดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) จากการทำบำบัดการรู้คิดพฤติกรรม หรือเทคนิคการใช้เก้าอี้ที่วางเปล่าจากการบำบัดแบบเกสตัลท์ (Gestalt therapy) มาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมหรือเพื่อให้เกิดการตระหนักในอารมณ์ ความรู้สึกแบบที่นี้เดี๋ยวนี้ (Here and

now) ซึ่งเป็นเป้าหมายของเกสต์ลท์ แต่ใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้ผู้รับบริการ เกิดการตระหนักรู้ (Insight) ถึงปมขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (Unconscious) และมีพฤติกรรม การแสดงออกเพื่อต่อยอดการตระหนักรู้ให้เข้มข้นมากขึ้น (Working through)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการบูรณาการแบบ Assimilative integration คือ การให้การปรึกษาที่นำเอาทฤษฎีการปรึกษาหนึ่งทฤษฎีเป็นทฤษฎีหลัก ผสมผสานกับเทคนิค การปรึกษาอื่น ๆ ที่มีลักษณะหรือเป้าหมายการปรึกษาที่สอดคล้องกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การปรึกษาให้สูงขึ้น โดยในการปรึกษาคั้งนี้มีการนำทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นมาเป็น ทฤษฎีหลัก โดยใช้ร่วมกับเทคนิคเส้นลวดประสพการณ์ จากทฤษฎีเน้นประสพการณ์และมนุษยนิยม เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) เทคนิคคำถามลำดับขั้น (Scaling question) เทคนิคคำถาม ปาฏิหาริย์ (The miracle question) จากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้รับบริการปรึกษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจ และค้นพบทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจ ร่วมกันได้ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาและ ครอบครัว ตระหนักรู้ในตนเอง และสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเทคนิคของ ทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)

**การพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มุ่งพัฒนาให้สอดคล้องกับ การจัดการภาวะครอบครัว ซึ่งเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่บุคคลได้รับมาอย่างต่อเนื่อง จากรุ่น บรรพบุรุษ สืบเนื่องมาจนถึงรุ่นปัจจุบัน ร่วมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบ ครอบครัวที่ดำเนินมาอย่างปกติตามระยะพัฒนาการร่วมกับกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมและ วัฒนธรรมที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว ผสมผสานกับวิถีคิด ความเชื่อ ค่านิยมของ แต่ละบุคคลที่เชื่อมโยงมาถึงเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาวะ ครอบครัว โดยแสดงออกผ่านทางพฤติกรรมด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้จึงต้องทำการศึกษาอย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยง ระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก เป็นการปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัว โดย เมอร์เรย์ โบเวน (Murry Bowen) เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน

เกี่ยวข้องกันในด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว นอกจากนี้ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่าการพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ (Corey, 2009) ทฤษฎีนี้มุ่งศึกษาประเด็นการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว การจัดการกับระดับความสนิทสนมของสมาชิกภายในครอบครัว การเผชิญปัญหา การแก้ไขปมขัดแย้งต่าง ๆ ของครอบครัวรุ่นบรรพบุรุษ ซึ่งไม่สามารถจัดการได้ในอดีต (เพ็ญญา กุลนาคดล, 2559) โดยใช้ร่วมกับเทคนิคการปรึกษาครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจ และค้นพบทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและครอบครัวตระหนักรู้ในตนเอง และสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคเส้นลวดประสมการณ์ เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) และเทคนิคของทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นเอง ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ และดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติโดยรวมได้

มีงานวิจัยต่างประเทศพบว่า การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เรียกว่า Psychoeducation intervention program (Nasr & Kausar, 2009; Navidian, Kermansaravi, & Rigi, 2012; Sharif, Shaygan, & Mani, 2012; Tanriverdi & Ekinici, 2012) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช Schizophrenia และกลุ่ม Mental disorder ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สามารถลดภาระการดูแลให้แก่ผู้ดูแลได้ แต่ยังไม่มีการศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้น ในการพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นรุ่นเป็นทฤษฎีหลัก ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวข้องกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว นอกจากนี้ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่าการพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้

(Corey, 2009) โดยใช้เทคนิคของทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) โดยใช้ร่วมกับเทคนิคเส้นลาดประสพการณ์ จากทฤษฎีเน้นประสพการณ์ และมนุษยนิยม และเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) จากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น กำหนดกิจกรรมในโปรแกรมรวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง (กำหนดกิจกรรมการปรึกษาประมาณ สัปดาห์ละครั้ง) โดยครั้งแรก ที่คลินิกทดลองเดือนสิงหาคมในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้แพทย์ พิจารณาว่าสภาพผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างปลอดภัย ส่วนในครั้งถัดไป เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยจะทำเป็นตารางนัดหมายวันที่และเวลาให้กับครอบครัวผู้รับการปรึกษาแต่ละ ครอบครัว โดยในช่วงของระยะเวลาที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จะมีการโทรศัพท์ติดตาม ทุก 2 สัปดาห์ร่วมด้วย

#### ความหมายของการปรึกษาครอบครัว

จิตตินันท์ เดชะคุปต์ (2553) กล่าวถึงความหมายของการปรึกษาครอบครัวว่า เป็นองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของครอบครัว (Family life) การปรับเปลี่ยนช่วงชีวิต ของครอบครัวในแต่ละช่วงรอยต่อในการดำเนินชีวิตของครอบครัว (Family transition) ที่มี การเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาการอย่างเป็นขั้นตอนของครอบครัว (Family development) มีการเชื่อมโยงกับวงจรชีวิตของครอบครัว (Family life cycle) เป็นกระบวนการของการมี ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งทำให้มีความสำคัญอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็น ความสำคัญทางกายภาพที่ครอบครัวมีต่อสมาชิกครอบครัว และสังคมในฐานะที่ครอบครัว เป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในสังคม

เมธินันท์ ภิณูชญาน (2539) กล่าวถึงการปรึกษาครอบครัวว่า เป็นกระบวนการ ให้คำปรึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดทุกคน ไม่นับ เฉพาะตัวบุคคลที่ประสบปัญหาเท่านั้น เพราะครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมองว่าเป็นเรื่องส่วนรวมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ กลับสู่ภาวะสมดุล และมีการดำเนินต่อไปของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารและ สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

เพ็ญภา กุลนภาดล (2559) กล่าวถึงการปรึกษาครอบครัวว่า เป็นกระบวนการเพื่อให้เกิด พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว โดยการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างสมาชิก ครอบครัว ตามการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัยอย่างเหมาะสม มีการส่งเสริม สนับสนุนซึ่งกันและกัน

ระหว่างสมาชิกครอบครัว รวมถึงการร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีความสุข

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2541) ให้ความหมายของการปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการบำบัดที่รวมสมาชิกในครอบครัวหรือแม้กระทั่งมิตรสหายที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัวมาร่วมในการบำบัด ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว

สรุปได้ว่า การปรึกษาครอบครัว (Family counseling) หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลต่อสมาชิกทุกคนที่อยู่ในครอบครัว ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่งเท่านั้น เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวจึงเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะที่สมดุล และมีการดำเนินชีวิตต่อไปของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกครอบครัวมีการพัฒนาตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

#### **เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว**

เป้าหมายของการให้การปรึกษาครอบครัวขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ผู้ให้การปรึกษานำมาใช้ เช่น ทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวกลุ่มจิตวิเคราะห์ เป้าหมาย เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดการหยั่งรู้ (Insight) มีความเข้าใจความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในใจของตัวเอง (Intrapsychic) ที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก (Interpersonal) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีชีวิตอยู่กับปัจจุบันมากกว่าอดีต (เมธินีทร์ ภิญญชุน, 2539)

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2541) กล่าวถึงเป้าหมายของการปรึกษาครอบครัว คือ การที่ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้อย่างเหมาะสม และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนได้อย่างเหมาะสมและกลมกลืน นำไปสู่การเจริญเติบโตของครอบครัว

#### **เป้าหมายของการให้การปรึกษาครอบครัวที่ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น**

การให้การปรึกษาครอบครัวที่เน้นทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นมีเป้าหมาย ดังต่อไปนี้ (เพ็ญญา กุลนภาค, 2559, หน้า 93-94)

1. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถแยกตนเองจากครอบครัวได้ เนื่องจากการที่สมาชิกครอบครัวมีความผูกพันมากเกินไป จะทำให้เกิดการพึ่งพิงมากเกินไปไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง
2. ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับการหลอมรวมทางอารมณ์ ไม่เป็นบุคคลที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์ หรือไม่เป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้ปฏิกิริยาของผู้อื่น เช่น จะทำอะไรก็ต้องคอยความเห็นชอบจากผู้อื่นก่อน

3. ช่วยให้การครอบครัวเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงสภาพการณ์ของอดีตที่ส่งผลมายังรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบัน ทำให้สามารถลดความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลายความฉุนเฉียว

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถสะวางสิ่งที่ทุกข์ใจ ค้างคาใจ อึดอัดใจ ลดความวิตกกังวล คลายความฉุนเฉียว ผ่อนคลายและบรรเทาอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

5. เพื่อให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวได้ดี

เมธินันท์ ภิญญชน (2539) กล่าวถึงเป้าหมายของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น คือ มุ่งช่วยให้บุคคลสามารถแยกตนเองจากครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมระหว่างรุ่น และเกิดการหยั่งรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตซึ่งส่งผลมาถึงปัจจุบัน ดังนั้น สมาชิกครอบครัวควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อนำเหตุการณ์ในอดีตมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถจัดการการหลอมรวมทางอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

โดยสรุป เป้าหมายของการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีระดับการแยกตนเองที่เหมาะสม จัดการการหลอมรวมทางอารมณ์ได้ เข้าใจพฤติกรรมในรุ่นอดีตที่เป็นปัญหา นำมาปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก และสมาชิกครอบครัวมีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่ดี สามารถดำรงตนอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

#### **แนวคิดและทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น**

ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น (Transgenerational theory) เป็นทฤษฎีการปรึกษาครอบครัวที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ให้ความสนใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวในปัจจุบัน มุ่งเน้นรูปแบบสัมพันธภาพในครอบครัว (Family relational patterns) ที่มีรากฐานมาจากรุ่นบรรพบุรุษ รูปแบบปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะสามารถส่งผ่านจากรุ่นเก่าสู่รุ่นใหม่ได้ (เพ็ญญา กุลนาคล, 2559) ผู้นำทฤษฎีคือ เมอร์เรย์ โบเวน (Murray Bowen) เน้นระบบครอบครัว โดยโบเวนเชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว เมื่อความวิตกกังวลยังคงอยู่จะส่งผลให้สมดุลในการอยู่ร่วมกันของครอบครัวลดลง นอกจากนี้ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่าการพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจ และทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ (Corey, 2009; Goldenberg & Goldenberg, 2013)



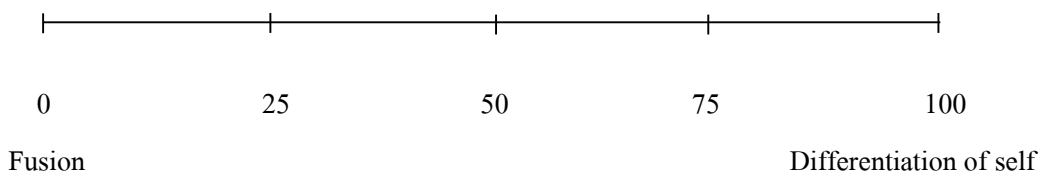
## 1. แนวคิดสำคัญของทฤษฎี

ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น (Transgenerational theory) แนวคิดสำคัญของทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น มี 8 ประการ ดังนี้ (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2555 ก; 2559; Goldenberg & Goldenberg, 2013)

### 1.1 ความสามารถในการแยกตนเอง (Differentiation of self)

เป็นความสามารถของบุคคลในการแยกตนเองจากครอบครัวเดิมในระดับอารมณ์และความคิด ชีวิตของคนในครอบครัวจะมีอำนาจสองฝ่าย ซึ่งมีลักษณะตรงกันข้าม ฝ่ายแรก เป็นอำนาจที่ดึงดูดให้สมาชิกในครอบครัวผูกพันใกล้ชิดกัน และฝ่ายที่สอง เป็นตัวของตัวเอง แต่ละคนจะมีระดับของการแยกตนจากครอบครัวไม่เหมือนกัน การที่บุคคลในครอบครัวมีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหนียวแน่นมาก จนทำให้พ่อ แม่ หรือลูก ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้เมื่อปราศจากอีกคน สมาชิกไม่สามารถจัดการภาวะผูกพันทางอารมณ์ให้สมดุล ยิ่งจะทำให้เพิ่มระดับทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถแยกตนเองจากครอบครัวได้

ในระบบครอบครัว ความเข้มข้นทางอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น โบเวนจึงใช้คำว่า ความผสมผสานทางอารมณ์ (Fusion differentiation) ซึ่งเน้นถึงการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษไปสู่คนรุ่นหลังได้ ในด้านวุฒิภาวะและความต้องการบรรลุเป้าหมายตนเองโดยเป็นอิสระจากการครอบงำของครอบครัวเดิม แสดงดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ระดับความสามารถในการแยกตนเองของบุคคลในครอบครัว (Goldenberg & Goldenberg, 2013)

ระดับความสามารถในการแยกแยะ 0-25 หมายถึง บุคคลถูกครอบงำด้วยอารมณ์ ต้องคอยพึ่งพาความคิด ความรู้สึก จากสมาชิกในครอบครัว ขาดความเป็นตัวของตัวเอง มีการหลอมรวมทางอารมณ์ที่ใกล้ชิดกันมาก สมาชิกจะสามารถรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก ของกันและกัน จนอาจทำให้เกิดความเครียด

ระดับความสามารถในการแยกแยะ 25-50 หมายถึง บุคคลดำเนินชีวิตด้วยอารมณ์ และความรู้สึก ไม่ค่อยกล้าคิดหรือทำอะไรด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าบางครั้งจะสามารถคิดได้ มีเหตุผล แต่ก็ต้องรอความเห็นชอบจากสมาชิกในครอบครัวก่อน

ระดับความสามารถในการแยกแยะ 50-75 หมายถึง บุคคลดำเนินชีวิตโดยพยายามใช้ความคิด ใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ มีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น

ระดับความสามารถในการแยกแยะ 75-100 หมายถึง เป็นบุคคลที่สามารถดำเนินชีวิตโดยใช้เหตุผล ความคิด มีการแยกแยะ และมีความเป็นตัวของตัวเอง

โบทนกล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีระดับความสามารถในการแยกตนเองอยู่ในระดับ 75 จัดอยู่ในระดับสูง และหากความสามารถในการแยกตนเองในระดับ 60 ถือเป็นระดับต่ำ

โดยรวม ระดับความสามารถในการแยกตนเองสามารถสรุปได้ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำกว่า 50 มีระดับการแยกตนเองต่ำ พยายามเอาใจคนอื่น ขอมตาม แสวงหาความมั่นใจ มีภาวะพึ่งพิง ขาดความเป็นตัวเอง ต้องการความปลอดภัย หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง มีอิสระในการตัดสินใจ แก้ปัญหาได้เล็กน้อย

ระดับคะแนน 51-75 ระดับการแยกตนเองปานกลาง สามารถบอกความเชื่อ ค่านิยมของตนเองได้ แต่ยังคงวลในความคิดเห็นของคนอื่น ตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ และการตัดสินใจ จะต้องได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นก่อน

ระดับคะแนน 76-100 ระดับการแยกตนเองสูง มีความชัดเจนในค่านิยมและความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต มีความยืดหยุ่น รู้สึกปลอดภัย เป็นตัวของตัวเอง อดทน อดกลั้นต่อความขัดแย้ง รู้ความต้องการของตน

## 1.2 สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles)

เป็นการนำเอาสมาชิกในครอบครัวอีกคนหนึ่งที่อยู่บนแตรต่อการหลอมรวม มารวมเป็นปฏิสัมพันธ์ของคน 3 คน เพื่อช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม การสร้างสามเหลี่ยมสัมพันธ์จะช่วยลดความเครียดในช่วงแรก ๆ แต่ถ้าบุคคลที่สามเข้ามา ไม่เป็นกลาง เข้าข้างอีกฝ่าย จะก่อให้เกิดการขยายวงสามเหลี่ยม บางครั้งมีการดึงเอาบุคคลภายนอก เช่น ตำรวจ เพื่อน ญาติ เป็นต้น เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว และไม่สามารถลดความตึงเครียดในครอบครัวได้

ประเด็น 4 ประเด็นของสามเหลี่ยมสัมพันธ์ สามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ในการสร้างหรือลดความสมดุลของสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Kerr & Bowen, 1988 อ้างถึงใน เพ็ญภา กุลนภาดล, 2559)

- 1) ความสมดุลของคนสองคน เกิดการเสียสมดุลได้ เมื่อมีการเพิ่มของบุคคลที่สามเข้ามา เช่น การมีบุตรคนแรกแล้วทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น
- 2) ความสมดุลของคนสองคน เกิดการเสียสมดุลได้ เมื่อมีการจากไปของบุคคลที่สาม เช่น บุตรออกจากบ้านเพื่อไปเรียน หรือแต่งงาน ทำให้ครอบครัวที่เคยอยู่สมบูรณ์กลับไม่ราบรื่น
- 3) การเสียสมดุลของคนสองคน สามารถทำให้สมดุลได้โดยการเพิ่มบุคคลที่สามเข้ามา เช่น ความขัดแย้งในชีวิตสมรสลดลงเมื่อมีบุตรคนแรก
- 4) การเสียสมดุลของคนสองคน สามารถทำให้สมดุลได้โดยการจากไปของบุคคลที่สาม เช่น กรณีของแม่ยายกับลูกเขย

### 1.3 ระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family emotional system)

เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ความตึงเครียดทางอารมณ์เกิดขึ้นจากการขาดความสามารถในการแยกตนจากครอบครัว ความตึงเครียดที่เกิดจากการหลอมรวมทางอารมณ์มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของกลุ่มสมรส หรือก่อให้เกิดความขัดแย้งในชีวิตสมรส และอาจมีผลทำให้เด็กในครอบครัวมีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ตัวอย่างเช่น เมื่อบิดามารดาเกิดความขัดแย้งกัน ทุกครั้งที่มีความเครียดสูง จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่โรงเรียนและที่บ้านของเด็ก และเมื่อเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ก็ยิ่งเพิ่มความเครียดให้บิดามารดาสูงขึ้นไปอีก ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในครอบครัวอาจส่งผลเสียต่อความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพของเด็กได้

โบเวนกล่าวว่า บุคคลจะเลือกกลุ่มสมรสที่มีระดับความสามารถในการแยกตนเองใกล้เคียงกัน คนที่ไม่มีความสามารถในการแยกตนเองจะดึงคู่กันและกัน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่มาก เพราะจะทำให้เกิดผลผลิตสมาชิกครอบครัวที่มีบุคลิกลักษณะคล้ายตนเอง ส่งผลกระทบต่อระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยว คือ จะเกิดความไม่มั่นคง และพยายามแสวงหาแนวทางเพื่อลดระดับความตึงเครียด (เพ็ญญา กุลนภาดล, 2559)

รูปแบบของระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยว สามารถอธิบายได้ใน 3 ประเด็น ดังนี้

- 1) ความบกพร่องทางร่างกาย หรือทางอารมณ์ของกลุ่มสมรส บางครั้งกลายเป็นความเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวสามารถเรียนรู้ จัดการกับความขัดแย้งภายในครอบครัวโดยตรงไปตรงมา และเรียนรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว
- 2) ความขัดแย้งที่เรื้อรังและชัดเจนของชีวิตสมรส ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข วงจรของความเห็นทางอารมณ์ และความแนบแน่นทางด้านอารมณ์มากเกินไป อาจทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ และความรู้สึกทางบวกต่อกันและกัน จะถูกซึมซับและส่งผ่านภายในครอบครัว ทั้งจากสามีและภรรยา

3) ข้อบกพร่องทางจิตใจของเด็ก สามารถทำให้พ่อแม่ มุ่งความสนใจไปที่เด็ก และการเพิกเฉยหรือปฏิเสธการขาดการแยกแยะตนเอง ขณะที่เด็กเริ่มเป็นจุดสนใจของปัญหาของครอบครัวแล้ว ความรุนแรงของสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่จะลดน้อยลง

ระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยว เป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายของแต่ละรุ่นในครอบครัว ผู้ให้การปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกทางเลือกในการสมรส และสัมพันธภาพที่เป็นรูปแบบเดิมจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากครอบครัวดั้งเดิม และถ่ายทอดรูปแบบที่คล้ายคลึงกันไปสู่รุ่นลูกหรือรุ่นถัดไป วิธีการที่มีประสิทธิภาพวิธีเดียวที่จะแก้ไขปัญหารอบครัวรุ่นปัจจุบัน คือ การเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับครอบครัวดั้งเดิม เมื่อบุคคลเปลี่ยนแปลง บุคคลอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงทางอารมณ์กับบุคคลนั้น ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการชดเชย สามารถแยกตนเองจากคนอื่น ๆ ได้ และมีการจัดการสภาพการณ์ต่าง ๆ ในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญญา กุลนภาดล, 2559)

#### 1.4 กระบวนการโยนความผิดให้ครอบครัว (Family projection process)

ในครอบครัวบิดามารดาจะปฏิบัติต่อแต่ละคนในลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เด็กมีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตของเขาแต่ละคนต่างกัน เด็กที่บิดามารดาให้ความสนใจและมีความผูกพันมากจะมีแนวโน้มในการพัฒนาลักษณะความหลอมรวมทางอารมณ์มากกว่าพี่น้องคนอื่นในครอบครัว และผลที่ตามมาคือ เด็กจะเป็นคนอ่อนแอต่อความเครียดในครอบครัว กระบวนการโยนความผิดให้ครอบครัว คือ วิธีที่บิดามารดาถ่ายทอดความไม่สามารถแยกตนจากครอบครัวของพ่อแม่ไปยังคนที่มีความอ่อนแอทางใจมากที่สุด ทำให้เด็กเหล่านี้ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ ตัวอย่างเช่น เมื่อมีปัญหา มารดารับรู้ถึงปัญหาของตนเองและรู้สึกกังวลมาก จึงปกป้องดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้กลายเป็นคนชอบเรียกร้องและอ่อนแอ โดยไม่รู้ตัว ในขณะที่เดียวกัน ถ้าบิดาเข้าไปสนับสนุนการกระทำของแม่ที่ปกป้อง แทนที่บิดาจะจัดการกับปัญหาให้สงบลง ก็จะทำให้ยิ่งอ่อนแอ ซึ่งเป็นการทำร้ายมากขึ้น

#### 1.5 การตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัว (Emotional cutoff)

เป็นการหนีจากการผูกพันทางอารมณ์ที่ยังไม่สะสาง การหลีกเลี่ยงความผูกพันดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงการไม่ยอมรับความขัดแย้งภายในจิตใจที่ยังไม่ได้สะสาง หรือไม่ได้รับการเอาใจใส่ เมื่อเกิดความขัดแย้งในระดับที่สมาชิกไม่สามารถทนได้ สมาชิกอาจหาทางออกโดยการสร้างความเห็นห่างทางอารมณ์ สังคม และทางกาย เช่น ย้ายไปอยู่ที่ไกล ๆ โดยใช้ระยะทางเป็นอุปสรรค เพื่อปกป้องตนเอง หากจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างสมาชิกครอบครัว ก็จะมีลักษณะสั้น ๆ และผิวเผิน การตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัวที่เกิดในรุ่นของบิดามารดากับปู่ย่าตายาย มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในรุ่นของบิดามารดากับ ๆ ในรุ่นต่อ ๆ ไป อีกทั้งความรุนแรง

ของการตัดขาดทางอารมณ์จากครอบครัวในอดีตของบุคคลนั้น ยิ่งมากเพียงใด จะยิ่งส่งผลต่อชีวิตสมรส ก่อให้เกิดปัญหาชีวิตคู่

#### 1.6 กระบวนการสืบทอดของบรรพบุรุษ (Multigenerational transmission process)

เป็นกระบวนการสืบทอดสายพันธุ์หรือสืบทอดของบุคคล ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 รุ่น ความสามารถในการแยกตนจากครอบครัวสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลในหลายรุ่น โบเวนพบว่า บุคคลที่มีความสามารถในการแยกตนเองจากครอบครัวระดับเดียวกับบิดามารดา สามารถสืบทอดความคงที่ของครอบครัวที่พึงประสงค์ในรุ่นต่อ ๆ ไป นอกจากนี้ บุคคลที่มีความสามารถในการแยกตนจากครอบครัวระดับสูงจะถ่ายทอดไปให้บุคคลรุ่นหลัง ให้เขามีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตสูง และประสบความสำเร็จในชีวิต

#### 1.7 ตำแหน่งของพี่น้องในครอบครัว (Sibling position)

เด็กพัฒนาบุคลิกภาพและลักษณะเฉพาะตัวของเขาจากลำดับการเกิดในครอบครัว ที่เขาได้รับการเลี้ยงดูมา การเลือกคู่แต่งงาน โดยพิจารณาถึงลำดับการเกิดของทั้งคู่มีส่วนทำให้ชีวิต การแต่งงานประสบความสำเร็จ เช่น คู่สมรสที่เป็นบุตรคนแรกกับคนที่สองจะปรับตัวเข้ากันได้ดี คู่สมรสที่เป็นบุตรคนแรกทั้งคู่อาจจะอึดอัดเพราะต่างฝ่ายเคยเป็นผู้ตัดสินใจ และเป็นผู้นำ เป็นต้น

#### 1.8 การถดถอยของสังคม (Societal regression)

สังคมก็เหมือนกับครอบครัว ประกอบไปด้วยอำนาจผลักดัน 2 ประการ ที่ทำงานตรงข้ามกัน อำนาจแรกดึงดูดให้สมาชิกในสังคมมีความผูกพันกัน ไม่แยกจากกัน อีกอำนาจหนึ่งผลักดันให้สมาชิกในสังคมมีความเป็นตัวของตัวเองภายใต้สภาพความวิตกกังวล หรือความเครียดของสังคม เช่น การเพิ่มของประชากรในสังคม การขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติ หรือความเครียดอื่น ๆ ที่มีอย่างต่อเนื่องจะบั่นทอนต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

## 2. เทคนิคสำคัญของทฤษฎี

เทคนิคการปรึกษา เป็นรูปแบบหรือวิธีการที่ผู้ให้การปรึกษานำมาใช้เป็นเครื่องมือ ช่วยให้การดำเนินกิจกรรมการปรึกษาเป็นไปอย่างราบรื่น ได้ผลตามที่ผู้รับการปรึกษาต้องการ เทคนิคการปรึกษารอบครัวทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นที่นำมาใช้ร่วมกับทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น เพื่อการให้การช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจ และค้นพบทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและครอบครัวตระหนักรู้ในตนเองและสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคที่นำมาใช้ในการปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการครั้งนี้ ได้แก่

1. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อประเมินครอบครัว โดยผู้ให้การรักษาอาจเริ่มสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลเพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยง ทั้งในด้านระบบอารมณ์ ความสามารถในการแยกตนเอง การเกิดภาวะสามเหลี่ยมสัมพันธ์ การจัดการความวิตกกังวลในครอบครัว และการตัดขาดทางอารมณ์ ผู้ให้การรักษาจะต้องประเมินครอบครัวในระยะเริ่มแรก เพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกันทั้งระบบ (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2555 ก)

2. การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) เป็นเทคนิคช่วยให้ผู้ให้รักษาครอบครัวและสมาชิกครอบครัวได้สำรวจ โครงสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัวอย่างน้อย 3 ชั่วอายุคน โดยผู้ให้รักษานำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำแผนภูมิครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงสภาพอารมณ์ ความผูกพัน ความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อกันและกัน

3. การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลยังเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอีกสองคนในวงสามเหลี่ยมสัมพันธ์โดยไม่เข้าข้างใครคนใดคนหนึ่ง และสามารถตอบโต้ปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด

4. การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้บุคคลได้ติดต่อกันเกี่ยวกับอีกบุคคลหนึ่ง โดยพูดคุยกันถึงเรื่องที่เป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่มีต่อกันระหว่างคนสองคนเท่านั้น การใช้เทคนิคจะช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว และช่วยทำให้รู้จักตัวเอง

5. เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับการรักษาสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก เป็นคนมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

6. เทคนิคการคืนสู่เหย้า (Going home again) เป็นเทคนิคที่นักบำบัดครอบครัวใช้แนะนำสมาชิกครอบครัวให้กลับคืนสู่บ้านเกิด เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกได้กลับไปเรียนรู้และทำความเข้าใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่เป็นอยู่ริเริ่มสร้างความสัมพันธ์ใหม่ สะสางสิ่งที่ค้างคาใจเพื่อสร้างความสงบและความราบรื่นให้เกิดขึ้นในครอบครัว กระบวนการคืนสู่เหย้านี้อาจใช้การ โทรศัพท์ การไปเยี่ยม การเขียนจดหมาย เป็นต้น

สำหรับเทคนิคที่นำมาบูรณาการร่วม ประกอบด้วย

1. เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ (The wire experience) จากทฤษฎีการให้การรักษาครอบครัวที่เน้นประสบการณ์ และมนุษยนิยม (Humanistic family therapy) ของเวอร์จิเนีย ซะเทียร์ (Virginia Satir) ซึ่งเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีทรัพยากรภายในตนเอง ที่สามารถใช้ในการเติบโตอย่างสมบูรณ์ ถ้าเข้าเหล่านั้นใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตัวเอง การสร้างความนับถือตัวเอง

ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ค้นหาและแก้ไขข้อผิดพลาดในการสื่อสารของครอบครัว โดยนำลวดที่ตัดได้ ตัดมาความยาวพอสมควร ให้เส้นลวดเป็นตัวแทนของช่วงชีวิตของสมาชิกแต่ละคน โดยให้สมาชิกนั้น นึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิต แล้วตัดลวดไปตามลักษณะของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง จากนั้นจะมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกันถึงช่วงชีวิตที่สำคัญ ๆ ที่เขาเล่าให้ฟัง โดยจะพรรณนาจากส่วนที่โค้งงอ บิดเป็นเกลียวในเส้นลวด

2. เทคนิคจากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น (Solution focus brief therapy) ของสตีฟ เดอชาเซอร์ (Steve de Shazer) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ทุกปัญหาล้วนมีทางออกเสมอ ดังนั้น จึงให้ความสำคัญกับการคิดหาทางออกมากกว่าปัญหา โดยมุ่งแก้ไขปัญหาปัจจุบัน และที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต มาร่วมในการบูรณาการ โปรแกรมการปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และครอบคลุมกับปัญหาครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ได้แก่

2.1 เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้การสนทนาที่มองโลกในแง่ดีพูดคุยกับสมาชิกให้บรรลุเป้าหมายเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ วิธีการบรรลุเป้าหมายได้ถูกพัฒนาด้วยสิ่งที่เรียกว่า “คำถามปาฏิหาริย์” ซึ่งปกติจะมีรูปแบบคำถามดังนี้ “ถ้ามีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น ปัญหาที่มีอยู่มันอันตรายหายไปในช่วงข้ามคืน คุณรู้ได้อย่างไรว่าปัญหาหมดไปแล้ว? และอะไรที่จะแตกต่างไปจากเดิม?” สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้ตอบคำถามที่ว่า “อะไรที่จะแตกต่างไปจากเดิม” แทนที่จะมามัวนั่งมองดูปัญหา แท้จริงแล้วคำถามปาฏิหาริย์ถูกออกแบบมาเพื่อให้สมาชิกสามารถวาดภาพในความคิดว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรเมื่อปัญหาหมดไป การกระตุ้นให้สมาชิกวาดฝันในสิ่งที่พวกเขาอยากเป็นอยากทำ อยากไปในที่ไม่เคยไป เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ให้การปรึกษาเชิญชวนให้สมาชิกกล้าฝัน แม้จะเป็นฝันที่เป็นไปไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อทำให้สมาชิกเกิดพลังที่จะประสบความสำเร็จ ดีกว่าที่จะไปจำกัดจินตนาการของพวกเขา คำถามปาฏิหาริย์เป็นตัวอย่างหนึ่งของคำถามข้อยกเว้นที่เกี่ยวกับอนาคต (โดยปกติคำถามข้อยกเว้นจะเกี่ยวกับปัญหาในอดีต) และเป็นเทคนิคหนึ่งในการตั้งเป้าหมายซึ่งมีประโยชน์สำหรับสมาชิกที่ยังไม่เห็นภาพของปาฏิหาริย์ที่จะเกิดขึ้น

2.2 เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) เป็นวิธีการที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัว ใช้คำถามด้วยท่าทีของความเคารพ ความอยากรู้ปัญหาอย่างแท้จริง ความสนใจอย่างจริงใจ และความเปิดเผย และผลที่ตามมาคือ คำตอบที่มาจากตัวสมาชิกเองในฐานะผู้เชี่ยวชาญ คำตอบนี้เองกลับกลายเป็นข้อมูลที่จะไปกระตุ้นความสนใจของผู้ให้การปรึกษา ให้คิดตั้งคำถามต่อไป ดังนั้น คำถามจึงมาจากคำตอบก่อนหน้านี้ ส่วนสมาชิกที่เหลือจะถูกกระตุ้นให้ตอบรับไปพร้อมกับผู้ให้การปรึกษาเพื่อสร้างความร่วมมือกัน ในครอบครัว การสร้างกระบวนการที่มีความร่วมมือกันเป็นเรื่องสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของครอบครัว

2.3 เทคนิคการใช้คำถามบอกระดับ (Scaling questions) จะใช้คำถามลำดับขั้น เมื่อไม่สามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงในตัวสมาชิกในเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก และการสื่อสาร เช่น ถ้าสมาชิกรอบคร้วบอกว่ารู้สึกกังวล ผู้ให้การศึกษาจะตั้งคำถามว่า “มีคะแนน 0 ถึง 10 คะแนน 0 เท่ากับความรู้สึกของคุณที่เต็มไปด้วยความกังวลขณะเมื่อเริ่มทำกิจกรรม และคะแนนเต็ม 10 เท่ากับความรู้สึกของคุณเมื่อความกังวลทุกอย่างหายไปสิ้น ณ เวลานี้คุณลองให้คะแนนตัวเองว่าคุณรู้สึกกังวลมากน้อยในระดับใด?” แม้ว่าสมาชิกจะให้คะแนนตนเองแค่ 1 คะแนน มันก็บ่งบอกถึงความก้าวหน้าที่เขาได้พัฒนาจาก 0 ไปเป็น 1 ผู้ให้การศึกษาต้องถามต่อว่า สมาชิกก้าวหน้าได้อย่างไร? และต้องการสิ่งใดเพื่อจะก้าวหน้าไปในระดับคะแนนที่สูงขึ้น คำถามลำดับขั้น (Scaling question) ช่วยให้สมาชิกรอบคร้วสนใจมากขึ้นในสิ่งที่พวกเขากำลังทำอยู่ และทำอย่างไรที่จะก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พวกเขาตั้งใจไว้

### 3. บทบาทผู้ให้การศึกษาตามแนวคิดทฤษฎี

บทบาทของผู้ให้การศึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นมีแนวคิด ดังนี้ (เพ็ญภา กุลนภาค, 2555 ก; 2559)

1. ผู้ให้การศึกษาต้องมีความเป็นตัวเอง สามารถแยกแยะตนเองออกจากกรอบคร้วได้
2. ผู้ให้การศึกษาต้องมีความเป็นกลาง ควบคุมตนเองไม่ให้เข้าไปอยู่ในกระบวนการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ให้การศึกษามีบทบาทในการสอน เหมือนผู้ฝึก (Coach) สมาชิกรอบคร้ว เพื่อให้เรียนรู้ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้บำบัดต้องเป็นตัวอย่างในการใช้เหตุผล เพื่อให้สมาชิกตัดสินใจคิดแนวทางด้วยตนเอง

#### การนำไปประยุกต์ใช้

การให้การศึกษากรอบคร้วตามทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ให้ความสำคัญกับอดีต ประวัติกรอบคร้ว และให้ความสนใจกับแบบแผนพฤติกรรมที่เคยเป็นปัญหากรอบคร้วในอดีต และมีแนวโน้มที่จะเกิดซ้ำอีก มีการใช้แผนภูมิกรอบคร้วเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของประวัติกรอบคร้ว สืบทอดจนถึงปัจจุบัน การที่กรอบคร้วเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนที่สืบทอดกันมาในแต่ละรุ่น และเกิดการหยั่งรู้สถานการณ์ของอดีตที่ส่งผลมายังรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของกรอบคร้วในปัจจุบัน จากความรู้ความเข้าใจเหล่านี้จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ช่วยให้สมาชิกรอบคร้วสามารถแยกตนเองออกจากผู้อื่น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายการศึกษากรอบคร้วที่เน้นทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ดังต่อไปนี้ คือ (เพ็ญภา กุลนภาค, 2555 ก; 2559)



1. เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนสามารถแยกตนเองจากครอบครัว (Differentiation of self) โดยสามารถแยกแยะความคิด สติปัญญา และอารมณ์ เพื่อให้มีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะว่า หากบุคคลในครอบครัวมีความผูกพันกันมากเกินไป จะทำให้เกิดการพึ่งพิงกันมาก จนไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง

2. เพื่อช่วยให้ครอบครัวเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมระหว่างรุ่น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงสภาพการณ์ในอดีตว่ามีอิทธิพลต่อรูปแบบของครอบครัวในปัจจุบัน

3. เพื่อช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงสภาพการณ์ของอดีตที่ส่งผลมายังรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวในปัจจุบัน ทำให้สามารถลดความวิตกกังวล และช่วยผ่อนคลายความฉุนเฉียว

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถสะสางสิ่งที่ทุกข์ใจ ค้างคาใจ อึดอัดใจ ลดความวิตกกังวล คลายความฉุนเฉียว ผ่อนคลายและบรรเทาอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

5. เพื่อให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวได้ดี

#### **คุณสมบัติของผู้ให้การรักษาครอบครัว**

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548, หน้า 23-26)

กล่าวถึงคุณสมบัติของผู้ให้การรักษาที่ดี ประกอบด้วย

1. ลักษณะส่วนบุคคลที่จะทำให้เป็นผู้ให้การรักษาที่ประสบความสำเร็จ 10 ประการ ประกอบด้วย

- 1.1 ความอดทน
- 1.2 ความรับรู้และความอ่อนไหว
- 1.3 ชอบคบหาผู้อื่น
- 1.4 ทำทางไม่น่ากลัว
- 1.5 มีอารมณ์ขัน
- 1.6 ชอบช่วยเหลือผู้อื่น
- 1.7 มีทัศนคติที่ดี
- 1.8 เป็นผู้ฟังที่ดี
- 1.9 มีบุคลิกที่ดูอบอุ่น
- 1.10 เป็นนักแก้ปัญหา

2. คุณสมบัติของบุคคลที่เป็นผู้ให้การรักษา

- 2.1 คำนึงถึงความเท่าเทียมกัน หรือมีความจริงใจ
- 2.2 การไม่ตั้งเงื่อนไขทางบวกและการยอมรับ

3. การทำความเข้าใจความรู้สึกอย่างถูกต้อง

4. การไม่ตัดสินความ

พ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2547, หน้า 7-8) กล่าวถึงผู้ให้การศึกษารอบคร้วควรมีคุณสมบัติและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. มีความรู้พื้นฐานทางจิตวิทยา
2. มีความรู้และทักษะในการให้การศึกษากลุ่มและรายบุคคล
3. ผ่านการอบรมการให้การศึกษเบื้องต้นหรือการศึกษเบื้องต้น
4. ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการให้การศึกษารอบคร้ว
5. มีประสบการณ์ในการให้การศึกษารอบคร้วอย่างน้อย 1 ปี
6. มีบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ของการเป็นผู้ให้การศึกษารอบคร้ว ดังนี้
  - 6.1 ความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้รับการปรึกษา
  - 6.2 มีความจริงใจ ไม่เสแสร้ง เป็นที่น่าไว้วางใจ
  - 6.3 ยอมรับผู้รับการปรึกษาโดยปราศจากเงื่อนไข
  - 6.4 รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
  - 6.5 มีความเข้าใจ และเห็นใจผู้อื่น
  - 6.6 ให้เกียรติและเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น
  - 6.7 มีความสุขและมีความมั่นคงทางจิตใจ
  - 6.8 มีความยืดหยุ่น ไม่ตายตัว ใจกว้าง เปิดตนเองให้กับประสบการณ์ใหม่ ๆ
  - 6.9 มีความรับผิดชอบ มุ่งมั่นที่จะให้ความช่วยเหลือและบริการ
  - 6.10 มีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ
  - 6.11 มีความมั่นใจในตนเอง
  - 6.12 สามารถรักษาความลับได้
  - 6.13 มีจรรยาบรรณวิชาชีพ

สรุป คุณสมบัติของผู้ให้การศึกษารอบคร้วที่ดี ต้องมีความรู้พื้นฐานทางจิตวิทยา มีความรู้และทักษะในการให้การศึกษารอบคร้ว คำนี้ถึงความเท่าเทียมกันยอมรับผู้รับการปรึกษา โดยปราศจากเงื่อนไข มีความจริงใจ มีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ ให้เกียรติและเคารพ ในคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับการปรึกษา สามารถรักษาความลับได้ และที่สำคัญ คือ มีจรรยาบรรณวิชาชีพในการให้การปรึกษา

**บทบาทหน้าที่ของผู้ให้การศึกษารอบคร้ว**

ผู้ให้การศึกษารอบคร้วควรมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ (เพ็ญญา กุลนภาดล, 2559, หน้า 10)

1. สามารถสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้รับการศึกษาและผู้ให้การศึกษาครอบครัว

2. สามารถสื่อให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษาครอบครัว

3. ช่วยให้ผู้รับการศึกษามีความเข้าใจตนเองและบริบทแวดล้อม

4. สนับสนุน ให้กำลังใจ เอื้ออำนวยความสะดวก ที่จะช่วยให้ผู้รับการศึกษาพยายาม แก้ปัญหา และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตนเอง และปรับตัวได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. ให้กำลังใจผู้รับการศึกษาในการแก้ปัญหา ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง ตลอดทั้ง วางแผนเพื่ออนาคต

6. สามารถประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ของผู้รับการศึกษา

7. ติดตามผลและประเมินผลของการให้บริการการศึกษาครอบครัว

8. พัฒนายุทธวิธีในการศึกษาครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**ขั้นตอนการให้การศึกษาครอบครัว**

ลำดับขั้นในการศึกษา ประกอบด้วย การคัดเลือกผู้รับการศึกษาและครอบครัวเข้าสู่ การศึกษา และขั้นตอนการศึกษา ซึ่งได้แก่ ขั้นเตรียมความพร้อม ขั้นการศึกษา และขั้นติดตามผล และประเมินผลการศึกษา ดังสาระสำคัญต่อไปนี้ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2547, หน้า 8-15)

**1. การคัดเลือกผู้รับการศึกษาและครอบครัวเข้าสู่การศึกษา**

1.1 ผู้รับการศึกษาต้องไม่มีอาการทางจิต ไม่มีอาการประสาทหลอน หรือ หวาดระแวง ไม่อยู่ในภาวะการติดยา

1.2 ผู้รับการศึกษาสามารถรับรู้ สามารถสื่อสาร และสนทนาตอบโต้ได้

1.3 ปัญหาที่ผู้เข้ารับการศึกษาประสบ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุมาจาก ครอบครัว

1.4 สมาชิกครอบครัวสมัครใจ มีความพร้อม และให้ความร่วมมือในการศึกษา

1.5 บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการศึกษา

1.6 บุคคลที่เข้าร่วมในการศึกษา ไม่ว่าจะป็นสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จะต้องไม่มีอาการทางจิตรบกวนการศึกษา

1.7 หากสมาชิกครอบครัว บิดา มารดา หรือผู้รับการศึกษายังมีอารมณ์ระหว่างกัน เช่น โกรธ ไม่พอใจ หรือขัดแย้งกันอย่างรุนแรง ผู้ให้การศึกษาควรขอพบหรือสัมภาษณ์สมาชิก ทีละคน เพื่อปรับอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติก่อนให้การศึกษา

## 2. ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนการศึกษา ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมความพร้อม ขั้นตอนการศึกษา และขั้นตอนติดตามผล และการประเมินผลการศึกษา ดังสาระสำคัญต่อไปนี้

### 2.1 ขั้นตอนเตรียมความพร้อม

ขั้นตอนเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การประเมินครอบครัว การกำหนด สมมติฐานในการศึกษา และการกำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการศึกษา ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### การสัมภาษณ์ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างการเป็นพันธมิตรกับสมาชิกครอบครัว และผู้รับการศึกษา โดยยอมรับตามที่เขาเป็น รับฟังความคิดและความรู้สึกของทุก ๆ คน ด้วยความเคารพ ด้วยความเข้าใจ และให้การยอมรับตามที่เขาเป็น
- 2) เพื่อชี้แจงจุดมุ่งหมายของการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา วัน เวลา และ สถานที่ในการศึกษา และการรักษาความลับของผู้รับการศึกษาและของสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็น จรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ให้การปรึกษา
- 3) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติของผู้รับการศึกษาและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ จากผู้รับการศึกษาและสมาชิกครอบครัวหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทีละคน ฟังด้วยความใส่ใจกับมุมมองของแต่ละคนในการเสนอปัญหาหรือเรื่องราวต่าง ๆ เพื่อจะได้รวบรวม ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนทั้งสังเกตและรับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกแต่ละคน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดสมมติฐานที่คาดว่าจะเป็นไปได้เกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดวิธีการในการศึกษา

#### การประเมินครอบครัว มีประเด็นสำคัญดังนี้

การประเมินครอบครัว เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกครอบครัว การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ การแก้ไขปัญหา การเผชิญความขัดแย้งที่เกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ตลอดจนบุคลิกภาพของผู้รับ การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ การเขียนแผนภูมิครอบครัวโดยผู้รับการศึกษาจะเป็นผู้เขียนแผนภูมิ ครอบครัวที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติครอบครัว การใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ ครอบครัว และ/ หรือการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา เช่น การวาดภาพครอบครัว เป็นต้น

#### การกำหนดสมมติฐานในการศึกษา

เพื่อกำหนดสมมติฐาน หรือแนวทาง หรือวิธีการที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง จะเป็นไปได้ และจะเป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาจะประมวลข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษาและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวที่ได้จากการตอบแบบประเมินหรือการทดสอบทางจิตวิทยา มากำหนดแนวทางหรือวิถีทางในการปรึกษาต่อไป

### **การกำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการปรึกษา**

การนัด วัน เวลา และสถานที่ในการปรึกษาในแต่ละครั้งจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและสมาชิกครอบครัวได้เตรียมตัว และเห็นความสำคัญของการมารับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะสิ้นสุดหรือยุติการปรึกษา

### **2.2 ชั้นการปรึกษา**

ชั้นการปรึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะแรกของการปรึกษา ระยะกลางของการปรึกษา ระยะสิ้นสุดหรือยุติการปรึกษา ดังสาระสำคัญต่อไปนี้

#### **ระยะแรกของการปรึกษา (The early phase of therapy)**

1) เป้าหมายของระยะแรกของการปรึกษา คือ เพื่อตรวจสอบสมมติฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการประเมินครอบครัวในขั้นเตรียมความพร้อมว่าสอดคล้องกับสภาพปัญหาและเหตุแห่งปัญหาตามความเป็นจริงหรือไม่ อย่างไรก็ตาม สมมติฐานที่กำหนดจากขั้นเตรียมความพร้อม ก็อาจจะปรับเปลี่ยนได้หากมีข้อมูลต่าง ๆ ใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับการปรึกษามากที่สุด

2) ศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และเหตุผลแห่งปัญหาครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

สภาพปัญหา: สภาพปัญหาส่วนมากที่ครอบครัวประสบ เช่น

- ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นสามีภรรยา
- ปัญหาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูบุตรธิดา
- ปัญหาเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง
- ปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่และบทบาทของครอบครัว
- ปัญหาเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ ของครอบครัว
- ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในครอบครัว
- ปัญหาเกี่ยวกับช่องว่างระหว่างวัยของบิดา มารดา และบุตรธิดา
- ปัญหาเกี่ยวกับ ข้อกฎหมาย และบริการทางสังคม

เหตุแห่งปัญหาที่ครอบครัวประสบความอ่อนแอและสภาวะวิกฤติในครอบครัว ส่วนมากเกิดจากสาเหตุที่สำคัญ ๆ เช่น

- ความไม่พร้อมของบิดามารดา ไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอ มีปัญหาทางอารมณ์ มีปัญหาสุขภาพทางกาย มีอายุน้อยตอนมีบุตรธิดา ไม่พร้อมที่จะอบรมเลี้ยงดูลูกและขาดการศึกษาอบรม
- สภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว
- ขาดจิตสำนึก และพลังร่วมกันจากทุกสถาบันในสังคมที่จะพัฒนาทุกชีวิตในครอบครัว ป้องกันและแก้ปัญหาครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- สื่อมวลชนผลิตและนำเสนอสื่อต่าง ๆ ที่ตอกย้ำให้เกิดผลทางลบแก่ผู้รับสาร และกระตุ้นให้เกิดการเลียนแบบ ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาครอบครัว

3) ทักษะพื้นฐาน (Basic skill) ที่สำคัญ ๆ ที่สามารถนำมาใช้ในระยาะแรก และทุก ๆ ระยาะของการปริกษา ได้แก่

3.1) การสร้างสัมพันธภาพ

3.2) การฟังและการเฝียบ

3.3) การใช้คำถามปลายเปิด

3.4) การตีความ การทำความเข้าใจ

3.5) การสะท้อนความรู้สึก

3.6) การทวนความ

3.7) การให้กำลังใจ

3.8) การใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามทฤษฎีการให้การปริกษาครอบครัว

3.9) การสื่อสารที่ประสิทธิภาพ โดย

- ใช้การสื่อสารที่สอดคล้องกัน หรือรับกัน หรือไปด้วยกัน

- การสื่อสารโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” หรือ “ชื่อเล่น” หรือ “ชื่อตนเอง” เพื่อแสดงความรับผิดชอบในคำพูดของตน และได้สัมผัสความรู้สึกตนเอง

3.10) การสรุปการสนทนาเป็นระยาะ ๆ

3.11) การสรุปสาระสำคัญ ๆ ก่อนยุติการปริกษาในแต่ละครั้ง

4) บทบาทของผู้ให้การปริกษา

ในระยาะแรกของการปริกษา บทบาทที่สำคัญของผู้ให้การปริกษามีดังนี้

- ผู้ให้การปริกษาฟังปัญหาหรือเรื่องราวของผู้รับการปริกษา และ/หรือสมาชิก

ครอบครัว

- ให้ความเคารพและให้เกียรติผู้รับการปริกษา

- ทำความเข้าใจทุกข์ของผู้รับการปริกษา ivotต่อความรู้สึก สามารถเข้าถึงโลกส่วนตัว

ของผู้รับการปริกษา

- มีศิลปะในการสร้างสัมพันธภาพ สามารถสร้างความอบอุ่นแก่ผู้รับบริการ ทั้งผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัว และมีศิลปะในการสื่อสาร
- ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ครอบครัวค้นหาศักยภาพพลังของครอบครัวและของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน
- อำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดบรรยากาศของการเอื้ออาทร
- สนับสนุนให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาหรือเรื่องราวที่กำลังประสบ
- ฝึกสมาชิกให้กล้าพูดในสิ่งที่ตนเองเห็น คิด และรู้สึก เพื่อให้สามารถเปิดเผย ข้อขัดแย้งในใจหรือความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปรึกษาและสมาชิกคนอื่น ๆ ได้รับทราบความรู้สึก ความคิด ความต้องการ และความคาดหวังของสมาชิกท่านนั้น ๆ ได้ตรงประเด็นยิ่งขึ้น
- สนับสนุนให้ผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวมีพลังใจและแรงจูงใจ พร้อมที่จะช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

#### ระยะกลางของการปรึกษา (The middle phase of therapy)

เป้าหมายของระยะกลางของการปรึกษา คือ เพื่อให้ผู้เข้ารับการปรึกษาและสมาชิกครอบครัวได้แสดงความคิด ความรู้สึก ยอมรับปัญหาและมีความเข้าใจกันและกัน มีความรับผิดชอบ ทั้งต่อตนเองและสมาชิกครอบครัวมากขึ้น ตลอดจนพร้อมที่พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น โดยผู้ให้การปรึกษาจะเปิดโอกาส สนับสนุนให้สมาชิกสนทนาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และแสดงออกถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และผู้ปรึกษาจะคอยสังเกต เอื้ออำนวยความสะดวก ให้กำลังใจ และจะไม่เข้าไปขัดจังหวะหรือทำให้การสนทนาระหว่างสมาชิกครอบครัวชะงัก หรือสะดุดหยุดลง ตลอดจนจะไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิสมาชิก หรือการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวคนใด

เทคนิคที่นำมาใช้ในระยะกลางของการปรึกษา ในระยะกลางของการการปรึกษานี้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถพิจารณาเลือกสรรเทคนิคต่าง ๆ ของการปรึกษารอบครัวให้สอดคล้อง สัมพันธ์กับลักษณะหรือสภาพปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาและ/ หรือของสมาชิกครอบครัว ตลอดจนทั้ง ปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่ในบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้รับบริการปรึกษาชีวิตครอบครัวและ/ หรือ ชีวิตการทำงานของผู้รับบริการปรึกษาและครอบครัว โดยจะนำเสนอเป้าหมาย เทคนิค และบทบาทสำคัญ ๆ ของผู้ให้การปรึกษารอบครัวตามแนวคิดของการปรึกษารอบครัวต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 1) การปรึกษารอบครัวที่เน้นพลวัตทางจิตหรือจิตวิเคราะห์
- 2) การปรึกษารอบครัวที่เน้นประสบการณ์นิยม/ มนุษยนิยม

- 3) การศึกษาครอบครัวที่เน้นโครงสร้างของครอบครัว
  - 4) การศึกษาครอบครัวที่เน้นระบบครอบครัว
  - 5) การศึกษาครอบครัวที่เน้นพฤติกรรม และที่เน้นการรู้คิดและพฤติกรรม
  - 6) การศึกษาครอบครัวกลุ่มการบำบัดเชิงกลยุทธ์และการบำบัดอย่างกระชับ
- ระยะสิ้นสุดการศึกษา (Termination phase)**

ระยะสิ้นสุดของการปรึกษาหรือขั้นยุติการปรึกษา จะเกิดขึ้นต่อเมื่อปัญหาที่ผู้เข้ารับ การปรึกษาหรือสมาชิกครอบครัวนำเสนอได้รับการแก้ไขหรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้น สมาชิก ครอบครัวพึงพอใจตามเป้าหมายที่มาขอรับบริการ สมาชิกครอบครัวเข้าใจพฤติกรรม การกระทำ ความคิด ความรู้สึกของตนเองมากยิ่งขึ้น ได้เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรกระทำ สิ่งใดไม่ควรกระทำ และ จะทำอย่างไรที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัญหาเดิม ๆ ขึ้นอีก เรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดปัญหาต่าง ๆ ในอนาคต ตลอดทั้งพัฒนาและเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวให้ดีขึ้น

ในขั้นยุติการบำบัดซึ่งเป็นระยะสิ้นสุดการปรึกษานี้ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องวางแผน ร่วมกับผู้รับการศึกษาและ/ หรือสมาชิกครอบครัวถึงการจะยุติการปรึกษา โดยเตรียมการที่จะยุติ การปรึกษา โดยลดความถี่ของการพบกันลง และการยุติการปรึกษานี้ ผู้ปรึกษาจะต้อง

- 1) กล่าวถึงการยุติการปรึกษา โดยสรุปผลของการปรึกษา
- 2) อภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว และหนทางที่จะป้องกันมิให้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้น กลับคืนมาอีกในอนาคต
- 3) ติดตามผลเป็นระยะ ๆ ถึงแม้ว่าการบำบัดจะยุติไปแล้ว

### 2.3 ขั้นตอนติดตามและประเมินผลการปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องติดตามและประเมินผลการปรึกษาเป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนา วิธีการปรึกษาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับการศึกษา และหากมีประเด็นปัญหาใด เกิดขึ้นกับผู้รับการศึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะได้หาทางให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขได้ทัน

#### ห้องกรให้การปรึกษารอบครัว

ห้องที่ให้การปรึกษา ควรมีลักษณะดังนี้

1. มีห้องที่เป็นสัดส่วน ปลอดภัย สงบ สีสันห้องควรเป็นสีโทนอ่อนไม่ทึบ
2. ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือเดินผ่านไปมาตลอดเวลา
3. มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนอบอ้าว และมีแสงสว่างเพียงพอ
4. ไม่ตกแต่งห้องจนรุงรัง ห้องต้องสะอาดเรียบร้อย
5. มีโต๊ะ เก้าอี้สำหรับผู้รับการศึกษาในการตอบแบบประเมินหรือแบบวัดต่าง ๆ



6. มีเก้าอี้ 2-5 ตัวสำหรับผู้รับการปรึกษา สมาชิกครอบครัว และผู้ให้การปรึกษาคครอบครัว

7. มีผู้สำหรับเก็บเอกสารและเครื่องมือประกอบการให้การปรึกษา

#### จรรยาบรรณของการให้การปรึกษาคครอบครัว

ความสำคัญของจรรยาบรรณการให้การปรึกษาคครอบครัว (ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2554; 2555)

1. จรรยาบรรณที่กำหนดขึ้น ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนี้ ในฐานะผู้ให้การปรึกษาคครอบครัว ควรศึกษา ตีความ ทำความเข้าใจอย่างละเอียดลึกซึ้ง และยึดถือเป็นข้อควรปฏิบัติ

2. ผู้ที่ศึกษาในสาขาการให้การปรึกษาคครอบครัวและคู่สมรส ควรผ่านการศึกษาวิชาจรรยาบรรณวิชาชีพ

3. การมีจรรยาบรรณวิชาชีพทำให้วิชาชีพการให้การปรึกษาคครอบครัวและคู่สมรส มีความสง่างามและเป็นวิชาชีพชั้นสูง และทำให้ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น

4. การเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี ไม่เพียงแต่มีความรู้ทางการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรมีจิตสำนึก มีคุณธรรม ศีลธรรม จริยธรรม ในวิชาชีพนั้นในระดับสูง

5. การมีจรรยาบรรณวิชาชีพทำให้ผู้ให้การปรึกษาตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรต่อผู้รับการปรึกษา และต่อเพื่อนร่วมอาชีพทั้งหลาย

6. ผู้ให้การปรึกษาที่ปฏิบัติงานภายใต้กรอบจรรยาบรรณที่วางไว้จะทำให้ผู้รับการปรึกษาได้รับประโยชน์จากการมารับการปรึกษาอย่างเต็มที่ และมีความไว้วางใจในตัวผู้ให้การปรึกษามากขึ้น

7. จรรยาบรรณที่กำหนดขึ้น จะช่วยป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้รับการปรึกษาและผู้มารับการปรึกษาได้

8. จรรยาบรรณที่กำหนดแต่ละประเด็น ทำให้ผู้ให้การปรึกษาได้มีโอกาสตรวจสอบตนเองอย่างซื่อสัตย์ ทั้งในด้านความสามารถของความรู้วิชาชีพที่จะนำไปใช้กับผู้รับคำปรึกษา และจิตสำนึกในด้านจริยธรรมวิชาชีพที่พึงปฏิบัติต่อบุคคลอื่น

9. ในประเทศไทยควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างชัดเจน

#### จรรยาบรรณของผู้ให้การปรึกษาคครอบครัว

ผู้ให้การปรึกษาคครอบครัวก็เช่นเดียวกับผู้ให้การปรึกษาในโรงเรียน หรือนักวิชาชีพแขนงอื่น ๆ ที่จะต้องมีจรรยาบรรณเป็นแนวปฏิบัติเฉพาะวิชาชีพ จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษาคครอบครัวที่กำหนดโดย American association for marriage and family therapy ดังต่อไปนี้

(จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; เมธินันท์ ภิญญชน, 2539, หน้า 151-152; ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2554; 2555)

หมวดที่ 1 ความรับผิดชอบต่อผู้รับการศึกษา (Responsibility to clients)

ผู้ให้การศึกษาครอบครัวและคู่สมรสต้องพิจารณาถึงความปลอดภัยและความผาสุกของครอบครัวและบุคคล ต้องเคารพสิทธิของผู้ที่มาขอความช่วยเหลือและพยายามเต็มที่ เพื่อให้แน่ใจได้ว่าการให้บริการเป็นไปอย่างเหมาะสม

หมวดที่ 2 การรักษาความลับ (Confidentiality)

ผู้ให้การศึกษาครอบครัวและคู่สมรสอาจมีปัญหาในการรักษาความลับที่มีลักษณะเฉพาะ เพราะมักจะมีผู้รับการศึกษามากกว่าหนึ่งคน ดังนั้นผู้ให้การศึกษาต้องเคารพและป้องกันความลับของผู้รับการศึกษาแต่ละคน

หมวดที่ 3 ความสามารถและบุรณภาพทางวิชาชีพ (Professional competence and integrity)

ผู้ให้การศึกษาครอบครัวและคู่สมรสจะต้องดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานระดับสูงของความสามารถและบุรณภาพทางวิชาชีพ

หมวดที่ 4 ความรับผิดชอบต่อนักเรียน ลูกจ้าง และผู้ที่อยู่ในความดูแล (Responsibility to students, employees, and supervisees)

ผู้ให้การศึกษาครอบครัวและคู่สมรสจะต้องไม่ทำลายความไว้วางใจ และความเป็นที่พึงของนักเรียน ลูกจ้าง และผู้ที่อยู่ในความดูแล

หมวดที่ 5 ความรับผิดชอบต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย (Responsibility to research participants)

ผู้ทำการวิจัยต้องเคารพในเกียรติและปกป้องความผาสุก ปลอดภัยของผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และตระหนักถึงกฎหมายของประเทศและของรัฐ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนมาตรฐานวิชาชีพที่ควบคุมการปฏิบัติงานวิจัย

หมวดที่ 6 ความรับผิดชอบต่ออาชีพ (Responsibility to the profession)

ผู้ให้การศึกษาครอบครัวและคู่สมรสต้องเคารพในสิทธิและความรับผิดชอบต่อนเพื่อนร่วมวิชาชีพ และร่วมในกิจกรรมซึ่งสร้างความก้าวหน้าให้กับเป้าหมายของวิชาชีพ

**การไม่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพการให้การศึกษาครอบครัว**

การไม่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพการให้การศึกษาครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อวิชาชีพในบางประเด็น ดังนี้ (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545; ลัดดาวรรณ ณ ระนอง, 2546, หน้า 303-305; ศิริบุรณ์ สายโกสุม, 2554; 2555)

## 1. ด้านรักษาความลับ

ถ้าหากผู้ให้บริการรักษาไม่รักษาความลับของผู้รับการรักษา อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับการรักษา และทำให้ผู้รับการรักษาไม่ไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและกระบวนการช่วยเหลือทางจิตวิทยาการให้การรักษารอบครัว ก่อให้เกิดความเสื่อมเสียต่อวิชาชีพ การให้การรักษาในภาพรวมทั้งหมดได้ ยกเว้นในบางกรณีที่ผู้ให้บริการต้องเปิดเผยข้อมูลบางประการของผู้ให้บริการรักษา เช่น ในบางกรณีพฤติกรรมของผู้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองและบุคคลอื่น หรือเป็นข้อบังคับตามกฎหมาย เช่น คำสั่งศาล เป็นต้น

### การป้องกัน

1. ผู้ให้บริการรักษาจะต้องแจ้งให้ครอบครัวเข้าใจอย่างชัดเจนว่าการให้การรักษามองถูกเก็บเป็นความลับ และมีการยกเว้นในกรณีไหนบ้างที่จะต้องเปิดเผยความลับของครอบครัว
2. ผู้ให้บริการรักษาจะต้องจัดเก็บข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวไว้ในที่ปลอดภัย
3. ผู้ให้บริการรักษาไม่ไปพูดคุยเรื่องทางครอบครัวกับบุคคลอื่น ยกเว้นกับทีมผู้ให้บริการเพื่อช่วยเหลือครอบครัว

## 2. ด้านความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้รับการรักษา

ผลกระทบในข้อนี้ค่อนข้างละเอียดอ่อน หากเกิดขึ้นอาจทำให้ผู้รับการรักษาไม่ไว้วางใจและขาดการนับถือ เชื่อถือต่อผู้ให้บริการและครอบครัวการปรึกษา ส่วนผู้ให้บริการก็อาจเกิดความรู้สึกผิด วิตกกังวล และไม่มีความมั่นใจในการปรึกษา ทำให้การให้ความช่วยเหลือทางวิชาชีพการให้การปรึกษาเกิดขึ้นได้ยากและไม่เป็นผลสำเร็จ และอาจก่อให้เกิดความเสื่อมเสียต่อวงการวิชาชีพนี้ได้

### การป้องกัน

1. ผู้ให้บริการรักษาต้องระมัดระวังกิริยาท่าที คำพูด และการกระทำที่สื่อไปในทางดึงดูดความสนใจทางเพศแก่ผู้มารับการปรึกษารอบครัว
2. ผู้ให้บริการรักษาต้องกำหนดขอบเขตหน้าที่ของตนเอง และขอบเขตสัมพันธภาพที่มีต่อผู้รับการรักษาอย่างชัดเจน
3. ผู้ให้บริการรักษาจะต้องไม่ให้การปรึกษานอกสถานที่หรือโทรศัพท์ทำให้คำปรึกษา (การโทรศัพท์ให้การปรึกษาอาจยกเว้นในกรณีวิกฤติ เช่น ผู้รับการปรึกษามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น)
4. ผู้ให้บริการรักษาต้องหลีกเลี่ยงสัมพันธภาพทางสังคมกับผู้รับการรักษา เช่น ไปรับประทานอาหารด้วยกัน ไปทัศนศึกษาหรือท่องเที่ยวด้วยกัน หรือแม้แต่นั่งรถไปด้วยกันตามลำพัง เป็นต้น

นอกจากนี้ ในด้านความสัมพันธ์เชิงคู่สาว หรือมีความสัมพันธ์ทางเพศกับนักศึกษา ผู้รับการนิเทศ เพื่อนร่วมงาน ผู้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ก็เป็นสิ่งที่ต้องห้าม หากจะกล่าว ในประเด็นเพื่อนร่วมงานในวิชาชีพเดียวกัน ก็มีผลกระทบมากหากเกิดเหตุนี้ขึ้น โดยอาจทำให้ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานเปลี่ยนไป อาจทำให้เกิดการขาดความเคารพซึ่งกันและกัน เกิดการดูหมิ่นเหยียดหยามกัน การทะเลาะวิวาทกัน ก็เกิดขึ้นได้ง่าย ก่อให้เกิดบรรยากาศตึงเครียด ในการทำงาน ความไม่เป็นกลางในการพิจารณางานต่าง ๆ ที่เป็นผลต่อผู้ให้การศึกษาวิชาชีพ และองค์กรโดยรวม

#### การป้องกัน

1. มีการปฏิบัติต่อกันด้วยกิริยามารยาทที่เหมาะสมที่สุดภาพชนพึงปฏิบัติต่อกัน มีความรัก และเคารพซึ่งกันและกัน
2. ระมัดระวังกิริยา ท่าที คำพูด การกระทำ ที่เป็นการดิงดูเพศตรงข้ามให้มาสนใจตนเอง
3. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปไหนด้วยกันตามลำพังกับเพศตรงข้าม
4. ติดต่อกันเฉพาะเรื่องงานที่ทำ สำหรับเรื่องส่วนตัวอื่น ๆ ก็อาจช่วยเหลือกันในกรณี จำเป็นด้วยเหตุและการกระทำที่เหมาะสม

5. กำหนดขอบเขตของตนเองและเพื่อนร่วมงานให้ชัดเจน และเหมาะสม

#### 3. ด้านความสามารถทางวิชาชีพ

หากผู้ได้รับการศึกษาที่อ่อนหัด ไม่ว่าจะเรื่องการประเมินครอบครัว การใช้ทักษะ/ เทคนิคการปรึกษา ความแม่นยำในทฤษฎี ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคให้เหมาะกับปัญหา และ ผู้ให้การศึกษาจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รับการปรึกษาและวิชาชีพ ทำให้งานการให้การศึกษา ไร้คุณค่า ขาดความเชื่อถือจากบุคคลภายนอก

#### การป้องกัน

1. ผู้ให้การศึกษาควรผ่านการฝึกอบรมในเรื่องดังกล่าวจากผู้นิเทศ (Supervisor) ผู้ชำนาญ และควรได้รับประกาศนียบัตรรับรองด้วย
2. ผู้ให้การศึกษาควรเข้ารับการฝึกอบรมในวิชาชีพของตนเองอยู่เสมอ และติดตาม ความก้าวหน้าหรือพัฒนาการของวิชาชีพการให้การศึกษาครอบครัวอยู่เสมอ
3. ผู้ให้การศึกษาควรเข้าร่วมการประชุมสัมมนาที่เกี่ยวกับการให้การศึกษาครอบครัว อย่างสม่ำเสมอ
4. หากผู้ให้การศึกษาพิจารณาว่าปัญหาทางครอบครัวที่กำลังให้การศึกษาอยู่นั้น ตนเองไม่มีความสามารถจะให้ความช่วยเหลือได้ ควรดำเนินการส่งตัวให้ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษารอบครัว

ฐวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การให้คำปรึกษารอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้การปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวกลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก คุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล (2547) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาและพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบิดามารดาในสังคมไทย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัว 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวที่เน้นระบบครอบครัว ทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวแนวมนุษยนิยม ทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวแนวแอดเลอร์เรียน ทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวเน้น โครงสร้างของครอบครัว และทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวแนวโซลูชั่น โฟกัส ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมการฝึกอบรมความรู้ตามทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครัวดังกล่าว บิดามารดามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุพิชฌาย์ เพ็ชรสคติ (2554) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรวัยรุ่น โดยการให้การปรึกษารอบครัวแนวพฤติกรรมนิยม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาที่มีบุตรวัยรุ่น จำนวน 20 ครอบครัว ดำเนินการทดลองโดยการให้การปรึกษารอบครัวจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ด้วยโปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวแนวพฤติกรรมนิยม ผลการวิจัยพบว่า บิดาและมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นที่ได้รับการให้การปรึกษารอบครัวแนวพฤติกรรมนิยมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์สูงกว่าบิดาและมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นที่ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บิดาและมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นที่ได้รับการให้การปรึกษารอบครัวแนวพฤติกรรมนิยมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจิตรา สายอ่อง (2555) ได้ศึกษาเรื่อง นวัตกรรมโปรแกรมการให้การปรึกษารอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนอนุบาล ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย โดยการพัฒนาโปรแกรมบูรณาการระหว่างแบบแผนการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการสื่อสารในครอบครัวเข้ากับกระบวนการให้การปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีของเซเชเทียร์ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมในเชิงคุณภาพครอบครัว กรณีศึกษาสะท้อนว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของบุตรทางร่างกายและวาจาเปลี่ยนแปลงไปในทางเหมาะสมขึ้น และเชิงปริมาณพบว่า การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางร่างกายและวาจาของบุตรหลังการให้การปรึกษารอบครัวลดลง

ยุพดี ทรัพย์เจริญ (2557) ศึกษาผลการปรึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ต่อความสามารถในการแยกตนเองของนิสิตปริญญาตรี โดยทำการศึกษากับนิสิตปริญญาตรี ผลการศึกษาพบว่า นิสิตกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาตามทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแยกตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล และนิสิตกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแยกตนเองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับการปรึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น เกลด (Glade, 2005) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัว บำบัด รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการวัดระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตสมรส และภาวะซึมเศร้า ก่อนเริ่มให้การปรึกษา หลังให้การปรึกษา และระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรสก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการแยกตนเองสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตสมรส ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ที่สามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัว สามารถแยกตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรึกษาครอบครัวได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ โคแครน (Cochran, 2011) ได้มีการศึกษาวิจัยทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น เกี่ยวกับระดับความสามารถในการแยกตนเองว่าจะสามารถทำนายความพึงพอใจในการทำงานของครูได้หรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้ครูสามารถแยกตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เพื่อนร่วมงาน ภาระงาน ความรับผิดชอบ และความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ครูมีความสามารถในการแยกตนเองได้ดีขึ้น และทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานตามมา เคอร์ (Kner, 2008) ได้ศึกษาระดับความสามารถในการแยกตนเองของกลุ่มสมรส ที่มีต่อความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัวโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัวบำบัด รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการวัดระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่ และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัว ก่อนเริ่มให้การปรึกษาและหลังให้การปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมการปรึกษา คู่สมรสที่เป็นเพศหญิงมีระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่ และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัวสูงกว่าก่อนเริ่มให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการให้การศึกษาครอบครัวจะเห็นว่า การให้การศึกษาครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวโดยทั่วกัน มากบ้างน้อยบ้างตามบทบาทสมาชิก โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะเกิดผลกระทบโดยตรง เนื่องจากสามีหรือภรรยา มีบทบาทและหน้าที่ในการปรับตัวเข้าหากัน มีใจคอหนักแน่น ขยัน อดทน เอื้อเฟื้อ เสียสละ พร้อมจะช่วยเหลือเกื้อกูล มีเหตุผล เข้าใจความรู้สึก เอาใจใส่ ห่วงใยกัน ศึกษาปัญหาแต่ละฝ่าย และช่วยกันแก้ไข มีความซื่อสัตย์ ให้เกียรติและยกย่องกันและกัน และเคารพบิดามารดาทั้งสองฝ่าย และให้ความช่วยเหลือตามฐานะ (โกวิท ประมวลพฤษย์, 2547) ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับสามีหรือภรรยา ทำให้ระบบเกิดความแปรปรวน ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ทฤษฎีและเทคนิคจะสามารถลดผลกระทบที่เกิดขึ้น สมาชิกมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีในครอบครัว มีการจัดระบบครอบครัวอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงครอบครัวให้ดำเนินต่อไปได้อย่างสมบูรณ์และมีความสุขตามศักยภาพ ผ่านกระบวนการช่วยเหลือครอบครัว โดยเน้นการปฏิบัติต่อครอบครัวที่เข้ารับการศึกษาโดยรวมทั้งครอบครัว (เพ็ญญา กุลนาคล, 2555 ข)

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ ดังนี้

#### ความหมาย ความสำคัญ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็น โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประชากรโลก องค์การอนามัยโลก (World stroke organization: WSO) รายงานสถานการณ์ทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า ประชากรโลกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก 6.5 ล้านคน และพบจำนวนผู้ป่วยมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน ซึ่งทุกคนล้วนได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจด้วยกันทั้งสิ้น และโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี (WSO, 2010; 2015; 2017) ในภูมิภาคเอเชีย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเกิดความพิการที่สำคัญ มีการศึกษาโดยแพทย์ประสาทวิทยาใน 12 ประเทศของภูมิภาคนี้ ในชื่อ The Asian stroke advisory panel (ASAP) ซึ่งในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงภาระของโรคและระบบบริการในภูมิภาคเอเชีย โดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา) และศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรินทร์ (Suwanwela & Pongvarin, 2016) ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดโรค

สูงขึ้นในทุกประเทศของภูมิภาคเอเชีย ซึ่งพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมากกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคระหว่าง 116-483 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนในแต่ละปี สำหรับประเทศไทยเอง พบว่า อัตราการตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น 330.60, 354.54 และ 366.81 ในปี พ.ศ. 2554-2556 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และที่เหลืออีกร้อยละ 60 ผู้ป่วยจะมีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง และพบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 2 (Lozano et al., 2012) และยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life year: DALYs) เป็นอันดับ 3 ทั้งในเพศชายและในเพศหญิง (Murray et al., 2012) ดังนั้นจึงเป็นโรคที่เป็นภาระต่อการดูแลที่สำคัญของครอบครัว

### เกณฑ์การวินิจฉัย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองไว้ดังนี้

“โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง

เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต โดยไม่พบสาเหตุอื่นนอกจากระบบหลอดเลือด”

ซึ่งตามนิยามนี้ จะไม่ได้ครอบคลุมภาวะ Transient ischemic attack (TIA) ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นคอร่า เนื้องอกในสมอง และอุบัติเหตุ

### ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke)

ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) (Rudd, Bowen, James, & Young, 2016)

พบประมาณ 80-90% (อรจักร โดษยานนท์, 2539) แบ่งตาม The TOAST (Trial of Org 10172 in acute stroke treatment) classification ได้เป็น

1. Thrombosis or embolism due to atherosclerosis of a large artery ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะตรวจพบหลอดเลือดสมองเส้นใหญ่ ตีบมากกว่า 50% โดยมักจะเกิดจาก Atherosclerosis อาการที่พบมักจะมี Cerebral cortical impairment เช่น Aphasia, Neglect อาจจะมีอาการ TIA นำมาก่อน เมื่อตรวจ CT/MRI จะพบรอยโรคขนาดใหญ่กว่า 1.5 ซม.

2. Embolism of cardiac origin ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีหลอดเลือดอุดตัน โดยมีลิ้มเลือดที่มาจากหัวใจ โดยจะพบว่ามิโรคหัวใจร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจตีบ อาการและภาพถ่ายรังสีจะเหมือนกับในกลุ่ม Large artery มักมีประวัติ TIA หรือ Ischemic stroke ในหลอดเลือดสมองหลาย ๆ ตำแหน่ง หรือมีลิ้มเลือดอุดตันที่ตำแหน่งอื่นของร่างกาย

3. Occlusion of a small blood vessel (lacune) มักจะเกิดกับหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่อยู่ในชั้นลึก ๆ ของสมองเช่นในส่วนของ Basal ganglia, Internal capsule หรือก้านสมอง ผู้ป่วย



จะมีอาการที่เรียกว่า Lacunar syndrome และไม่มีอาการของ Cortical dysfunction มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รอยโรคในภาพถ่ายรังสีมีขนาดเล็กกว่า 1.5 ซม. ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคที่ดี

4. Other determined cause ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น Non atherosclerotic vasculopathies, Hypercoagulable states เป็นต้น

5. Undetermined cause

ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่อุดตัน ระยะเวลาของการขาดเลือด อัตราการขาดเลือด และการได้รับเลือดชดเชยจากระบบหลอดเลือดใกล้เคียง

### ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออก แบ่งตามบริเวณที่เลือดออกได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) เลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage; ICH) ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว แข็ง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป หลอดเลือดจึงแตกออกเลือดไหลเข้าไปในเนื้อสมอง (Bleeding into brain tissue) 2) เลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage; SAH) ส่วนใหญ่เกิดจากผนังของหลอดเลือดโป่งพองแตก (Ruptured aneurysm) มีความผิดปกติของหลอดเลือด (Arteriovenous malformation; AVM) เลือดค้ำกับเลือดแดงไหลปนกันหลอดเลือดดำจึงแตกออก (Jauch et al., 2013)

สรุปความหมาย โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง โรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเกิดจากการที่มีเลือดออกในสมอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายของสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ ร่างกาย และระบบต่าง ๆ ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากส่วนของเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานเกิดความเสียหายไป โดยที่ระยะเวลาในการเกิดโรคนานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป

### อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1. อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (เป็นทันทีทันใดและมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ) (Powers et al., 2015; Rudd et al., 2016; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

- 1.1 แขนขาชา อ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่งทันที
- 1.2 พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันที
- 1.3 เดินเซ เวียนศีรษะทันที
- 1.4 ตาเห็นภาพซ้อนหรือมีดมัวข้างใดข้างหนึ่งทันที
- 1.5 ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน

หรือมีการสังเกตอาการเบื้องต้นตามหลัก “F-A-S-T”

F = Face ใบหน้าอ่อนแรง ปากเบี้ยว

A = Arm แขนขาอ่อนแรง

S = Speech พูดไม่ออก พูดไม่ชัด

T = Time พบแพทย์เร็วที่สุด หรือ โทร 1669

ถ้าพบเห็นผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้อใดข้อหนึ่ง ให้รีบพบแพทย์โดยด่วน ถึงแม้อาการดังกล่าวจะดีขึ้นเอง การไปพบแพทย์มีความสำคัญเพื่อจะได้รับการรักษาทันเวลาที่

2. สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

3. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ และที่ควบคุมไม่ได้

#### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012)

1. ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อม ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

2. เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

3. ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดี หรือ High density lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดี หรือ Low density lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอน (Plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อย ถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดี และเพิ่มไขมันชนิดดีทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น

4. ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุม

น้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ดัชนีมวลกายไม่ควรเกิน 23 kg/m<sup>2</sup>หรือรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้วในเพศชาย

5. โรคหัวใจ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่ทำให้โรคหัวใจ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจ และตามตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจอาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด AF (Atrial fibrillation) มีโอกาสเสี่ยงเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

6. Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอมิโน) ที่มีอยู่ใน กระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles/ liter เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนัง หลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นใน และทำให้ เลือดแข็งตัวง่าย การป้องกันไม่ให้ระดับ Homocystein สูง ทำได้โดยให้รับประทานอาหารที่มี Folic acid และหรือรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 6 และ 12 เสริม

7. บุหรี่ สารนิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่ สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มาสูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

8. แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้ หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ ลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

9. โคลเคน แอมเฟตามีน และเฮโรอีน เป็นสาเหตุของภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออก ในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิต ซิพจรเต้นเร็วขึ้น อุณหภูมิสูงขึ้น และเพิ่มอัตราการเผาผลาญในร่างกาย

10. การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะ หรือขาดการออกกำลังกายจะมีโอกาสเกิดโรค หลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานใช้แรง และผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทาน อาหารประเภททอด หรือมีไขมันสูง มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารประเภทปลา ผักใบเขียว และผลไม้

11. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน การรับประทานยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ภาวะเลือดข้น (Polycythemia vera)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012) ได้แก่

1. อายุ อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ที่อายุ เกิน 55 ปี จะพบว่ามีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และ ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี พบว่ามีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น เป็น 3 เท่าของผู้ที่อายุน้อย

2. เพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าเพศชาย

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

4. เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) 2.5 เท่า สันนิษฐานว่า คนผิวดำอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคได้ง่ายกว่า

5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพฤกษ์-อัมพาตชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกร็ดเลือดจับกลุ่มกัน (Antiplatelet) สามารถช่วยลดและป้องกันโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

#### ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามระยะเวลาในการเจ็บป่วยได้เป็น 3 ระยะด้วยกัน ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) คือช่วงระยะตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ในระยะนี้กินระยะเวลาที่ 24 ชั่วโมงขึ้นไป และอาจนานไปถึง 7 วัน แต่โดยทั่วไปแล้ว อาการของโรคจะแสดงออกอย่างสมบูรณ์ที่ระยะเวลาประมาณ 3 วัน (Intercollegiate Stroke Working Party, 2012) การดูแลในระยะนี้เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การคงสภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ไว้ให้ได้มากที่สุด รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post-acute stage) เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่แยกลง ระยะเวลาต่อจากระยะเฉียบพลันมาอีก เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค การได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียหรือไร้ความสามารถ (Disability) ในการทำกิจกรรมที่คนปกติทั่วไปทำได้ เช่น การเดิน การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547)

## ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Powers et al., 2015; Rudd et al., 2016; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยพบว่า ระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนักขกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบาก หรือบางรายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย หลังจากพ้นระยะนี้ไปจะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ถ้าระยะนี้เป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการเหยียดข้อต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้เกิดภาวะข้อติดแข็ง

1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น (สมองซีกซ้าย) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายในการสื่อภาษา (Receptive or sensory aphasia) เกิดจากการถูกทำลายเนื้อสมองบริเวณ Wernicke's area ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำที่พูดที่ได้ยินได้ หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียนนั่นเอง

1.2.2 ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (Motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีการถูกทำลายเนื้อสมองบริเวณ Broca's area ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจภาษาที่จะใช้สื่อออกไป การเขียน สัญลักษณ์ต่าง ๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไรแต่พูดไม่ได้ หรือพูดไม่เป็นประโยค

1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืน พบได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10 และ 12 ที่ควบคุมการกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเม้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถตัดอาหารในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถผลักดันอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้ต่อไป

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ได้แก่ การสูญเสียความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด อุณหภูมิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกัน ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ละเลยการเคลื่อนไหวด้านที่เป็นอัมพาต

1.5 การมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อยที่สุด คือ ตาบอดครึ่งซีกข้างเดียวกันทั้งสองข้าง ไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต จึงทำให้

เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากความผิดปกติของลานสายตาและการกระชาระยะในการมองเห็นที่ผิดปกติไปดังกล่าว

1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป หรือความทรงจำในอดีตเกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา

1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะคั่งค้าง

1.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว

## 2. ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกาย มักส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า

2.1 ความรู้สึกสูญเสีย ได้แก่ เสียความภาคภูมิใจในตนเอง เสียความรู้สึกมั่นคง สูญเสียเป้าหมายในชีวิตที่คาดหวังไว้ โดยอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ คือ ความเสียใจ ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา

2.2 ความเครียด เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจาก โรคนี้อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด ถ้าไม่สามารถปรับตัวรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย รวมทั้งการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

2.3 ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่ยาวนาน ที่แสดงออกมาเพื่อต่อสู้สิ่งคุกคาม อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการของความกลัว เกิดจากประสบการณ์ การรับรู้ต่ออาการอ่อนแรงของแขนขาที่มากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก ปากแห้ง มือเท้าเย็น นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.4 ความก้าวร้าว เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้าย หรือคำพูดที่รุนแรง ต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำทางที่ไม่เป็นมิตร ทบทำลายสิ่งของ

2.5 ภาวะซึมเศร้า จะพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองซีกซ้ายมากกว่าสมองซีกขวา และงานวิจัยปัจจุบันพบว่า ภาวะนี้เกิดได้ทันทีที่ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

## 3. ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปัญหาด้านสังคม สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับญาติ ครอบครัว และสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถปฏิบัติบทบาททางสังคมได้เช่นเดิม

#### 4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมา จากการที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องยาวนานไปจนตลอดชีวิต เพื่อการฟื้นฟูสภาพให้ดีที่สุด และป้องกันการกำเริบของโรค หรือป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

โดยสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยกันทั้งหมด แบ่งเป็น 4 ด้าน (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติกรดูแลโดยตรงเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านนี้เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้า กิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างวัน ไปจนถึงเข้านอน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เหล่านี้ได้เองทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว โดยเน้นหลักสำคัญในการดูแล คือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ตามศักยภาพที่ยังมีอยู่ เพื่อเป็นการส่งเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เกิดกำลังใจ กรณีที่พบว่าผู้ป่วยยังทำไม่ได้หรือทำได้เพียงเล็กน้อย ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญคอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยด้วย โดยกิจวัตรประจำวันดังกล่าวที่ครอบครัวจำเป็นต้องให้การดูแลและฝึกผู้ป่วยในการปฏิบัติ ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหาร ซึ่งจะพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีปัญหาในการรับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านการกลืน กลืนลำบาก ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสูดสำลักได้ง่าย ซึ่งในกรณีนี้ครอบครัวต้องได้รับการฝึกทักษะในการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ กรณีผู้ป่วยยังสามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ครอบครัวต้องจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับการกลืนของผู้ป่วยและเหมาะสมกับโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยเสมอ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น รวมถึงมีการคัดแปลงอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้จากบุคลากรทีมสุขภาพ ก่อนที่จะนำผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเนืองที่บ้าน

1.2 การอาบน้ำและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ครอบครัวจำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์ของใช้ในการช่วยเหลือด้านนี้ มีการคัดแปลงอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพความพิการที่หลงเหลืออยู่ เช่น ฟองน้ำหรือแปรงค้ำยาวสำหรับถูตัว จัดทำราวเกาะ หรือมีเก้าอี้สำหรับให้ผู้ป่วยนั่งอาบน้ำได้เอง โดยเน้นหลักให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ครอบครัว

คอยช่วยเหลือเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้เท่านั้น เช่น การถูบริเวณแผ่นหลังให้ ถึงแม้ว่าอาจใช้ระยะเวลาในกิจกรรมนี้ แต่ไม่ควรเร่งรัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกอย่างเต็มที่ ให้เวลาผู้ป่วยเสมอ

1.3 การแต่งกาย ครอบครัวจัดหาเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการใส่และถอดด้วยตนเอง ที่เหมาะสม คือ เสื้อผ้าหน้ามีกระดุม เพื่อฝึกการใส่-ถอด และฝึกการติดกระดุมเสื้อไปด้วย

1.4 การจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ครอบครัวคอยอำนวยความสะดวกช่วยเหลือ โดยเฉพาะการดูแลความสะอาดภายหลังการจับถ่ายทุกครั้ง เน้นกระตุ้นการฝึกช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเช่นกัน แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้ หรือทำได้ไม่สะอาด คอยดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มใจ

1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ครอบครัวควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมนี้โดยเร็วที่สุด เพราะถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ กิจกรรมประจำวันด้านอื่น ๆ จะทำได้ดีขึ้น มีการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสม คอยให้กำลังใจ ชมเชยทุกครั้งที่มีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านที่อัมพาต ฝึกให้ผู้ป่วยได้ใช้มือหรือขา ด้านที่ยังดีอยู่มาช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะข้อติดแข็ง และการอุดตันของเส้นเลือดดำ

1.6 การพักผ่อน หลับนอน ครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ เหมาะสม สำหรับการพักผ่อน มีแสงสว่าง อุณหภูมิที่เหมาะสม ไม่มีเสียงดังรบกวน เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้มักพบปัญหาด้านการนอนหลับร่วมด้วยอยู่แล้ว ฝึกนิสัยการนอนที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เช่น ในช่วงเวลากลางวัน ควรหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ทำกายภาพบำบัด ดูทีวี ฟังเพลงที่ชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทำ จะช่วยให้สามารถหลับได้ดีขึ้นในช่วงเวลากลางคืน และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหลับได้จริง และเกิดผลกระทบด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง ครอบครัวควรปรึกษาแพทย์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. ด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่ไม่พบได้เสมอ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และถ้ายังไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้เช่นกันจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับความรู้และคำแนะนำ รวมถึงการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้จากบุคลากรที่มสุขภาพก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่บ้านเช่นกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้



2.1 การป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตที่พบได้บ่อยที่สุด โดยสาเหตุมาจากการสำลักอาหาร (Emick & Wood, 1990 อ้างถึงใน สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ดังนั้น ครอบครัวควรเข้าใจ และตระหนักในการจัดทำทางารนึ่งรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสม กรณีที่ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยางเช่นกัน ควรได้รับการจัดทำในการได้รับอาหารทางสายยางที่เหมาะสมด้วย

2.2 การป้องกันภาวะข้อติดแข็ง ปวดไหล่ มักจะเกิดกับร่างกายซีกที่อ่อนแรง ครอบครัวต้องให้ความสำคัญ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ มีการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งโดยปกติแล้วเรื่องเหล่านี้เป็นสิ่งที่ครอบครัวจะได้รับคำแนะนำและการฝึกทักษะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่บ้านจากบุคลากรทีมสุขภาพอยู่แล้ว และตามหลักการที่เหมาะสม ควรฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกายภาพบำบัดสม่ำเสมอ ก่อนการรับประทานอาหารทุกมื้อ อย่างน้อย 30 นาที โดยแต่ละท่าที่ทำประมาณ 10-20 ครั้ง ตามสภาพผู้ป่วย ถ้าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้

2.3 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และโรคผิวหนัง ครอบครัวดูแลรักษาความสะอาดผิวหนังให้แก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ ดูแลการจัดท่านอนที่เหมาะสม ป้องกันการกดทับบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ

2.4 การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบาง ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ครอบครัวช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นการฝึกยืน เดิน ให้แก่ผู้ป่วย ให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งน้ำหนักลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน การฝึกประจำสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะนี้ได้

2.5 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดปัญหาการปัสสาวะไม่ออก หรือการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ครอบครัวดูแลช่วยเหลือเรื่องความสะอาด ฝึกการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา กรณีไม่มีข้อห้าม ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร สำหรับผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออก ควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว และครอบครัวอาจต้องฝึกทักษะด้านการสวนปัสสาวะด้วยตนเองร่วมด้วย

2.6 การป้องกันการบวมบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ซึ่งพบได้บ่อยเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี ครอบครัวควรใช้หมอนรองบริเวณบริเวณปลายมือ และปลายเท้าให้สูงขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานเกินไป

2.7 การป้องกันการลื่นของแขนและขา โดยเฉพาะด้านที่อ่อนแรง ป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้าง โดยเฉพาะด้านที่อ่อนแรงควรทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ

2.8 การป้องกันอุบัติเหตุ จากการที่ผู้ป่วยทรงตัวไม่ดี มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การมองเห็นและการกระชาระทางผิดปกติ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ครอบครัวต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระบบ ระเบียบ เก็บของมีคมให้พ้นมือผู้ป่วย รวมทั้งการทำราวเกาะหัดเดิน หรือราวเกาะภายในบ้าน เพื่อป้องกันการล้มให้แก่ผู้ป่วย

2.9 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เป็นเรื่องสำคัญที่ครอบครัวควรตระหนัก โดยการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลาที่ถูกต้อง เหมาะสม พามาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การควบคุมและจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวให้แก่ผู้ป่วย การงดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดโรคซ้ำ เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

3. ด้านการดูแลระดับประคองจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลด้านจิตใจ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ และยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยการดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย

3.1 การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยและสำคัญ (Denno et al., 2013) ครอบครัวต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่โกรธ ไม่ตำหนิ หรือแสดงความไม่พอใจ ควรให้กำลังใจและปลอบโยน กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และยกย่อง ชมเชย สนับสนุนให้กำลังใจเวลาที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่า

3.2 การป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ควรควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่จะมากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ที่ไม่ดี การจัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยชอบ สรรพหา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ

3.3 การป้องกันการเกิดภาวะเครียด อันมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ ความเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และสาเหตุด้านจิตใจ เช่น การต้องได้พบกับบุคคลที่ตนเองไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ดังนั้น ครอบครัวต้องคอยสังเกตอาการและกำจัดสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ออกไป นอกจากนี้ ครอบครัวยังต้องให้การดูแลระดับประคองด้านจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมด้วย

4. ด้านเศรษฐกิจการเงิน ครอบครัวต้องรับภาระด้านนี้เพิ่มขึ้น รายจ่ายเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการดูแล และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นว่าไม่เพียงปรารถนา หรือ เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ เนื่องจากความบกพร่องในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และมีข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น จำเป็นที่จะต้องมีบุคคลในครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่บกพร่องนั้น ๆ ทำให้เกิดบทบาท หน้าที่ใหม่ขึ้นมาเพิ่มเติมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระ

#### **ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง**

ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินหลายอย่างด้วยกัน ในปัจจุบันที่นิยมใช้ได้แก่ การประเมินด้วยระดับความรู้สึกตัว หรือ Glasgow coma scale (GCS) การประเมินด้วย The national institute of health stroke scale (NIHSS) การประเมินด้านระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (The modified rankin scale: mRS) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Powers et al., 2015; Rudd et al., 2016; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

#### **การประเมินด้วยระดับความรู้สึกตัว หรือ Glasgow coma scale (GCS)**

เป็นการประเมินการทำงานของระบบประสาท (Neurologic function) เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยที่สำคัญและเป็นประโยชน์มากที่สุด เพราะจะสามารถระบุความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น หรือเป็นการบอกถึงความเปลี่ยนแปลงที่ไวที่สุดของผู้ป่วย (Helen, 1994 cited in Barker, 1994) มีรายละเอียดการประเมิน ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale: GCS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Helen, 1994 cited in Barker, 1994)

ปฏิกิริยา (Response)	คะแนน
การลืมตา (Eye opening)	
ลืมตาได้เอง	4
ลืมตาเมื่อเรียก	3
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2
ไม่ลืมตาเลย	1
การสื่อสาร (Verbal response)	
พูดคุยไม่สับสน	5
พูดคุยได้แต่สับสน	4
พูดเป็นคำ ๆ	3
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2
ไม่ออกเสียงเลย	1
การเคลื่อนไหว (Best motor response)	6
ทำตามสั่งได้	
ทรานตำแหน่งเจ็บ	5
ชักแขนขาหนี	4
งอแขน (Abnormal flexion)	3
เหยียดแขน (Extension-decerebrate)	2
ไม่เคลื่อนไหวเลย	1

#### การประเมินด้านระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีรายละเอียดการประเมินดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 5 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
  - 10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

## 2. Transfer (ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนพยุง หรือดันขึ้น

10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม ช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย

15 = ทำได้เอง

## 3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0 = ต้องการความช่วยเหลือ

5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

## 4. Toilet use (การเข้าห้องน้ำ)

0 = ช่วยตัวเองไม่ได้

5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)

10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระแล้ว ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

## 5. Bathing (การอาบน้ำ)

0 = ต้องมีคนช่วย หรือทำให้

5 = อาบน้ำได้เอง

## 6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้ (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้

10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม หรือดูแลเพื่อความปลอดภัย

15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

## 7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0 = ไม่สามารถทำได้

5 = ต้องการคนช่วยเหลือ

10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

## 8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือนิดน้อย

5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

## 9. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

10 = กลั่นได้ปกติ

## 10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ และไม่สามารถดูแลเองได้

5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)

10 = กลั่นได้ปกติ

การแปลผลคะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

คะแนน 0-20 หมายถึง ระดับความสามารถน้อยมาก

คะแนน 25-45 หมายถึง ระดับความสามารถน้อย

คะแนน 50-70 หมายถึง ระดับความสามารถปานกลาง

คะแนน 75-90 หมายถึง ระดับความสามารถน้อยมาก

คะแนน 100 หมายถึง ระดับความสามารถปกติ

## การประเมินด้วย The national institute of health stroke scale (NIHSS)

NIHSS พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นที่นิยมใช้กัน และแบบประเมินมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง ซึ่ง NIHSS จะมีการประเมินด้านต่าง ๆ ดังนี้ (อากรณ คำก่อน, 2553)

1a. ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness, LOC) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = รู้สึกตัวดี

1 = ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้

2 = ไม่รู้สึกตัว ต้องกระตุ้นซ้ำหรือทำให้เจ็บ

3 = ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองเฉพาะรีเฟล็กซ์

1b. สามารถบอกเดือน และอายุได้ (LOC questions) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = ตอบได้ถูกต้องทั้ง 2 ข้อ

1 = ตอบถูกเพียง 1 ข้อ

2 = ไม่สามารถตอบคำถามได้ หรือตอบผิดทั้ง 2 ข้อ

การให้คะแนนในข้อนี้จะไม่ให้สำหรับคำตอบที่ใกล้เคียง เช่น เดือนนี้พฤษภาคม แต่ผู้ป่วยตอบว่าเดือนเมษายน หรือถ้าผู้ป่วยอายุ 80 ปี แต่ตอบว่า 75 ปี เป็นต้น

1. หลับตา-ลืมตา และกำมือ คลายมือข้างที่ไม่เป็นอัมพาตได้หรือไม่ (LOC commands) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = ทำได้ถูกต้องทั้ง 2 อย่าง
- 1 = ทำได้ถูกต้องเพียงอย่างเดียว
- 2 = ไม่ทำตามคำสั่ง หรือทำไม่ถูกต้อง

2. การเคลื่อนไหวของตา (Best gaze) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

- 0 = มองตามได้เป็นปกติ
- 1 = ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง เหลือบมองไปด้านข้างได้แต่ไม่สุด
- 2 = เหลือบตามองไปด้านข้างไม่ได้เลย หรือมองไปด้านหนึ่งด้านใดจนสุด

ข้อสำคัญของการตรวจคือ ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหวลำคอในผู้ป่วยที่มีปัญหาของ C-spondylosis ด้วย นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่ลืมตา ผู้ตรวจอาจต้องใช้วิธีดึงเปลือกตาขึ้น แล้วทำการทดสอบ

3. การมองเห็น (Visual fields) การตรวจการมองเห็นนี้ ผู้ตรวจจะทำการตรวจตาทีละข้าง โดยอาจใช้มือปิดตาอีกข้างหนึ่งก่อน มีการให้คะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ลานสายตาศปกติ
- 1 = ลานสายตาศผิดปกติบางส่วน (Partial hemianopia)
- 2 = ลานสายตาศผิดปกติครึ่งซีก (Complete hemianopia)
- 3 = มองไม่เห็นทั้ง 2 ตา (ตาบอด)

ในการทดสอบนี้ ผู้ตรวจจะต้องทำการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีการปรับสายตาได้ก่อน และถ้าหากผู้ป่วยไม่ทำตามสั่งหรือไม่สามารถเข้าใจคำสั่งได้ ผู้ตรวจอาจใช้วิธี Threaten โดยให้ผู้ตรวจใช้นิ้วมือชี้ลงไปที่ตาของผู้ป่วยทีละข้างตามแนวองศาของลานสายตาศปกติ ซึ่งลานเห็นปกติของด้านข้างขมับจะมองเห็นได้กว้างประมาณ 90 องศา ด้านข้างจมูก 60-70 องศา ทางด้านบน 50 องศา และด้านใต้จมูก 70-75 องศา เมื่อมองพร้อมกันทั้งสองตา ลานเห็นของตาแต่ละข้างจะเหลื่อมกันตรงกลาง ในการตรวจลานเห็นมักตรวจทีละข้างลานเห็นที่ผิดปกติไป เช่น แคมลง หรือบางส่วนขาดหายไป เป็นต้น ดังนั้น เวลาตรวจผู้ตรวจจะต้องทำมุมของวัตถุที่ใช้ตรวจสอบให้เหมาะสมกับลานเห็นปกติ และให้วัตถุที่ใช้ทดสอบอยู่ห่างจากผู้ป่วยประมาณ 1 ฟุต

4. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า (Facial palsy) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

- 0 = ไม่พบมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าได้เป็นปกติ

1 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงเล็กน้อย พอสังเกตเห็นมุมปากตก หรือไม่เท่ากันเมื่อยิ้ม  
 2 = กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงมาก แต่ยังสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้บ้าง  
 3 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าในข้างใดหรือทั้ง 2 ข้างได้เลย  
 การตรวจในข้อนี้จะทำการตรวจในผู้ป่วยที่ไม่พบการอ่อนแรงของใบหน้าชัดเจน  
 โดยในการตรวจจะให้ผู้ป่วยยิ้ม แล้วให้สังเกตว่า ร่องมุมข้างแก้มทั้งสองข้างขณะที่ผู้ป่วยยิ้มนั้น  
 เท่ากันทั้งสองหรือไม่ พร้อมทั้งให้สังเกตว่ากล้ามเนื้อบริเวณแก้มยกตัวเท่ากันหรือไม่

5. กำลังของกล้ามเนื้อแขน (Motor arm) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย  
 และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 10 วินาที

1 = ยกแขนสูง 90 องศาทำมุมกับลำตัวในท่านั่ง หรือ 45 องศาในท่านอนหงาย  
 และสามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้เพียงครั้งเดียวไม่ถึง 10 วินาทีโดยที่แขน  
 ไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกแขนขึ้นได้บ้างแต่ไม่ถึงหรือไม่สามารถคงไว้ในตำแหน่งที่ต้องการได้ จากนั้น  
 แขนตกลงบนเตียง

3 = ไม่สามารถยกแขนขึ้นได้

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน

การให้คะแนนระหว่าง 3 กับ 4 มีความต่างกันตรงที่การให้คะแนน 3 นั้น ผู้ตรวจจะต้อง  
 สังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยพยายามจะยกแขนแต่ยกไม่ได้ ซึ่งจะเห็นว่ามีเคลื่อนไหวบ้าง เช่น  
 ในแนวระนาบ ส่วนคะแนน 4 นั้น ผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่มีการเคลื่อนไหวใด ๆ เลย

6. กำลังของกล้ามเนื้อขา (Motor leg) โดยมีคะแนน 0-4 ดังนี้

0 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย  
 และคงตำแหน่งที่ต้องการได้ตลอด 5 วินาที

1 = สามารถยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นให้สะโพกทำมุม 30 องศากับพื้นในท่านอนหงาย  
 ได้ครั้งเดียว โดยไม่ถึง 5 วินาที ก็ต้องลดขาลงมา แต่ขาไม่ตกลงบนเตียง

2 = ยกขาขึ้นได้บ้างในท่านอนหงายแต่ไม่ถึงตำแหน่งที่ต้องการ ขาตกลงบนเตียง  
 ก่อน 5 วินาที

3 = ไม่สามารถยกขาขึ้นจากเตียงได้ในท่านอนหงาย

4 = ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขา



ในการให้คะแนนสำหรับการตรวจ ให้ใช้ธงหรือมมที่ผู้ป่วยสามารถยกขึ้นเป็นเกณฑ์ก่อน แล้วค่อยพิจารณาระยะเวลาที่ยกขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยบางคนนอนยกขาได้ไม่ถึง 30 องศา ถึงแม้จะยกได้นานเกิน 5 วินาทีก็ตาม ก็จะได้คะแนนแค่ 2 เป็นต้น

7. การประสานงานของแขนขา (Limb ataxia) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การประสานงานของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เป็นปกติ

1 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 1 ข้าง

2 = พบมีปัญหาของการประสานงานของแขนหรือขา 2 ข้าง

UN = แขนหรือขาพิการหรือถูกตัด หรือพบมีปัญหาข้อคิดยึดที่ไม่สามารถแปลผลการตรวจได้

ในผู้ป่วยบางรายที่แขนขาอาจถูกตัดไปก็ยังสามารถประเมินในหัวข้อนี้ได้ เช่น ขาผู้ป่วยถูกตัดไปหนึ่งข้าง ผู้ตรวจก็ยังสามารถตรวจในส่วนของแขน ขา ที่เหลืออีก 3 ข้าง และถ้าผลการประเมินพบว่าสามารถประสานงานได้ปกติ ก็ถือว่าได้คะแนน 0

8. การรับความรู้สึก (Sensory) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = การรับความรู้สึกเป็นปกติ

1 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับน้อยถึงปานกลาง การรับความรู้สึกจากวัสดุแหลมคมลดลงบ้าง แต่ผู้ป่วยยังสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกในบริเวณที่ถูกกระตุ้น

2 = สูญเสียการรับความรู้สึกในระดับรุนแรงหรือไม่รู้สึกที่ถูกสัมผัสที่บริเวณใบหน้า แขนและขา

การทดสอบการรับรู้ความรู้สึก ผู้ตรวจจะใช้ไม้จิ้มฟันปลายแหลมทำการทดสอบในตำแหน่งที่ต่างกันหรือตรงกันข้ามกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบความรู้สึกว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เช่น ตำแหน่งที่ใบหน้าก็ทดสอบทั้งแก้มซ้าย และขวา เป็นต้น

9. ความสามารถด้านภาษา (Best language) โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = การสื่อภาษาเป็นปกติ

1 = การสื่อภาษาสูญเสียไปในระดับน้อยถึงปานกลาง ตรวจพบการสื่อภาษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีการสูญเสียความเข้าใจหรือความสามารถในการใช้ภาษาในการสื่อสาร แต่ยังพอที่จะเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไรอยู่

2 = การสื่อภาษาสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ตรวจเข้าใจได้ และผู้ทดสอบไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยกำลังพูดถึงอะไร

3 = ไม่พูด หรือมี Global aphasia (ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นพยายามสื่อภาษา และไม่สามารถแสดงท่าทาง พูด และเขียนให้ผู้อื่นเข้าใจ)

กรณีผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ผู้ตรวจควรสอบถามก่อนว่า ต้องใช้แว่นสายตาหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการอ่านหนังสือได้หรือไม่ เพื่อที่จะได้ประเมินได้ถูกต้อง หรือหาวิธีทดสอบแบบอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยมองภาพไม่เห็น ก็อาจเอาวัตถุที่ผู้ป่วยน่าจะคุ้นเคยให้ดู แล้วถามว่า มันคืออะไร ใช้ทำอะไร เป็นต้น สำหรับการให้คะแนนในการให้ผู้ป่วยอธิบายรูปภาพหรือบอกชื่อภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยบอกผิดมากกว่า 50% ให้ 2 คะแนน และถ้าบอกถูกบ้างแต่ไม่เกิน 50% ให้ 1 คะแนน

10. การออกเสียง (Dysarthria) โดยมีคะแนน 0-2 ดังนี้

0 = พูดได้ชัดเจนเป็นปกติ

1 = พูดไม่ชัดเล็กน้อยถึงปานกลาง (ผู้ป่วยพูดไม่ชัดเป็นบางคำโดยผู้ตรวจพอเข้าใจได้)

2 = พูดไม่ชัดอย่างมากหรือผู้ป่วยไม่พูด ผู้ตรวจไม่สามารถเข้าใจคำพูดของผู้ป่วยได้ (โดยที่ไม่มีความผิดปกติของความสามารถทางภาษา)

ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ตรวจอาจเป็นผู้อ่านให้ทีละบรรทัด แล้วให้ผู้ป่วยพูดตาม เช่น คำว่า แมงมุม ทับทิม ฟีนฟู ขอบคุณ รื่นเริง โบบัวบก เป็นต้น

11. การขาดความสนใจในด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย (Extinction and inattention)

โดยมีคะแนน 0-3 ดังนี้

0 = ไม่พบความผิดปกติ

1 = มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของการรับรู้ในด้านการมองเห็น การสัมผัส การได้ยิน เมื่อมีการกระตุ้น 2 ข้างพร้อม ๆ กัน

2 = มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ มากกว่า 1 อย่าง หรือผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นมือของตัวเอง หรือสนใจต่อสิ่งเร้าเพียงด้านเดียว

การตรวจในข้อนี้เป็นการทดสอบทั้งการมองเห็น การได้ยิน และการรับสัมผัส โดยการทดสอบการได้ยินและรับสัมผัสจะให้ผู้ป่วยหลับตาขณะทดสอบด้วย ซึ่งการทดสอบแต่ละอย่างจะทำทีละข้างก่อน และสุดท้ายก็จะกระตุ้นอวัยวะทั้งสองข้างพร้อม ๆ กัน

การให้คะแนนจากการประเมินด้วย NIHSS จำแนกออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Adams et al., 1999)

> 25 Very severe neurological impairment

15-24 Severe impairment

5-14 Moderate impairment

< 5 Mild impairment

### การประเมินความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง (The modified rankin Scale: mRS)

แบ่งการประเมินออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

ตามปกติทุกอย่าง

ระดับ 2 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทุกอย่าง

ระดับ 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน บางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

ระดับ 4 หมายถึง มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มีคนช่วยได้

ระดับ 5 หมายถึง มีความผิดปกติอย่างรุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

**การรักษา** (Powers et al., 2015; Rudd et al., 2016; สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2558)

ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น โดยหลักในการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาทางยา สำหรับผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลทันภายใน 3-4.5 ชั่วโมง จะได้รับการพิจารณาให้เข้าระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ในการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ส่วนผู้ที่มาเกินเวลาไปแล้ว การรักษาทางยาประกอบด้วย ยาต้านเกร็ดเลือด และยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด โดยทั่วไป ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และต้องมาพบแพทย์สม่ำเสมอ เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสม

2. การรักษาโดยการผ่าตัดในบางราย โดยเฉพาะรายที่มีเลือดออกในสมอง สมองบวม หรือในรายที่มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid artery) มากกว่า 70%

3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

4. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ

### ความเป็นมาและความสำคัญของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ในกระบวนการวิจัย การวิเคราะห์ตัวประกอบ (Factor analysis) หรือการวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นเทคนิคที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปร เป็นเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจมากในการสรุปตัวแปรหลาย ๆ ตัว หรือเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อลดจำนวนตัวแปรลง โดยศึกษาถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และสร้างตัวแปรใหม่ขึ้นมา เรียกว่า ตัวแปรมิติ (Dimensions) หรือองค์ประกอบหรือปัจจัย (Factors) โดยองค์ประกอบที่สร้างขึ้นจะประกอบด้วยรายละเอียด หรือความผันแปรของตัวแปรเดิมหลาย ๆ ตัว หรือเรียกว่าเป็นการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความร่วมกันสูงมารวมเป็นองค์ประกอบเดียวกัน โดยตัวแปรที่สร้างใหม่นั้นสามารถอธิบายสิ่งที่ตัวแปรเดิมทั้งหมดร่วมกันวัดได้สูงสุด โดยตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือทางลบก็ได้ ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์น้อย หรือไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551; ไพรัตน์ วงษ์นาม, 2542; ยุทธ ไกยวรรณ, 2556; สุขมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญโญภาณุวัฒน์, 2556)

การวิเคราะห์องค์ประกอบ เป็นการคำนวณหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบนิยมใช้กันมากในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทางจิตวิทยา เช่น แบบวัดเชาวน์ปัญญา แบบวัดเจตคติ แบบวัดบุคลิกภาพ เป็นต้น โดยโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation modeling: SEM) เป็นเทคนิคที่ใช้ทดสอบและประมาณค่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยใช้การรวบรวมข้อมูลทางสถิติกับข้อตกลงเบื้องต้นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ซึ่งโมเดลสมการโครงสร้างใช้วิเคราะห์เพื่อยืนยันโมเดลมากกว่าใช้วิเคราะห์เพื่อสำรวจ เหมาะสำหรับการทดสอบทฤษฎีมากกว่าการสร้างทฤษฎี โดยจุดแข็งของโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) สามารถสร้างตัวแปรแฝงซึ่งไม่สามารถวัดได้โดยตรง โดยการประมาณค่าจากตัวแปรสังเกตได้ ซึ่งสามารถวัดค่าออกมาได้

### ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ไซยันต์ สกุตศรีประเสริฐ (2556) ให้ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบว่าเป็นวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณข้อมูลหรือลดจำนวนตัวแปรในการวิจัย โดยอาศัยการรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) ที่อยู่เบื้องหลังตัวแปรเหล่านั้น ซึ่งส่งผลให้นักวิจัยเข้าใจโครงสร้างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

ยุทธ ไกยวรรณ (2556) กล่าวถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบว่า เป็นการใช่วิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในสมการเดียวแต่มีตัวแปรอิสระหลาย ๆ ตัว และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ

ตัวแปรทั้งหมดในครั้งเดียว ซึ่งเรียกการวิเคราะห์แบบนี้ว่า โมเดลสมการ โครงสร้าง (Structural equation modeling: SEM) เพื่อแก้ปัญหา โมเดลการวิเคราะห์กับ โมเดลการวิจัยไม่เป็น โมเดลเดียวกัน ซึ่งแต่เดิมจะมีการวิเคราะห์แยกเป็นส่วนๆ

ไพรัตน์ วงษ์นาม (2542) การวิเคราะห์ตัวประกอบ เป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ตัวแปรหลายตัวแปร โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวประกอบ เพื่อค้นหาตัวแปรใหม่ที่ซ่อนอยู่ (Latent variable) ในกลุ่มตัวแปรเหล่านั้น ว่ามีกี่ตัวแปร และเรียกตัวแปรใหม่ที่ได้อีกว่า “ตัวแปรมิติ” (Dimensions) หรือ “ตัวประกอบ” (Factors)

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2549) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นเทคนิค ทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว (Multivariate analysis techniques) ที่ออกแบบมา เพื่อช่วยให้นักวิจัยได้ใช้แสวงหาความรู้ความจริงดังกล่าว เช่น นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis หรือ EFA) ในการพัฒนาทฤษฎี หรือนักวิจัย สามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis หรือ CFA) ในการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์ตัวประกอบ หรือการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) เป็นวิธีการทางสถิติ เป็นเทคนิคที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปรเพื่อลดจำนวนตัวแปรลง โดยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดในครั้งเดียว เพื่อลดความคลาดเคลื่อน จากการแยกวิเคราะห์เป็นส่วน ๆ โดยหลักการสำคัญเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis หรือ EFA) สำหรับการสร้างทฤษฎี และการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis หรือ CFA) สำหรับการทดสอบหรือยืนยันทฤษฎี

#### วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ (2556) กล่าวถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบว่า เป็นการวิเคราะห์ ทางสถิติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณข้อมูลหรือลดจำนวนตัวแปรในการวิจัย โดยอาศัย การรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) ส่งผลให้นักวิจัยเข้าใจ โครงสร้างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนในการวัด โดยการวิเคราะห์ องค์ประกอบแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Explorative factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

ไพรัตน์ วงษ์นาม (2542) กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนี้

1. เพื่อค้นหาตัวแปรมิติใหม่จากตัวแปรที่วัดครั้งแรกว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. เพื่อสร้างตัวแปรมิติจากตัวแปรเดิมโดยมีความเป็นอิสระต่อกัน และนำไปใช้ประโยชน์

ตามวัตถุประสงค์ต่อไป

3. เพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย
4. เพื่อสร้างข้อสอบหรือแบบทดสอบที่สามารถวัดองค์ประกอบต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
5. เพื่อจัดกลุ่มตัวอย่าง (Cases) ให้อยู่ในกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

สรุปวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ เพื่อลดจำนวนตัวแปร

โดยการรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาสร้างเป็นองค์ประกอบ (Factor) ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจโครงสร้างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนในการวัด โดยมีวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ 2 ชนิด คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Explorative factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

#### ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (Munro, 2001, p. 309; Stevens, 1992; 1996; Tabachnick & Fidell, 2001 อ้างถึงใน เพชรน้อย ดิงห์ช่างชัย, 2549)

1. ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง หรือมีค่าในมาตราระดับช่วง (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) เนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบ ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
  2. ตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับสูง ( $r = .30-.70$ ) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบและตัวแปรที่อยู่ในรูปเชิงเส้น (Linear) เท่านั้น
  3. จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีจำนวนมากกว่า 30 ตัวแปร
  4. กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่และควรมีมากกว่าจำนวนตัวแปร ซึ่งมักมีคำถามว่า ควรมากกว่ากี่เท่า มีบางแนวคิดที่เสนอแนะให้ใช้จำนวนข้อมูลมากกว่าจำนวนตัวแปรอย่างน้อย 5-10 เท่า หรืออย่างน้อยที่สุด สัดส่วนจำนวนตัวอย่าง 3 ราย ต่อ 1 ตัวแปร
  5. กรณีที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) ตัวแปรแต่ละตัวหรือข้อมูลไม่จำเป็นต้องมีการแจกแจงแบบปกติ แต่ถ้าตัวแปรบางตัวมีการแจกแจงเบ้ค่อนข้างมาก และมีค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดผิดปกติ (Outlier) ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่ถูกต้อง
- เนื่องจากการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องใช้จำนวนตัวอย่าง (Sample size) จำนวนมาก หากใช้ตัวอย่างน้อยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ ดังนั้นมีนักสถิติหลายท่านกล่าวถึงการกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ เช่น คอมเรย์ และลี (Comrey & Lee, 1992) ได้เสนอแนะขนาดตัวอย่าง ดังนี้ จำนวน 50 ราย ถือว่า แย่มาก (Very poor) จำนวน 100 ราย ถือว่า ไม่ดี (Poor) จำนวน 200 ราย ถือว่า พอใช้ได้ (Fair) จำนวน 300 ราย ถือว่า ดี (As a good) และจำนวน 500 ราย ถือว่า ดีมาก (As excellent) สำหรับตามกฎหัวแม่มือหรือ

กฎอย่างง่าย (Rule of thumb) เสนอว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 300 ราย

สรุปข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยควรใช้ขนาดตัวอย่างให้สอดคล้องกับหลักการคิดขนาดตัวอย่างตามหลักสถิติ และขนาดตัวอย่างต้องมีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษา

### ประเภทของเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 2 ชนิด คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Explorative factor analysis: EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551; ไพรัตน์ วงษ์นาม, 2542; ยุทธ ไกยวรรณ, 2556; สุกมาส อังสุโชติ และคณะ, 2556)

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Explorative factor analysis: EFA) เป็นวิธีการเพื่อศึกษาว่าองค์ประกอบรวมที่จะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ โดยที่จำนวนองค์ประกอบรวมที่หาได้จะมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนตัวแปรนั้น จึงทำให้ทราบว่า มีองค์ประกอบรวมอะไรบ้าง

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) เป็นวิธีการเพื่อต้องการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์ประกอบว่า องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรอะไรบ้าง และตัวแปรแต่ละตัวมีน้ำหนักหรืออัตราความสัมพันธ์กับองค์ประกอบมากน้อยเพียงใด ตรงกับที่คาดคะเนไว้หรือไม่ หรือเพื่อต้องการทดสอบว่าตัวประกอบตรงกับ โมเดลหรือตรงกับทฤษฎีที่มีอยู่หรือไม่

### การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ไซยันต์ สุกสุศรีประเสริฐ (2556) ให้ความหมายของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) ว่า เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่นักวิจัยได้สร้างโมเดลสำหรับการวัดเอาไว้แล้ว และรู้ว่าจำนวนองค์ประกอบเท่าใด แต่ละองค์ประกอบชื่ออะไรและประกอบไปด้วยตัวแปรใดบ้าง ดังนั้น นักวิจัยจึงใช้สถิติเพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของโมเดลการวัดที่ได้สร้างเอาไว้

ไพรัตน์ วงษ์นาม (2542) กล่าวถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันว่า เป็นการค้นหาองค์ประกอบ และน้ำหนักองค์ประกอบจากตัวแปรที่ศึกษาเพื่อยืนยันงานทฤษฎีที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว และมีผลงานวิจัยที่ชัดเจนอยู่ก่อน โดยผู้วิจัยที่ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันจะทราบอยู่แล้วในเชิงทฤษฎีว่ามีตัวแปรในการวัดรวมกันอยู่ทั้งหมดกี่องค์ประกอบ และมีน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแต่ละตัวเท่าใด

สุภมาศ อังศุโชติ และคณะ (2556) ให้ความหมายการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ คือ เพื่อตรวจสอบทฤษฎี เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบ และเพื่อเป็นเครื่องมือในการสร้างตัวแปรใหม่ แต่วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสามารถวิเคราะห์โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นที่น้อยกว่า เช่น ขอมให้การวัดตัวแปรสังเกตมีความคลาดเคลื่อนได้บ้าง และความคลาดเคลื่อนอาจสัมพันธ์กันได้

ยุทธ ไถยวรรณ (2556) พูดถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีกระบวนการดังนี้

1. กำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) รูปแบบการวิเคราะห์ที่แบบจำลองโครงสร้างเชิงเส้นประกอบด้วยตัวแปรเชิงประจักษ์ทั้งหมด (Observed variables) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่า ความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นเส้นตรง (Linear) เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียวระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน

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)

3. ประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) โดยวิธีไลค์ฮูดสูงสุด (Maximum likelihood)

4. ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-for-fit measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่ากลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด โดยใช้ดัชนีชี้วัดความกลมกลืนต่อไปนี้พิจารณาาร่วมกัน (Diamantopoulos & Siguaaw, 2000; Jöreskog & Sörbom, 1996; Kelloway, 1998; ยุทธ ไถยวรรณ, 2556) ดัชนีแสดงความกลมกลืนได้แก่

4.1 ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) คือ ค่าที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square goodness of fit index) ถ้าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) มากกว่า .05 แสดงว่า มีความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ถ้าค่าไค-สแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) น้อยกว่า .05 ก็แสดงว่า โมเดลตามสมมติฐานไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่การทดสอบนัยสำคัญด้วยไค-สแควร์นั้นเป็นเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป เนื่องจากค่าไค-สแควร์จะไม่มีนัยสำคัญก็ต่อเมื่อโมเดลนั้นมีความกลมกลืนโดยสมบูรณ์แบบ (เมื่อนำมาลบกันแล้วความแตกต่างก็คือ 0) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว หากที่จะหา



โมเดลที่มีความกลมกลืนอย่างสมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ ค่าไค-สแควร์ยังได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนของโมเดล กล่าวคือ ถ้าโมเดลมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก ก็มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญ หรือผลกระทบจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ถ้าโมเดลที่ทดสอบได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ค่าไค-สแควร์ก็ยังมีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญหรือจะเป็นผลกระทบจากการที่ค่าไค-สแควร์มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบ Multivariate normality

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

4.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness of fit index) ซึ่งโจเรสค็อก และซอร์บอม (Jöreskog & Sörbom, 1996) เป็นผู้พัฒนาขึ้น เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงร้อยละของ Observed covariance matrix (S) สามารถอธิบายได้ด้วย Implied covariance Matrix ( $\Sigma(\Lambda\Theta)$ ) การตีความจึงคล้ายกับการตีความค่า  $R^2$  ในการวิเคราะห์ถดถอย ดังนั้น จึงเกิดความสับสนและผิดพลาดในการตีความดัชนี GFI ว่าเป็นร้อยละความแปรปรวนของตัวแปรที่โมเดลสามารถอธิบายได้ ค่า GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ค่ายิ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืน และค่าที่ผู้วิจัยส่วนใหญ่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า .90

4.4 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ AGFI (Adjusted goodness of fit index) เป็นดัชนีที่ทำการปรับค่า GFI ด้วย df เนื่องจากโมเดลหากยิ่งเพิ่มเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์ก็มีแนวโน้มที่จะมีความกลมกลืนกับข้อมูลอยู่แล้ว เพราะเป็นการทำให้โมเดลนั้นเข้าใกล้โมเดลแบบ Just-identified ดังนั้น ดัชนี AGFI จึงเป็นดัชนีที่พิจารณาถึงจำนวนเส้นอิทธิพลที่อยู่ในโมเดลด้วย โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งมีค่ามากก็แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูล เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า .90 แต่เนื่องจากค่า AGFI จะเป็นค่าที่ต่ำกว่าค่า GFI ดังนั้น จึงมีบางคนแนะนำให้ใช้เกณฑ์ .80 หรือ .85 แทน ถ้าโมเดลใด ค่า GFI และค่า AGFI แตกต่างกันมาก แสดงว่า โมเดลนั้นมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์ที่มีความสำคัญต่อโมเดลน้อยอยู่จำนวนมาก

4.5 ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ RMR (Root mean squared residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบความกลมกลืนระหว่างโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เฉพาะกรณีที่เป็นกรเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนี RMR จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (Standardized RMR)

ค่า RMR ควรมีค่าน้อยกว่า .05 จึงแสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ยูท ไทวอร์น, 2556)

4.6 คำนีรากลที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน SRMR (Standardized root mean squared residual) เป็นดัชนีบอกความคลาดเคลื่อนจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดัชนี SRMR มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ถ้ามีค่าน้อยกว่า .05 ก็แสดงว่า โมเดลตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.7 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 .05 ก็แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนสูงมาก ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง .00-.08 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนดี ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง .08-.10 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืน แต่ไม่ค่อยดีมากนัก แต่ถ้ามีค่ามากกว่า .10 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนต่ำ

4.8 ค่าสถิติ CFI (Comparative fit index, CFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากรูปแบบโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลก่อนและหลังปรับกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับรูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ ค่า GFI จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0-1 ถ้ามีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.9 ค่าสถิติ CN (Critical N, CN) เป็นสถิติสำหรับใช้ในการประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืน ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาจากค่า CN ควรมีค่าสูงกว่า 200

4.10 ค่าสถิติ Norm fit index (NFI) ควรมีค่ามากกว่า .90

4.11 Tucker-lewis index (TLI) หรือ Non norm fit index (NNFI) ควรมีค่ามากกว่า .90

5. หากพบว่าแบบจำลองตามสมมติฐานยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการพิจารณาจากสถิติทดสอบข้างต้น จะดำเนินการปรับแบบแก้ไขแบบจำลองตามสมมติฐาน ด้วยการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ (Observation variable) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) น้อยกว่า .40 และยอมให้ค่าความแปรปรวนของคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ ( $\theta$ ) บางคู่มีความสัมพันธ์กัน การปรับรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ (Model

adjustment) โดยมีพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการ คือ จะตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ และมีค่าใดแปลกเกินความเป็นจริงหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation) ให้มีความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาค่าความสอดคล้องรวม (Overall fit) ของรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ว่าโดยภาพรวมแล้ว รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด แล้วทำการพิจารณาค่าสถิติทดสอบจนกว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สรุปการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) เป็นวิธีการตรวจสอบทฤษฎีที่เคยมีผู้ศึกษาไว้แล้ว เพื่อยืนยันทฤษฎีว่าเป็นจริงตามนั้น โดยที่ผู้ศึกษาวิจัยนั้นทราบว่าองค์ประกอบมีจำนวนเท่าไร ประกอบไปด้วยตัวแปรอะไรบ้าง โดยมีการกำหนดค่าที่ยอมรับได้ ถ้าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) ค่าดัชนีอัตราส่วนไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative chi-square ratio) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness of fit index) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ AGFI (Adjusted goodness of fit index) ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ RMR ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน SRMR ค่าดัชนีวัดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ RMSEA ค่าสถิติ CFI ค่าสถิติ CN ค่าสถิติ Norm fit index และค่า Tucker-lewis index (TLI)

### การนำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันไปใช้สร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา

วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันช่วยให้สามารถพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาได้อย่างน้อย 3 ประเด็น ดังนี้ (เสรี ชัดแจ้ง, 2547)

1. วิธี CFA สนับสนุนการใช้ทฤษฎีเป็นแนวทางในการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) (คุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ผลการวัดสอดคล้องกับคุณลักษณะที่มุ่งวัดในทางทฤษฎี) ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบว่าคำถามแต่ละข้อในเครื่องมือใช้วัดได้ตรงตามองค์ประกอบของทฤษฎีที่คาดหวังไว้หรือไม่ ผู้วิจัยอาจกำหนดให้คำถามแต่ละข้อวัดได้มากกว่าหนึ่งองค์ประกอบ แล้วใช้สถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลตรวจสอบว่า โมเดลองค์ประกอบที่กำหนดไว้สอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้หรือไม่ หรืออาจกล่าวได้ว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้เป็นไปตามองค์ประกอบของโมเดลที่กำหนดไว้หรือไม่ คล้าย ๆ กับวิธีการตรวจสอบความตรงเชิงลู่เข้า (Convergent validity) และความตรงเชิงจำแนก (Divergent validity) แบบดั้งเดิม ซึ่งผู้วิจัยต้องสร้างข้อคำถามในแบบทดสอบตามคุณลักษณะของทฤษฎี แล้วตรวจสอบว่าข้อคำถามวัดตามทฤษฎีที่คาดหวังไว้หรือไม่ คุณลักษณะใดในทฤษฎีควรสัมพันธ์กันสูง และคุณลักษณะใด

ความสัมพันธ์กันต่ำ เมื่อใช้วิธีวัดต่างชนิดกัน ในวิธี CFA มีสถิติวัดความคล่องของโมเดลสำหรับเสนอแนะว่า โมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ในความเป็นจริงแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับองค์ประกอบตามทฤษฎีก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์ (ความแปรปรวนร่วมของคำถาม) นั่นเอง นอกจากนี้ สถิติวัดความสอดคล้องของโมเดลและค่าสถิติอื่น ๆ ยังช่วยเสนอแนะว่า ข้อคำถามที่สร้างขึ้นวัดองค์ประกอบที่กำหนดไว้หรือไม่ องค์ประกอบต่าง ๆ ของทฤษฎีสัมพันธ์กันหรือไม่ มีขนาดความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด

2. วิธี CFA ใช้ในการประมาณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวัดทางจิต เช่น ความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน ความเที่ยงแบบสอปซ้ำ เป็นต้น การใช้วิธี CFA ประมาณค่าความเที่ยงแบบความคงที่ภายในแตกต่างไปจากวิธีการประมาณค่าความเที่ยงแบบดั้งเดิม ดังเช่นวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน หรือวิธีการของครอนบาค กล่าวคือ วิธี CFA จัดความเคลื่อนในการวัด (Measurement error) ออกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผลการประมาณค่าความเที่ยงของเครื่องมือถูกต้องมากขึ้น ส่วนการใช้วิธี CFA ประมาณค่าความเที่ยงแบบสอปซ้ำ เป็นการตรวจสอบความคงที่ของค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าความคลาดเคลื่อนในการวัดเมื่อเก็บข้อมูลต่างเวลากันหรือเป็นช่วงเวลา

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 กล่าวคือ เมทริกซ์พารามิเตอร์ของ โมเดลทั้งสองเหมือนกัน มีขนาดเท่ากันและสถานะของพารามิเตอร์ในเมทริกซ์ (กำหนดหรืออิสระ) เหมือนกัน โดยไม่จำเป็นต้องมีค่าพารามิเตอร์เท่ากัน (Bollen, 1989 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) แสดงว่า โครงสร้างองค์ประกอบของเครื่องมือในกลุ่มประชากรทั้งสองเหมือนกัน เครื่องมือนั้นเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มประชากรทั้งสอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการสร้างปกติวิสัยของแบบทดสอบหรือแบบวัดมาตรฐาน

#### **ลักษณะข้อมูลที่ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน**

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต้องการข้อมูลที่มีลักษณะ ดังนี้ (เสรี ชัดแจ้ง, 2547)

1. ข้อมูลควรวัดเป็นค่าต่อเนื่อง (Continuous) และมีลักษณะการแจกแจงเป็นแบบปกติ แต่ในเรื่องนี้ โปรแกรมลิสเรล 8.50 มีวิธีประมาณค่าพารามิเตอร์และการสร้างมาตรฐานให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกประเภท (Categorical data) ได้ รวมทั้งมีวิธีประมาณค่าพารามิเตอร์แบบพิเศษที่มีความแกร่ง (Robustness) ต่อการฝ่าฝืนข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ

2. ควรใช้ข้อมูลจำแนกมาก วิธี CFA ต้องการข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เนื่องจากผู้วิจัยส่วนมากใช้วิธีการประมาณค่าความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum likelihood: ML) โดยปกติวิธี ML มีข้อแนะนำว่า ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 100-200 หน่วยตัวอย่าง หรือกรณีที่ผู้วิจัยต้องการเปรียบเทียบคุณสมบัติของเครื่องมือระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่างกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มควรมี 100-200 หน่วยตัวอย่าง ฟาน และหวัง (Fan & Wang, 1998 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) ได้ศึกษาขนาดกลุ่มตัวอย่างในโมเดล 3 องค์ประกอบ โดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า การใช้กลุ่มตัวอย่างขนาด 100-200 หน่วยตัวอย่างอาจได้คำตอบไม่เหมาะสมหรือได้ค่าสถิติที่เป็นไปไม่ได้ เช่น ค่าความแปรปรวนติดลบ เป็นต้น แต่ถ้าใช้กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 500 หน่วยตัวอย่างขึ้นไป กลับไม่พบค่าที่ไม่เหมาะสมเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัว (Bollen, 1989 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) เสนอแนะไว้กว้าง ๆ ว่า การประมาณค่าพารามิเตอร์อิสระ 1 ตัว ต้องใช้หลายหน่วยตัวอย่าง (Lindeman, Merenda, & Gold, 1980 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) โดยอัตราส่วนระหว่างจำนวนหน่วยตัวอย่างกับพารามิเตอร์ หรือตัวแปรควรเป็น 20: 1 (Hu & Bentler, 1999 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) และควรมีจำนวนหน่วยตัวอย่างมากกว่า 15 เท่าของจำนวนพารามิเตอร์อิสระ ถ้าลักษณะการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติพหุนามและความตรง/ความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี (West et al., 1995 อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง, 2547) โดยผู้วิจัยควรตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว ถ้ามีค่าความเบ้มากกว่า 2.00 และมีค่าความโด่งมากกว่า 7.00 แสดงว่า การแจกแจงข้อมูลให้เป็นแบบปกติ ควรใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น แต่ในกรณีที่ผู้วิจัยใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มาก (มากกว่า 1,000 คน) ไม่ต้องห่วงเรื่องลักษณะการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องพิจารณาว่า ถ้าโมเดลองค์ประกอบที่ศึกษามีความซับซ้อน (ประมาณค่าพารามิเตอร์หลายตัว) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

#### ข้อจำกัดและปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ข้อจำกัดของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่

1. ข้อจำกัดเรื่องจำนวนตัวอย่าง เนื่องจากการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบต้องใช้จำนวนตัวอย่าง (Sample size) จำนวนมาก หากใช้ตัวอย่างน้อย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะต่ำ

2. ข้อจำกัดเกี่ยวกับระดับข้อมูลในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ข้อมูลต้องมีระดับการวัดประเภทมาตราวัดอันตรภาค (Interval scale) และมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่ม นักวิจัยต้องทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) เสียก่อน นอกจากนี้ ลักษณะข้อมูลต้องมีการกระจายเป็น โค้งปกติ

ปัญหาของการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบมี 3 ประเด็น ดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบไม่มีตัวแปรตาม ซึ่งแตกต่างกับการทดสอบสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท และการวิเคราะห์เส้นทาง ดังนั้น สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบจึงไม่สามารถใช้แก้ปัญหาการวิจัยที่ต้องการหาตัวทำนายได้

2. ขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดได้ ดังนั้น หลังจากขั้นตอนการสกัดองค์ประกอบ นักวิจัยจึงไม่สามารถระบุจำนวนรอบของการสกัดองค์ประกอบได้ว่ามีกี่รอบจึงจะพอดี

3. ในปัจจุบันการวิจัยที่ต้องการทดสอบเพื่อลดจำนวนตัวแปร มีเพียงสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเท่านั้น เนื่องจากสถิตินี้สามารถรวมตัวแปรหลาย ๆ ตัวให้อยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน และทำให้เห็น โครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของตัวแปรที่ละคู่ แล้วรวมตัวแปรที่สัมพันธ์กันมากไว้ในองค์ประกอบเดียวกัน หลังจากนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ถึง โครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันได้ ดังนั้น เมื่อนักวิจัยต้องการวิเคราะห์ให้ได้ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น จึงมีสถิติให้เลือกใช้เฉพาะสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเพียงตัวเดียว แต่ยังไม่มีการทางสถิติวิธีอื่น ๆ จึงทำให้นักวิจัยต้องเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง ๆ ที่วิธีนี้มีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาครอบครัว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาครอบครัว มีการศึกษาด้วยกันในหลากหลายกลุ่มโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงรวบรวมงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

เพ็ญญา กุลนภาดล (2547) ได้ศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวในเขตบริการสาธารณสุขที่ 3 จำนวน 1,500 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านการแสดงออกถึงความผูกพัน ด้านการให้ความช่วยเหลือ

เอื้อเพื่อเพื่อแข่งขันกันและกัน และด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว มีค่าสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถวัดองค์ประกอบการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้

เซฟอันดรายากัม, มอนต์โกเมอรี, และ โคลอสกี (Savundranayagam, Montgomery, & Kosloski, 2010) ศึกษาความเป็นภาระผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรส ผู้ป่วยจำนวน 280 ราย และเป็นสมาชิกครอบครัวที่ไม่ใช่คู่สมรส จำนวน 243 ราย ผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของความเป็ภาระครอบครัว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยันความเป็ภาระครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาระด้านความเครียด ในการดูแล (Stress burden) ภาระด้านสัมพันธภาพในการดูแล (Relationship burden) และภาระ เชิงวัตถุวิสัย (Objective burden)

ฟลินน์ และไนท์ (Flynn & Knight, 2011) ทำการศึกษาความเป็นภาระผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมผิวดำ จำนวน 175 ราย และ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมผิวขาว จำนวน 225 ราย ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยันของความเป็ภาระครอบครัว พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความเป็ ภาระครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความอดัดใจ ด้านความต้องพึ่งพาผู้ดูแล ของผู้ป่วย และด้านการประเมินตนเองของผู้ดูแล และความเป็ภาระครอบครัวไม่มีความแตกต่างกัน ด้านองค์ประกอบระหว่างสิ่ว

ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ได้ศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 501 คน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีโครงสร้าง องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน

วันเพ็ญ มานะเจริญ (2559) ศึกษาและพัฒนาการคืบสภพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภรรยา และบุตร ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 380 คน จาก 190 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการคืบสภพครอบครัว พบว่า โมเดล การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการคืบสภพครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการภายในครอบครัว ด้านการสื่อสาร/ การแก้ปัญหาในครอบครัว และด้านความเชื่อ ของสมาชิกในครอบครัว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน

อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบการคืน  
สภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว และเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการทดลอง
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

#### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแล ในเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด (จันทบุรี ชลบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ ปราจีนบุรี ตราด และฉะเชิงเทรา) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 4,228 ราย (งานพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6, 2558) มีเกณฑ์การได้มาซึ่งประชากรดังต่อไปนี้

1. เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาข้างใดข้างหนึ่งในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2. ให้การดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง และให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์

3. สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจชัดเจน

4. ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของการวิจัย

## 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของการจัดการภาระครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสำรวจการจัดการภาระครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจการจัดการภาระครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 353 ราย และเพื่อป้องกันความผิดพลาดและความไม่สมบูรณ์ของเอกสาร ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 388 ราย ที่ได้มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลรัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 คือ โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary care) มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง และมีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการประเมินคุณภาพจากสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ว่าผ่านการรับรองมาตรฐาน แล้วทำการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยสัดส่วนของขนาดตัวอย่างในแต่ละจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 6 มีลักษณะครอบครัวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 2 ขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนของประชากรและจำนวนครอบครัวในเครือข่าย  
บริการสุขภาพเขต 6

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยใน ที่เป็นประชากร การวิจัย	จำนวนครอบครัว ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนสมาชิก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (สามีและภรรยา)
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี	524	100	200
ระยอง	695	133	266
พุทธโสธร ฉะเชิงเทรา	813	155	310
รวม	2,032	388	776

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและแบบวัดความสุข  
ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 1. แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว

แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
มีลำดับขั้นตอน ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูล  
องค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว โดยใช้แนวคิดการจัดการภาวะครอบครัวของซาริต,  
ทอดด์, และซาริต (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) และซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990)  
ซึ่งตามแนวคิด การดูแล หมายถึง การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์  
ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแล  
โดยตรง โดยประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล  
ที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง (Personal strain)  
โดยแบบสอบถามนี้ใช้ประเมินการจัดการภาวะครอบครัว 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบ  
ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้น  
ภายในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว และองค์ประกอบ  
ด้านเจตคติของครอบครัว

1.2 ดำเนินการพัฒนาแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวตามนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดการจัดการภาวะครอบครัว ใน 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1.2.1 องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ประกอบด้วยความรู้สึกถูกบีบคั้นใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย ทำให้ครอบครัวรับรู้ได้ถึงความเป็นภาระ และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ จำนวน 8 ข้อ

1.2.2 องค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management) ประกอบด้วย ความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติบทบาท ไม่สามารถติดต่อคบหา หรือการเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้ แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัว ยอมรับ และมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม จำนวน 8 ข้อ

1.2.3 องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management) ประกอบด้วย ความรู้สึกที่ไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือได้นอกจากสมาชิกในครอบครัวท่าน และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และร่วมมือกันดูแลครอบครัวอย่างดี จำนวน 8 ข้อ

1.2.4 องค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) ประกอบด้วย การรับรู้ด้านความคิด ทศนคติ ที่สับสน ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้และมีการปรับตัว ปรับสภาพจิตใจ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม จำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามของแบบวัดที่สร้างขึ้นมีจำนวน 32 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยคะแนนมีความหมาย ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยมีความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้นเลย
  - คะแนน 1 หมายถึง เกิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้น นาน ๆ ครั้ง
  - คะแนน 2 หมายถึง เกิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้น บางครั้ง
  - คะแนน 3 หมายถึง เกิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้น บ่อยครั้ง
  - คะแนน 4 หมายถึง เกิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์นั้น เป็นประจำ
- กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้

- 0-31 การจัดการภาระครอบครัวต่ำ
- 32-64 การจัดการภาระครอบครัวปานกลาง
- 65-96 การจัดการภาระครอบครัวสูง
- 97-128 การจัดการภาระครอบครัวสูงที่สุด

โดยในข้อคำถามที่เป็นด้านลบ (จำนวน 14 ข้อ) จะมีการกลับคะแนนกับข้อคำถามปกติในการให้คะแนน

1.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดการจัดการภาระครอบครัวที่สร้างเสร็จแล้ว จำนวน 32 ข้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) แสดงความคิดเห็นพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการในแต่ละด้านเป็นรายข้อ และให้คะแนนความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดที่สร้างขึ้น

โดยผู้วิจัยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

- +1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบวัดวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา
- 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าแบบวัดวัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา
- 1 หมายถึง แน่ใจว่าแบบวัดไม่ได้วัดตรงตามวัตถุประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำคะแนนที่ได้จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item-objective congruence) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ โดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป (ภาคผนวก ข) และดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามตามที่คุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .60-1.00 ค่า IOC ของแบบวัดการจัดการภาระครอบครัวทั้งฉบับ เท่ากับ .84

1.4 นำแบบวัดการจัดการภาระครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 32 ข้อ ทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำมาศึกษาจริงจำนวน 30 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 60 คน

1.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดการจัดการภาระครอบครัวมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) หากข้อใดมีค่าน้อยกว่า .20 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ และค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ( $\alpha$ -Coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ และค่าความเชื่อมั่น ความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ( $\alpha$ -Coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่า

1.5.1 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .35 ถึง .64 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

1.5.2 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 7 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .31 ถึง .71 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

1.5.3 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 5 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .71 ถึง .86 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

1.5.4 ข้อคำถามองค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 8 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ระหว่าง .60 ถึง .72 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเชิงประจักษ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) โดยพิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (Significant) หากตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในทางตรงกันข้าม หากพบว่าตัวแปรใดที่ทำการทดสอบแล้วพบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > .50$ ) แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

1.6 แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีจำนวน 27 ข้อคำถาม โดยจำนวนของข้อคำถามของแบบวัดแต่ละด้าน ดังนี้

1.6.1 ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

1.6.2 ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

1.6.3 ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

1.6.4 ด้านเจตคติของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	ความรู้สึกรู้สึกของท่าน				
		ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว						
x.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวอี้อัดใจต่อพฤติกรรมของท่าน แต่ทุกคนยอมรับได้					
x.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความเครียด ทั้งงานที่ต้องดูแลท่าน และงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวยินดีที่จะกระทำ					
ด้านการจัดการความขัดแย้งภายในครอบครัว						
xx.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม					
xx.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี และได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน					
ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว						
xxx.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ท่าน					
xxx.	ท่านรู้ว่าท่านทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
xxx.	ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมองว่าท่านร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
ด้านเจตคติของครอบครัว						
xxxx.	ท่านรู้สึกว่สมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวจนไม่มั่นใจที่จะดูแลท่าน และอยากจะให้คนอื่นมาดูแลแทน					
xxxx.	ท่านรู้สึกว่สมาชิกครอบครัวรู้สึกกังวลใจว่าจะดูแลท่านได้ดี					

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว กำหนดการให้คะแนนดังนี้

ประจำ ให้ 4 คะแนน

บ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน

บางครั้ง ให้ 2 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว รายด้าน และ โดยรวม โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง การจัดการภาวะครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง การจัดการภาวะครอบครัวอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง การจัดการภาวะครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.99 หมายถึง การจัดการภาวะครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ

1.7 นำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวไปวัดกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน

388 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 776 คน เพื่อศึกษาองค์ประกอบ และวิเคราะห์องค์ประกอบ เชิงยืนยันการจัดการภาวะครอบครัว ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล เขตบริการสุขภาพที่ 6

## 2. แบบวัดความสุขคนไทย

แบบวัดความสุขคนไทย (Thai happiness indicator: TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยให้ครอบครัวสำรวจและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่าอยู่ในระดับใด แล้วเลือกคำตอบที่ตรงที่สุด (ภาคผนวก ฉ)

ตารางที่ 4 ตัวอย่างแบบวัดความสุขคนไทย (Thai happiness indicator: TMHI-15)

ข้อ	ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
x.	ครอบครัวท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
xx.	ครอบครัวท่านรู้สึกสบายใจ				
xxx.	ครอบครัวท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับ การดำเนินชีวิตประจำวัน				



การให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วย

คะแนน 2 หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก

คะแนน 4 หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้

15-43 คะแนน หมายถึง ครอบครัวยู่ในเกณฑ์เสี่ยง/ ไม่มีความสุข

44-50 คะแนน หมายถึง ความสุขครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

51-60 คะแนน หมายถึง ความสุขครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี

โดยในข้อคำถามที่เป็นด้านลบ (จำนวน 3 ข้อ) จะมีการกลับคะแนนกับข้อคำถามปกติ

ในการให้คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบวัดความสุขในครอบครัว โดยใช้  
เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.40-4.00 หมายถึง ความสุขในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี

ค่าเฉลี่ย 2.90-3.39 หมายถึง ความสุขในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.89 หมายถึง ความสุขในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง/ ไม่มีความสุข

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขในครอบครัวจำนวน 15 ข้อ ทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout)

กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง  
ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำมาศึกษาจริงจำนวน 30 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 60 คน  
(เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ทดลองใช้แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์  
แอลฟาครอนบาค ( $\alpha$ -Coefficient) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ .94

การดำเนินการทดลอง

1. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวและ  
ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

1.1 การยื่นโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิชาการและวิจัยระดับ  
คณะ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับมหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรม  
การวิจัย วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2560

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลจนเข้าใจ

1.3. ลงนามลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย

1.4. เคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย

1.5. ปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1.6. กลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการทดลองได้ตามความต้องการ ซึ่งการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ก)

## 2. การดำเนินการวิจัย

การศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ก่อนดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลรัฐในเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 3 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง และโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

2.2 หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยครบทั้ง 4 แห่งแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาต/ ขออนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัย และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลในวันที่มีการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกผู้ป่วยนอก

2.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำของแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้แนะนำผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้รู้จักผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปใช้วัดการจัดการภาวะครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 388 ครอบครัว ประกอบด้วย ตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย จำนวน 776 คน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-40 นาที ภายหลังก่อครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วม

ในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ผู้วิจัยจะเชิญกลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในทางวิชาการ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการทำวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการของโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดคำชี้แจงแสดงไว้ในภาคผนวก ก

2.4 นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป แล้วนำแบบวัดที่ได้จากการศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวไปใช้ในขั้นตอนการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและแบบวัดความสุขในครอบครัว ไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระยอง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือในกระบวนการทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout)
2. นำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวฉบับสมบูรณ์และแบบวัดความสุขในครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 ครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 776 คน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล ทั้ง 3 จังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพุทธโสธร ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2560

#### **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง และผลจากการวิเคราะห์หาคุณภาพของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดคอสมอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
  - 1.1 ร้อยละ (Percentage)
  - 1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean)

1.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item-objective congruence) ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบระหว่างความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (บุญเชิด ภิญ โญอนันต์พงษ์, 2545, หน้า 95)

2.2 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation: rxy) (บุญเชิด ภิญ โญอนันต์พงษ์, 2545, หน้า 84)

2.3 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยรวมและรายด้าน ของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ( $\alpha$ -Coefficient) (บุญเชิด ภิญ โญอนันต์พงษ์, 2545, หน้า 131)

2.4 วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (ยูทท ไกยวรรณ, 2556) มีกระบวนการดังนี้

2.4.1 กำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) รูปแบบการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างเชิงเส้นประกอบด้วยตัวแปรเชิงประจักษ์ทั้งหมด (Observed variables) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่า ความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นเส้นตรง (Linear) เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียวระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน

2.4.2 ระบุความเป็นไปได้ด้วยค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) โดยใช้เงื่อนไขกฎ T (T-rule) คือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าจะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกฎ T กล่าวว่า แบบจำลองจะระบุค่าได้พอดีเมื่อ T น้อยกว่าหรือเท่ากับ  $(1/2)(p+q)(p+q+1)$  และใช้กฎความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive rule)

2.4.3 ประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) โดยวิธีโลคัสสูงสุด (Maximum likelihood)

2.4.4 ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลอง (Goodness-for-fit measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่ากลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด โดยใช้ดัชนีชี้วัด

ความกลมกลืนต่อไปนี้พิจารณาร่วมกัน (Diamantopoulos & Siguaw, 2000; Jöreskog & Sörbom, 1996; Kelloway, 1998; ยุทธ ไกยวรรณ, 2556) ดังนี้แสดงความกลมกลืน ได้แก่

2.4.4.1 ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) คือ ค่าที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square goodness of fit index) ถ้าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) มากกว่า .05 แสดงว่า มีความกลมกลืนระหว่างโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ถ้าค่าไค-สแควร์มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือมีค่าความน่าจะเป็น (p) น้อยกว่า .05 ก็แสดงว่า โมเดลตามสมมติฐานไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่การทดสอบนัยสำคัญด้วยไค-สแควร์นั้น เป็นเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป เนื่องจากค่าไค-สแควร์จะไม่มีนัยสำคัญก็ต่อเมื่อโมเดลนั้นมีความกลมกลืนโดยสมบูรณ์แบบ (เมื่อนำมาลบกันแล้วความแตกต่างก็คือ 0) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว หากที่จะหาโมเดลที่มีความกลมกลืนอย่างสมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ ค่าไค-สแควร์ยังได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนของโมเดล กล่าวคือ ถ้าโมเดลมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก ก็มีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญ หรือผลกระทบจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ ถ้าโมเดลที่ทดสอบได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ ค่าไค-สแควร์ก็ยังมีแนวโน้มที่จะมีนัยสำคัญหรือจะเป็นผลกระทบจากการที่ค่าไค-สแควร์มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบ Multivariate normality

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

2.4.4.3 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness of fit index) ซึ่งโจเรสค็อก และซอร์บอม (Jöreskog & Sörbom, 1996) เป็นผู้พัฒนาขึ้น เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงร้อยละของ Observed covariance matrix (S) สามารถอธิบายได้ด้วย Implied covariance Matrix ( $\Sigma(\Lambda\Theta)$ ) การตีความจึงคล้ายกับการตีความค่า  $R^2$  ในการวิเคราะห์ถดถอย ดังนั้น จึงเกิดความสับสนและผิดพลาดในการตีความดัชนี GFI ว่าเป็นร้อยละความแปรปรวนของตัวแปรที่โมเดลสามารถอธิบายได้ ค่า GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ค่ายิ่งเข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืน และค่าที่ผู้วิจัยส่วนใหญ่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า .90

2.4.4.4 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ AGFI (Adjusted goodness of fit index) เป็นดัชนีที่ทำการปรับค่า GFI ด้วย df เนื่องจากโมเดลหากยิ่งเพิ่มเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์ก็มีแนวโน้มที่จะมีความกลมกลืนกับข้อมูลอยู่แล้ว เพราะเป็นการทำให้โมเดลนั้นเข้าใกล้โมเดลแบบ Just-identified ดังนั้น ดัชนี AGFI จึงเป็นดัชนีที่พิจารณาถึงจำนวนเส้นอิทธิพล

ที่อยู่ในโมเดลด้วย โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งมีค่ามากก็แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความกลมกลืนของโมเดลก็คือ ต้องมีค่ามากกว่า .90 แต่เนื่องจากค่า AGFI จะเป็นค่าที่ต่ำกว่าค่า GFI ดังนั้น จึงมีบางคนแนะนำให้ใช้เกณฑ์ .80 หรือ .85 แทน ถ้าโมเดลใด ค่า GFI และค่า AGFI แตกต่างกันมาก แสดงว่า โมเดลนั้นมีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์ที่มีความสำคัญต่อ โมเดลน้อยอยู่จำนวนมาก

2.4.4.5 คำนีราก็สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ RMR (Root mean squared residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบความกลมกลืนระหว่างโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เฉพาะกรณีที่เป็นการเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน คำนี RMR จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (Standardized RMR) ค่า RMR ควรมีค่าน้อยกว่า .05 จึงแสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ยุทธ ไกยวรรณ, 2556)

2.4.4.6 คำนีราก็สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน SRMR (Standardized root mean squared residual) เป็นดัชนีบอกความคลาดเคลื่อนจากการเปรียบเทียบความกลมกลืนของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คำนี SRMR มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ถ้ามีค่าน้อยกว่า .05 ก็แสดงว่า โมเดลตามสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.4.4.7 คำนีวัดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ 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 .05 ก็แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนสูงมาก ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง .00 -.08 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนดี ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง .08-.10 แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืน แต่ไม่ค่อยดีมากนัก แต่ถ้ามีค่ามากกว่า .10 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนต่ำ

2.4.4.8 ค่าสถิติ CFI (Comparative fit index, CFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากรูปแบบโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลก่อนและหลังปรับกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับรูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ ค่า GFI จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0-1 ถ้ามีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.4.4.9 ค่าสถิติ CN (Critical N, CN) เป็นสถิติสำหรับใช้ในการประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่จะทำให้โมเดลมีความกลมกลืน ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาจากค่า CN ควรมีค่าสูงกว่า 200

2.4.4.10 ค่าสถิติ Norm fit index (NFI) ควรมีค่ามากกว่า .90

2.4.4.11 Tucker-lewis index (TLI) หรือ Non norm fit index (NNFI) ควรมีค่ามากกว่า .90

2.4.5 หากพบว่าแบบจำลองตามสมมติฐานยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการพิจารณาจากสถิติทดสอบข้างต้น จะดำเนินการปรับแบบจำลองตามสมมติฐานด้วยการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ (Observation variable) ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) น้อยกว่า .40 และยอมให้ค่าความแปรปรวนของคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ ( $\theta$ ) บางคู่มีความสัมพันธ์กัน การปรับรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ (Model adjustment) โดยมีพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการ คือ จะตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ และมีค่าใดเปลี่ยนแปลงเกินความเป็นจริงหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation) ให้มีความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาค่าความสอดคล้องรวม (Overall fit) ของรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ว่าโดยภาพรวมแล้ว รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด แล้วทำการพิจารณาค่าสถิติทดสอบจนกว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลระยอง ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 83 ครอบครัว

#### 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ คือ สามีหรือภรรยา

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่คลินิก โรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2560 ที่มีคะแนนการจัดการภาวะครอบครัวต่ำที่สุด จำนวน 20 ครอบครัว (เรียงลำดับคะแนนจากสูงสูดมาต่ำสุด โดยมีค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว Mean = 1.85, SD = .11) ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 20 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ครอบครัว และในแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วยเพศชายและเพศหญิงกลุ่มละ 5 ครอบครัว ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ที่นำเข้ามาในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

- 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์
- 2.2 มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารโดยภาษาพูดได้
- 2.3 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
- 2.4 อายุระหว่าง 21-60 ปี
- 2.5 คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดให้ระดับความรุนแรงของโรค

NIHSS = 5-14 ระดับความพิการ Modified rankin scale: mRS = 3 และระดับความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL index = 50-70 คะแนน

โดยกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องใช้การสุ่ม (Randomized controlled trial) และกำหนด เกณฑ์คัดเข้าและออก (Inclusion/ exclusion criteria) อย่างชัดเจนและครอบคลุมคุณลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ครั้งนี้ คือ เกิดการเจ็บป่วย หรือมีเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกิจกรรมการปรึกษา

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและ ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ดังนี้

1. การยื่นโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิชาการและวิจัยระดับคณะ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับมหาวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2560 และยื่นโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลระยอง และผ่านการพิจารณาจริยธรรม

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลจนเข้าใจ
3. ลงนามลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย



4. เคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย
5. ปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
6. กลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิบอกเลิก

การเข้าร่วมการทดลองได้ตามความต้องการ ซึ่งการบอกเลิกนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง (เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ภาคผนวก ค)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาครอบครัว
2. ดำเนินการจัดทำรูปแบบการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค

โดยลักษณะของโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวมีดังนี้

2.1 เป็นรูปแบบการดูแลที่มุ่งนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว และองค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว

2.2 เป็นรูปแบบที่ดำเนินการให้การปรึกษาครอบครัวจำนวน 12 ครั้ง และดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที รายละเอียดของการปรึกษาครอบครัว ดังแสดงในภาคผนวก ง

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของ การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ทฤษฎีและเทคนิค ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ในโปรแกรมการให้การปรึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แล้วผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการปรึกษา

2.4 นำการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลระยะของ จังหวัดระยอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

2.5 จัดทำการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## การดำเนินการทดลอง

## แบบแผนการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดแบบแผนการทดลองแบบ MANOVA repeated measures design โดยมีรูปแบบข้อมูล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รูปแบบการทดลองแบบ MANOVA repeated measures design

ระยะที่ 1: O1	ระยะที่ 2: O2	ระยะที่ 3: O3
M1	M1	M1
M2	M2	M2
M3	M3	M3
M4	M4	M4
M5	M5	M5
F1	F1	F1
F2	F2	F2
F3	F3	F3
F4	F4	F4
F5	F5	F5

## ความหมายของสัญลักษณ์

- O1 แทน การทดสอบการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ก่อนให้การปรึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง (Pretest)
- O2 แทน การทดสอบการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว หลังการให้การปรึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลองเมื่อครบ 12 ครั้ง (Posttest)
- O3 แทน การทดสอบการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว หลังการให้การปรึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลองเมื่อครบ 12 ครั้ง ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ (Follow up)
- M1-5 แทน กลุ่มทดลองเพศชายที่เข้ารับการปรึกษาครอบครัว จำนวน 5 ครอบครัว เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Treatment)

F1-5 แทน กลุ่มทดลองเพศหญิงที่เข้ารับการปรึกษาครอบครัว จำนวน 5 ครอบครัว เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Treatment)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำรูปแบบการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการคัดเลือกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว ขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยและสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 83 ครอบครัว ตอบแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว (ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1)
2. นำคะแนนการจัดการภาวะครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ 1 มาจัดเรียงจากลำดับมากไปหาน้อย เพื่อคัดเลือกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง
3. คัดเลือกครอบครัวที่มีคะแนนการจัดการภาวะครอบครัวต่ำที่สุดขึ้นมา จำนวน 20 ครอบครัว มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว
4. กลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดช่วงเวลาการทดลอง โดยเข้าร่วมการปรึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว จำนวน 12 ครั้ง โดยในการพบกันครั้งแรก ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ก่อนการทดลอง ก่อนดำเนินการให้การปรึกษาครอบครัวตามรูปแบบการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการวัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการวัดการจัดการภาวะครอบครัวแล้วหนึ่งครั้ง ในขั้นตอนการศึกษาการจัดการภาวะครอบครัว หากทดสอบอีกครั้งจะเป็นการวัดซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำคะแนนที่ได้จากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

4.2 ระยะเวลาทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้การปรึกษาครอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว โดยใช้การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้การปรึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ตัวผู้ป่วย และคู่สมรสผู้ป่วย ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการรายครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 12 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 120 ครั้ง

4.3 หลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวัดการจัดการภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและแบบวัดความสุขในครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจาก

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการให้การศึกษาครอบครัวตามกำหนดการให้การศึกษาครอบครัว  
เชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคครบทั้ง 12 ครั้ง แล้วใช้คะแนนการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลัง  
การทดลอง (Posttest)

4.4 หลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุข  
ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวและแบบวัดความสุข  
ในครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการให้การศึกษาครอบครัว  
ตามกำหนดการให้การศึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิค ครบทั้ง 12 ครั้ง  
ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ แล้วใช้คะแนนการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนการติดตามผล (Follow up)

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ประกอบด้วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล  
จากการทดลองด้วยการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ผลจากการวิเคราะห์หาคุณภาพของ  
การศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ และผลจากการทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย  
ของการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ  
ระยะติดตามผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

##### 1.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

###### 1.1.1 สถิติพื้นฐาน

1.1.1.1 ร้อยละ (Percentage)

1.1.1.2 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )

1.1.1.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

##### 1.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและ  
ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.1 การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ  
โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาค่าความสอดคล้อง  
ระหว่างวัตถุประสงค์ การเลือกใช้ทฤษฎี เทคนิค และขั้นตอนการให้การศึกษา กับความคิดเห็น  
ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Index of item-objective congruence: IOC) ค่า IOC = .80

1.2.2 ผู้วิจัยนำการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว  
ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม

เกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลา เนื้อหา และวิธีการประเมินผล หลังจากนั้นจึงนำการปริักษารอบครัว  
เชิงบูรณาการมาทำการปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

### 1.3 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

1.3.1 ทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการจัดการภาวะ  
ครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปริักษารอบครัว  
เชิงบูรณาการ ดังนี้

1.3.1.1 ทดสอบค่าการทดสอบเอฟ (F-test) เพื่อเปรียบเทียบการจัดการภาวะ  
ครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลา  
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ  
แบบวัดซ้ำ (MANOVA repeated measures design) มีกระบวนการดังนี้

1.3.1.1.1 ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการตรวจสอบ  
ค่า Mauchly's test of sphericity เพื่อตรวจสอบว่าค่าความแปรปรวนของตัวแปรที่ศึกษา  
มีความแปรปรวนเป็นแบบ Compound symmetry หรือไม่ และตรวจสอบค่า Wilks' lambda ซึ่งเป็น  
ค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis of variance)

1.3.1.1.2 ในกรณีที่ความแปรปรวนตัวแปรที่ทำการศึกษาไม่เป็น  
Compound symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ  
พหุจะใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้ ซึ่งสามารถเลือกอ่านผลการวิเคราะห์ได้ 3 รูปแบบ คือ  
Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt หรือ Lower-Bound ใดๆอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเลือกที่จะอ่าน  
แบบ Greenhouse-Geisser และเมื่อพิจารณาค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปร  
(Multivariate analysis of variance) ในการทดสอบจากค่า Wilks' lambda = .000 ( $p < .05$ )  
ซึ่งพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการวัดระยะก่อนการทดลอง ระยะระหว่างการทดลอง  
ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

1.3.1.1.3 ทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์  
ความแปรปรวนพหุแบบวัดซ้ำ (MANOVA repeated measurement) ด้วยการพิจารณาจากค่าสถิติ  
ทดสอบ F-test หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติก็จะดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยสถิติ  
ทดสอบ LSD

1.3.2 ทดสอบสมมติฐานการจัดการภาวะครอบครัวมีผลต่อความสุขในครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural  
equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL

1.3.3 รวบรวมข้อมูลที่ได้มาอธิบายผลการศึกษวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และวิเคราะห์สรุปประเด็น สรุปเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้สามารถอธิบายวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Confirm factor analysis) เพื่อยืนยันองค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว และใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ใช้เทคนิคการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการทดลองแบบ MANOVA repeated measures design โดยมีกลุ่มควบคุมที่มีการวัดซ้ำ (Control group pretest posttest and follow up design) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ มีรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงตามลำดับ ดังนี้

#### สัญลักษณ์แทนตัวแปรที่ทำการศึกษา

fambur	แทน	การจัดการภาวะครอบครัว
strman	แทน	การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว
cofman	แทน	การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว
disman	แทน	การจัดการความรู้สึกลึกซึ้งของสมาชิกครอบครัว
atffam	แทน	เจตคติของครอบครัว
hapfam	แทน	ความสุขในครอบครัว

#### สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

สัญลักษณ์	ความหมาย
n	กลุ่มตัวอย่าง
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

Skewness	ความเบ้ของการกระจาย (Skewness)
Kurtosis	ความโด่งของการกระจาย (Kurtosis)
$\chi^2$	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
P-value	ระดับของความน่าจะเป็น
$\lambda$	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน
$\theta$	ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
t	สถิติทดสอบ t
$R^2$	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
SS	ค่าสถิติทดสอบ Type III sum of squares
df	ค่าสถิติขั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
MS	ค่าสถิติทดสอบ Mean square
F	ค่าสถิติทดสอบ F-test
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation) ควรมีค่าน้อยกว่า .05 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index) ควรมีค่ามากกว่า .90 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index) ควรมีค่ามากกว่า .90 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
RMR	ค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Root mean square) ควรมีค่าน้อยกว่า .05 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
SRMR	ค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual) ควรมีค่าน้อยกว่า .05 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
P-value for test of close fit	ค่าสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของความกลมกลืนแบบปิด (P-value for test of close fit) ควรมีค่ามากกว่า .05 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
NFI	ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนแบบพื้นฐาน (Normmed fit index) ควรมีค่ามากกว่า .90 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน



IFI	ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนแบบเพิ่มขึ้น (Incremental fit index) ควรมีค่ามากกว่า .90 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
CFI	ค่าสถิติทดสอบทดสอบความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative fit index) ควรมีค่ามากกว่า .90 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน
CN	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติควรมีค่ามากกว่า 200.00 ถึงจะแสดงว่า มีความกลมกลืน

### การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ผลการศึกษาองค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. ผลการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL
3. ผลของการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมีการวัดซ้ำ (MANOVA repeated measurement)

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	295	76.03
ครอบครัวขยาย	93	23.97
รวม	388	100.00
เพศ		
ชาย	240	61.86
หญิง	148	38.14
รวม	388	100.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	248	63.92
มัธยมศึกษา	136	35.05
อุดมศึกษา	4	1.03
รวม	388	100.00
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย		
1-3 เดือน	177	45.62
มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน	130	33.51
มากกว่า 6 เดือน	81	20.88
รวม	388	100.00

ตารางที่ 6 พบว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 76.03 เพศชาย จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 61.86 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 63.92 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 1-3 เดือน จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.62

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	148	38.14
หญิง	240	61.86
รวม	388	100.00
สถานะในครอบครัว		
สามี	148	38.14
ภรรยา	240	61.86
รวม	388	100.00
จำนวนบุตรในครอบครัว		
ไม่มีบุตร	88	22.68
มีบุตร 1 คน	122	31.44
มากกว่าหรือเท่ากับ 2	178	45.88
รวม	388	100.00

ตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 60.82 มีสถานภาพเป็นภรรยา จำนวน 236 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.82 มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88

#### ผลการศึกษาองค์ประกอบของการจัดการภาวะครอบครัว

ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบสอบถามการจัดการภาวะครอบครัว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 0-4, ไม่เคยเลย-ทำประจำ) ดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (Secondary confirm factor analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของข้อคำถาม ที่เก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างจริง ( $n = 776$ )

ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามทั้ง 32 ข้อ ก่อนที่จะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 โดยใช้เทคนิควิธีการหาค่าสหสัมพันธ์

คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า .20 เก็บไว้ และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ด้วยเทคนิคแบบแอลฟา (Cronbach alpha) โดยกำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นยังมีค่าเข้าใกล้ 1.00 ก็ยิ่งแสดงว่า มีค่าความเชื่อมั่นสูง (โดยปกติแล้ว ควรมีค่าไม่น้อยกว่า .60) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สรุปผลการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ของข้อคำถาม ที่เก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างจริง (n = 776)

องค์ประกอบ	ข้อที่ไม่ผ่านการคัดเลือก	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ	ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ	จำนวนข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือก
1. การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว	8	.349-.642	.800	7
2. การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว	16	.313-.709	.809	7
3. การจัดการความรู้สึกลึกซึ้งของสมาชิกครอบครัว	18, 22, 20	.713-.860	.917	5
4. เจตคติของครอบครัว	-	.603-.716	.869	8
รวม	5	.411-.723	.935	27

ตารางที่ 8 พบว่า แบบสอบถามการจัดการภาวะครอบครัวที่เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 776 คน ที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด มีจำนวน 27 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .935

2. การตรวจสอบการกระจายของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา (Distribution variable) ดำเนินการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา ในแบบจำลอง จำนวน 27 ตัวแปรสังเกต ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ในทางตรงกันข้าม หากพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > .05) แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษา (n = 776)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	%CV	Sk	Ku	$\chi^2$	p
strman1	2.74	.84	30.66	-2.069	.533	4.565	.102
strman2	2.87	.87	30.31	-2.445	-.482	6.212	.045
strman3	2.63	.93	35.36	-.665	-2.699	7.725	.021
strman4	2.85	1.04	36.49	-4.229	-5.945	3.222	.000
strman5	2.77	.89	32.13	-1.966	-1.594	6.408	.041
strman6	2.49	.99	39.76	-1.351	-1.569	4.289	.117
strman7	2.84	.84	29.58	-2.268	-.312	5.240	.073
cofman9	2.83	.83	29.33	-2.082	.040	4.336	.114
cofman10	2.44	1.01	41.39	-1.401	-2.747	9.508	.009
cofman11	2.84	.80	28.17	-2.128	.471	4.750	.093
cofman12	2.63	1.11	42.21	-3.344	-5.765	4.420	.000
cofman13	2.79	.78	27.96	-2.189	1.278	6.428	.040
cofman14	2.85	.71	24.91	-2.072	1.554	6.709	.035
cofman15	2.87	.69	24.04	-1.875	1.413	5.512	.064
disman17	3.05	.84	27.54	-3.488	-2.551	8.671	.000
disman19	2.90	.86	29.66	-2.540	-2.680	.631	.001
disman21	2.93	.84	28.67	-2.371	-2.495	1.844	.003
disman23	2.88	.82	28.47	-2.119	-1.882	8.031	.018
disman24	2.94	.76	25.85	-2.187	-1.560	7.217	.027
attfam25	3.47	.90	25.94	-11.701	2.049	41.111	.000
attfam26	2.91	1.05	36.08	-4.655	-5.359	5.386	.000
attfam27	3.16	.98	31.01	-6.521	-7.148	3.611	.000
attfam28	3.04	1.00	32.89	-5.106	-8.047	9.820	.000
attfam29	2.68	.60	22.39	-3.090	2.669	6.668	.000
attfam30	2.68	.59	22.01	-2.335	2.166	1.144	.006

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	%CV	Sk	Ku	$\chi^2$	p
attfam31	2.72	.58	21.32	-2.650	2.771	4.704	.001
attfam32	2.70	.57	21.11	-2.152	2.252	9.704	.008

หมายเหตุ ค่าสถิติไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .05) แสดงว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

จากตารางที่ 9 ผลการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal score) ของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง พบว่า ตัวแปรที่ทำการทดสอบด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) พบว่า ตัวแปรสังเกตที่ทดสอบพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติ มีจำนวน 21 ตัวแปร และมีจำนวน 6 ตัวแปร ทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) แต่อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลในครั้งนี้เก็บกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ( $n > 400$ ) ก็สามารถสรุปได้ว่า ข้อมูลมีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางได้ (Basawa & Scott, 1983) และข้อมูลดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นได้ดี

### 3. ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต (Observation variable)

ที่ทำการศึกษาในแบบจำลองสมการโครงสร้าง

ดำเนินการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต จำนวน 27 ตัวแปร โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาในแบบจำลองสมการโครงสร้าง ( $n = 776$ )

	strman_1	strman_2	strman_3	strman_4	strman_5	strman_6
strman1	1.000					
strman2	.750	1.000				
strman3	.281	.335	1.000			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

	strman_1	strman_2	strman_3	strman_4	strman_5	strman_6
strman4	.237	.266	.573	1.000		
strman5	.608	.625	.271	.259	1.000	
strman6	.119	.167	.535	.499	.166	1.000
strman7	.569	.627	.245	.243	.722	.175
cofman9	.596	.618	.254	.247	.725	.183
cofman10	.143	.171	.411	.526	.116	.408
cofman11	.587	.599	.239	.219	.671	.161
cofman12	.176	.190	.396	.538	.179	.425
cofman13	.559	.602	.300	.244	.650	.186
cofman14	.390	.439	.356	.325	.494	.276
cofman15	.358	.393	.354	.313	.464	.291
disman17	.520	.536	.297	.282	.571	.198
disman19	.434	.481	.260	.281	.503	.159
disman21	.467	.520	.352	.336	.556	.234
disman23	.429	.455	.353	.366	.507	.258
disman24	.352	.371	.363	.342	.429	.291
attfam25	.216	.264	.347	.406	.261	.348
attfam26	.201	.191	.302	.354	.163	.308
attfam27	.249	.247	.320	.438	.240	.325
attfam28	.223	.215	.275	.349	.213	.292
attfam29	.215	.240	.319	.345	.271	.310
attfam30	.218	.245	.300	.347	.268	.310
attfam31	.195	.228	.327	.359	.244	.319
attfam32	.192	.225	.334	.361	.250	.323

ตารางที่ 10 (ต่อ)

	<b>strman7</b>	<b>cofman9</b>	<b>cofman10</b>	<b>cofman11</b>	<b>cofman12</b>	<b>cofman13</b>
strman7	1.000					
cofman9	.831	1.000				
cofman10	.107	.118	1.000			
cofman11	.786	.838	.086	1.000		
cofman12	.163	.176	.599	.169	1.000	
cofman13	.707	.768	.120	.792	.182	1.000
cofman14	.558	.585	.213	.665	.229	.726
cofman15	.536	.556	.230	.628	.247	.672
disman17	.621	.612	.155	.627	.217	.608
disman19	.554	.546	.129	.514	.182	.537
disman21	.589	.620	.210	.575	.225	.619
disman23	.523	.533	.253	.530	.246	.552
disman24	.464	.466	.263	.499	.247	.454
attfam25	.274	.289	.328	.260	.412	.266
attfam26	.162	.161	.366	.150	.415	.146
attfam27	.211	.253	.453	.210	.484	.214
attfam28	.182	.200	.363	.201	.430	.212
attfam29	.327	.292	.238	.356	.262	.313
attfam30	.300	.280	.250	.340	.251	.285
attfam31	.289	.269	.258	.338	.269	.317
attfam32	.293	.276	.262	.343	.263	.318



ตารางที่ 10 (ต่อ)

	<b>cofman14</b>	<b>cofman15</b>	<b>disman17</b>	<b>disman19</b>	<b>disman21</b>	<b>disman23</b>
cofman14	1.000					
cofman15	.906	1.000				
disman17	.518	.489	1.000			
disman19	.490	.450	.632	1.000		
disman21	.575	.552	.685	.795	1.000	
disman23	.592	.579	.644	.697	.816	1.000
disman24	.574	.602	.594	.612	.740	.851
attfam25	.280	.314	.279	.262	.319	.314
attfam26	.197	.242	.171	.154	.169	.227
attfam27	.247	.286	.236	.211	.247	.305
attfam28	.244	.262	.220	.171	.202	.271
attfam29	.535	.583	.357	.335	.433	.514
attfam30	.535	.582	.336	.285	.387	.475
attfam31	.545	.615	.325	.276	.402	.476
attfam32	.565	.636	.310	.286	.405	.480

ตารางที่ 10 (ต่อ)

	<b>disman24</b>	<b>attfam25</b>	<b>attfam26</b>	<b>attfam27</b>	<b>attfam28</b>	<b>attfam29</b>
disman24	1.000					
attfam25	.314	1.000				
attfam26	.223	.481	1.000			
attfam27	.295	.641	.649	1.000		
attfam28	.276	.537	.664	.755	1.000	
attfam29	.571	.360	.302	.340	.317	1.000
attfam30	.530	.330	.287	.324	.314	.817
attfam31	.538	.353	.291	.345	.335	.787
attfam32	.545	.332	.278	.321	.316	.819

ตารางที่ 10 (ต่อ)

	attfam_6	attfam_7	attfam_8
attfam_6	1.000		
attfam_7	.868	1.000	
attfam_8	.877	.940	1.000

หมายเหตุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

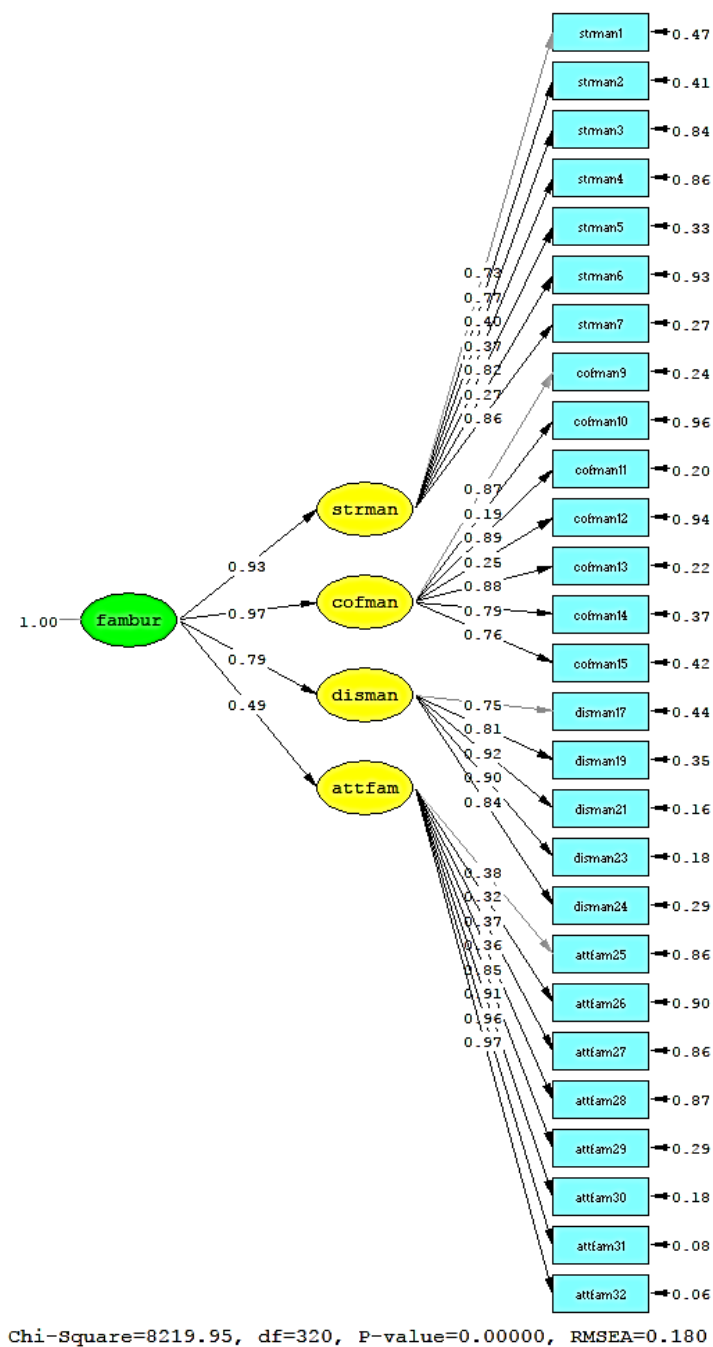
จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองที่มีค่าความสัมพันธ์กันมากกว่า .80 มีจำนวน 5 ค่าความสัมพันธ์ แสดงให้เห็นว่า คู่ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตาม ค่าความสัมพันธ์โดยรวมส่วนใหญ่ก็ยังมีความสัมพันธ์กันน้อยกว่า .80 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษานั้น ไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันมากจนเกินไป สอดคล้องกับไคลน์ (Kline, 2005) ได้กล่าวถึงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) จึงกล่าวได้ว่า ไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ ตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาทั้งหมดมีการความสัมพันธ์กันไม่มากจนเกินไป ข้อมูลเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคแบบจำลองสมการ โครงสร้างได้ (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006)

4. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary confirmatory factor analysis) ของแบบจำลององค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวตามสมมติฐาน (Hypothesis model)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary confirmatory factor analysis) ได้ใช้โปรแกรม LISREL Version 8.72 โดยผู้วิจัยได้สร้างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance matrix) เพื่อนำความแปรปรวนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์แบบจำลองตามสมมติฐานที่ได้จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบจำลองสมมติฐานยังไม่มี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 8219.95, df = 320, p-value = .000; Chi-square/ df = 25.68; RMSEA = .180; RMR = .13; SRMR = .15; CFI = .89; GFI = .56; AGFI = .48; CN = 54.18

การที่แบบจำลองสมมติฐานยังไม่มี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้วิจัยไม่ยอมรับในความน่าเชื่อถือของค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading score) ที่ได้จาก

การวิเคราะห์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง (Adjust model) โดยการตัดตัวแปร  
สังเกต บนตัวแปรแฝง ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า .30 ออกจากแบบจำลอง และยอมให้  
ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน  
แล้วตรวจสอบค่าสถิติเกณฑ์ว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้หรือไม่ และได้ปรับแก้แบบจำลองจนพบว่า  
ค่าสถิติเกณฑ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมที่แสดงให้เห็นว่า แบบจำลองปรับมีความกลมกลืนกับข้อมูล  
เชิงประจักษ์แล้ว ผู้วิจัยจึงจะยอมรับในความน่าเชื่อถือของค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน  
(Factor loading score) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำเสนอภาพประกอบแบบจำลองตามสมมติฐาน  
ที่ยังไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์ใน โปรแกรม LISREL Version  
8.72 ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวตามสมมติฐาน (Hypothesis model) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) (n = 776)

5. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary confirmatory factor analysis) ของแบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัว ที่ทำการปรับแก้แล้ว (Adjust model)

การที่ผลของการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวตามสมมติฐานที่พบว่าแบบจำลองยังไม่มีผลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้วิจัยได้ปรับแก้แบบจำลองโดยการพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่มีค่าน้อยกว่า .30 ก็จะดำเนินการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ดังกล่าวทิ้ง เพราะตามข้อเสนอแนะของไวเทล และคณะ (Vitale et al., 2002) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) จะนับว่าตัวแปรเชิงประจักษ์เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่ดี ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ควรมีค่ามากกว่า .30 หากมีค่าดังกล่าว สามารถที่จะพิจารณาตัดออกไปได้ เพราะไม่อาจนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่ดีได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตัด ดังนี้

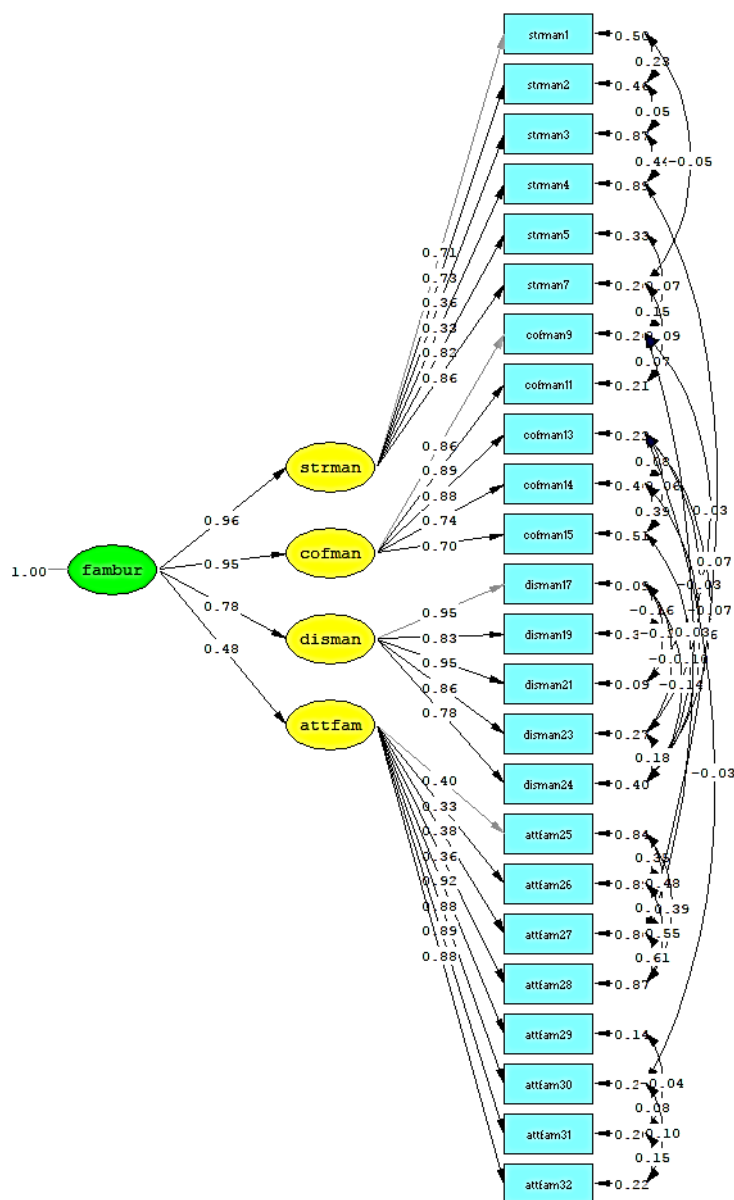
1. strman6 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมองว่าท่านร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .27

2. cofman10 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สะดวกในการติดต่อ/ คุยหากับเพื่อน เนื่องจากการดูแลท่าน) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .19

3. cofman12 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลท่าน) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .24

ทั้งนี้พบว่า การตัดองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบแล้ว พบว่าแบบจำลองก็ยังไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง โดยยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาให้คู่ของตัวแปรเชิงประจักษ์ในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันก่อน รวมทั้งสิ้น 34 คู่ความสัมพันธ์ ผลของการปรับแก้แบบจำลองดังกล่าว พบว่าแบบจำลองที่ได้ทำการปรับแก้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยพบว่า  $\chi^2 = 411.28$ ,  $df = 214$ ,  $p\text{-value} = .000$  ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอย่างยิ่งยังมีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2 / df = 1.92$  ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 2.00 RMSEA = .047 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 RMR = .042 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 SRMR = .041 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 CFI = .98 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 GFI = .92 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 AGFI = .91 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 และ CN = 205.86 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 200.00

จากค่าดัชนีความกลมกลืนดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองสมการโครงสร้าง  
 ที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประมาณ  
 ค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลองดังกล่าวจึงเป็นที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์ดังภาพที่ 5 ตารางที่ 11



Chi-Square=411.28, df=214, P-value=0.00000, RMSEA=0.047

ภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวที่ปรับแก้แล้ว (Adjust model)  
 แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) (n = 776)

ตารางที่ 11 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor loading score) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) ขององค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว (n = 776)

การจัดการภาวะครอบครัว		Factor loading ( $\lambda$ )	Error ( $\theta$ )	t	R <sup>2</sup>
การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว		.96	.08	20.57	.92
strman1	1. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวอี้อัดใจต่อพฤติกรรมของท่าน แต่ทุกคนยอมรับได้	.71	.50	-	.50
strman2	2. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลท่านและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวยินดีที่จะกระทำ	.73	.46	25.92	.54
strman3	3. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวหงุดหงิดใจ หรือ โกรธขณะที่อยู่ใกล้ท่าน	.36	.87	9.57	.13
strman4	4. ท่านรู้ว่าท่านทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	.33	.89	8.84	.11
strman5	5. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ท่าน แต่ทุกคนสามารถปรับใจยอมรับได้	.82	.33	20.82	.67
strman7	7. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลท่านมากจนไม่มีเวลาเป็นของตนเอง แต่ทุกคนยินดีและเต็มใจ	.86	.26	20.62	.74
การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว		.95	.10	26.67	.90
cofman9	9. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลท่าน แต่สมาชิกทุกคนยินดีที่จะดูแลท่าน	.86	.26	-	.74
cofman11	11. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลท่าน แต่ทุกคนยอมรับที่จะปฏิบัติอย่างดีในการดูแลท่าน	.89	.21	39.82	.79

ตารางที่ 11 (ต่อ)

		Factor loading ( $\lambda$ )	Error ( $\theta$ )	t	R <sup>2</sup>
	<b>การจัดการภาวะครอบครัว</b>				
cofman13	13. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถออกไปทำ กิจกรรมข้างนอกได้เช่นเคย แต่ทุกคนยอมรับ และมีการปฏิบัติที่เหมาะสม	.88	.22	31.08	.78
cofman14	14. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านสามารถ ทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม	.74	.46	23.19	.54
cofman15	15. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี และได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน	.70	.51	21.61	.49
	<b>การจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว</b>				
disman17	17. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวคิดว่าท่านต้องพึ่งพา สมาชิกครอบครัว แต่ทุกคนให้การดูแล ด้วยความเต็มใจ	.95	.09	-	.91
disman19	19. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่ จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่สมาชิกทุกคนมีกำลังใจ ในการปฏิบัติบทบาทของตน	.83	.32	22.25	.68
disman21	21. โดยภาพรวมสมาชิกครอบครัวท่านรู้สึกว่า การดูแลท่านเป็นภาระสำหรับครอบครัว แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความพร้อม ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ ร่วมมือกันดูแลครอบครัวอย่างดี	.95	.09	24.75	.91
disman23	23. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวปฏิบัติตน เป็นแบบอย่างที่ดีในการเผชิญกับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น	.86	.27	22.66	.73
disman24	24. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวดูแลเอาใจใส่กัน และห่วงใยในความปลอดภัยของสมาชิก	.78	.40	21.03	.60



ตารางที่ 11 (ต่อ)

การจัดการภาวะครอบครัว		Factor loading ( $\lambda$ )	Error ( $\theta$ )	t	R <sup>2</sup>
เจตคติของครอบครัว		.48	.77	8.60	.23
attfam25	25. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวจนไม่มั่นใจที่จะดูแลท่านและอยากจะให้คนอื่นมาดูแลแทน	.40	.84	-	.16
attfam26	26. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวใจว่าจะดูแลท่านได้ดี	.33	.89	9.33	.11
attfam27	27. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	.38	.86	12.14	.14
attfam28	28. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าน่าจะดูแลท่านได้ดีกว่านี้	.36	.87	10.46	.13
attfam29	29. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน เช่น สัมผัส ให้กำลังใจ โทรศัพท์ เป็นต้น	.92	.14	11.12	.86
attfam30	30. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานซึ่งกันและกัน เช่น การดูแลท่าน การทำอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น	.88	.23	11.06	.77
attfam31	31. ท่านรู้ว่าแม่สมาชิกในครอบครัวมาดูแลท่าน แต่ก็ยังมีเวลาในการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เป็นต้น	.89	.20	10.72	.80
attfam32	32. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีการพูดคุยปรึกษากัน เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด มีการสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลใส่ใจกัน	.88	.22	11.07	.78

Chi-square = 411.28, df = 214, p-value = .000; Chi-square/ df = 1.92; RMSEA = .047; RMR = .042; SRMR = .041; CFI = .98; GFI = .92; AGFI = .91; CN = 205.86

จากตารางที่ 11 พบว่า แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในระดับที่ยอมรับได้ ดังนี้ คำนีวัดความกลมกลืน ได้แก่ Chi-square = 411.28, df = 214, p-value = .000; Chi-square/ df = 1.92; RMSEA = .047; RMR = .042; SRMR = .041; CFI = .98; GFI = .92; AGFI = .91; CN = 205.86 มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 20.57$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .08 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 92

2) การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 26.67$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .10 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 90

3) การจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 23.12$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .40 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 60

4) เจตคติของครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.60$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .77 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 23

การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว มี 6 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง .33-.86 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสถิติทดสอบ  $t$  อยู่ระหว่าง 8.84-25.92) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) อยู่ระหว่าง .26-.89 ทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 11-74

การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มี 5 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง .70-.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสถิติทดสอบ  $t$  อยู่ระหว่าง 21.61-39.82) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) อยู่ระหว่าง .21-.51 ทั้ง 5 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการ

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 49-79

การจัดการความรู้ศึกษาของสมาชิกครอบครัว มี 5 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง .78-.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสถิติทดสอบ  $t$  อยู่ระหว่าง 21.03-24.75) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\Theta$ ) อยู่ระหว่าง .09-.40 ทั้ง 5 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนการจัดการความรู้ศึกษาของสมาชิกครอบครัว (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 60-91

เจตคติของครอบครัว มี 8 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) มีค่าอยู่ระหว่าง .33-.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าสถิติทดสอบ  $t$  อยู่ระหว่าง 9.33-12.14) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\Theta$ ) อยู่ระหว่าง .14-.89 ทั้ง 8 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของเจตคติของครอบครัว (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 11-86

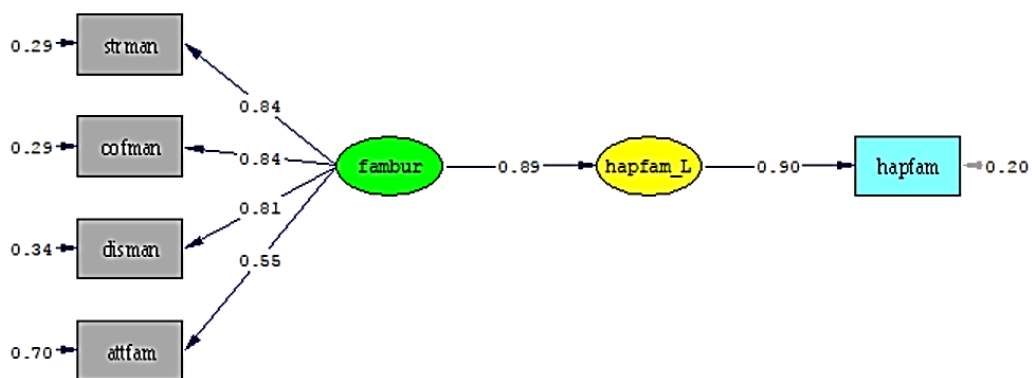
### ผลการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดำเนินการเก็บเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 0-4, ไม่เคยเลย-ทำประจำ) แล้วดำเนินการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL มีรายละเอียดดังนี้

1. ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal curve) ของตัวแปรสังเกต (Observation variable) ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square พบว่า ตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง มีค่าสถิติทดสอบ Chi-square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)

2. ดำเนินการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง ด้วยเทคนิคการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ตัวแปรเชิงประจักษ์ทุกคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .85 แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในแบบจำลองไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป

3. ดำเนินการตรวจสอบแบบจำลองตามสมมติฐาน (Hypothesis model) พบว่าแบบจำลองยังไม่มี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 160.09, df = 5, p-value = .000; Chi-square/ df = 32.018; RMSEA = .201; RMR = .015; SRMR = .054; CFI = .94; GFI = .92; AGFI = .77; CN = 74.34 เกณฑ์ดังกล่าว พบว่า Chi-square/ df ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 2.00 RMSEA ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ .05 SRMR ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ .05 AGFI ยังมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ .90 และ CN ยังมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 200 แบบจำลองตามสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์ ดังภาพที่ 6

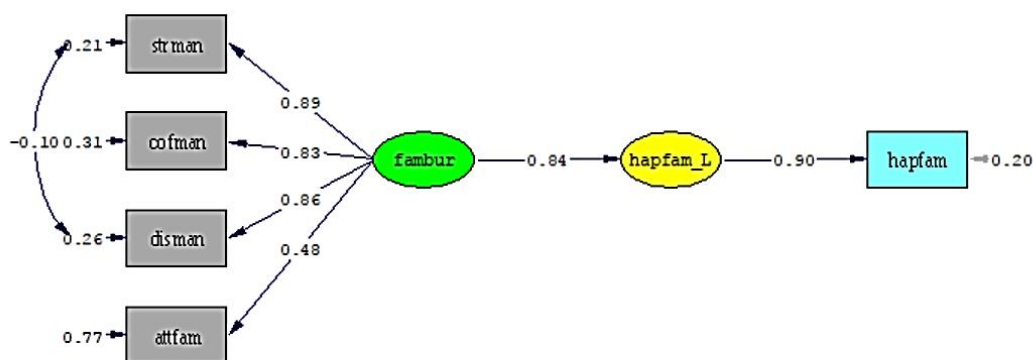


Chi-Square=160.09, df=5, P-value=0.00000, RMSEA=0.201

ภาพที่ 6 แบบจำลองอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามสมมติฐาน (Hypothesis model) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) (n = 776)

4. ดำเนินการปรับแก้แบบจำลองเพื่อให้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Adjust model) โดยการยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาให้คู่ของตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันก่อนรวมทั้งสิ้น 2 คู่ความสัมพันธ์ พบว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 5.63, df = 3, p-value = .131; Chi-square/ df = 1.87; RMSEA = .034; RMR = .0028; SRMR = .0079; CFI = 1.00; GFI = 1.00; AGFI = .99; CN = 1516.16 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความเชื่อมั่นในการประมาณค่าพารามิเตอร์

ของแบบจำลองสมการที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) ที่พบว่า การจัดการภาวะครอบครัว มีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .89 และสามารถทำนายความสุขในครอบครัว ได้ร้อยละ 71 ผลการวิเคราะห์ดังภาพที่ 7



Chi-Square=5.63, df=3, P-value=0.13100, RMSEA=0.034

ภาพที่ 7 แบบจำลองอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบจำลองที่ปรับแก้แล้ว (Adjust model) แสดงเป็นคะแนนมาตรฐาน (Standardize score) (n = 776)

### ศึกษาผลของการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แบบแผนการทดลอง โดยมีการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แบบมีกลุ่มควบคุม (Control group) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมีการวัดซ้ำ (MANOVA repeated measurement) ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง (Experimental group) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ (ผู้ป่วย กับ คู่สมรสผู้ป่วย) เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมีการวัดซ้ำแบบสองทาง (Two-way MANOVA repeated measurement)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) กับกลุ่มควบคุม (Control group) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ (ผู้ป่วย กับ คู่สมรสผู้ป่วย) เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมีการวัดซ้ำแบบสามทาง (Three-way MANOVA repeated measurement)

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะครอบครัว เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย (n = 20)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	9	90	9	90
ครอบครัวขยาย	1	10	1	10
เพศ				
ชาย	5	50	5	50
หญิง	5	50	5	50
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	5	50	5	50
มัธยมศึกษา	5	50	5	50
อุดมศึกษา	5	50	5	50
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย				
1-3 เดือน	3	30	3	30
มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน	3	30	4	40
มากกว่า 6 เดือน	4	40	3	30

จากตารางที่ 12 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 ที่เหลือเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 10 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 10 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 50 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 30 มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 30 มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน ร้อยละ 40 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 30

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว อายุ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความพิการ (n = 20)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	SD	Min	Max	$\bar{X}$	SD	Min	Max
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	3.9	1.2	3	7	3.5	0.5	3	4
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	20,000	9718.3	5,000	30,000	21,500	8514.7	10,000	30,000
อายุ	43.9	7.9	30	53	47.8	8.5	26	55
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	64.5	6.9	50	70	66.0	6.9	50	70
ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS)	7.9	2.7	5	12	8.0	2.6	5	12
ระดับความพิการ (MRS)	3	0	3	3	3	0	3	3

จากตารางที่ 13 กลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.9 คน (สูงสุด 7 คน ต่ำสุด 3 คน SD = 1.2) ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.5 คน (สูงสุด 4 คน ต่ำสุด 3 คน SD = 0.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลอง เฉลี่ย 20,000 บาท (สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 5,000 บาท SD = 9817.3) ส่วนกลุ่มควบคุมรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว เฉลี่ย 21,500 บาท (สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท SD = 8514.7) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 43.9 ปี (สูงสุด 53 ปี ต่ำสุด 30 ปี SD = 7.9) ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.8 ปี (สูงสุด 55 ปี ต่ำสุด 26 ปี SD = 8.5) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

(คะแนน Barthel ADL index) เฉลี่ย 64.5 (สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 50 ปี SD = 6.9) ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (คะแนน Barthel ADL index) เฉลี่ย 66.0 (สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 50 ปี SD = 6.9) ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 7.9 (สูงสุด 12 ต่ำสุด 5 SD = 2.7) ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) เฉลี่ย 8.0 (สูงสุด 12 ต่ำสุด 5 SD = 2.6) ระดับความพิการ (The modified rankin scale: mRS) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เฉลี่ย 3 (สูงสุด 3 ต่ำสุด 3 SD = 0)

จากตารางที่ 11 และตารางที่ 12 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติ ข้อมูลเบื้องต้น ก่อนเริ่มการทดลอง เพื่อทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกันตั้งแต่ ก่อนการทดลอง โดยการใช้สถิตินอนพารามेटริก (Nonparametric tests) Mann-Whitney U test ข้อมูลดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การทดสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (n = 20)

ข้อมูลที่ทดสอบ	Sig.	แปลผลการทดสอบ
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.58	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
ระดับความพิการ ประเมินโดย NIHSS	.91	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	.79	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความเป็นครอบครัวของผู้ป่วย	.25	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความเป็นครอบครัวของสามี/ ภรรยาของผู้ป่วย	.09	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความสุขในครอบครัวของผู้ป่วย	.32	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความสุขในครอบครัวของสามี/ ภรรยาของผู้ป่วย	.11	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 14 จะพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน หรือ ไม่แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนเริ่มการทดลอง จะเห็นว่า ค่านี้สำคัญทางสถิติมากกว่า .05 ทุกข้อ



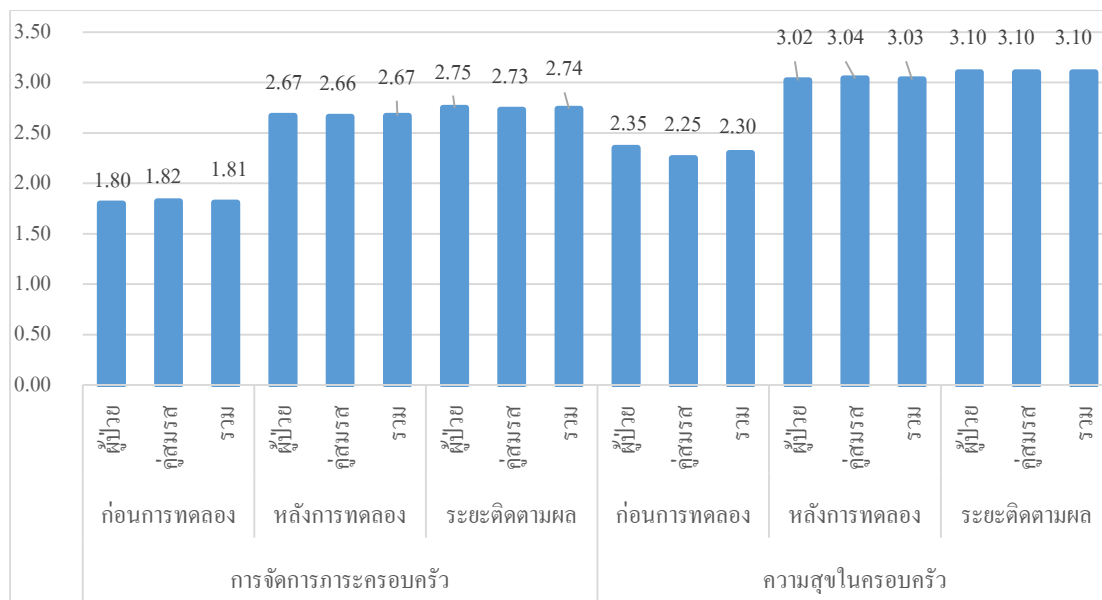
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง (Experimental group) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ (ผู้ป่วย กับ คู่สมรส) เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ดำเนินการ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมิติการวัดซ้ำแบบสองทาง (Two-way MANOVA repeated measurement) มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง ระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปร แบ่งกลุ่ม

ตัวแปร	ระยะเวลา	สถานภาพ	M	SD	แปลผล
1. การจัดการภาวะครอบครัว	ก่อนการทดลอง	ผู้ป่วย	1.80	.09	ปานกลาง
		คู่สมรส	1.82	.08	ปานกลาง
		รวม	1.81	.08	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	ผู้ป่วย	2.67	.17	มาก
		คู่สมรส	2.66	.21	มาก
		รวม	2.67	.19	มาก
	ระยะติดตามผล	ผู้ป่วย	2.75	.16	มาก
		คู่สมรส	2.73	.17	มาก
		รวม	2.74	.16	มาก
2. ความสุขในครอบครัว	ก่อนการทดลอง	ผู้ป่วย	2.35	.12	ปานกลาง
		คู่สมรส	2.25	.29	ปานกลาง
		รวม	2.30	.22	ปานกลาง
	หลังการทดลอง	ผู้ป่วย	3.02	.10	มาก
		คู่สมรส	3.04	.15	มาก
		รวม	3.03	.12	มาก
	ระยะติดตามผล	ผู้ป่วย	3.10	.10	มาก
		คู่สมรส	3.10	.09	มาก
		รวม	3.10	.10	มาก

จากตารางที่ 15 พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวของกลุ่มทดลองโดยรวม ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.81, SD = .08$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.80, SD = .09$ ) กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.82, SD = .08$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.67, SD = .17$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.67, SD = .17$ ) กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.66, SD = .21$ ) ระยะติดตามผลโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.74, SD = .16$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.75, SD = .16$ ) และ กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.73, SD = .17$ ) เช่นกัน

ความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลองโดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.30, SD = .22$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.35, SD = .12$ ) กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.25, SD = .29$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.03, SD = .12$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.02, SD = .10$ ) กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.04, SD = .15$ ) ระยะติดตามผลโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .10$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .10$ ) กลุ่มคู่สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .09$ ) สามารถแสดงคะแนนดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 16 การตรวจสอบการเป็น Compound symmetry (Mauchly's W) ของตัวแปร  
 ที่ทำการศึกษา ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม  
 ระหว่างกลุ่ม (Wilks' lambda) และผลการตรวจสอบความต่างของเมทริกซ์  
 ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. chi-square	df	Sig.
1. การจัดการภาระครอบครัว	.266	22.520	2	.000
2. ความสุขในครอบครัว	.452	13.497	2	.001

Wilks' lambda (Factor) = .017, F = 214.547, p = .000

Wilks' lambda (Factor\*status) = .859, F = .615, p = .658

Box's M = 31.339, F = .939, p = .540

ตารางที่ 16 พบว่า ค่า Mauchly's test of sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น  
 ในเรื่อง Compound symmetry ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางแบบวัดซ้ำ พบว่า

1. ค่าของตัวแปรการจัดการภาระครอบครัว มีค่าเท่ากับมีค่า Mauchly's W เท่ากับ .266  
 ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry การตรวจสอบ  
 ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-  
 Geisser

2. ค่าของตัวแปรความสุขในครอบครัว มีค่าเท่ากับมีค่า Mauchly's W เท่ากับ .452  
 ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry การตรวจสอบ  
 ค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-  
 Geisser

เมื่อทดสอบความแปรปรวนพหุหรือทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Interaction)  
 โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (Factor\*status) พบว่า มีค่าเท่ากับ .859, F = .615, p = .658  
 ซึ่งแสดงว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัด กับสถานภาพ ในตัวแปรการจัดการ  
 ภาระครอบครัว และความสุขในครอบครัว แต่การทดสอบความแปรปรวนพหุหรือทดสอบ  
 ความแตกต่างภายในกลุ่มเฉพาะช่วงเวลา โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (Factor) พบว่า  
 มีค่าเท่ากับ .017, F = 214.547, p = .000 แสดงว่า ในตัวแปรการจัดการภาระครอบครัว และความสุข  
 ในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาการวัดอย่างน้อย 1 คู่

เมื่อพิจารณาถึงความต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม โดยพิจารณาจากค่า Box's M พบว่า มีค่าเท่ากับ 31.339,  $F = .939$ ,  $p = .540$  แสดงว่า ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ (Two-way MANOVA repeated measurement)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
1. การจัดการภาวะครอบครัว	การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล (Main effect)	10.729	1.153	9.302	536.362*
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect)	.007	1.153	.006	.341
	ความคลาดเคลื่อน	.360	20.760	.017	
	รวม	11.096	23.066	9.325	
2. ความสุขในครอบครัว	การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล (Main effect)	7.852	1.292	6.077	256.043*
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect)	.040	1.292	.031	1.319
	ความคลาดเคลื่อน	.552	25.685	.021	
	รวม	8.444	28.269	6.129	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 17 แสดงว่า

1. ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัด กับสถานภาพ ( $F = .341$ ,  $p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วย กับกลุ่มคู่สมรส ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาการวัด (Main effect) ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ( $F = 536.362^*$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป

2. ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัด กับสถานภาพ ( $F = 1.319$ ,  $p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยกับ

กลุ่มคู่สมรส ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาการวัด (Main effect) ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ความสัมพันธ์ ( $F = 256.043^*$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยที่นำมาเปรียบเทียบ	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
1. การจัดการภาวะครอบครัว	ก่อนการทดลอง (M = 1.81)-หลังการทดลอง (M = 2.67)	-.859*
	ก่อนการทดลอง (M = 1.81)-ติดตามผล (M = 2.74)	-.931
	หลังการทดลอง (M = 2.67)-ติดตามผล (M = 2.74)	-.072*
2. ความสุขในครอบครัว	ก่อนการทดลอง (M = 2.30)-หลังการทดลอง (M = 3.03)	-.730*
	ก่อนการทดลอง (M = 2.30)-ติดตามผล (M = 3.10)	-.800*
	หลังการทดลอง (M = 3.03)-ติดตามผล (M = 3.10)	-.070*

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 18 พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.859^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.931^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าหลังการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.072^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.730^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.800^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าหลังการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.070^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัว  
 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) กับกลุ่มควบคุม  
 (Control group) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพ  
 (กลุ่มผู้ป่วย กับ กลุ่มคู่สมรส) เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

ดำเนินการ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมิติการวัดซ้ำแบบสามทาง  
 (Three-way MANOVA repeated measurement) มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว  
 และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและ  
 กลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมี  
 สถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

ตัวแปร	ระยะเวลา	สถานภาพ	กลุ่ม	M	SD	แปลผล
1. การจัดการภาวะครอบครัว	ก่อนการทดลอง	ผู้ป่วย	ควบคุม	1.87	.09	ปานกลาง
			ทดลอง	1.80	.09	ปานกลาง
			รวม	1.83	.099	ปานกลาง
		คู่สมรส	ควบคุม	1.91	.14	ปานกลาง
			ทดลอง	1.82	.08	ปานกลาง
			รวม	1.86	.12	ปานกลาง
	รวม	ควบคุม	1.89	.11	ปานกลาง	
		ทดลอง	1.81	.08	ปานกลาง	
		รวม	1.85	.11	ปานกลาง	
	หลังการทดลอง	ผู้ป่วย	ควบคุม	1.98	.04	ปานกลาง
			ทดลอง	2.67	.17	มาก
			รวม	2.33	.37	มาก
		คู่สมรส	ควบคุม	1.96	.10	ปานกลาง
			ทดลอง	2.66	.21	มาก
			รวม	2.31	.39	มาก
รวม	ควบคุม	1.97	.08	ปานกลาง		
	ทดลอง	2.67	.19	มาก		
	รวม	2.32	.38	มาก		

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลา	สถานภาพ	กลุ่ม	M	SD	แปลผล	
1. การจัดการภาวะครอบครัว (ต่อ)	ระยะติดตามผล	ผู้ป่วย	ควบคุม	1.99	.03	ปานกลาง	
			ทดลอง	2.75	.16	มาก	
			รวม	2.37	.40	มาก	
		คู่สมรส	ควบคุม	1.97	.08	ปานกลาง	
			ทดลอง	2.73	.17	มาก	
			รวม	2.35	.41	มาก	
	รวม	ควบคุม	1.98	.06	ปานกลาง		
		ทดลอง	2.74	.16	มาก		
		รวม	2.36	.40	มาก		
	2. ความสุขในครอบครัว	ก่อนการทดลอง	ผู้ป่วย	ควบคุม	2.41	.11	ปานกลาง
				ทดลอง	2.35	.12	ปานกลาง
				รวม	2.38	.12	ปานกลาง
คู่สมรส			ควบคุม	2.46	.29	ปานกลาง	
			ทดลอง	2.25	.29	ปานกลาง	
			รวม	2.36	.30	ปานกลาง	
รวม		ควบคุม	2.44	.22	ปานกลาง		
		ทดลอง	2.30	.22	ปานกลาง		
		รวม	2.37	.23	ปานกลาง		
หลังการทดลอง		ผู้ป่วย	ควบคุม	2.58	.10	ปานกลาง	
			ทดลอง	3.02	.10	มาก	
			รวม	2.80	.25	ปานกลาง	
	คู่สมรส	ควบคุม	2.60	.16	ปานกลาง		
		ทดลอง	3.04	.15	มาก		
		รวม	2.82	.27	ปานกลาง		
รวม	ควบคุม	2.59	.13	ปานกลาง			
	ทดลอง	3.03	.12	มาก			
	รวม	2.81	.26	ปานกลาง			
ระยะติดตามผล	ผู้ป่วย	ควบคุม	2.64	.07	ปานกลาง		
		ทดลอง	3.10	.10	มาก		
		รวม	2.87	.24	ปานกลาง		

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ระยะเวลา	สถานภาพ	กลุ่ม	M	SD	แปลผล
2. ความสุขในครอบครัว (ต่อ)	ระยะติดตามผล	กลุ่มควบคุม	ควบคุม	2.64	.06	ปานกลาง
			ทดลอง	3.10	.09	มาก
		กลุ่มผู้สมรส	รวม	2.87	.24	ปานกลาง
			ควบคุม	2.64	.06	ปานกลาง
		รวม	ทดลอง	3.10	.10	มาก
			รวม	2.87	.24	ปานกลาง

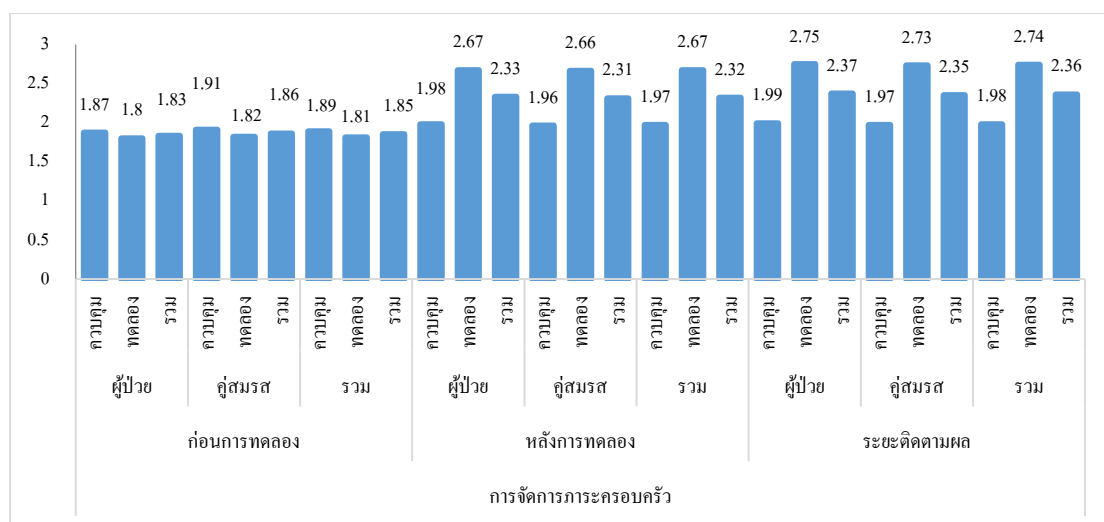
จากตารางที่ 19 พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวของกลุ่มทดลอง โดยรวม ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.81, SD = .08$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.80, SD = .09$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.82, SD = .08$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.67, SD = .17$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.67, SD = .17$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.66, SD = .21$ ) ระยะติดตามผล โดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.74, SD = .16$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.75, SD = .16$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 2.73, SD = .17$ )

การจัดการภาวะครอบครัวของกลุ่มควบคุม โดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.89, SD = .11$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.87, SD = .09$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.91, SD = .16$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.97, SD = .08$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.98, SD = .04$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.96, SD = .10$ ) ระยะติดตามผล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.98, SD = .06$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.99, SD = .03$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.97, SD = .08$ )

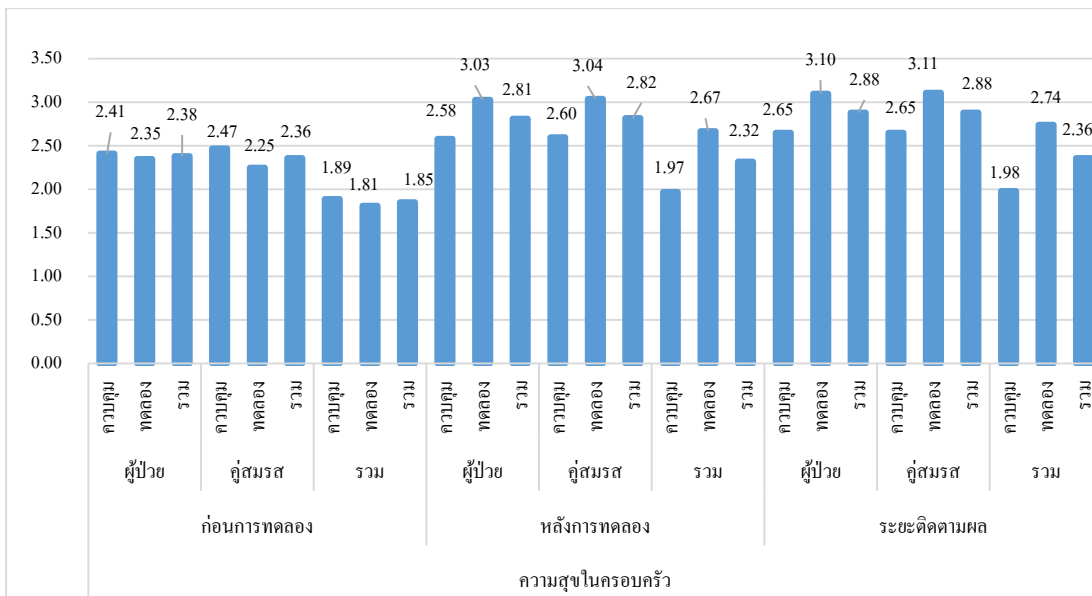
ความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง โดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.30, SD = .22$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.35, SD = .12$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.25, SD = .29$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.03, SD = .12$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.02, SD = .10$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.04, SD = .15$ ) ระยะติดตามผล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.10, SD = .10$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .10$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .09$ )



ความสุขในครอบครัวของควบคุม โดยรวม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.46, SD = .29$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.41, SD = .11$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.46, SD = .19$ ) หลังการทดลอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.59, SD = .13$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.58, SD = .10$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.60, SD = .16$ ) ระยะติดตามผล โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.64, SD = .06$ ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.64, SD = .07$ ) กลุ่มผู้สมรส อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.64, SD = .06$ ) สามารถแสดงคะแนนดังภาพที่ 8 และภาพที่ 9



ภาพที่ 8 การจัดการภาวะครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล  
ของกุ่มทดลองและกุ่มควบคุม



ภาพที่ 9 ความสุขในครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 20 การตรวจสอบการเป็น Compound symmetry (Mauchly's W) ของตัวแปร ที่ทำการศึกษา ผลการตรวจสอบค่าความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม ระหว่างกลุ่ม (Wilks' lambda) และผลการตรวจสอบความต่างของเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. chi-square	df	Sig.
1. การจัดการภาระครอบครัว	.302	41.860	2	.000
2. ความสุขในครอบครัว	.512	23.406	2	.000

Wilks' lambda (ระยะเวลา\*สถานภาพ) = .914, F = .733, p = .551  
 Wilk' lambda (ระยะเวลา\*กลุ่ม) = .066, F = 117.496, p = .000  
 Wilks' lambda (ระยะเวลา\*สถานภาพ\*กลุ่ม) = .946, F = .467, p = .760  
 Box's M = 134.236, F = 1.459, p = .011

จากตารางที่ 20 พบว่า ค่า Mauchly's test of sphericity ซึ่งเป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในเรื่อง Compound symmetry ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายทางแบบวัดซ้ำ พบว่า

1. ค่าของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว มีค่า Mauchly's W เท่ากับ .302 ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry การตรวจสอบค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-Geisser

2. ค่าของตัวแปรความสุขในครอบครัว มีค่า Mauchly's W เท่ากับ .512 ( $p < .05$ ) แสดงว่า ความแปรปรวนตัวแปรดังกล่าวไม่เป็น Compound symmetry การตรวจสอบค่าสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน ควรที่จะอ่านค่าสถิติทดสอบ MANOVA ด้วยค่า Greenhouse-Geisser

เมื่อทดสอบความแปรปรวนพหุหรือทดสอบความแตกต่างของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และระหว่างสถานภาพ (การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระยะเวลาในการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับสถานภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มคู่สมรส) โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (ระยะเวลา\*สถานภาพ) พบว่า มีค่าเท่ากับ .914,  $F = .733$ ,  $p = .551$  ซึ่งแสดงว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างระยะเวลา กับสถานภาพ กล่าวคือ ในระยะเวลาการวัดที่ต่างกัน กลุ่มผู้ป่วย กับกลุ่มคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบความแปรปรวนพหุหรือทดสอบความแตกต่างของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และระหว่างกลุ่ม (การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระยะเวลาในการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (ระยะเวลา\*กลุ่ม) พบว่า มีค่าเท่ากับ .066,  $F = 117.496$ ,  $p = .000$  ซึ่งแสดงว่า มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างระยะเวลา กับกลุ่ม กล่าวคือ ในระยะเวลาการวัดที่ต่างกัน กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

เมื่อทดสอบความแปรปรวนพหุหรือทดสอบความแตกต่างของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม (การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระยะเวลาในการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีสถานภาพเป็นตัวแบ่งกลุ่ม) โดยพิจารณาจากค่า Wilks' lambda (ระยะเวลา\*สถานภาพ\*กลุ่ม) พบว่า มีค่าเท่ากับ .946,  $F = .467$ ,  $p = .760$  ซึ่งแสดงว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างระยะเวลา กลุ่ม และสถานภาพ กล่าวคือ ในระยะเวลาการวัดที่แตกต่าง ในกลุ่มกลุ่มทดลองกับในกลุ่มควบคุม กลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัว กับความสุขในครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาถึงความต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่ม โดยพิจารณาจากค่า Box's M พบว่า มีค่าเท่ากับ 134.236,  $F = 1.459$ ,  $p = .011$  แสดงว่า ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มแตกต่างกัน

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุที่มีการวัดซ้ำแบบสามทาง (Three-way MANOVA repeated measurement)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
1. การจัดการ ภาวะครอบครัว	การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล (Main effect)	6.458	1.178	5.481	488.611*
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด* สถานภาพ	.020	1.178	.017	1.489
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด*กลุ่ม	4.372	1.178	3.711	330.839*
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด* สถานภาพ*กลุ่ม	.001	1.178	.001	.055
	ความคลาดเคลื่อน	.476	42.413	.011	
	รวม	11.327	47.125	9.221	
	2. ความสุข ในครอบครัว	การวัดก่อน หลัง และการติดตามผล (Main effect)	6.013	1.344	4.472
ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด* สถานภาพ		.008	1.344	.006	.300
ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด*กลุ่ม		2.295	1.344	1.707	83.028*

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด* สถานภาพ*กลุ่ม	.039	1.344	.029	1.425
	ความคลาดเคลื่อน	.995	48.399	.021	
	รวม	9.35	53.775	6.235	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว พบว่า 1) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัดกับสถานภาพ ( $F = 1.489, p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มคู่สมรส ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน 2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัดกับกลุ่ม ( $F = 330.839^*, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป และ 3) ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด สถานภาพ และกลุ่ม ( $F = .055, p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการวัดที่แตกต่าง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองกับในกลุ่มควบคุม กลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของตัวแปรการจัดการภาวะครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว พบว่า 1) ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัดกับสถานภาพ ( $F = .300, p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยกับเพศกลุ่มคู่สมรส ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน 2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัดกับกลุ่ม ( $F = 83.028^*, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป และ 3) ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interaction effect) ระหว่างระยะเวลาในการวัด สถานภาพ และกลุ่ม ( $F = 1.425, p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการวัดที่แตกต่าง ได้แก่ ก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรความสุขในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุข ในครอบครัว ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ช่วงเวลาการวัด	ค่าเฉลี่ย				ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		
		M	SD	M	SD	
1. การจัดการ ภาวะครอบครัว	ก่อน	1.89	.11	1.81	.08	.08
	หลัง	1.97	.08	2.67	.19	-.70*
	ติดตามผล	1.98	.06	2.74	.16	-.76*
2. ความสุข ในครอบครัว	ก่อน	2.44	.22	2.30	.22	.14
	หลัง	2.59	.13	3.03	.12	-.44*
	ติดตามผล	2.64	.06	3.10	.10	-.46*

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = .08) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = -.70\*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = -.76\*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสุขในครอบครัวก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = .14) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = -.44\*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย = -.46\*) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์ไว้การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

#### สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. องค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว องค์ประกอบด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว และองค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว
2. การจัดการภาวะครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง
4. กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

#### สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยสรุปได้ตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผลการศึกษาอิทธิพลการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. ผลการศึกษาครอบคุณภาพชีวิตเชิงบูรณาการต่อการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 1. ผลการศึกษาองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และผลการศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 6

##### 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 76.03 เพศชาย จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 61.86 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 63.92 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 1-3 เดือน จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 45.62

1.2 คะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

1.3 ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 อยู่ในระดับปกติ

##### 2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 61.86 โดยมีสถานภาพเป็นภรรยา มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คน จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88

2.2 คะแนนเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

2.3 ความสุขในครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ

ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตบริการสุขภาพที่ 6

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary confirmatory factor analysis) ได้ใช้โปรแกรม LISREL Version 8.72 โดยผู้วิจัยได้สร้างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance matrix) เพื่อนำความแปรปรวนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการวิเคราะห์แบบจำลองตามสมมติฐานที่ได้จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบจำลองสมมติฐานยังไม่มี ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ



เกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 8219.95, df = 320, p-value = .000; Chi-square/ df = 25.68; RMSEA = .180; RMR = .13; SRMR = .15; CFI = .89; GFI = .56; AGFI = .48; CN = 54.18

2. ผลการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่ปรับแก้ (Adjust model) การที่ผลของการวิเคราะห์แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวตามสมมติฐานที่พบว่า แบบจำลองยังไม่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้วิจัยได้ปรับแก้แบบจำลอง โดยการพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ของตัวแปรเชิงประจักษ์ที่มีค่าน้อยกว่า .30 ก็จะดำเนินการตัดตัวแปรเชิงประจักษ์ดังกล่าวทิ้ง เพราะตามข้อเสนอแนะของไวเทล และคณะ (Vitale et al., 2002) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm factor analysis) จะนับว่าตัวแปรเชิงประจักษ์เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่ดี ถ้าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ควรมีค่ามากกว่า .30 หากมีค่าดังกล่าว สามารถที่จะพิจารณาตัดออกไปได้ เพราะไม่อาจนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่ดีได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตัด ดังนี้

1. strman6 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมองว่าท่านร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .27

2. cofman10 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สะดวกในการติดต่อ/ คบหากับเพื่อน เนื่องจากการดูแลท่าน) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .19

3. cofman12 (ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลท่าน) เพราะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ .24

ทั้งนี้พบว่า การตัดองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบแล้ว พบว่าแบบจำลองก็ยังไม่กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง โดยยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเชิงประจักษ์ (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาให้คู่ของตัวแปรเชิงประจักษ์ในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันก่อน ประกอบกับการพิจารณาคำแนะนำจากโปรแกรม LISREL รวมทั้งสิ้น 34 คู่ความสัมพันธ์ ผลของการปรับแก้แบบจำลองดังกล่าว พบว่าแบบจำลองที่ได้ทำการปรับแก้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยพบว่า  $\chi^2 = 411.28$ , df = 214, p-value = .000 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอย่างยิ่งยังมีนัยสำคัญทางสถิติ  $\chi^2 / df = 1.92$  ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 2.00 RMSEA = .047 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 RMR = .042 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 SRMR = .041 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 CFI = .98 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 GFI = .92 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 AGFI = .91 ผ่านเกณฑ์แล้ว เพราะว่ามีค่ามากกว่า .90 และ CN = 205.86 ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 200.00

พบว่า แบบจำลองการจัดการภาวะครอบครัวที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ คำนวณความกลมกลืน ได้แก่ Chi-square = 411.28, df = 214, p-value = .000; Chi-square/ df = 1.92; RMSEA = .047; RMR = .042; SRMR = .041; CFI = .98; GFI = .92; AGFI = .91; CN = 205.86 มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. การจัดการความตึงเครียดของครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .96 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 20.57$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .08 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 92

2. การจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 26.67$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .10 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 90

3. การจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 23.12$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .40 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 60

4. เจตคติของครอบครัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ( $\lambda$ ) (Standardized solution) เท่ากับ .48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.60$ ) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ( $\theta$ ) เท่ากับ .77 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 23

## 2. ผลการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 0-4, ไม่เคยเลย-ทำประจำ) แล้วดำเนินการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัวที่มีต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL

แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL ดำเนินการตรวจสอบแบบจำลองตามสมมติฐาน (Hypothesis model) พบว่า

แบบจำลองยังไม่มีผลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้  
 Chi-square = 160.09, df = 5, p-value = .000; Chi-square/ df = 32.018; RMSEA = .201; RMR = .015; SRMR = .054; CFI = .94; GFI = .92; AGFI = .77; CN = 74.34 เกณฑ์ดังกล่าว พบว่า  
 Chi-square/ df ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 2.00 RMSEA ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้  
 คือ .05 SRMR ยังมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ .05 AGFI ยังมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้  
 คือ .90 และ CN ยังมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 200 ผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง  
 เพื่อให้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Adjust model) โดยการยอมให้ความคลาดเคลื่อน  
 ของตัวแปรสังเกต (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาให้คู่ของตัวแปรสังเกต  
 ในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันก่อน ประกอบกับการพิจารณาคำแนะนำจาก โปรแกรม  
 LISREL รวมทั้งสิ้น 2 คู่ความสัมพันธ์ พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์  
 โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 5.63, df = 3, p-value = .131; Chi-square/ df =  
 1.87; RMSEA = .034; RMR = .0028; SRMR = .0079; CFI = 1.00; GFI = 1.00; AGFI = .99;  
 CN = 1516.16 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความเชื่อมั่นในการประมาณค่าพารามิเตอร์  
 ของแบบจำลองสมการที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) ที่พบว่า การจัดการภาวะครอบครัว  
 มีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ  
 .89 และสามารถทำนายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 71 (ตอบสมมติฐานการจัดการภาวะ  
 ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับความสุขในครอบครัว)

### 3. ผลการปริกษาครอบครัวเชิงบูรณาการต่อการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90  
 ที่เหลือเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 10 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 และ  
 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 10 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50) เพศหญิง (ร้อยละ  
 50) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ทั้งกลุ่มทดลองและ  
 กลุ่มควบคุม สถานภาพสมรส คู่ทั้งหมด (ร้อยละ 100) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง  
 อยู่ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 30 มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 40  
 ส่วนกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 30 มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน  
 ร้อยละ 40 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 30 อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย ไม่มีอุปกรณ์ติดตัว ร้อยละ 100  
 ทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.9 คน (สูงสุด 7 คน ต่ำสุด 3 คน SD = 1.2) ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.5 คน (สูงสุด 4 คน ต่ำสุด 3 คน SD = 0.5) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวในกลุ่มทดลอง เฉลี่ย 20,000 บาท (สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 5,000 บาท SD = 9817.3) ส่วนกลุ่มควบคุมรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว เฉลี่ย 21,500 บาท (สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท SD = 8514.7) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 43.9 ปี (สูงสุด 53 ปี ต่ำสุด 30 ปี SD = 7.9) ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.8 ปี (สูงสุด 55 ปี ต่ำสุด 26 ปี SD = 8.5) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (คะแนน Barthel ADL index) เฉลี่ย 64.5 (สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 50 ปี SD = 6.9) ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (คะแนน Barthel ADL index) เฉลี่ย 66.0 (สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 50 ปี SD = 6.9) ระดับความรู้สึกรู้ตัว (Glasgow coma scale: GCS) ทั้งสองกลุ่ม เฉลี่ย 15 (สูงสุด 15 ต่ำสุด 15 SD = 0) ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 7.9 (สูงสุด 12 ต่ำสุด 5 SD = 2.7) ส่วนกลุ่มควบคุมระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) เฉลี่ย 8.0 (สูงสุด 12 ต่ำสุด 5 SD = 2.6) ระดับความพิการ (The modified rankin scale: mRS) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เฉลี่ย 3 (สูงสุด 3 ต่ำสุด 3 SD = 0)

#### ผลการรักษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

การจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล อยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

พบว่า ความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังทดลองอยู่ในระดับมาก และระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ความสุขในครอบครัวระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรสผู้ป่วย ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุที่มีการวัดซ้ำ (Two-way MANOVA repeated measurement) พบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัดกับสถานภาพ ( $F = .341$ ,  $p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยกับคู่สมรส ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว

ในแต่ละช่วงเวลาการวัด (Main effect) ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ( $F = 536.362^*$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว หลังการทดลองมากกว่า ก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.859^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.931^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าหลังการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.072^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction effect) ระหว่างช่วงระยะเวลาในการวัด กับสถานภาพ ( $F = 1.319$ ,  $p > .05$ ) อธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยกับคู่สมรสผู้ป่วย ในแต่ละช่วงเวลาของการวัด ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว ในแต่ละช่วงเวลาการวัด (Main effect) ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ( $F = 256.043^*$ ,  $p < .05$ ) ซึ่งจะต้องดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัวหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.730^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.800^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผลมากกว่าหลังการทดลอง (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย =  $-.070^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) กับกลุ่มควบคุม (Control group) ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยมีสถานภาพเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม ดำเนินการโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุมีการวัดซ้ำแบบสามทาง (Three-way MANOVA repeated measurement) พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม ในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.81$ ,  $SD = .08$ ) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.67$ ,  $SD = .19$ ) ระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.74$ ,  $SD = .16$ )

การจัดการภาวะครอบครัวโดยรวมของกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.89$ ,  $SD = .11$ ) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.97$ ,  $SD = .38$ ) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 1.98$ ,  $SD = .06$ )

ความสุขในครอบครัวโดยรวมของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.30, SD = .22$ ) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.03, SD = .12$ ) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.10, SD = .10$ )

ความสุขในครอบครัวโดยรวมของควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.44, SD = .22$ ) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.59, SD = .13$ ) และระยะติดตามผลอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.64, SD = .06$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ที่ปรับแก้ (Adjust model) แสดงให้เห็นว่า การจัดการภาวะครอบครัวมีองค์ประกอบร่วมกัน 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1.1 ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family conflict management)
- 1.2 ด้านการจัดการความขัดแย้งของครอบครัว (Family conflict management)
- 1.3 ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management)
- 1.4 ด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude)

แต่ละองค์ประกอบสามารถประมาณค่าน้ำหนักขององค์ประกอบของการเป็นองค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยพบว่า องค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดตามทฤษฎีการจัดการภาวะครอบครัวของซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ที่มองการจัดการภาวะครอบครัวในการดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคลที่ต้องปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล (Role strain) และความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง (Personal strain) ซึ่งเป็นแนวคิดที่แพร่หลาย ในประเทศไทยได้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จากทฤษฎีของซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) โดยมีการนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย หลังจากนั้นทำการประเมินคุณภาพแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนั้น ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย

มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .39 ถึง .73 การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีโครงสร้างในบริบทของสังคมไทย จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90, .86, .78 และ .72 ตามลำดับ (ชนัญชิตาคุษฎิ ทูลศิริ และคณะ, 2554) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นแบบวัดที่เหมาะสมสำหรับการวัดการจัดการภาวะครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้นำไปศึกษานำร่องกับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ครอบครัว เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed method designs) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ครั้งนั้น ผลการศึกษาพบว่า ในบริบทสังคมไทย การรับรู้การจัดการภาวะครอบครัวมีด้วยกันทั้งหมด 3 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) และความรู้สึกผิด (Guilt) (Chuyingsakultip et al., 2016) ส่วนด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนนั้น เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่อง เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ ภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย จึงพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกยินดี และเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ยังไม่เกิดความรู้สึกว่าไม่ต้องการดูแล หรืออยากที่จะเลิกดูแล

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ถึง 1 ปี จำนวน 388 ครอบครัว ซึ่งผลการศึกษา พบว่า แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีแนวคิดมาจากทฤษฎีของซาริต และคณะ (Zarit et al., 1980) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .95 ข้อคำถามแต่ละข้อของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตั้งแต่ .41 ถึง .90 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว มีโครงสร้าง จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ด้านการจัดการความขัดแย้งของครอบครัว ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัว และด้านเจตคติของครอบครัว โดยแต่ละองค์ประกอบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80, .81, .92 และ .87 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของซาริต และคณะ (Zarit et al., 1986) และซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) ที่พบว่า ประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) ความรู้สึกผิด (Guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude)

โดยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแล

ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้างตามสมมติฐาน พบว่า แบบจำลองสมมติฐานยัง ไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า  $\chi^2 = 4617.82$ ,  $df = 372$ ,  $p\text{-value} = .00$ ; Relative  $\chi^2 = 12.41$  ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 2.00 RMSEA = .12 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า .05 GFI = .69 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .90 AGFI = .64 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .90 RMR = .08 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า .05 P-value for test of close fit = .00 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 CFI = .78 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .90 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแก้แบบจำลอง (Adjust model) โดยการพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardize factor loading) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีองค์ประกอบร่วมกัน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ด้านการจัดการความขัดแย้งของครอบครัว ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และด้านเจตคติของครอบครัว ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันที่แสดงดังกล่าวข้างต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการจัดการภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ในการวัดการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีความเที่ยงตรง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ถือว่าการวิจัยเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการจัดการภาวะครอบครัว เป็นครั้งแรกในบริบทสังคมครอบครัวไทย

ข้อสรุปของการศึกษาขององค์ประกอบการจัดการภาวะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตบริการสุขภาพที่ 6 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยและคู่สมรสของผู้ป่วย รวมทั้ง 776 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่สามารถอธิบายการจัดการภาวะครอบครัวต่ำที่สุด คือ องค์ประกอบด้านเจตคติของครอบครัว โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 23 ส่วนองค์ประกอบที่อธิบายการจัดการภาวะครอบครัวสูงที่สุด คือ องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวชี้วัดหลัก (ตัวชี้วัดแต่ละตัวแปรมีความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า  $R^2$ ) ได้ร้อยละ 92

2. ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาอิทธิพลของการจัดการภาวะครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการ โครงสร้าง



(Structural equation model: SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL ดำเนินการตรวจสอบแบบจำลองตามสมมติฐาน (Hypothesis model) พบว่า แบบจำลองยังไม่มีผลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้แบบจำลองเพื่อให้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Adjust model) โดยการยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต (Error variance) บางคู่ให้มีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาให้คู่ของตัวแปรสังเกตในตัวแปรแฝงเดียวกันมีความสัมพันธ์กันก่อนรวมทั้งสิ้น 2 คู่ความสัมพันธ์ พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติเกณฑ์ดังนี้ Chi-square = 5.63, df = 3, p-value = .131, Chi-square/ df = 1.87; RMSEA = .034; RMR = .0028; SRMR = .0079; CFI = 1.00; GFI = 1.00; AGFI = .99; CN = 1516.16 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ความเชื่อมั่นในการประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลองสมการที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust model) ที่พบว่า การจัดการภาวะครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .89 และสามารถทำนายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 71 ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในครอบครัว

3. ผลการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยพบว่า มีคะแนนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะ โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผลของการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเริ่มพัฒนาการศึกษารอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน อายุช่วง 20-55 ปี เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง เพราะเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการสร้างความมั่นคงให้แก่ครอบครัว และเป็นช่วงเวลาเลี้ยงดูบุตรซึ่งอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเองเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วย คู่สมรสของผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลทั้งหมด 4 ด้านด้วยกัน คือ ด้านการปฏิบัติการดูแลโดยตรงเรื่องกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ด้านการดูแลระคับประคองจิตใจ และด้านเศรษฐกิจการเงิน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนถึงเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยว่าจะสามารถหายเป็นปกติได้หรือไม่จะมีวิธีการช่วยเหลือหรือแก้ไขอย่างไรได้บ้าง ดังนั้น จึงเป็น โรคที่เป็นภาระต่อการดูแลที่สำคัญต่อครอบครัว เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ทั้งในเพศชายและหญิง

ทางด้านตัวผู้ป่วยเองอาจเกิดความพิการ เนื่องจากผลของโรคที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตลอด นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักจะพบว่าความพิการของร่างกายทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อย หรือบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย ทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากที่เคยพึ่งพาตนเองได้หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ กลับต้องมาพึ่งพาผู้อื่นแทน ภายในครอบครัวเกือบทุกครอบครัวจะเกิดความวุ่นวาย เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง ทำให้เกิดหนี้สิน และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และบุตรได้รับผลกระทบด้านการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้เกิดเป็นภาระของครอบครัว

การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ที่ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นอย่างเหมาะสมตามระยะพัฒนาการของครอบครัว (เพ็ญนภา กุลนภาดล, 2559) การพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกัน ในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว นอกจากนี้ ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่า การพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ (Corey, 2009) กำหนดกิจกรรมในโปรแกรมรวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง (กำหนดกิจกรรมการปรึกษาประมาณสัปดาห์ละครั้ง) โดยครั้งแรก ที่คลินิกหลอดเลือดสมองในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้แพทย์พิจารณาว่า สภาพผู้ป่วยอาการคงที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างปลอดภัย ส่วนในครั้งถัดไป เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยจะทำเป็นตารางนัดหมายวันที่และเวลาให้กับครอบครัวผู้รับการรักษาแต่ละครอบครัว โดยในช่วงของระยะเวลาที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จะมีการโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ร่วมด้วย โดยในการพบกันแต่ละครั้ง จะมีการใช้เทคนิคของทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)

ร่วมกับเทคนิคเส้นลวดประสพการณ์ จากทฤษฎีเน้นประสพการณ์และมนุษยนิยม และเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) จากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น เพื่อให้การปรึกษาคกรอบครัวเชิงบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะเวลา ก่อน หลัง และระยะติดตามผลการทดลอง โดยการปรึกษาคกรอบครัวเป็นการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้สามารถคิดและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว โดยผ่านขั้นตอนและกระบวนการของการให้การปรึกษา ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหาาร่วมกันของสมาชิก และการเลือกหรือกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขร่วมกัน การวางแผนในการแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการแก้ไวนั้นเป็นระยะ ๆ และปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมที่สุด ก่อนที่จะถึงขั้นตอนของการยุติการปรึกษา โดยเน้นการคิด วิเคราะห์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก ผู้ให้การปรึกษาเพียงแต่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ เสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว เพื่อให้สมาชิกได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมด้วยการตัดสินใจของตนเอง ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเอง รู้จักและเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบในการเลือกหรือการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ดีขึ้น มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ เกิดความสมดุลในครอบครัว และมีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวไปในทิศทางที่ครอบครัวพึงประสงค์ โดยการปรึกษาคกรอบครัวเชิงบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบร่วมกัน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ด้านการจัดการความขัดแย้งของครอบครัว ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว และด้านเจตคติของครอบครัว มีเป้าหมายของการปรึกษาคกรอบครัว เพื่อช่วยให้ตัวผู้ป่วย และสามีหรือภรรยารับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และช่วยกันมองหาทางแก้ไขปัญหา นั้นไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ โดยให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในบริบทของเขา เพื่อช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ความตึงเครียด ความขัดแย้ง ความรู้สึกผิด และทัศนคติที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงครอบครัวต่อไปได้อย่างมีความสุข ดังนั้นจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการปรึกษา (ตอบสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ได้แก่ กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะหลังการทดลอง)

4. ผลจากการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม และค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการปรึกษาครอบครัว ทั้งตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ได้มีโอกาสร่วมกันในการทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ในการปรึกษาแต่ละครั้ง สามี ภรรยา ได้มีการพูดคุยในสิ่งที่ก่อนหน้านี้อาจไม่กล้าที่จะพูดต่อกัน แต่จากกิจกรรมการปรึกษาทำให้ทั้งคู่ได้มีโอกาสหันหน้าเข้ามาพูดคุย ปรึกษากันมากขึ้น เข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น การวาดภาพ ระบายสี และการทำแผนภูมิครอบครัว “อ้อๆ หมอเอาอะไรมาให้ผมทำ ผมไม่เคยได้วาดอีกเลยหลังจากเรียนประถม 30 ปีได้แล้วนะหมอ” เป็นคำพูดของครอบครัวผู้รับการปรึกษาครอบครัวหนึ่งและอีกหลาย ๆ ครอบครัว จะพบว่า ในกิจกรรมครั้งนี้ของการปรึกษา จะใช้เวลาเป็นพิเศษ การปลูกต้นไม้แห่งรัก “ผมย้ายต้นไม้ที่ปลูกวันนั้นไปลงดินแล้วหมออยากให้มีมันโตเร็ว ๆ” เป็นคำพูดของครอบครัวผู้รับการปรึกษาครอบครัวหนึ่ง คูวีดีโอ “ขอบคุณคุณหมอมามากนะ ปกติป่าไม่เคยได้ดูหนังหรืออะไรด้วยกันเลย ได้ความรู้ ได้แง่คิด และสนุกมาก ขอขอบคุณหมอจริง ๆ มากอ้อ ๆ นะ” เป็นคำพูดของครอบครัวผู้รับการปรึกษาครอบครัวหนึ่ง ฟังเพลง การทำเส้นลวดประสมการณ์ชีวิต ถึงเป็นสิ่งที่ไม่ถนัดหรือไม่เคยทำมาก่อน “ชีวิตแก่ที่ผ่านมามาจนถึงตอนนี้เป็นแบบนี้เองหรือ ชื่นเพ็งรู้เลยนะเนี่ย” เป็นคำพูดของครอบครัวผู้รับการปรึกษาอีกครอบครัวหนึ่ง ส่วนอีกครอบครัว “เหมือนเส้นกราฟนะแก มีขึ้นลง เดี่ยวขึ้นทำให้ดู” ซึ่งเทคนิคและกิจกรรมที่นำมาใช้เหล่านี้ ทำให้เห็นการพัฒนาที่ดีขึ้นในแต่ละครอบครัวที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการครั้งนี้ ทั้งตัวผู้ป่วยและคู่สมรสได้เห็นการพัฒนาที่ดีขึ้นของแต่ละฝ่าย เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ครอบครัวเผชิญอยู่ และช่วยเหลือกันในการก้าวผ่านเหตุการณ์นี้ไปด้วยกัน และในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพของผู้วิจัยกับครอบครัว โดยผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข และปฏิบัติงานที่หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้พบกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วัยแรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว ดังนั้น ในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ทำให้เกิดความไว้วางใจ จึงส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในการปรึกษาครอบครัวตามมาด้วย และในขั้นตอนการแนะนำตนเองกับสมาชิกครอบครัว การปรึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ระยะเวลาการปรึกษา เพื่อให้สมาชิกทุกคนรับทราบและเข้าใจตรงกัน ใช้ทักษะเบื้องต้นของการปรึกษาครอบครัว เช่น การใช้คำถามปลายเปิด การฟังอย่างใส่ใจ การเงียบ การทวนความ และการสะท้อนความรู้สึก เป็นต้น ด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่น เป็นมิตร จึงก่อให้เกิดความไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีต่อกัน การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ พบว่า ช่วยทำให้ผู้วิจัยเข้าถึงครอบครัว ได้รับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวจากการทำแผนภูมิ

ครอบครัว ค้นพบประเด็นที่จะนำไปสู่การวางแผนในการปรึกษาครอบครัว และช่วยเหลือครอบครัว ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสิ่งที่ครอบครัวต้องการ ตรงประเด็น และเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุมจะพบว่า ค่าเฉลี่ยการจัดการภาวะครอบครัวโดยรวม และค่าเฉลี่ยความสุขในครอบครัว หลังการทดลองและระยะติดตามผลเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ตอบสมมติฐานข้อที่ 5 และ 6 ได้แก่ กลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัว ระยะ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีการจัดการภาวะครอบครัวและมีความสุขในครอบครัว ระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม)

สอดคล้องกับงานวิจัยด้านการปรึกษาครอบครัวที่ผ่านมาของชูวิทย์ รัตนพลแสนย์ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้การปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีการให้การปรึกษาครอบครัว กลุ่มพฤติกรรมนิยม และกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้จัก คุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรสทหารเรือที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สอดคล้องกับเคอร์ (Kner, 2008) ซึ่งได้ศึกษาระดับความสามารถในการแยกตนเองของคู่สมรส ที่มีต่อความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกให้การปรึกษาแก่คู่สมรสและครอบครัวบำบัดรัฐ โอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการวัดระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่ และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัว ก่อนเริ่มให้การปรึกษา และหลังให้การปรึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการปรึกษา คู่สมรสที่เป็นเพศหญิงมีระดับความสามารถในการแยกตนเอง ความพึงพอใจในสัมพันธภาพชีวิตคู่ และความสามารถในการจัดการปัญหาครอบครัวสูงกว่าก่อนเริ่มให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับเกรย์ (Gray, 2012) ที่พบว่า สุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในสามอันดับแรกที่ทำให้คนไทยมีความสุข (สามอันดับ ประกอบด้วย ภาวะเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพ) ความสุขที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความสุข ภาวะสุขภาพ และสัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ส่วนในระยะสุดท้ายของการปรึกษาครอบครัว เมื่อปัญหาในครอบครัวได้รับการแก้ไข หรือได้รับการส่งเสริมให้ดีขึ้นแล้ว สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ เข้าใจพฤติกรรม การกระทำของตนเองและครอบครัวมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก โดยการสะท้อน

ในสิ่งที่ได้รับในแต่ละครั้งหลังจบการปรึกษา และสรุปในภาพรวม ผู้วิจัยร่วมกับครอบครัววางแผนถึงการยุติการให้การรักษาและเตรียมการที่จะยุติการให้การรักษา การอภิปรายถึงเป้าหมายระยะยาว และหาทางป้องกันที่จะไม่ให้ปัญหาหวนกลับมาอีกในอนาคต และติดตามผลการให้การรักษา ครอบครัวอยู่เป็นระยะ ๆ ถึงแม้จะยุติการปรึกษาครอบครัวไปแล้ว

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการประเมินการจัดการภาวะครอบครัวในประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ เนื่องจากมีลักษณะเด่นในเรื่องสามารถวัดการจัดการภาวะครอบครัวในบริบทสังคมไทย ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ก่อนนำไปใช้ควรศึกษารายละเอียดของแบบวัด วิธีการใช้ และการแปลความหมายของแบบวัดให้เข้าใจก่อนนำไปใช้

2. การปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้รักษาครอบครัวลักษณะต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการปรึกษาทั้ง 12 ครั้งนี้ มีจุดมุ่งเน้นในเรื่องครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว ให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่า การพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ เป็นการช่วยเหลือผู้รับการรักษาและครอบครัวให้สามารถเข้าใจ และค้นพบทางเลือก พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ โดยผู้ให้การปรึกษามีหน้าที่ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และช่วยให้ผู้รับการรักษาและครอบครัวตระหนักรู้ในตนเองและสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการความตึงเครียด ความขัดแย้ง ความรู้สึกผิดของสมาชิกที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง แต่ผู้ที่จะนำโปรแกรมการปรึกษานี้ไปใช้ ควรเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้รักษาครอบครัว ได้รับการฝึกปฏิบัติ ฝึกการใช้เทคนิคต่าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ในการให้รักษาครอบครัว ก่อนที่จะนำไปใช้ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละคน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดความสุขในครอบครัวโดยเฉพาะ ที่สามารถวัดระดับความสุขของสมาชิกครอบครัวในภาพรวมได้ และควรทำการศึกษาความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการปรึกษาที่สามารถนำไปใช้กับผู้รับบริการจำนวนมากได้ในคราวเดียวกัน เช่น การบูรณาการระหว่างการปรึกษาคณะครอบครัวโดยจัดฝึกอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดบริการให้การปรึกษาออนไลน์ เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 59-76). กรุงเทพฯ: เอ็น. พี. เพรส.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น The happiness indicator (TMHI-15)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *เคล็ดลับการให้การปรึกษาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก (อผศ.).
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี เสนาสุ. (2559). *รายงานวิจัย ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย (Factors affect happiness in Thailand)*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- โกวิท ประวาลพฤกษ์. (2547). *การงานอาชีพและเทคโนโลยี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ.
- งานพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6. (2558). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560*. ชลบุรี: งานพัฒนาระบบบริการเขตบริการสุขภาพที่ 6.
- จรรยา ดาสา. (2552). *ความสุขในที่ทำงาน*. เข้าถึงได้จาก [http://www.il.mahidol.ac.th/th/images/stories/exchange/7-05-52\\_Column\\_6.pdf](http://www.il.mahidol.ac.th/th/images/stories/exchange/7-05-52_Column_6.pdf)
- จันทิมา องค์โฆษิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- จิตตินันท์ เศษะคุปต์. (2553). *แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา ใน จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). *การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชินกร น้อยคำยาง และปภาดา น้อยคำยาง. (2555). *รายงานการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีความสุขในการทำงานของบุคลากรในสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



- ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์. (2549). การให้คำปรึกษารอบครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสมรสของคู่สมรส  
ทหารเรือ. คุชฎินิพนธ์การศึกษาคุชฎินิพนธ์, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล. (2547). การศึกษาและพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบิดามารดา  
ในสังคมไทย. คุชฎินิพนธ์การศึกษาคุชฎินิพนธ์, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ไชยันต์ สกฤตศรีประเสริฐ. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*,  
44(1), 1-16.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี:  
สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นवलฉวี ประเสริฐสุข. (2558). สื่อสารอย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขในครอบครัว. *Veridian  
E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และ  
ศิลปะ*, 8(2), 737-747.
- นันทชัตต์สันท์ สกฤตพงศ์. (2557). บทความฟื้นฟูวิชาการ: จิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด  
แบบผสมผสาน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2(2), 103-114.
- นิภา นิยมไทย, อวยพร ตันมุขกุล, ทิพาพร วงศ์หังษ์กุล, พวงพยอม ปัญญา และชวพรพรรณ  
จันทร์ประสิทธิ์. (2553). ความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรค  
หลอดเลือด สมองที่บ้าน. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*,  
14(1), 17-31.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถ  
ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเชิด ภิญ โญอนันต์พงษ์. (2545). การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินทางการศึกษา. นนทบุรี:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประเวศ ะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2547). คู่มือนักบำบัดครอบครัวในคลินิก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนว  
และจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- พรปวีณ์ ชื่นใจเรื่อง และสุมาลี เอี่ยมสมัย. (2557). การให้ความหมายและการจัดการความทุกข์ที่รบกวนจากความพิการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(4), 170-177.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต). (2556). การพัฒนาความสุขในพุทธธรรม Happiness development in Buddhhadhamma. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 15(1), 91-99.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญนภา กุลนภาค. (2547). *การศึกษาและการพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญนภา กุลนภาค. (2555 ก). การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 57-66.
- เพ็ญนภา กุลนภาค. (2555 ข). การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโครงสร้าง: กลยุทธ์การพัฒนาครอบครัวอย่างยั่งยืน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(2), 24-32.
- เพ็ญนภา กุลนภาค. (2559). *การปรึกษาครอบครัว Family counseling*. ชลบุรี: เนติกุลการพิมพ์.
- ไพรัตน์ วงษ์นาม. (2542). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์*. ชลบุรี: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เมธินันท์ ภิญโญชน. (2539). *การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2556). *การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วย AMOS*. กรุงเทพฯ: วี.พี.เอ็นท์ (1991).
- ยุพดี ทรัพย์เจริญ. (2557). ผลการปรึกษาทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นต่อความสามารถในการแยกตนเองของนิสิตปริญญาตรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 12-29.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- เรวดี เพชรศิราสันต์, ศิริอร สินธุ, สายฝน เอกวางกูร, อุไร จรประพาพ และเจนเนตร พลเพชร. (2550). รายงานวิจัย: ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างคนสามวัย ในครอบครัวไทย. *วารสารพยาบาล*, 56(1-2), 23-31.

- ลัดดาวรรณ ณ ระนอง. (2546). การพัฒนาเจตคติ จริยธรรม และจรรยาวิชาชีพของนักแนะแนว. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพมหาบัณฑิตการแนะแนว หน่วยที่ 6 (Graduate professional experience in guidance)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชราษ.
- วันเพ็ญ มานะเจริญ. (2559). การศึกษาและพัฒนาการคืนสภาพครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษา. *คุษฎีนิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต*, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตรา สายอ่อง. (2555). นวัตกรรมโปรแกรมการให้การปรึกษาครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนอนุบาล ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 3(2), 89-110.
- ศิริฉนิ ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). รายงานผลการวิจัย เรื่อง *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริบุรณ์ สายโกสุม. (2554). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศิริบุรณ์ สายโกสุม. (2555). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (ฉบับสมบูรณั 2558)*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมโภชน์ อเนกสุข. (2554). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. ชลบุรี: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมโภชน์ อเนกสุข. (2555). *การวิจัยแบบผสม*. ชลบุรี: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.]. (2552). *คู่มือมาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ*. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาวะองค์กรเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุข ปี 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข ปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข ปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพิชฌาย์ เพ็ชรสกลไส. (2554). *การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรวัยรุ่น โดยการให้การปรึกษาครอบครัวแนวพฤติกรรมนิยม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุกมาส อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และรัชนิกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2556). *สถิติวิเคราะห์ สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุภีร์ ทุมทอง. (2557). *ความสำคัญของความสุข*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dhamdee.com/?p=8422>
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณ จงหว่งกลาง. (2549). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี ชัดเข้ม. (2547). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา*, 2(1), 15-42.
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวัลย์ รมชัย และวรวรรณ จุฑา. (2552). *รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรนัทร โดษยานนท์. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (เล่มที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 537-571). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค 19.
- อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-9.

- อาภรณ์ คำก้อน. (2553). การตรวจทางระบบประสาท I ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงได้จาก [http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km\\_Nervous\\_system1.html](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system1.html)
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เพื่องฟ้า พรินต์ติ้ง.
- อุสา สุทธิสาคร. (2559). จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- Adams, H. P., Davis, P. H., Leira, E. C., Chang, K. C., Bendixen, B. H., Clarke, W. R., Woolson, R. F., & Hansen, M. D. (1999). Baseline NIH stroke scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*, 53(1), 126-31.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Barker, E. (1994). *Neuroscience nursing*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Basawa, I. V., & Scott, D. J. (1983). *Asymptotic optimal inference for non-ergodic models. Lecture notes in statistics Vol. 17*. New York: Springer-Verlag.
- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit burden interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41(5), 652-657.
- Brandon, I. L. (2013). Easing the burden on family caregivers. *Nursing*, 43(8), 36-42.
- Brown, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 30-44.

- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing, 15*(6), 398-407.
- Chuyingsakultip, N., Chayvimol, R., Purananon, D., & Srichannil, C. (2016). Family burden of stroke patients in Rayong Hospital Thailand. *International Journal of Applied Psychology, 6*(1), 15-19.
- Cochran, N. B. (2011). *Bowen family system theory and relationship to teachers: Does differentiation of self predict teacher job satisfaction?*. Doctoral dissertation, Philosophy, The University of Southern Mississippi.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Cummins, R. A. (1993). *Comprehensive quality of life scale for adults* (ComQol-A4, 4<sup>th</sup> ed.). Melbourne, Australia: School of Psychology, Deakin University.
- Denno, M. S., Gillard, P. J., Graham, G. D., DiBonaventura, M. D., Goren, A., Varon, S. F., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*(9), 1731-1736.
- Diamantopoulos, A., & Siguaw, J. (2000). *Introducing LISREL: A guide for the uninitiated*. London: Sage.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1983). *The satisfaction with life scale*. Illinois: Manuscript submitted for publication, University of Illinois at Urbana Champaign.
- D'raven, L. L., & Pasha-Zaidi, N. (2014 a). Happiness strategies among Arab University students in the United Arab Emirates. *The Journal of Happiness & Well-Being, 2*(1), 1-15.
- D'raven, L. L., & Pasha-Zaidi, N. (2014 b). Positive psychology interventions: A review for counselling practitioners interventions de psychologie positive: Une revue à l'intention des conseillers praticiens. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 48*(4), 383-408.

- Elmståhl, S., Malmberg, B., & Annerstedt, L. (1996). Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 77*(2), 177-182.
- Fehring, R. J. (1994). The Fehring model. In R. M. Carroll-Johnson, & M. Paquette (Eds.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference* (pp. 55-62). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Flynn, L. C. V., & Knight, B. G. (2011). Confirmatory factor analysis of a brief version of the Zarit burden interview in black and white dementia caregivers. *The Gerontologist, 51*(4), 453-462.
- Freudiger, P. T. (1980). Life satisfaction among American woman (Doctoral dissertation, North Texas State University, 1979). *Dissertation Abstracts International, 40*, 6438A. (University Microfilms No. 80-12, 882).
- Gerritsen, J. C., & van der Ende, P. C. (1994). The development of a caregiving burden scale. *Age and Ageing, 23*(6), 483-491.
- Glade, A. C. (2005). *Differentiation, marital satisfaction and depressive symptoms: An application of Bowen theory*. Doctoral dissertation, Philosophy, The Ohio State University.
- Glenn, N. D. (1975). The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. *Journal of Marriage and the family, 37*(3), 594-600.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview* (8<sup>th</sup> ed.). Australia: Brooks/ Cole Cengage Learning.
- Gray, R. (2012). Happiness in Thailand. In H. Selin, & G. Davey (Eds.). *Happiness across cultures: Views of happiness and quality of life in Non-Western culture* (Volume 6, pp. 137-148). New York: Springer, Dordrecht.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hebert, R., Bravo, G., Preville, M. (2000). Reliability, validity and references values of the Zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging, 19*, 494-507.

- Howell, D. C. (1999). *Fundamental statistics for the behavioral sciences* (4<sup>th</sup> ed.). Pacific Grove, CA: Brook/ Cole.
- Howell, D. C. (2013). *Statistical methods for psychology* (8<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). *National clinical guideline for stroke* (4<sup>th</sup> ed.). London: Royal College of Physicians. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/file/1299/download?token=mcyQFjEq>
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors (Buddy), J. J., Demaerschalk, B. M., Khatri, P., McMullan, P. W., Qureshi, A. I., Rosenfield, K., Scott, P. A., Summers, D. R., Wang, D. Z., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for 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.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). LISREL 8: User's reference guide. *Scientific Software International, 7*, 121-122.
- Kamel, A. A., Bond, A. E., & Froelicher, E. S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. *International Journal of Nursing Practice, 18*, 147-154.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kline, T. J. B. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Knerr, M. R. (2008). *Differentiation and power in couples therapy*. Doctoral dissertation, Philosophy, Graduate school, The Ohio State University.
- Kott, K. (2014). Applying Bowen theory to work systems. *OD PRACTITIONER, 46*(3), 76-82.
- Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2015). Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. *Journal of Neurology and Neuroscience, 1*, 1-5. Retrieved from <http://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/burden-and-coping-strategies-in-caregivers-of-stroke-survivors.php?aid=6964>



- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89.
- Levene, J. E., Lancee, W. J., & Seeman, M. V. (1996). The perceived family burden scale: Measurement and validation. *Schizophrenia Research, 22*(2), 151-157.
- Lozano, R., & et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet, 380*(9859), 2095-2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research, 2*, 229-248.
- Michalos, A. C. (1980). Satisfaction and happiness. *Social Indicators Research, 8*, 385-422.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(5), 19-26.
- Murray, C. J. L., et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet, 380*(9859), 2197-2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry, 8*, 17. doi: 10.1186/1744-859X-8-17
- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes, 5*, 399. doi: 10.1186/1756-0500-5-399.
- Norcross, J., & Beutler, L. (2008). Integrative psychotherapies. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8<sup>th</sup> ed., pp. 481-511). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing, 12*(4), 209-215.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal, 32*(1), 6-12.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *The British Journal of Psychiatry, 138*, 332-335.

- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, *39*(2), 230-239.
- Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., Johnston, K. C., Johnston, S. C., Khalessi, A. A., Kidwell, C. S., Meschia, J. F., Ovbiagele, B., & Yavagal, D. R. (2015). American heart association/ American stroke association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. *Stroke*, *46*, 3020–3035.
- Rettker, H., & Geschwindner, H. M. (2014). Long-term outcomes of stroke rehabilitation: Patients and informal caregivers. *Pflege*, *27*(2), 131-133.
- Rudd, T., Bowen, A., James, M., & Young, G. (2016). *National clinical guideline for stroke: Prepared by the intercollegiate stroke working party* (5<sup>th</sup> ed.). Retrieved from [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx)
- Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J. V., & Kosloski, K. (2010). A dimensional analysis of caregiver burden among spouses and adult children. *The Gerontologist*, *51*(3), 321-331.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, *12*, 48.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research methods in psychology* (9<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sreedharan, S. E., Unnikrishnan, J. P., Amal, M. G., Shibi, B. S., Sarma, S., & Sylaja, P. N. (2013). Employment status, social function decline and caregiver burden among stroke survivors: A South Indian study. *Journal of the Neurological Sciences*, *332*(1-2), 97-101.
- Suwanwela, N. C., & Pongvarin, N. (2016). Asian stroke advisory panel. Stroke burden and stroke care system in Asia. *Neurology India*, *64*, 46-51.

- Tanrıverdi, D., & Ekinci, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 281-288. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02033.x
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. In M. McGillivray, & M. Clark (Eds.), *Understanding human well-being* (pp. 74-100). New York: United Nations University Press.
- Vitale, J. E., Smith, S. S., Brinkley, C. A., & Newman, J. P. (2002). The reliability and validity of the psychopathy checklist-revised in a sample of female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 29(2), 202-231.
- Winer, B. J., Brown, D. R., & Michels, K. M. (1991). *Statistical principles in experimental design* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- World Stroke Organization [WSO]. (2010). *World stroke day*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/Pages/AboutWorldStrokeDay2010.aspx>
- World Stroke Organization [WSO]. (2015). *World stroke day toolkit for healthcare professionals*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day-2015.html>
- World Stroke Organization [WSO]. (2017). *World stroke day 2017 what's your reason for preventing stroke?*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampaign.org/media/attachments/2017/07/20/english---world-stroke-day-2017-brochure-20170720.pdf>
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26(3), 260-266.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

- |   |   |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โพธิพันธ์ พานิช            | รองอธิการบดี สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์  |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีรัตน์          | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและ<br>การพยาบาลจิตเวชศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล    |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ต.ท.หญิง ดร.สุขอรุณ วงษ์ทิม | ผู้ช่วยอธิการบดี<br>มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช   |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร. ชนัดดา แนนเกษร    | อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา  |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สกล วรเจริญศรี             | อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนวและ<br>จิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัย<br>ศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร) |

**ภาคผนวก ข**

ค่า IOC แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว

การจัดการภาวะครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในสภาวะของผู้ป่วย ตระหนักรู้ เข้าใจ รับรู้ในบทบาท หน้าที่ ของตนเอง ต่อภาระ และมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน เนื่องจากการรับรู้ภาวะความเครียดที่ครอบครัวได้รับ ประกอบด้วยความรู้สึกถูกบีบคั้น ใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย ทำให้ครอบครัวรับรู้ได้ถึงความเป็นภาระ และสามารถเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
+	1. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวอีกจิตใจต่อพฤติกรรมของท่าน แต่ทุกคนยอมรับได้	1	1	1	0	1	.80	ปรับภาษา
+	2. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลท่านและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวยินดีที่จะกระทำ	1	1	1	1	1	1.00	
-	3. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวหงุดหงิดใจ หรือ โกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ท่าน	1	1	1	1	1	1.00	
-	4. ท่านรู้ว่าท่านทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	1	1	1	0	1	.80	ปรับภาษา
+	5. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ท่าน แต่ทุกคนสามารถปรับใจยอมรับได้	1	1	1	1	1	1.00	



ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
-	6. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมองว่าท่านร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	1	1	1	1	1	1.00	
+	7. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลท่านมาก จนไม่มีเวลาเป็นของตนเอง แต่ทุกคนยินดีและเต็มใจ	1	1	1	1	1	1.00	
-	8. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านสุขภาพไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	

**ด้านที่ 2 ด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management)** หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติบทบาท ไม่สามารถติดต่อ คบหา หรือการเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้ แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัว ขอมรับ และมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
+	9. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลท่าน แต่สมาชิกทุกคนยินดีที่จะดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	
-	10. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สะดวกในการติดต่อ/ คบหากับเพื่อน เนื่องจากการดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	

ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
+	11. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลท่าน แต่ทุกคนยอมรับที่จะปฏิบัติอย่างดีในการดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	
-	12. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	
+	13. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมข้างนอกได้เช่นเคย แต่ทุกคนยอมรับและมีการปฏิบัติที่เหมาะสม	1	1	1	1	1	1.00	
+	14. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ของตน ได้ อย่างเหมาะสม	1	1	1	1	1	1.00	
+	15. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน	1	1	1	0	1	.80	ปรับภาษา
-	16. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวท่านไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนตั้งแต่มาดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	

**ด้านที่ 3 ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของครอบครัว (Family guilt management)** หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือได้นอกจากสมาชิกในครอบครัวท่าน และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และร่วมมือกันดูแลครอบครัวอย่างดี

ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
+	17. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวคิดว่าท่านต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัว แต่ทุกคนให้การดูแลด้วยความเต็มใจ	1	1	1	0	1	.80	ปรับภาษา
-	18. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวคิดว่าท่านคาดหวังในตัวสมาชิกครอบครัวมาก เหมือนมีสมาชิกในครอบครัวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	1	1	1	1	1	1.00	
+	19. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่สมาชิกทุกคนมีกำลังใจในการปฏิบัติบทบาทของตน	1	0	1	1	1	.80	ปรับ ภาษา
-	20. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลท่าน	1	1	1	1	1	1.00	
+	21. โดยภาพรวมสมาชิกครอบครัวท่านรู้สึกว่าการดูแลท่านเป็นภาระสำหรับครอบครัว แต่สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและร่วมมือกันดูแลครอบครัวอย่างดี	1	1	1	0	1	.80	ปรับภาษา
-	22. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวต้องเปลี่ยนหน้าที่การทำงานตั้งแต่มาดูแลท่าน	1	0	1	1	1	.80	ปรับ ภาษา
+	23. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	1	0	1	0	1	.60	ปรับภาษา
+	24. ท่านรู้ว่าสมาชิกครอบครัวมีการดูแลใส่ใจ ความปลอดภัยของสมาชิก	1	0	1	0	1	.60	ปรับภาษา

**ด้านที่ 4 ด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude)** หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ด้านความคิด ความรู้สึก ทศนคติ ที่สับสน ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่สมาชิกครอบครัวรับรู้ และมีการปรับตัว ปรับสภาพจิตใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม

ข้อคำถาม	ข้อความ	ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่					ค่า IOC	ข้อเสนอแนะ
		1	2	3	4	5		
-	25. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวอยากที่จะเลิกดูแลท่าน และให้คนอื่นมาดูแลแทน	1	0	1	1	1	.80	ปรับภาษา
-	26. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ท่าน	1	0	1	0	1	.60	ปรับภาษา
-	27. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	1	0	1	1	1	.80	
-	28. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าน่าจะดูแลท่านได้ดีกว่านี้	1	0	1	0	1	.60	
+	29. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวท่านมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรักและความเอาใจใส่ในชีวิตประจำวัน เช่น สัมผัส ให้กำลังใจ โทรศัพท์ เป็นต้น	1	0	0	1	1	.60	
+	30. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวมีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานซึ่งกันและกัน เช่น การดูแลท่าน การทำอาหาร การทำความสะอาด เป็นต้น	1	0	0	1	1	.60	
+	31. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย เป็นต้น	1	0	1	1	0	.60	ปรับภาษา
+	32. ท่านรู้สึกว่าสมาชิกครอบครัวมีการสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ เช่น การพูดจา การให้คำแนะนำ การท้วงติงอย่างมีเหตุผล และการดูแลใส่ใจกัน	1	0	1	0	1	.60	ปรับภาษา

**ภาคผนวก ค**

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การเสริมสร้างการรับรู้ความเป็นภาระครอบครัวและความสุข  
ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่น

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE ENHANCEMENT OF STROKE PATIENTS FAMILY  
BURDEN AND FAMILY HAPPINESS THROUGH TRANSGENERATIONAL FAMILY COUNSELING  
THEORY

๒. ชื่อนิติ นางนันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์      หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
รหัสประจำตัว ๕๖๘๑๐๐๔๕ สาขาวิชา จิตวิทยาการศึกษา      คณะศึกษาศาสตร์  
 ภาคปกติ       ภาคพิเศษ

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว  
ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น  
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

- (✓) อนุมัติโครงการวิจัย  
( ) ไม่อนุมัติ

๔. วันที่ให้การอนุมัติ:.....๒๘.....เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิชิต สุรัตน์เรืองชัย)

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ขอให้พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง

EDU 03



คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
แบบคำร้องทั่วไปเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์

เรื่อง ...ขอแก้ไขหัวข้อวิทยานิพนธ์...  
เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
ชื่อนิสิต (นาย/นาง/นางสาว) ... น. น. น. ...  
หลักสูตร ... สาขาวิชา ...

ภาคปกติ  ภาคพิเศษ

รหัสประจำตัว ...  
มีความประสงค์ขอแก้ไขหัวข้อวิทยานิพนธ์ จาก ...  
เรื่องนามธรรม : THE ENHANCEMENT OF STROKE PATIENTS FAMILY DUREN AND FAMILY HAPPINESS THROUGH INTEGRATIVE FAMILY COUNSELING

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลายมือชื่อนิสิต ...  
(...)  
วันที่ ...

ความเห็นของประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	เสนอประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
... 24/6/60	... 24/6/60

ความเห็นคณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
...  
ลงนาม ...  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ ศิริสวัสดิ์)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน  
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์  
วันที่ ...

ที่อยู่และเบอร์ โทรที่สามารถติดต่อได้ปัจจุบัน ...  
โทร 087 05 80212



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

หัวข้อคุณูปการ เรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าและครอบครัวได้รับการอธิบาย  
จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด  
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ  
และข้าพเจ้ามีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม  
การวิจัย จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าและครอบครัว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและครอบครัว จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะ  
เปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์.....)



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

รหัสจริยธรรมการวิจัย .....

ชื่อผู้วิจัย นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น เพื่อพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทดลองใช้การปรึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น และศึกษาผลของการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ครอบครัวท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากครอบครัวท่าน เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ จะเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

เมื่อครอบครัวท่านเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว สิ่งที่ครอบครัวท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ร่วมกิจกรรมการปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กำหนดกิจกรรมใน โปรแกรมรวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง (กำหนดกิจกรรมการปรึกษาประมาณสัปดาห์ละครั้ง) โดยครั้งแรก ที่คลินิกหลอดเลือดสมอง ในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้แพทย์พิจารณาว่าสภาพผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถเข้าร่วม ในกิจกรรมตาม โปรแกรมได้อย่างปลอดภัย ส่วนในครั้งถัดไป เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวที่บ้าน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที โดยจะทำเป็นตารางนัดหมายวันที่และเวลา ให้กับครอบครัวผู้รับการปรึกษาแต่ละครอบครัว โดยในช่วงของระยะเวลาที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จะมีการโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ร่วมด้วย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนาการจากระบบ บริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มคุณภาพการดูแล ส่งผลดี ต่อครอบครัวผู้ป่วย และเกิดระบบบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของครอบครัวท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ครอบครัวท่าน มีสิทธิ์ขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และจะไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านและผู้ป่วยได้รับอยู่ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากครอบครัวท่าน จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับในตู้เอกสาร ในแบบสัมภาษณ์จะไม่ระบุชื่อและนามสกุลของท่าน จะใช้การลงรหัสแทน ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้ คือ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ การรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลงานวิจัยจะเป็นการบรรยายในภาพรวม พร้อมทั้งใช้ข้อมูล

ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี โดยข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจะทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจะทำการล้างข้อมูลทั้งหมดโดยการลบทิ้งทั้งหมด

หากครอบครัวท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือในการพบกันแต่ละครั้งตามการปรึกษา หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางนันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 08-7058-0712 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา กุลนภาดล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 08-1429-0496

นางนันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

ผู้วิจัย

หากครอบครัวท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ครอบครัวท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 0-3810-2561-2

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ครอบครัวท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ครอบครัวท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปบ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ พร้อมทั้งปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ง

การศึกษาครอบคุณเชิงบูรณาการ

เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



**การศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ**  
**เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

**ชื่อผู้วิจัย** นางนันทนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

**รหัสประจำตัว** 56810095

**ปริญญา** ปรัชญาคุณศึกษบัณฑิต

**วิชาเอก** จิตวิทยาการปรึกษา

**ภาควิชา** วิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2559

**คณะกรรมการควบคุมคุณภาพนิพนธ์**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เพ็ญภา กุลนภาค

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ดร.ประชา อินัง

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

## สารบัญ

รายละเอียดการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว และความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	หน้าที่
ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ “ครอบครัวของเรา”	217
ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียด ของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 1 “คืนไม้แห่งรัก”	226
ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียด ของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 2 “คุยกันนะ”	232
ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้ง ในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 1 “แยกตัวเองนะ”	237
ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้ง ในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 2 “ทำได้ดีนะ”	242
ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิด ของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 1 “ช่วยกันนะ”	247
ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิด ของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 2 “นั่นทำได้”	252
ครั้งที่ 8 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) ครั้งที่ 1 “เก่งขึ้นแล้วนะ”	257
ครั้งที่ 9 การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) ครั้งที่ 2 “ดูแลสุขภาพกันนะ”	261
ครั้งที่ 10 การเสริมสร้างความสุขในครอบครัวครั้งที่ 1 “เคารพและให้เกียรติ”	265
ครั้งที่ 11 การเสริมสร้างความสุขในครอบครัวครั้งที่ 2 “ครอบครัวอุ่นใจ”	270
ครั้งที่ 12 ยุติการปรึกษา	275

**ตารางสรุป ทฤษฎี เทคนิค และทักษะการให้การปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการ  
เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

การปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรูปแบบการปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีการจัดระบบ สัมพันธภาพ และการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถคิดพิจารณา และมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบครัวแสดงถึงการให้ความรัก ความอบอุ่น รับรู้บทบาทหน้าที่ของครอบครัว มีสัมพันธภาพ การสื่อสารที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจอันดีต่อกัน เพื่อที่จะทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีความสุข

การปรึกษารอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การจัดระบบของครอบครัว สัมพันธภาพ และการสื่อสาร โดยใช้ทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเป็นทฤษฎีหลัก ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ซึ่งสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเกี่ยวพันกัน ในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ภายในระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว นอกจากนี้ยังให้ความสนใจต่อความสัมพันธ์ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษหลายรุ่น เพราะเชื่อว่า การพิจารณาความสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาแต่ละรุ่นจะช่วยให้เข้าใจและทำนายประสิทธิภาพของครอบครัวรุ่นที่เป็นปัจจุบันได้ (Corey, 2009; Goldenberg & Goldenberg, 2013) โดยใช้เทคนิคของทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram) การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) ร่วมกับเทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) เทคนิคคำถามลำดับขั้น (Scaling questions) และเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) จากทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้น และเทคนิคเส้นลวดประสพการณ์ จากทฤษฎีเน้นประสพการณ์ และมนุษยนิยม ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มุ่งเน้นการจัดระบบของครอบครัว สัมพันธภาพ และการสื่อสารภายในครอบครัวได้ชัดเจน กระชับ ตรงประเด็น มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าสามารถจัดการและแก้ไขได้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ครอบครัวที่เข้ารับการปรึกษา มีความเข้าใจตรงกันและ

ปรับตัวได้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

การปรึกษาคณะครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความ  
ความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที  
โดยมีวัตถุประสงค์ ทฤษฎี เทคนิค และทักษะการปรึกษา แสดงในตาราง ดังนี้

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
1	ปฐมนิเทศและ สร้างสัมพันธภาพ (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกครอบครัว</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ของการปรึกษาคณะครอบครัว บทบาท หน้าที่ของสมาชิกครอบครัวและของผู้วิจัย รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ ในการให้คำปรึกษาคณะครอบครัว</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบประโยชน์จากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาคณะครอบครัว</li> <li>4. เพื่อประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b> เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</p> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสร้างสัมพันธภาพ</li> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
2	<p>การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านการจัดการ ความตึงเครียด ของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 1 (90 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสำรวจระบบ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเกี่ยวกับ ความผูกพันและการยอมรับกันและกัน การแยกตนเอง ระหว่างสมาชิกครอบครัว รุ่นบรรพบุรุษจนถึงรุ่นปัจจุบัน</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้และเข้าใจ ความสำคัญของความผูกพันและ การยอมรับกันและกันระหว่างสมาชิก ครอบครัวในระดับที่เหมาะสม ที่มีผลต่อ การอยู่ร่วมกันและมีความสุขในครอบครัว</li> <li>4. เพื่อเป็นการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยและ ครอบครัว</li> <li>5. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการแก้ไข เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และร่วมกัน เปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างการจัดการ ภาวะครอบครัวด้านการจัดการ ความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 1</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น <b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการทำ แผนภูมิครอบครัว (Genogram)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีเน้นทางออก</b> ระยะสั้น <b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <p>เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning)</p> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>



ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
3	การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านความตึงเครียด ของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 2 (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถใช้ภาษา ท่าทาง ถ้อยคำที่เหมาะสม ระหว่างสมาชิก ในครอบครัว ในการดำเนินชีวิตประจำวัน</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถ รับความรู้สึกส่วนตัวและแสดงออกได้ อย่างตรงไปตรงมาและเข้าใจตรงกัน</li> <li>4. เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ เข้าใจ และยอมรับ สภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และเสริมสร้าง การจัดการภาวะครอบครัว ด้านความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 2</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการสร้าง ความสัมพันธ์ แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีเน้นทางออก</b> ระยะสั้น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <p>เทคนิคคำถาม ลำดับขั้น (Scaling questions)</p> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
4	<p>การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านความขัดแย้ง ในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 1 (90 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันกำหนด บทบาทหน้าที่ให้มีความเหมาะสมและ ชัดเจนยิ่งขึ้น</li> <li>3. เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ เข้าใจ และยอมรับ สภาพการณ์ที่เกิดขึ้น</li> <li>4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว ด้านความขัดแย้งในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 1</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎี</b> เชื่อมโยง ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการจัดการ สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎี</b> เน้นทางออก ระยะสั้น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <p>เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning)</p> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
5	<p>การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านความขัดแย้ง ในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 2 (90 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้บทบาทหน้าที่ ของตนเอง</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้จักปฏิบัติหน้าที่ ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัว</li> <li>4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว ด้านความขัดแย้งในครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 2</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น <b>เทคนิคที่ใช้:</b> เทคนิคการจัดการ สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) <b>ทฤษฎีเน้นทางออก</b> <b>ระยะสั้น</b> <b>เทคนิคที่ใช้:</b> เทคนิคคำถาม ลำดับขั้น (Scaling questions) <b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
6	<p>การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านความรู้สึกผิด ของสมาชิก ครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 1 (90 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัว เข้าใจตนเอง และ มีการพัฒนาตนเอง วิเคราะห์สถานการณ์ ที่เกิดขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี</li> <li>3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว ด้านความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว ครั้งที่ 1</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎี</b> เชื่อมโยง ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิค การเผชิญหน้า (Confrontation)</li> </ul> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <p>เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning)</p> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
7	<p>การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านความรู้สึกลึก ของสมาชิก ครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 2 (90 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์</li> <li>3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านความรู้สึกลึกของสมาชิกครอบครัวครั้งที่ 2</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)</li> </ul> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคคำถามลำดับขั้น (Scaling questions)</li> </ul> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถามปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
8	การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านเจตคติของ ครอบครัว (Family attitude) ครั้งที่ 1 (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นถึงความสำคัญและส่งเสริมให้มีการดูแลจิตใจตนเอง และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง</li> <li>3. เพื่อให้ครอบครัวผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้</li> <li>4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว ครั้งที่ 1</li> </ol>	<b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> <b>ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</b> <b>เทคนิคที่ใช้:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)</li> </ul> <b>ทักษะ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถามปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อนความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> <li>- การรักษาความลับ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
9	การเสริมสร้าง การจัดการภาวะ ครอบครัว ด้านเจตคติของ ครอบครัว (Family attitude) ครั้งที่ 2 (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้จักรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้จักการดูแลและ เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง</li> <li>4. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นถึง ความสำคัญและส่งเสริมให้มีการดูแลจิตใจ ตนเอง และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และ เสริมสร้างการรับรู้ความเป็นภาวะ ครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว ครั้งที่ 2</li> </ol>	<b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> <b>ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</b> <b>เทคนิคที่ใช้:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการสร้าง ความสัมพันธ์ แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship)</li> </ul> <b>ทักษะ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>

ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรึกษา ครอบครัว
10	การเสริมสร้าง ความสุข ในครอบครัว ครั้งที่ 1 (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</li> <li>3. เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัวให้แก่ สมาชิกครอบครัว</li> </ol>	<p><b>ทฤษฎีเชื่อมโยง</b> ระหว่างรุ่นสู่รุ่น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview)</li> <li>- เทคนิคการสร้าง ความสัมพันธ์ แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship)</li> <li>- เทคนิค การเผชิญหน้า (Confrontation)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีเน้นทางออก</b> ระยะสั้น</p> <p><b>เทคนิคที่ใช้:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เทคนิคคำถาม ปาฏิหาริย์ (The miracle question)</li> </ul> <p><b>ทักษะ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฟัง</li> <li>- การใช้คำถาม ปลายเปิด</li> <li>- การสะท้อน ความรู้สึก</li> <li>- การตีความ</li> <li>- การสรุปความ</li> </ul>



ครั้งที่	เรื่อง	วัตถุประสงค์	ทฤษฎี เทคนิค และ ทักษะการปรัการศึกษา ครอบครัว
11	การเสริมสร้าง ความสุข ในครอบครัว ครั้งที่ 2 (90 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจกัน</li> <li>3. เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัวให้แก่ สมาชิกครอบครัว สนับสนุน และ ให้กำลังใจครอบครัว</li> </ol>	<b>ทฤษฎี</b> เชื่อมโยง ระหว่างรุ่นสู่รุ่น <b>เทคนิคที่ใช้:</b> เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) <b>ทฤษฎี</b> <b>เน้นประสบการณ์ และ</b> <b>มนุษยนิยม</b> <b>เทคนิคที่ใช้:</b> เทคนิคเส้นลวด ประสบการณ์ <b>ทักษะ:</b> - การฟัง - การใช้คำถาม ปลายเปิด - การสะท้อน ความรู้สึก - การตีความ - การสรุปความ
12	ยุติการปรึกษา (60 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสรุปผลการให้คำปรึกษาครอบครัว ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>2. เพื่อยุติการให้คำปรึกษาครอบครัว</li> </ol>	<b>ทักษะ:</b> - การฟัง - การใช้คำถาม ปลายเปิดและ ปลายปิด - การสะท้อน ความรู้สึก - การตีความ - การสรุปความ - การให้กำลังใจ

**รายละเอียดการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 1**

**เรื่อง**           ครอบครัวของเรา

**ระยะเวลา**   90 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษารอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวและของผู้วิจัย รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ในการให้คำศึกษารอบครัว
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวทราบประโยชน์จากการเข้าร่วมการให้คำศึกษารอบครัว
4. เพื่อประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

**แนวคิดสำคัญ**

การสร้างสัมพันธภาพในการปรึกษา เป็นขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า สมาชิกครอบครัว) และในครั้งแรกนี้ เน้นความสำคัญในการเปิดใจ การทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยต่อกัน ผู้วิจัยต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับสมาชิก ให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ ภายใต้อาณาเขตที่เหมาะสม ซึ่งทำให้ครอบครัวผู้รับการปรึกษาศรัทธาและเชื่อใจ สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การศึกษาและครอบครัวผู้รับการปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการปรึกษา สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ครอบครัวผู้รับการปรึกษาได้มีการสำรวจความคิดของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ซึ่งผลจากการสำรวจนี้เอง จะนำไปสู่การค้นพบปัญหาที่แท้จริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี ตลอดจนชี้แจงให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน กฎ กติกาของการให้การศึกษา บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว ที่สำคัญคือ เน้นเรื่องการรักษาความลับ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ตลอดจนให้ความสำคัญกับวิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว มุ่งเน้นความสัมพันธที่ผ่านมาจากครอบครัวรุ่นบรรพบุรุษมาจนถึงรุ่นปัจจุบัน ความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการแยกตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น และผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อประเมินครอบครัว โดยผู้ให้การศึกษาเริ่มสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลเพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยง ทั้งในด้านระบบ

อารมณ์ ความสามารถในการแยกตนเอง การเกิดภาวะสามเหลี่ยมสัมพันธ์ การจัดการความวิตกกังวล ในครอบครัว และการตัดขาดทางอารมณ์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความไว้วางใจ เปรียบเสมือน ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ผู้วิจัยเลือกใช้ทักษะพื้นฐานของการให้การปรึกษา เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การฟัง การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การสะท้อนความรู้สึก การตีความ การสรุปความ และการรักษาความลับ

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ใบงานที่ 1 “พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา”
3. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
4. ดินสอ ปากกา
5. ขางลบ

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกครอบครัว (สามีและภรรยา) และผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งให้สมาชิกครอบครัวแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship skills) ผ่านกิจกรรม “ครอบครัวของเรา” โดยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเลือกหีบบัตรคำสีขึ้นมาคนละ 1 แผ่น ซึ่งผู้วิจัยเตรียมสำหรับกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วยบัตรคำ 11 สี ได้แก่ สีแดง สีดำ สีส้ม สีชมพู สีม่วง สีฟ้า สีน้ำเงิน สีเขียว สีเหลืองสีน้ำตาล และสีขาว ซึ่งภายในบัตรคำเขียนข้อความไว้ เมื่อสมาชิกครอบครัวได้เลือกหีบขึ้นมาแล้ว จะให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ผ่านบัตรคำที่หีบได้ (พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลว่าเพราะอะไรถึงหีบสีนั้น ๆ)

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ตารางนัดหมาย และประโยชน์ที่ได้รับของการให้คำปรึกษาครอบครัว รวมทั้งบทบาทหน้าที่ในการเข้ารับคำปรึกษาของสมาชิกครอบครัวและผู้วิจัย ตลอดระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้คำปรึกษา

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการให้คำปรึกษาครอบครัวและวิธีการให้คำปรึกษา

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกทุกคน โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความไว้วางใจ เปรียบเสมือนผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และเพื่อประเมินครอบครัว โดยผู้ให้การปรึกษาเริ่มสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลเพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยง

ทั้งในด้านระบบอารมณ์ ความสามารถในการแยกตนเอง การเกิดภาวะสามเหลี่ยมสัมพันธ์ การจัดการความวิตกกังวลในครอบครัว และการตัดขาดทางอารมณ์

### ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำใบงานที่ 1 “พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา” โดยผู้วิจัยขอให้สมาชิกในครอบครัวบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว บอกเป้าหมายของครอบครัว และบอกถึงความต้องการของสมาชิกแต่ละคนเพื่อประเมินครอบครัว และรวบรวมข้อมูลของครอบครัวประกอบการวางแผนการช่วยเหลือ
2. ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวของครอบครัวและสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเกิดขึ้นกับครอบครัวตั้งแต่เมื่อไหร่
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว โดยผู้วิจัยทำให้สมาชิกครอบครัวรู้ว่าผู้วิจัยยอมรับและเข้าใจรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในครอบครัวและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือครอบครัวให้มีความเข้มแข็งขึ้น
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือในการเข้ารับการศึกษาในแต่ละครั้ง โดยให้สมาชิกครอบครัวได้อ่านรายละเอียด หากไม่เข้าใจส่วนใดสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา และหากไม่สะดวก สามารถถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลาเช่นกัน

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยใช้ทักษะการสรุปความ โดยให้สมาชิกครอบครัวช่วยกันสรุปประเด็น ได้แก่ วัตถุประสงค์ บทบาท ข้อตกลงเบื้องต้น ระยะเวลา สถานที่ รวมทั้งสิ่งที่ได้รับในการปรึกษาครั้งนี้
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน
3. ผู้วิจัยแจ้งให้สมาชิกครอบครัวได้เตรียมรูปที่ตนเองพอใจมากที่สุด หรือรูปที่สมาชิกครอบครัวชอบมากที่สุด สำหรับการทำกิจกรรมในครั้งถัดไป
4. ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการที่สมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

**หัวข้อคุณูปนิพนธ์** เรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าและครอบครัวได้รับการอธิบาย  
จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด  
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ  
และข้าพเจ้ามีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม  
การวิจัย จะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้าและครอบครัว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและครอบครัว จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะ  
เปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์.....)

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ

รหัสจริยธรรมการวิจัย .....

ชื่อผู้วิจัย นางนันทวัล ชูยิ่งสกุลทิพย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้น เพื่อพัฒนาการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทดลองใช้การปรึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น และศึกษาผลของการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ ครอบครัวท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากครอบครัวท่าน เป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ จะเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

เมื่อครอบครัวท่านเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว สิ่งที่ครอบครัวท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ร่วมกิจกรรมการปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กำหนดกิจกรรมใน โปรแกรมรวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง (กำหนดกิจกรรมการปรึกษาประมาณสัปดาห์ละครั้ง) โดยครั้งแรก ที่คลินิกหลอดเลือดสมอง ในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้แพทย์พิจารณาว่าสภาพผู้ป่วยอาการคงที่ สามารถเข้าร่วม ในกิจกรรมตาม โปรแกรมได้อย่างปลอดภัย ส่วนในครั้งถัดไป เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัวที่บ้าน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90 นาที โดยจะทำเป็นตารางนัดหมายวันที่และเวลา ให้กับครอบครัวผู้รับการปรึกษาแต่ละครอบครัว โดยในช่วงของระยะเวลาที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จะมีการโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ร่วมด้วย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนาการจักระบบ บริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มคุณภาพการดูแล ส่งผลดี ต่อครอบครัวผู้ป่วย และเกิดระบบบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของครอบครัวท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ครอบครัวท่าน มีสิทธิ์ขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และจะไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านและผู้ป่วยได้รับอยู่ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากครอบครัวท่าน จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับในตู้เอกสาร ในแบบสัมภาษณ์จะไม่ระบุชื่อและนามสกุลของท่าน จะใช้การลงรหัสแทน ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้ คือ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ การรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลงานวิจัยจะเป็นการบรรยายในภาพรวม พร้อมทั้งใช้ข้อมูล

ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี โดยข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจะทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยจะทำการล้างข้อมูลทั้งหมดโดยการลบทิ้งทั้งหมด

หากครอบครัวท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือในการพบกันแต่ละครั้งตามการปรึกษา หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางนันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์ หมายเลขโทรศัพท์ 08-7058-0712 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา กุลนภาดล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 08-1429-0496

นางนันทวล ชูยิ่งสกุลทิพย์

ผู้วิจัย

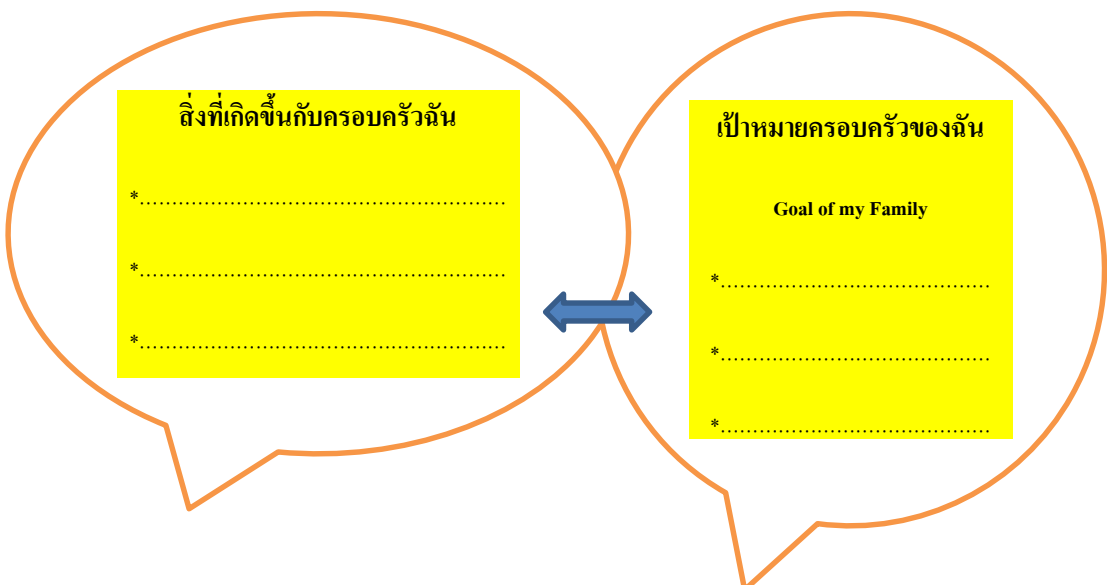
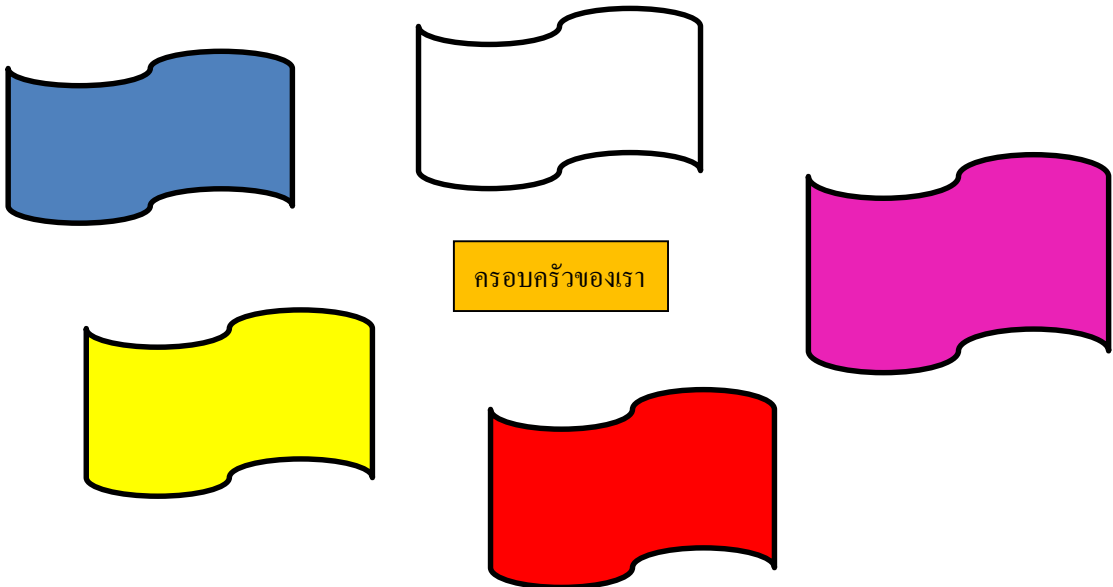
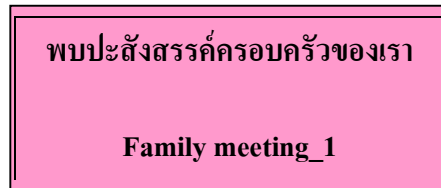
หากครอบครัวท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ครอบครัวท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 0-3810-2561-2

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ครอบครัวท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ครอบครัวท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปบ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ พร้อมทั้งปรึกษาครอบครัว เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้

# ใบงานที่ 1 “พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา: Family meeting 1”

(Creative Family Counseling\_plus.google.com/117109558563138505934:

Nimnual Chuyingsakultip on Pinterest)





- ชุดบัตรคำ: 1. ให้อธิบายเหตุผลในการเลือกหยิบสีนั้น ๆ  
 2. ตอบคำถามตามชุดข้อมูลในบัตรคำ  
 3. ความคิดเห็นอื่น ๆ.....

	<p style="text-align: center;">สีขาว/ สีน้ำตาล</p> <p style="text-align: center;">สิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจของครอบครัวฉัน</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>
	<p style="text-align: center;">สีแดง/ สีดำ</p> <p style="text-align: center;">เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของฉัน</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>
	<p style="text-align: center;">สีฟ้า/ สีน้ำเงิน/ สีเขียว</p> <p style="text-align: center;">กิจกรรมของฉันกับครอบครัว</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>
	<p style="text-align: center;">สีชมพู/ สีม่วง</p> <p style="text-align: center;">เรื่องที่น่ายินดีในครอบครัวของฉัน</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>
	<p style="text-align: center;">สีเหลือง/ สีส้ม</p> <p style="text-align: center;">สิ่งที่ครอบครัวฉันต้องการ</p> <p>1.....</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p>

แบบประเมินการให้คำปรึกษา  
ครั้งที่ 1

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

เข้าถึงได้จาก <https://m.youtube.com>watch>

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก

\* .....

\* .....

\* .....

\* .....



ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข



ภาพแสดงอารมณ์/ ความรู้สึก เข้าถึงได้จาก

[https://www.google.co.th/search?q=%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B9%81%E0%B8%AA%E0%B8%94%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%93%E0%B9%8C+%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B6%E0%B8%81&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjqqZe3qIjWAhUHN48KHQBLDXoQ\\_AUICigB&biw=1366&bih=662](https://www.google.co.th/search?q=%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B9%81%E0%B8%AA%E0%B8%94%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%93%E0%B9%8C+%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B6%E0%B8%81&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjqqZe3qIjWAhUHN48KHQBLDXoQ_AUICigB&biw=1366&bih=662)

**รายละเอียดการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 2**

**เรื่อง**           **ต้นไม้แห่งรัก** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียด  
ของครอบครัว (Family strain management) ด้วยการสัมภาษณ์และ  
การทำแผนภูมิครอบครัว

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

**ครอบครัว** เป็นสถาบันหลักสำคัญสถาบันแรกในสังคมที่มีส่วนเสริมสร้างความสัมพันธ์  
ให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว มีความรัก ความเข้าใจซึ่งกันละกัน เอื้ออาทร ห่วงใย ดูแล  
ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีความสุขและปลูกฝังบุคลิกภาพที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัวได้  
แต่ในขณะเดียวกัน เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันมาก่อนกับสมาชิก ทำให้สมาชิกในครอบครัว  
มีความขัดแย้ง ไม่เข้าใจกัน ครอบครัวก็จะไม่มีความสุข เกิดความตึงเครียดในครอบครัว สามีหรือ  
ภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน ใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึก  
ถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่าง  
บุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง  
และอาจส่งผลให้เกิดการเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งขึ้นมา เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว และไม่สามารถ  
ปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่อบอุ่นในครอบครัว  
ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัยทางจิตใจที่คนในครอบครัวรู้สึกเมื่ออยู่ร่วมกัน  
ซึ่งถ้าสมาชิกครอบครัวเข้าใจและสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บรรยากาศแห่งการมี  
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวนั้น จะเกิดขึ้นได้อีกครั้ง

การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ในครอบครัว  
ตั้งแต่รุ่นบรรพบุรุษจนถึงรุ่นปัจจุบัน เข้าใจความสำคัญของความผูกพันและการยอมรับกันและกัน  
ระหว่างสมาชิกครอบครัวในระดับที่เหมาะสม ที่มีผลต่อการอยู่ร่วมกันและมีความสุขในครอบครัว  
ผู้วิจัยใช้เทคนิคเทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) และเทคนิคการทำแผนภูมิครอบครัว (Genogram)  
จากทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น ใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) จากทฤษฎีเน้นทางออก  
ระยะสั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัว ใช้คำถามด้วยท่าทีของ  
ความเคารพ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสำรวจระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวเกี่ยวกับความผูกพันและการยอมรับกันและกัน การแยกตนเอง ระหว่างสมาชิกครอบครัวรุ่นบรรพบุรุษจนถึงรุ่นปัจจุบัน
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้และเข้าใจความสำคัญของความผูกพันและการยอมรับกันและกันระหว่างสมาชิกครอบครัวในระดับที่เหมาะสม ที่มีผลต่อการอยู่ร่วมกันและมีความสุขในครอบครัว
4. เพื่อกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา และร่วมกันเปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ครั้งที่ 1

## สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก”
2. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
3. ดินสอ
4. ยางลบ

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวทุกคนและสอบถามถึงการเข้าร่วมการให้การปรึกษาครั้งที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การปรึกษาในครั้งนี้

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการทำแผนภูมิครอบครัว เพื่อศึกษาประวัติครอบครัวเกี่ยวกับความผูกพันในครอบครัว การแสดงความรู้สึกเพื่อให้สมาชิกรับรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งให้สมาชิกได้กล่าวถึงสภาพปัญหาที่เกิดจากการแสดงออกถึงการเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป การไม่ยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยสอบถามถึงประวัติครอบครัวบรรพบุรุษว่าเคยมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นมาก่อนหรือไม่ และที่ผ่านมามีวิธีการแก้ไขอย่างไร และในรุ่นปัจจุบันนี้ สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ควรพัฒนาหรือปรับปรุงในส่วนใด
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงออกถึงความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยให้แต่ละคนบอกความรู้สึกที่มีต่อกันและกัน ให้สมาชิกพูดถึงการแสดงออกถึงพฤติกรรมดี ๆ ของสมาชิก ผู้วิจัย

ให้การสนับสนุนและชมเชยในข้อดี ผ่านรูปถ่ายที่แจ้งให้สมาชิกครอบครัวได้เตรียมไว้ตั้งแต่ก่อนจบการปรึกษาครั้งที่ 1 พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลว่าเพราะอะไร เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้หวนคิดถึงวันดี ๆ ที่มีร่วมกัน

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ถึงความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน ใน 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางอาชีพ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางจิตใจ ความรู้สึกถูกบีบคั้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรู้สึกถูกบีบคั้นทางกาย อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยให้สมาชิกได้บอกอย่างตรงไปตรงมา เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจ และสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บรรยากาศแห่งการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนั้น จะเกิดขึ้นได้อีกครั้ง

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันคิด และวาดรูปลงในใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก” โดยให้สมาชิกครอบครัวได้วาดรูปในกระดาษที่ผู้วิจัยเตรียมมาให้ ว่าในมุมมองของสมาชิกครอบครัวนั้น ลักษณะของต้นไม้แห่งรักเป็นแบบใด ประกอบด้วยส่วนประกอบใดบ้าง ซึ่งผู้วิจัยจะมีตัวอย่าง “ต้นไม้แห่งรัก” มาให้สมาชิกครอบครัวได้ดูเป็นตัวอย่าง

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันอภิปรายสรุปเกี่ยวกับการปรับปรุงความสัมพันธ์ เพื่อให้มีความผูกพันและยอมรับกันและกันในระดับที่เหมาะสมขึ้น และผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง และครอบครัว ให้สมาชิกครอบครัวนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม

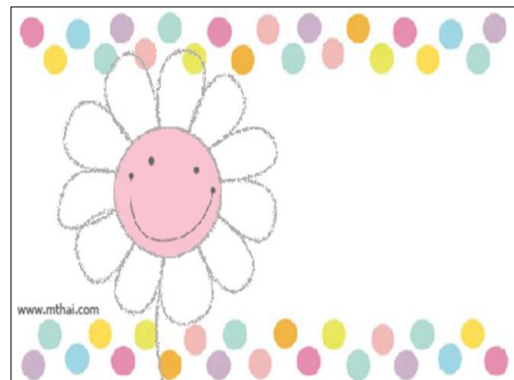
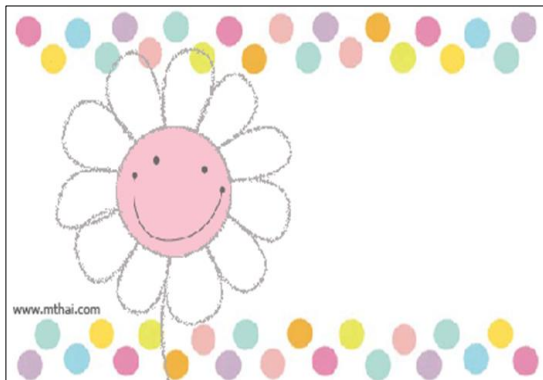
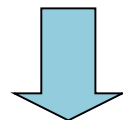
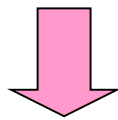
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้พูดถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากการปรึกษาในครั้งนี้ สิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่สมาชิกครอบครัวเห็นว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในครอบครัว ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

### ใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก”



เข้าถึงได้จาก <https://www.dreamstime.com/stock-illustration-family-tree-illustration-completed-image47456034>



รูปที่ฉันชอบมากที่สุด

ความรู้สึก.....

.....

รูปที่ฉันชอบมากที่สุด

ความรู้สึก.....

.....

ภาพตัวอย่าง “ต้นไม้แห่งรัก”

เข้าถึงได้จาก <http://king8122.blogspot.com/2011/12/blog-post.html>



เข้าถึงได้จาก <http://greatfon.com/id/pictures/123348>



แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 2

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

เข้าถึงได้จาก <https://m.youtube.com>watch>

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก

\* .....

\* .....

\* .....

\* .....



ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา



**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 3**

**เรื่อง**           **คุยกันนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียด  
ของครอบครัว (Family strain management) ด้วยการสัมภาษณ์และ  
การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

ชีวิตของคนในครอบครัวจะมีอำนาจสองฝ่าย ซึ่งมีลักษณะตรงกันข้าม ฝ่ายแรก  
เป็นอำนาจที่ดึงดูดให้สมาชิกในครอบครัวผูกพันใกล้ชิดกัน และฝ่ายที่สอง เป็นตัวของตัวเอง แต่  
ละคนจะมีระดับของการแยกตนจากครอบครัวไม่เหมือนกัน การที่บุคคลในครอบครัวมีความผูกพัน  
ทางอารมณ์ที่เหนียวแน่นมาก จนทำให้พ่อ แม่ หรือลูก ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้เมื่อปราศจากอีกคน  
สมาชิกไม่สามารถจัดการภาวะผูกพันทางอารมณ์ให้สมดุล ยิ่งจะทำให้เพิ่มระดับทำให้บุคคลนั้น  
ไม่สามารถแยกตนเองจากครอบครัวได้ ครอบครัวที่มีการสื่อสารภายในครอบครัว การแสดง  
ความรู้สึกอาจสังเกตได้จากการพูดคุยถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและครอบครัว การสื่อสารกันได้  
อย่างชัดเจนและตรงไปตรงมาด้วยคำพูดและภาษาท่าทาง การเข้าใจความหมายสิ่งที่สื่อสารได้  
ตรงกัน การสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความสุขและความเข้มแข็งของครอบครัว  
จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันในเรื่องต่าง ๆ เช่น เข้าใจความคิด อารมณ์  
ความรู้สึกของกันและกัน แล้วนำมาซึ่งความรู้สึที่ดี ๆ ความปลาบปลื้มยินดี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน  
ทุกคนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในครอบครัว  
เพื่อให้สมาชิกครอบครัวแยกตนเองได้เหมาะสม สามารถใช้ภาษาท่าทาง ถ้อยคำที่เหมาะสม  
ระหว่างสมาชิกครอบครัว แสดงความรู้สึกส่วนตัวและแสดงออกได้อย่างตรงไปตรงมาและเข้าใจ  
ตรงกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อประเมิน  
ครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่พบกันผ่านมา 2 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยงในด้านระบบอารมณ์  
และความสามารถในการแยกตนเอง การจัดการความวิตกกังวลในครอบครัว และการสร้าง  
ความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้พูดคุยกัน  
ถึงเรื่องที่เป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่มีต่อกันระหว่าง  
คนสองคนเท่านั้น การใช้เทคนิคจะช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวและ

ช่วยทำให้รู้จักตัวเอง ใช้เทคนิคเทคนิคคำถามลำดับขั้น (Scaling questions) เมื่อไม่สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงในตัวสมาชิกในเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก และการสื่อสาร เช่น ถ้าสมาชิกครอบครัวบอกว่ารู้สึกกังวล ผู้ให้การศึกษาจะตั้งคำถามว่า “มีคะแนน 0 ถึง 10 คะแนน 0 เท่ากับความรู้สึกของคุณที่เต็มไปด้วยความกังวลขณะเมื่อเริ่มทำกิจกรรม และคะแนนเต็ม 10 เท่ากับความรู้สึกของคุณเมื่อมีปฏิกิริยาเกิดขึ้น และความกังวลทุกอย่างหายไปสิ้น ณ เวลานี้คุณลองให้คะแนนตัวเองว่าคุณรู้สึกกังวลมากน้อยในระดับใด?”

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถใช้ภาษา ท่าทาง ถ้อยคำที่เหมาะสม ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถรับความรู้สึกส่วนตัวและแสดงออกได้อย่างตรงไปตรงมาและเข้าใจตรงกัน
4. เพื่อให้ครอบครัวผู้รับการปรึกษารับรู้ เข้าใจ และยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว ครั้งที่ 2

### สื่อ/ อุปกรณ์

1. วีดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน” เข้าถึงได้จาก [www.bugaboo.tv](http://www.bugaboo.tv) > watch
2. ใบงานที่ 3 “คุยกันนะ”
3. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
4. ดินสอ
5. ยางลบ

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวทุกคน เพื่อให้สมาชิกเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจต่อผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึกหลังจากที่ได้ทำกิจกรรมการปรึกษาร่วมกันมาแล้ว 2 ครั้ง ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสนทนากับสมาชิกครอบครัว การสื่อสาร การพูดคุยในครอบครัว และให้สมาชิกเล่าเรื่องราวของครอบครัวและบอกความต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว บอกสาเหตุของปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อให้ผู้วิจัยมองเห็นระดับความยืดหยุ่นของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสมาชิกมองเห็นว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครทำอะไร กับใคร และใครตอบสนองอย่างไร และให้สมาชิกครอบครัวเห็นจุดบกพร่อง รับรู้การกระทำ พฤติกรรมที่แสดง ทำให้เกิดการรู้จักควบคุมอารมณ์หรือการกระทำ สมาชิกรับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของกันและกัน ทำให้ครอบครัวเห็นว่าต้องนำปัญหาที่จุดใดบ้าง นำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน และเพื่อประเมินครอบครัวในช่วง ระยะเวลาที่พบกันผ่านมา 2 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยงในด้านระบบอารมณ์ และความสามารถ ในการแยกตนเอง การจัดการความวิตกกังวลในครอบครัว

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ดูวิดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน” สำหรับการพัฒนา การจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความตึงเครียดในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างการจัดการ ภาวะครอบครัว และสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง เมื่อสมาชิกครอบครัวดูวิดีโอจบ ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นต่อสิ่งที่ได้รับชม พร้อมทั้งอธิบายเหตุผล ว่าเพราะอะไร เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้หวนคิดถึงวันดี ๆ ที่มีร่วมกัน แล้วย้อนกลับไปถึง กิจกรรมในใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก” ว่าสมาชิกครอบครัวได้ทำกิจกรรมไปแล้วในครั้งที่ 2 และ ในครั้งนี้ สมาชิกครอบครัวควรมาคุยกันว่า ถ้าต้องการให้สถานการณ์นั้นดีขึ้นมา จะต้องดำเนินการ อย่างไร และเขียนลงในใบงานที่ 3 “คุยกันนะ”

4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้พูดคุยกันถึงเรื่องที่เป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่มีต่อกัน ระหว่างคนสองคนเท่านั้น การใช้เทคนิคจะช่วยให้เกิด การปรับปรุงระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวและช่วยทำให้รู้จักตัวเอง ให้สมาชิกครอบครัว ได้รับรู้ว่าสภาพปัญหาในครอบครัวที่มีสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ส่งผลกระทบ ต่อบุคคลในครอบครัวอย่างไร และต้องการให้ทุกคนในครอบครัวสื่อสารอย่างไรให้เป็นที่พึงพอใจ ของสมาชิก

5. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก และให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนวทาง ในการพัฒนาการสื่อสารในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการสื่อสารในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ และให้นำไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการให้คำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิก  
ครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมการปรึกษาในครั้งนี้
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

### ใบงานที่ 3 “คุยกันนะ”

สิ่งที่ฉันอยากบอก

1.....

2.....

3.....

สิ่งที่ฉันอยากบอก

1.....

2.....

3.....

วิดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน” เข้าถึงได้จาก <https://m.youtube.com/watch>



แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 3

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

เข้าถึงได้จาก <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=vannessa&month=06-12-2008&group=20&gblog=18>

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 4**

**เรื่อง**           **แยกตัวเองนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้ง  
ในครอบครัว (Family conflict management) ด้วยการสัมภาษณ์  
และการจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict) หมายถึง การที่สามีหรือภรรยา  
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติบทบาท ทำให้ไม่สามารถติดต่อ  
คบหา หรือการเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้ อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการดูแล  
ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น การกำหนดบทบาทและทำหน้าที่เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลทำหน้าที่  
ของครอบครัวได้อย่างเป็นปกติ ครอบครัวที่มีการจัดระเบียบครอบครัว อาจสังเกตได้จาก  
การร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิก การออกกฎระเบียบในครอบครัว การกำหนด  
ขอบเขต การได้รับผลจากการกระทำทั้งด้านรับรางวัลและรับการลงโทษ

การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการ  
ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict management) เพื่อให้สมาชิกครอบครัว  
ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ให้มีความเหมาะสมและชัดเจน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์  
(Interview) และเทคนิคการจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) เทคนิคการตั้งคำถาม  
(Questioning)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ให้มีความเหมาะสมและชัดเจน
3. เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ เข้าใจ และยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น
4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายใน

ครอบครัว (Family conflict management) ครั้งที่ 1

**สื่อ/ อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 4 “แยกตัวเองนะ”
2. แบบประเมินการให้คำปรึกษา

3. ดินสอ

4. ยางลบ

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวทุกคน
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว หลังจากได้ทำกิจกรรมการปรึกษาร่วมกันมาแล้ว 3 ครั้ง ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสนทนากับสมาชิกครอบครัวในเรื่องการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวมีกฎ กติกา ระเบียบข้อตกลง และการลงโทษสมาชิกเมื่อกระทำความผิดระเบียบของครอบครัว และบอกถึงปัญหาที่เกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามกฎ กติกา ระเบียบ ข้อตกลงต่าง ๆ

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อให้ผู้วิจัยมองเห็นระดับความยืดหยุ่นของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสมาชิกมองเห็นว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครทำอะไรกับใคร และใครตอบสนองอย่างไร และให้สมาชิกครอบครัวเห็นจุดบกพร่อง รับรู้การกระทำ พฤติกรรมที่แสดง ทำให้เกิดการรู้จักควบคุมอารมณ์หรือการกระทำ สมาชิกรับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของกันและกัน ทำให้ครอบครัวเห็นว่าต้องนำปัญหาที่จุดใดบ้าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน และเพื่อประเมินครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่พบกันผ่านมา 3 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาเชื่อมโยง ในด้านระบบอารมณ์ความสามารถในการแยกตนเอง การจัดการความวิตกกังวลในครอบครัว

3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้พูดคุยกันถึงเรื่องที่เป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่มีต่อกันระหว่างคนสองคนเท่านั้น การใช้เทคนิคจะช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวและช่วยทำให้รู้จักตัวเอง ให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ว่าสภาพปัญหาในครอบครัวที่มีสาเหตุจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวอย่างไร และต้องการให้ทุกคนได้เรียนรู้ในครอบครัวควรสื่อสารอย่างไร ให้เป็นที่พึงพอใจของสมาชิก

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันจัดระเบียบ ปรับเปลี่ยน กำหนดกฎระเบียบ กติกา ข้อตกลงของครอบครัวใหม่ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมกับครอบครัวมากที่สุด และเขียนลงในใบงานที่ 4 หน้าที่ของฉัน “แยกตัวเองนะ”



5. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลงร่วมกันในครอบครัวส่งผลดีอย่างไรต่อสมาชิกครอบครัวในปัจจุบันและอนาคตของ สมาชิกครอบครัว และปรับเปลี่ยนโครงสร้างอย่างไรให้มีความยืดหยุ่น มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งใช้เทคนิคการฟัง

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้ดูวิดีโอเพลง เรื่อง “ต้นไม้แห่งรัก” ของสิงโต นำโชค และให้แสดงความรู้สึกหลังจากดูวิดีโอจบ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจกัน เสริมสร้างการรับรู้ ความเป็นภาวะครอบครัวด้านความขัดแย้งในครอบครัว เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับ และ จัดการได้อย่างเหมาะสม และให้เลือกเตรียมสิ่งของ 1 อย่าง สำหรับการปลูก “ต้นไม้แห่งรัก” ซึ่งจะเริ่มในการปรึกษาครั้งถัดไป

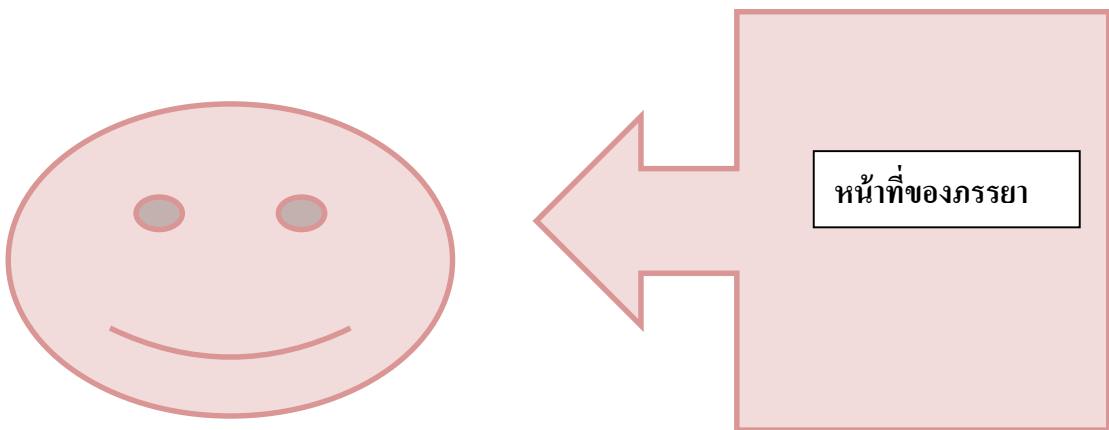
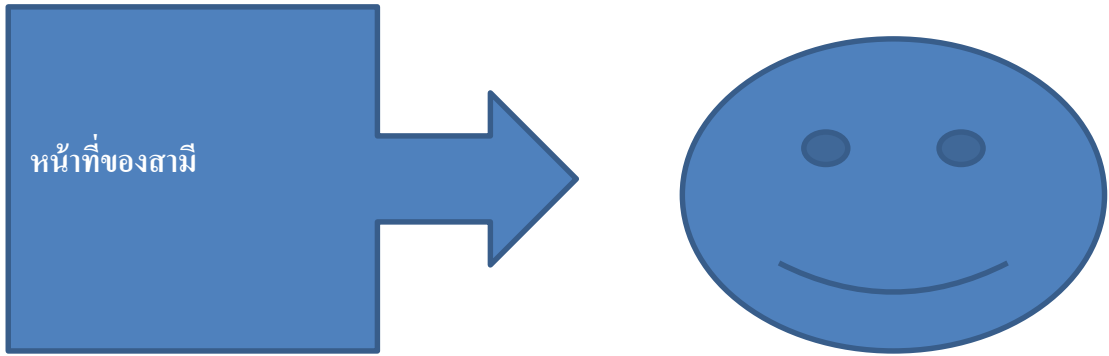
#### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนสิ่งที่ได้รับในการปรึกษารั้งนี้
2. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษารั้งต่อไป

#### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิก ครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. จากที่สมาชิกครอบครัวสะท้อนถึงสิ่งที่ได้รับในการปรึกษารั้งนี้ และจากครั้งที่ผ่านมา ในด้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านความคิด ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

ใบงานที่ 4 หน้าที่ของฉัน “แยกตัวเองนะ”



“ต้นไม้แห่งรัก” สิงโต นำโชค  
เข้าถึงได้จาก [www.bugaboo.tv](http://www.bugaboo.tv) > watch

แบบประเมินการให้คำปรึกษา  
ครั้งที่ 4

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 5**

**เรื่อง**           **ทำได้ดีนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้ง  
ในครอบครัว (Family conflict management) ด้วยการสัมภาษณ์ และ  
การจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์

**ระยะเวลา**   90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกันออกไป ครอบครัวจะมี  
ความสุขถ้าบุคคลในครอบครัวรู้บทบาทและปฏิบัติหน้าที่ของตน บทบาทและหน้าที่ของสามี-  
ภรรยา เป็นบุคคลที่สำคัญของบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่สามีจะทำหน้าที่เป็นผู้นำของครอบครัวหรือ  
หัวหน้าครอบครัว เป็นที่พึ่งพาของสมาชิกในครอบครัว ปลูกฝังให้ลูกสามารถควบคุมตัวเองและ  
ปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าสังคม มารยาทสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น  
เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว (Family conflict)  
หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกสับสนในการปฏิบัติ  
บทบาท ทำให้ไม่สามารถติดต่อ คบหา หรือการเข้าสังคม และจัดการกับชีวิตตนเองได้

การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความเป็นภาวะครอบครัวด้านความขัดแย้ง  
ในครอบครัว (Family conflict) เน้นให้สมาชิกครอบครัวรู้หน้าที่ของตนเองและรู้จักปฏิบัติหน้าที่  
ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ เทคนิคการจัดการสามเหลี่ยม  
สัมพันธ์ (Detriangulation) และเทคนิคคำถามลำดับขั้น (Scaling questions)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้จักปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัว
4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความขัดแย้งในครอบครัว

(Family conflict management) ครั้งที่ 2

**สื่อ/ อุปกรณ์**

1. กิจกรรม “ไม่มีสามเหลี่ยมในครอบครัว”
2. แบบประเมินการให้คำปรึกษา

3. ดินสอ

4. ยางลบ

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวทุกคนและสอบถามถึงการปฏิบัติหน้าที่ในการให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไรบ้าง

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกในภารกิจ หน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ภารกิจ ที่แต่ละคนรับผิดชอบ โดยให้สมาชิกบอกความรู้สึกและความคาดหวังซึ่งกันและกัน ความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย มีมากน้อยแค่ไหน สมาชิกครอบครัวต้องการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่อย่างไรให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสม โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ และในครั้งนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกได้แสดงบทบาทของตนเองให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้สมาชิกยอมรับฟังคำวิจารณ์และข้อคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร ควรพัฒนาปรับเปลี่ยนอย่างไรอีกบ้าง เพื่อลดเหตุการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันเล่าถึงปัญหา การกระทำ ความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท โดยให้สมาชิกครอบครัวยกตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองที่ได้รับมอบหมาย

3. ผู้วิจัยให้เทคนิคการจัดการสามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Detriangulation) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวที่ยังเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลอีกสองคนในวงสามเหลี่ยมสัมพันธ์ โดยไม่เข้าข้างใครคนใดคนหนึ่ง และสามารถตอบโต้ปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเป็นกลางที่สุด โดยแยกตนเองออกจากปัญหาทางอารมณ์นั้นด้วยเหตุผล ระวังไม่ให้เกิดการเผชิญหน้ากันทางอารมณ์ ให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติตามข้อตกลง และการลงโทษอย่างไร โดยให้เหมาะสมกับสมาชิกครอบครัว โดยสามารถยืดหยุ่นได้หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามเหมาะสม และ โดยให้สามารถปรับเปลี่ยนจากใบงานที่ 4 แยกตัวเองนะ

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่ได้เตรียมสำหรับการปลูกต้นไม้แห่งรักในวันนี้ การได้มา การคัดเลือก ขั้นตอนต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัติ กว่าจะได้มาซึ่งอุปกรณ์ที่เตรียมในวันนี้ อุปสรรคที่เกิดขึ้น การตัดสินใจ พร้อมทั้งบอกเหตุผลในการเลือกของสิ่งนี้ หลังจากนั้นให้สมาชิกครอบครัวได้ช่วยกันลงมือในการปลูก “ต้นไม้แห่งรัก” โดยในครั้งนี้ให้สมาชิกครอบครัวได้เลือกสถานที่สำหรับ

การปลูกก่อน หลังจากนั้นจึงนำอุปกรณ์ที่สมาชิกครอบครัวเตรียมมาให้สมาชิกครอบครัวลงมือปฏิบัติกับอุปกรณ์ชิ้นนี้ร่วมกัน

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้เตรียมอุปกรณ์ สิ่งของที่สมาชิกครอบครัวคิดว่าจะใช้สำหรับการพบกันในครั้งถัดไป เพื่อการไปสู่ “ต้นไม้แห่งรัก” โดยสมาชิกครอบครัวสามารถเตรียมได้ตามที่คิดว่าสมควรและเหมาะสม

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมการปรึกษาในครั้งนี้

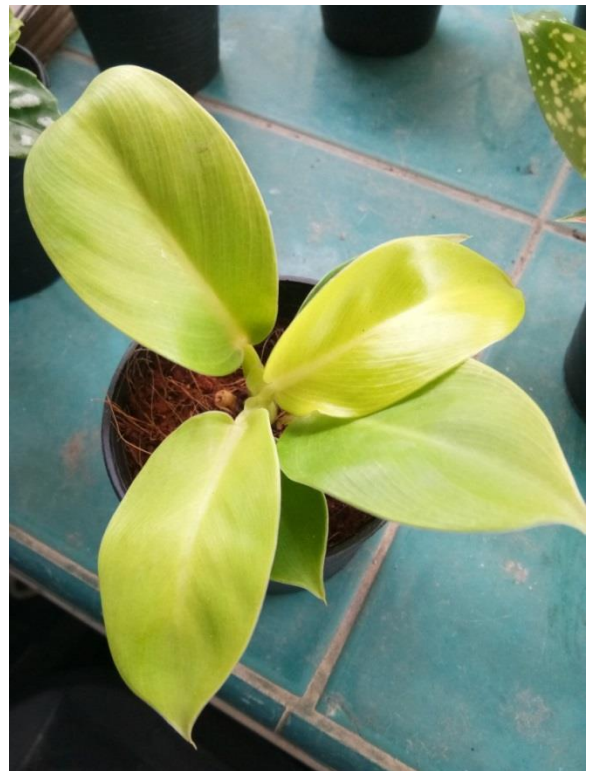
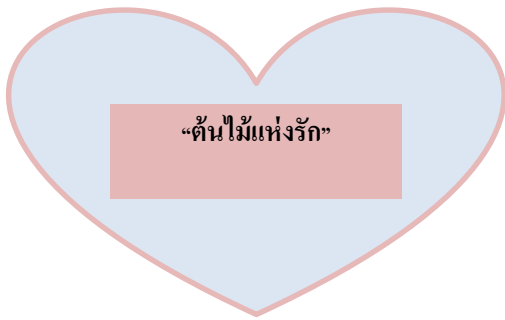
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

กิจกรรม “ไม่มีสามเหลี่ยมในครอบครัว”

การแสดงบทบาทของสามี

การแสดงบทบาทของภรรยา

ความรู้สึกละแฉงของสมาชิกครอบครัว





แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 5

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 6**

**เรื่อง**           **ช่วยกันนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิด  
ของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ด้วยการสัมภาษณ์  
และการเผชิญหน้า

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และ  
ความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อ  
ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาต่อสมาชิก  
ในครอบครัวที่ให้การดูแลด้านร่างกายต่อผู้ป่วย การรับรู้การจัดการภาวะครอบครัวด้านความรู้สึกผิด  
ของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือได้นอกจากสมาชิก  
ในครอบครัวของตนเอง และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติต่อกันอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้  
ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

การให้การปรึกษารอบครอบครัวนี้ เป็นการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการ  
ความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์  
(Interview) เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) และเทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจตนเอง และมีการพัฒนาตนเอง วิเคราะห์สถานการณ์  
ที่เกิดขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี
3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิก  
ครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 1
4. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน

**สื่อ/ อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 5 “อารมณ์ของครอบครัว”
2. วีดีโอ “ทะเลาะ”

3. ดินสอ
4. ยางลบ
5. แบบประเมินการให้คำปรึกษา

### วิธีดำเนินการ

#### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวแต่ละคนเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจ
2. ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว ตั้งแต่เริ่มต้นการปรึกษาคู่ครอบครัวถึงปัจจุบัน สิ่งที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัว

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคเทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) ให้สมาชิกครอบครัวเล่าประสบการณ์ที่เป็นปัญหา โดยผู้วิจัยเล่าความรู้สึก อารมณ์ และความต้องการของตนเองที่ต้องการให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ และร่วมกันปรึกษาหารือร่วมกัน สมาชิกครอบครัวได้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของกันและกัน ได้รับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของตนเอง เข้าใจในการแสดงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้น และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) ช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก เป็นคนมีเหตุผล ไม่ใช่ใช้อารมณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้ครอบครัวคู่วิดีโอ “ทะเลาะ” และให้เขียนลงในใบงานที่ 5 อารมณ์ของครอบครัว

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันอภิปรายร่วมกันถึงความรู้สึกในการแสดงอารมณ์และความรู้สึกนั้น พร้อมทั้งการเสนอแนะการบริหารจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวนำอุปกรณ์สำหรับการปลูก “ต้นไม้แห่งรัก” ที่เตรียมไว้ และให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันปลูกลงในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ตั้งแต่การปรึกษาคู่ที่ผ่านมา และให้ช่วยกันดูแล บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ “ต้นไม้แห่งรัก”

#### ขั้นสรุป

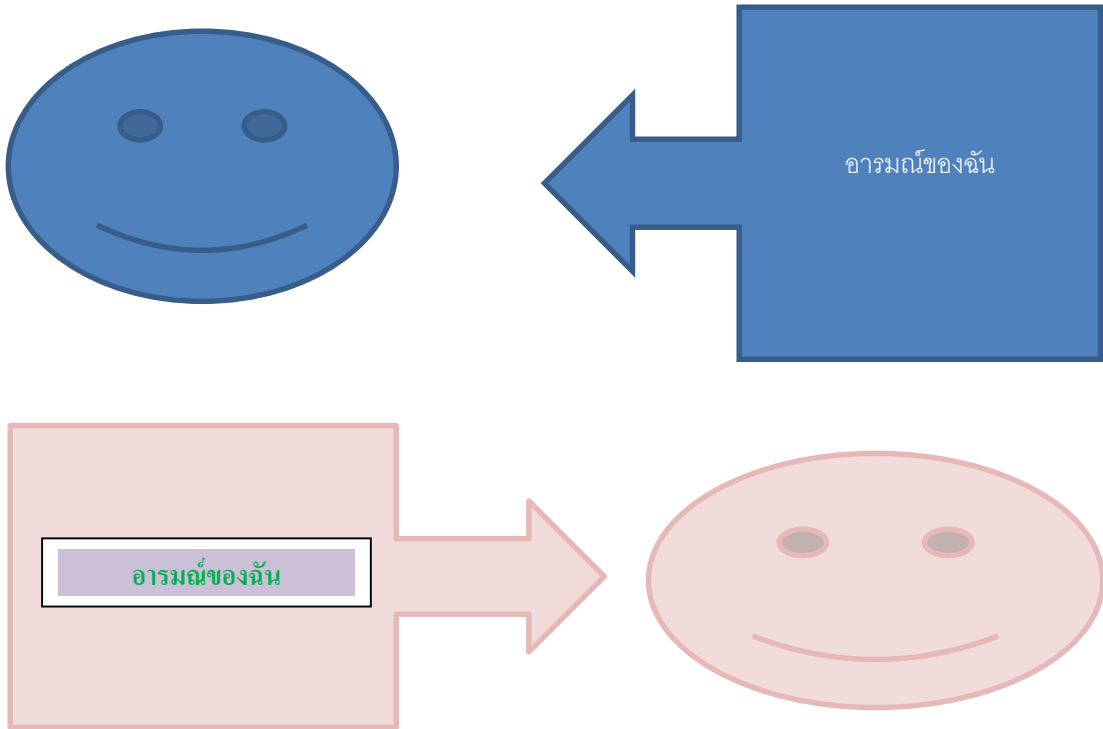
1. ผู้วิจัยสรุปวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ได้แก่ การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องราวในแต่ละวันซึ่งกันและกัน การปรึกษาหารือ การรู้จักยอมรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึก และยอมรับพฤติกรรมของกันและกัน การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนครอบครัวร่วมกันอย่างอิสระ และยอมรับแม้จะมีความเห็นที่ต่างกัน เพื่อให้ครอบครัวมีความใกล้ชิดเข้าใจกัน รวมทั้งกระชับความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว เป็นผลทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง ดำเนินชีวิตร่วมกันได้ราบรื่นมีความสุข และให้สมาชิกครอบครัวนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

**การประเมินผล**

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรมการปรึกษารั้งนี้
3. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

### ใบงานที่ 5 อารมณ์ของครอบครัว



### วิดีโอ“ทะเลาะ”



เข้าถึงได้จาก <http://youtu.be/lwftEgmwYYQ>

ท่านคิดอย่างไรกับการแสดงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 6

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 7**

**เรื่อง**           **ฉันทำได้** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิด  
ของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ด้วยการสัมภาษณ์  
และการเผชิญหน้า

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และ  
ความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบโดยตรง  
ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาต่อสมาชิก  
ในครอบครัวที่ให้การดูแลด้านร่างกายต่อผู้ป่วย การรับรู้การจัดการภาวะครอบครัวด้านความรู้สึกผิด  
ของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง เกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือได้นอกจากสมาชิก  
ในครอบครัวของตนเอง และสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติต่อกันอยู่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีเงินหรือรายได้  
ที่เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกกังวลกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

การให้การปรึกษารอบครอบครัวนี้ เป็นการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการ  
ความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้  
ความรู้สึกของกันและกัน รู้สาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลาย หลีกเลียง และปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดอารมณ์ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดี เน้นให้สมาชิกครอบครัวสามารถ  
บริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ผู้วิจัย  
ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) และเทคนิคคำถามลำดับขั้น  
(Scaling questions)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองและสมาชิก  
ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์
3. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิก  
ครอบครัว (Family guilt management) ครั้งที่ 2

## สื่อ/ อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6 อารมณ์ของครอบครัว 2
2. ดินสอ
3. ยางลบ
4. แบบประเมินการให้คำปรึกษา

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิกครอบครัวแต่ละคนเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจ และทบทวนใบงานที่ 5 อารมณ์ของครอบครัว

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็น และเรียงลำดับการพัฒนาอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมที่แสดงออกในครอบครัว พร้อมทั้งให้สมาชิกบอกแนวทางและแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการอารมณ์ให้เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวยอมรับซึ่งกันและกันในการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) ยกตัวอย่างสถานการณ์การแสดงอารมณ์ของครอบครัวข้ออื่น ๆ จากใบงานที่ 5 การแสดงอารมณ์ให้สมาชิกครอบครัวแสดงบทบาทอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เข้าใจตรงกันในการบริหารจัดการอารมณ์ของแต่ละวิธีและแต่ละเหตุการณ์
3. ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าและการเจริญเติบโตของ “ต้นไม้แห่งรัก” โดยให้สมาชิกครอบครัวนำไปยังสถานที่ปลูก รายงานสิ่งที่พบเห็น การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ การดูแลรักษา ในช่วงที่ผ่านมา การรดน้ำ ใส่ปุ๋ย พรุนดิน เป็นต้น

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ผู้วิจัยให้กำลังใจสมาชิกครอบครัวและให้สมาชิกครอบครัวนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

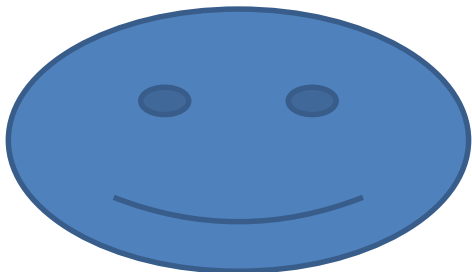
## การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม



3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับจากการปรึกษาในครั้งนี้
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

### ใบงานที่ 6 อารมณ์ของครอบครัว(2)



อารมณ์ของฉัน/ การเปลี่ยนแปลงที่เห็น

.....  
.....  
.....

อารมณ์ของฉัน/ การเปลี่ยนแปลงที่เห็น

.....  
.....  
.....



ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว

“พัฒนาการของต้นไม้แห่งรักของครอบครัวฉัน”

“ต้นไม้แห่งรัก”



แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 7

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการศึกษาคครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 8**

**เรื่อง**           **เก่งขึ้นแล้วนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว  
(Family attitude) ด้วยการสัมภาษณ์ และการเผชิญหน้า

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

เจตคติของครอบครัว การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจที่มาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากเดิม การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว (Uncertain attitude) เน้นช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักดูแลอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) และเทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นถึงความสำคัญและส่งเสริมให้มีการดูแลจิตใจตนเอง และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง
3. เพื่อให้ครอบครัวผู้รับการปรึกษาสามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้
4. เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude)

**ครั้งที่ 1**

**สื่อ/ อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 7 “ใส่ใจกันนะ”
2. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
3. ดินสอ
4. ยางลบ

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวทุกคนเพื่อสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา ถ้ามถึงพัฒนาการของ “ต้นไม้แห่งรัก”

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในครอบครัว และกิจกรรมยามว่าง
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) ให้สมาชิกครอบครัวเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับพฤติกรรมของสมาชิก และให้ประเมินพฤติกรรมของสมาชิก (โดยให้สลับกันในการแสดงบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวทำการสัมภาษณ์) ผู้วิจัยขออนุญาตถ่ายวิดีโอไว้ ในขณะที่ครอบครัวแสดงบทบาทเป็นผู้สื่อข่าว และเมื่อจบ นำวิดีโอที่ถ่ายไว้ มาเปิดให้สมาชิกครอบครัวดู พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นอีกครั้ง
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาและครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสม สามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก เป็นคนมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และให้บันทึกลงในใบงานที่ 7 “ใส่ใจกันนะ” เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและสรุปแนวปฏิบัติการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติ และให้ทุกคนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับคำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้สะท้อนถึงสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาครอบครัวในครั้งนี้
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

# ใบงานที่ 7 ใส่ใจกันนะ

พฤติกรรมของมัน	ความรู้สึกรวมของสมาชิกครอบครัว
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

นักข่าวสัมภาษณ์

AAAAAAAAAAAAAAAAAA  
 AAAAAAAAAAAAAAAAAA  
 AAAAAAAAAAAAAAAAAA  
 BBBBBBBBBBBBBBBBBB  
 BBBBBBBBBBBBBBBBBB  
 BBBBBBBBBBBBBBBBBB  
 CCCCCCCCCCCCCCCCCC  
 CCCCCCCCCCCCCCCCCC  
 CCCCCCCCCCCCCCCCCC  
 DDDDDDDDDDDDDDDD  
 DDDDDDDDDDDDDDDD  
 DDDDDDDDDDDDDDDD  
 .....

แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 8

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา



**รายละเอียดการศึกษารอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 9**

**เรื่อง**           **ดูแลสุขภาพกันนะ** การเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติ  
ของครอบครัว (Family attitude) ด้วยการสัมภาษณ์ และการสร้าง  
ความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

เจตคติของครอบครัว การที่สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นสภาวะของความไม่พร้อมทางจิตใจที่มาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากเดิม การให้การปรึกษารุ่นนี้ เพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) เน้นช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักดูแลอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) และเทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพ
2. เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวรู้จักรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้จักการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง
4. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นถึงความสำคัญและส่งเสริมให้มีการดูแลจิตใจตนเอง

และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวด้านเจตคติของครอบครัว  
ครั้งที่ 2

**สื่อ/ อุปกรณ์**

1. ใบงานที่ 8 “เจตคติครอบครัว”
2. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
3. ดินสอ
4. ยางลบ

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวทุกคนเพื่อสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา สอบถามถึงพัฒนาการ “ต้นไม้แห่งรัก”

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสอบถามการปฏิบัติตามใบงานที่ 7 ใส่ใจกันนะ ว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอะไรบ้างที่ทำแล้ว และมีอะไรบ้างที่ยังไม่ทำ ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) และเทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) ให้สมาชิกครอบครัวอธิบายการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกอภิปรายเรื่องการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวสำคัญอย่างไร ถ้าไม่รู้จัดการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวของตนเองจะเกิดอะไรขึ้น และเมื่อได้รับการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว ผลที่ตามมาเป็นอย่างไร ทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวดูวิดีโอ “ใส่ใจสุขภาพ” และให้สมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันอภิปรายหลังจากดูวิดีโอ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปเพิ่มเติมในแนวปฏิบัติในการดูแลและเอาใจใส่อารมณ์ความรู้สึก ของตนเอง และให้ทุกคนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปความคิดเห็นจากวิดีโอ การนำไปปฏิบัติ

3. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับคำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันสะท้อนคิดสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาครอบครัว

ในครั้งนี้

4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

### ใบงานที่ 8 “เจตคติครอบครัว”

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวของฉัน

- 1.....
- 2.....
- 3.....



วิดีโอ “ใส่ใจสุขภาพ”



เข้าถึงได้จาก [http://youtu.be/yKbRzSO\\_h0A](http://youtu.be/yKbRzSO_h0A)

แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 9

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

**รายละเอียดการปรึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
การจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 10**

**เรื่อง**           **เคารพและให้เกียรติ** การเสริมสร้างความสุขในครอบครัว (Family happiness)  
ด้วยการสัมภาษณ์ การสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว  
การเผชิญหน้า และคำถามปาฏิหาริย์

**ระยะเวลา**    90 นาที

**แนวคิดสำคัญ**

ความสุขในครอบครัว (Family happiness) เมื่อใดที่สมาชิกปฏิบัติบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนด้วยความรู้สึกรักและเต็มใจ ตั้งใจ ปรารถนาให้ครอบครัวดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ สมาชิกจะรู้สึกเต็มใจทำ และการมีสัมพันธภาพที่ดี ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ย่อมนำมาซึ่งความสุข ความอบอุ่นในครอบครัว ดีเนอร์ (Diener, 1984) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความสุข และพบว่า ปัจจัยของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Subjective well-being) ประกอบด้วย การมีความสุข การมีความพึงพอใจในชีวิต และการได้รับสิ่งที่คิดค้นบวก หรือเกิดผลกระทบในด้านที่ดีต่อจิตใจนั่นเอง การสร้างเสริมพัฒนาด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเป็นปกติ ครอบครัวควรมีการสร้างเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านบุคลิกภาพทางอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม ได้แก่ การออกกำลังกาย การดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม การรับรู้ภาวะอารมณ์ซึ่งกันและกัน การประคับประคองอารมณ์ความรู้สึกของกันและกัน การเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัว

การให้การปรึกษาครั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัว พัฒนาด้านความอยู่ดีมีสุข ด้านร่างกาย เน้นช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน และให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักวิธีในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) เทคนิคการสร้าง ความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) และเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question)

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อรักษาสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. เพื่อเสริมสร้างความสุขในครอบครัวให้แก่สมาชิกครอบครัว

## สื่อ/ อุปกรณ์

1. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
2. “ต้นไม้แห่งรัก”
3. ดินสอ
4. ยางลบ

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวทุกคนเพื่อสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวได้สะท้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาในการปรึกษาครอบครัว สิ่งที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของสมาชิก

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) ให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนสมาชิกครอบครัว ให้สมาชิกนำต้นไม้แห่งรักมาแสดง พร้อมทั้งแบบบันทึกการเจริญเติบโตที่ได้จับบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (Person to person relationship) ให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรู้สึกและวิธีการช่วยเหลือและสนับสนุนระหว่างสมาชิกครอบครัวตามความสามารถที่ตนเองทำได้ ในการปลูกและดูแล “ต้นไม้แห่งรัก” ในช่วงเวลาที่ผ่านมาประมาณ 2 เดือน
3. ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Confrontation) เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถแยกแยะความคิด ความรู้สึก เป็นคนมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์ และมีความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อการเจริญเติบโตของ “ต้นไม้แห่งรัก” ที่ดีที่สุด
4. ผู้วิจัยใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (The miracle question) กับสมาชิกครอบครัว “หากมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น คืนนี้คุณนอนหลับไป และเมื่อคุณตื่นขึ้นมาในตอนเช้า พร้อมกับพบว่า สิ่งที่คุณกังวล หรือสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในครอบครัวได้อันตรธานหายไป สิ่งใดที่คุณจะเห็นในการเปลี่ยนแปลงนี้? คุณรู้ได้อย่างไรว่าปัญหาหมดไปแล้ว? และอะไรที่จะแตกต่างไปจากเดิม?” เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สมาชิกจะถูกกระตุ้นให้ตอบคำถามที่ว่า “อะไรที่จะแตกต่างไปจากเดิม” แทนที่จะมัวนั่งมองดูปัญหา เพื่อให้สมาชิกสามารถวาดภาพในความคิดว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรเมื่อปัญหาหมดไป

การกระตุ้นให้สมาชิกวาดฝันในสิ่งที่พวกเขาอยากเป็น อยากทำ อยากไปในที่ไม่เคยไป เป็นวิธีการหนึ่ง เพื่อให้สมาชิกเกิดพลังที่จะประสบความสำเร็จ

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และให้ทุกคนนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับคำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับจากการปรึกษาครอบครัวในครั้งนี้

4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

“พัฒนาการของต้นไม้แห่งรักของครอบครัวฉัน”



“ต้นไม้แห่งรัก”



ลำดับที่	สิ่งที่สังเกตเห็น	ความรู้สึกของครอบครัว	การกระทำเพิ่มเติม
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

“ต้นไม้แห่งรัก”



แบบประเมินการให้คำปรึกษา  
ครั้งที่ 10

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา



## สื่อ/ อุปกรณ์

1. แบบประเมินการให้คำปรึกษา
2. “ต้นไม้แห่งรัก”
3. วิดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน”
4. ใบงานที่ 9 “อารมณ์ของครอบครัว (3)”
5. เส้นลวด
6. ดินสอ
7. ยางลบ

## วิธีดำเนินการ

### ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายและพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวทุกคนเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความพร้อมในการให้คำปรึกษา และให้สมาชิกครอบครัวพูดถึง “ต้นไม้แห่งรัก”

### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยใช้เทคนิคเทคนิคการสัมภาษณ์ (Interview) ให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงเหตุการณ์ที่ประทับใจซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ความรู้สึกของกันและกัน และให้สมาชิกครอบครัวพูดถึง “ต้นไม้แห่งรัก” การดูแลในระยะต่อไป
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวดูวิดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน” อีกครั้ง และให้สมาชิกครอบครัวแสดงอารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับวิดีโอที่ได้รับชม เปรียบเทียบความรู้สึกในครั้งนี้นี้กับในครั้งแรกที่ได้ดู มีอะไรที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง ทั้งด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว โดยให้สมาชิกได้เขียนลงในใบงานที่ 9 “อารมณ์ของครอบครัว (3)”
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวพูดถึงสิ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความสุขโดยที่ไม่มีใครร้องขอให้ทำเพื่อกันและกัน อาจจะยกตัวอย่างเป็นเหตุการณ์ เรื่องราว คำพูด และให้สมาชิกครอบครัวได้บอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยใช้เทคนิคเส้นลวดประสบการณ์ ให้สมาชิกครอบครัวใช้เส้นลวดเป็นตัวแทนของช่วงชีวิตของสมาชิกแต่ละคน โดยให้สมาชิกนั้น นึกถึงเหตุการณ์เรื่องราวในชีวิตแล้วตัดลวดไปตามลักษณะของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง จากนั้น จะมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกันถึงช่วงชีวิตที่สำคัญ ๆ โดยจะพรรณนาจากส่วนที่โค้งงอ บิดเป็นเกลียวในเส้นลวด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดูแลตัวเอง การสร้างความนับถือตัวเอง ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ค้นหาและแก้ไขข้อผิดพลาดในการสื่อสารของครอบครัว

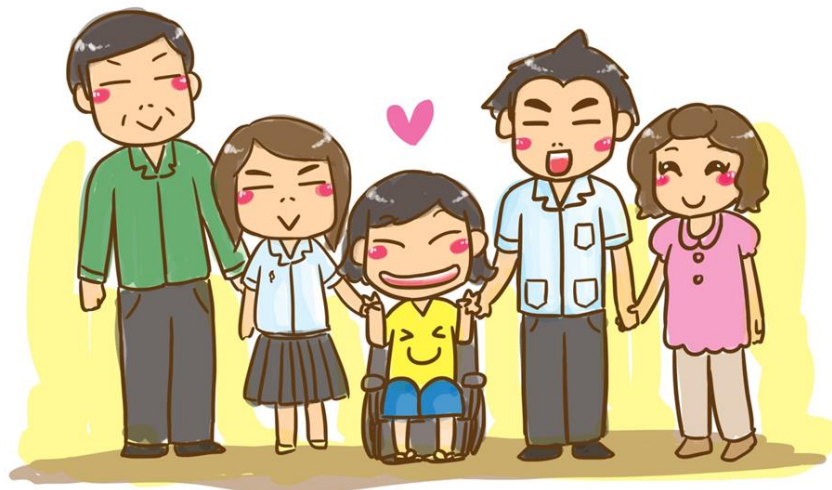
### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสรุปและบอกถึงข้อดีข้อเสียต่าง ๆ กับกิจกรรมที่ทำขึ้น
2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการรับคำปรึกษาครอบครัวครั้งต่อไป

### การประเมินผล

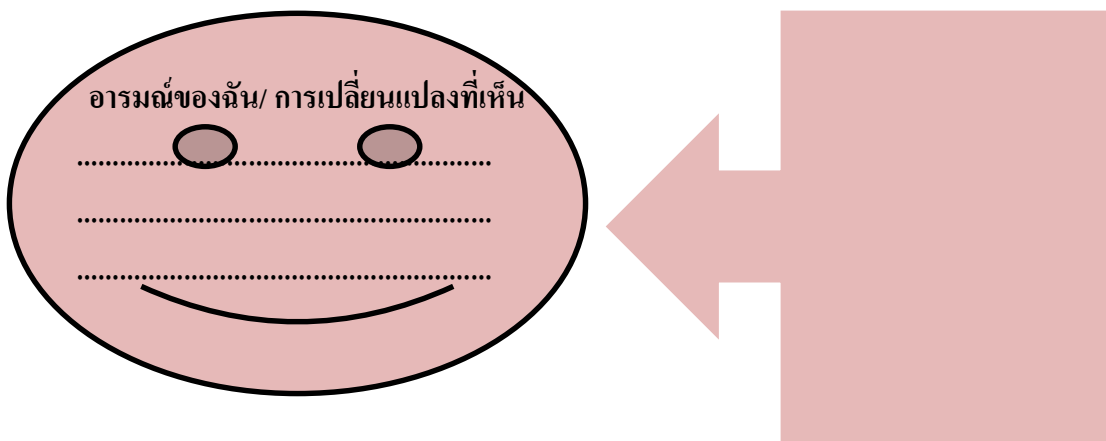
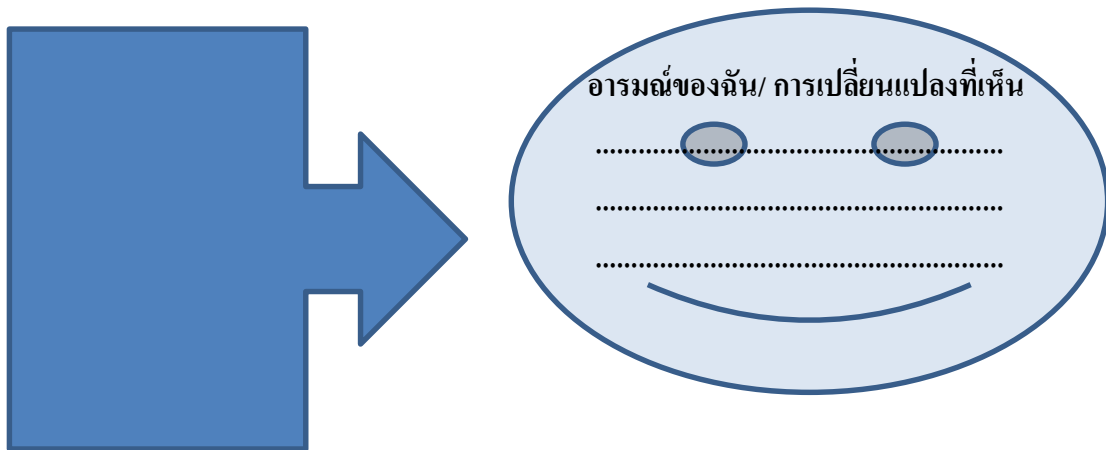
1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การแสดงออก ความสนใจ ความกระตือรือร้น และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับจากการปรึกษาครอบครัวในครั้งนี้
4. ประเมินจากแบบประเมินการให้คำปรึกษา

## วิดีโอ “ครอบครัวเดียวกัน”



เข้าถึงได้จาก <http://clipart-library.com/clipart/8T6oeAeGc.htm>

ใบงานที่ 9 อารมณ์ของครอบครัว (3)



แบบประเมินการให้คำปรึกษา

ครั้งที่ 11

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา



รายละเอียดการศึกษาคครอบครัวทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่นเพื่อเสริมสร้างการรับรู้  
ความเป็นภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ครั้งที่ 12

เรื่อง ยุติการศึกษาคครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปผลการให้คำศึกษาคครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อยุติการให้คำศึกษาคครอบครัว

แนวคิดสำคัญ

การให้การศึกษาครั้งสุดท้ายนี้ เป็นการยุติการให้การศึกษาครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ทบทวน ประเมิน สะท้อนความรู้สึก และบอกแนวทางในการดำเนินชีวิตในครอบครัวเพื่อ เป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างการรับรู้ความเป็นภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้การศึกษาคด้วยทฤษฎีเชื่อมโยงระหว่างรุ่นสู่รุ่น โดยใช้ทักษะเบื้องต้นของการศึกษา การฟัง การใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด การสะท้อนความรู้สึก การตีความ การสรุปความ การให้กำลังใจ ทักษะการให้ข้อมูลย้อนกลับ และผู้วิจัยต้องสำรวจสมาชิกในครอบครัวว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างไร และร่วมกันประเมินว่าการกระทำใดที่เป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อการบรรลุเป้าหมาย และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก”
2. ใบงานที่ 10 “พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา: Family meeting 2”
3. แบบบันทึกประสบการณ์การศึกษาค ครั้งที่ 12
4. แบบวัดการรับรู้ความเป็นภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว
5. ดินสอ
6. ยางลบ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกครอบครัวทุกคนและสอบถามความก้าวหน้าการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว ที่ได้กำหนดเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในครั้งที่ 1

### ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนเล่าประสบการณ์ที่ได้รับและแสดงความรู้สึกของสมาชิกต่อการนำวิธีการต่าง ๆ ที่ครอบครัวร่วมกำหนดขึ้นว่าครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง ผ่านกิจกรรม “ครอบครัวของเรา” โดยให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเลือกหยิบบัตรคำสีขึ้นมาคนละ 1 แผ่น ซึ่งผู้วิจัยเตรียมสำหรับกิจกรรมการยุติสัมพันธภาพ ประกอบด้วยบัตรคำสีแดง สีชมพู สีฟ้า สีเหลือง และสีขาว ซึ่งภายในบัตรคำเขียนข้อความไว้ เมื่อสมาชิกครอบครัวได้เลือกหยิบขึ้นมาแล้ว จะให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ผ่านบัตรคำที่หยิบได้ เปรียบเทียบความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมนี้ที่ทำในครั้งแรกที่พบกัน

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันวาดภาพลงในใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก” โดยนำภาพวาดที่สมาชิกครอบครัวได้วาดไว้ในการศึกษา ครั้งที่ 2 เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ทำการปรับเปลี่ยนตามที่ต้องการจนได้เป็น “ต้นไม้แห่งรัก” ของครอบครัวนั้น และต้นไม้ที่สมาชิกครอบครัวได้ร่วมกันปลูกขึ้นมาในระหว่างช่วงของการทำกิจกรรมที่ผ่านมา ให้สมาชิกได้พูดถึงการดูแลรักษา ใส่ใจ เปรียบเสมือนการดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัวอย่างใส่ใจกัน

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันสรุปผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมรับการให้คำปรึกษาครอบครัวรวมทั้งการนำเทคนิค แนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่นำไปใช้ในการเสริมสร้างการจัดการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัว

### ขั้นสรุป

1. ผู้วิจัยสรุปบททวนแนวปฏิบัติในการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัว ด้านการจัดการความตึงเครียดของครอบครัว (Family strain management) ด้านการจัดการความขัดแย้งในครอบครัว (Family conflict management) ด้านการจัดการความรู้สึกผิดของสมาชิกครอบครัว (Family guilt management) ด้านเจตคติของครอบครัว (Family attitude) และการเสริมสร้างความสุขในครอบครัว (Family happiness)

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวทำแบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการให้คำปรึกษาครอบครัวตามการเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการศึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการ (Post-test)

3. ผู้วิจัยกล่าวยุติการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมสร้างการจัดการภาวะครอบครัวและความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้โอกาสกับสมาชิกครอบครัวมาพบกับผู้วิจัยได้อีกแม้จะยุติการให้การศึกษา

### การประเมินผล

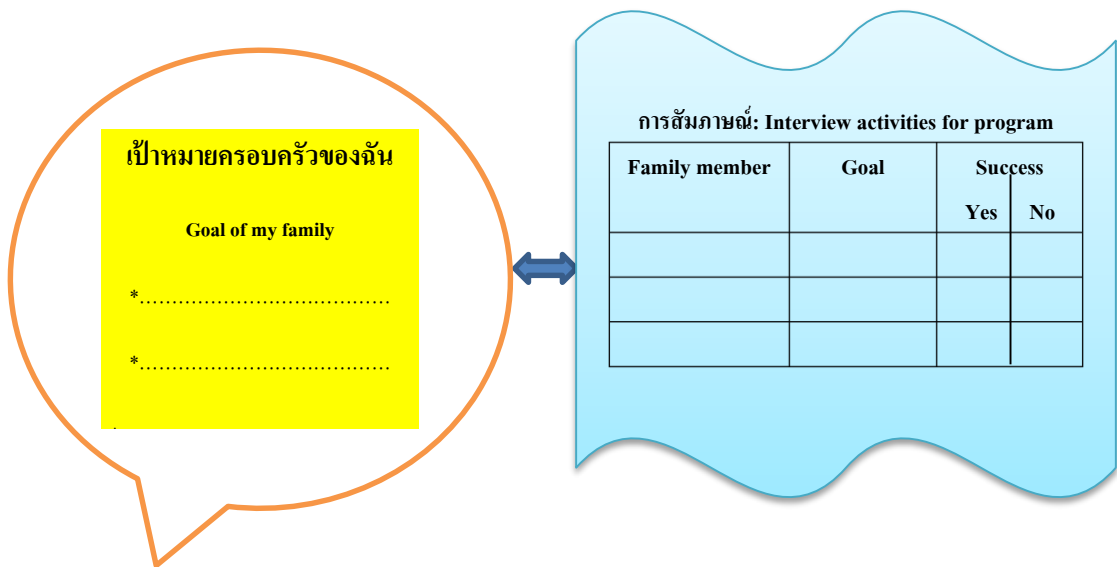
1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม คำพูด น้ำเสียง ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมของสมาชิก  
ครอบครัว การแสดงออก ตลอดจนความสนใจ ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม และ  
การให้ความร่วมมือ
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการสมาชิกในครอบครัวสรุปผลที่ได้จากกิจกรรม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวสมาชิกครอบครัว  
ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม
4. แบบวัดการจัดการภาวะครอบครัว และแบบวัดความสุขในครอบครัว
5. แบบบันทึกประสบการณ์การปรึกษา ครั้งที่ 12

ใบงานที่ 2 “ต้นไม้แห่งรัก” เข้าถึงได้จาก <http://clipart-library.com/clipart/8T6oeAeGc.htm>



ใบงานที่ 10  
 “พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา: Family meeting 2”

พบปะสังสรรค์ครอบครัวของเรา  
 Family meeting\_2



แบบประเมินการให้คำปรึกษา  
ครั้งที่ 12

สิ่งที่ครอบครัวฉันได้ในวันนี้



\* .....

\* .....

\* .....

ความรู้สึกที่ครอบครัวอยากบอก



\* .....

\* .....

\* .....

\* .....

ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม		
สงบ	เสียใจ	ตกใจ
โกรธ	สบาย	ขมขื่น
สดชื่น	น่าเบื่อ	มีความสุข

สิ่งที่นำไปปฏิบัติ/ ปรับปรุงตนเอง/ คำสัญญา

## เอกสารอ้างอิง

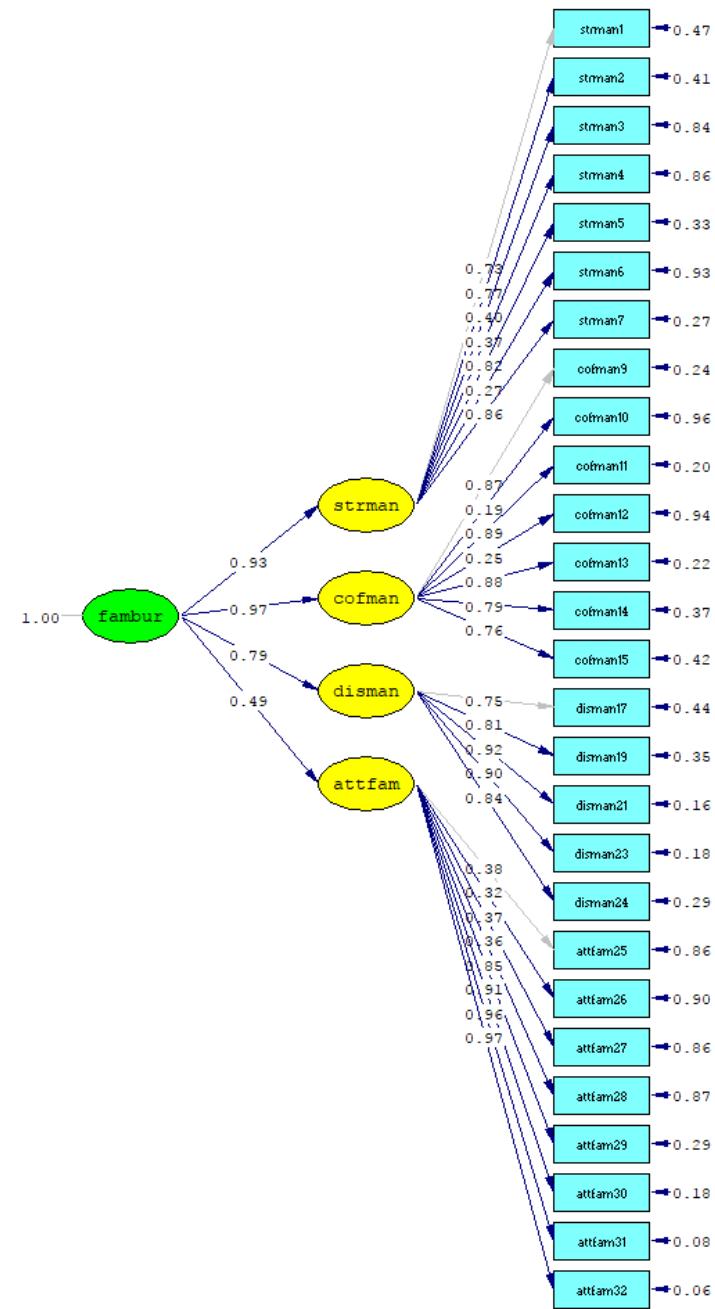
- คมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2547). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.).
- ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2549). *ทฤษฎีการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- เพ็ญนภา กุลนภาดล. (2555). การศึกษาคอบครัวตามแนวทฤษฎีการเชื่อมโยงระหว่างรุ่น: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 57-66.
- เพ็ญนภา กุลนภาดล. (2559). *การศึกษาคอบครัว Family counseling*. ชลบุรี: เนติกุลการพิมพ์.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2551). *ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2554). *การปรึกษากลุ่ม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาภรณ์ ดีนาน และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(3), 10-20.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พรินต์ติ้ง.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- deShazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Family therapy* (4<sup>th</sup> ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview* (8<sup>th</sup> ed.). Australia: Brooks/ Cole Cengage Learning.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Concept and measurement issue. *Journal of Advance Nursing*, 17(7), 795-800.

**ภาคผนวก จ**

Hypothesis model

Adjusted model





Chi-Square=8219.95, df=320, P-value=0.00000, RMSEA=0.180

DATE: 8/31/2017  
TIME: 11:22

L I S R E L 8.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006  
Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.  
Website: [www.ssicentral.com](http://www.ssicentral.com)

The following lines were read from file C:\Users\Lenovo\Desktop\nim  
model\model\hypothesis model.SPJ:

```
hypothesis model
Observed Variables
strman1 strman2 strman3 strman4 strman5 strman6 strman7 cofman9
cofman10 cofman11
  cofman12 cofman13 cofman14 cofman15 disman17 disman19 disman21
disman23 disman24
  attfam25 attfam26 attfam27 attfam28 attfam29 attfam30 attfam31
attfam32
Covariance Matrix from file 'C:\Users\Lenovo\Desktop\nim
model\model\model.cov'
Sample Size = 766
Latent Variables  strman cofman disman attfam fambur
Relationships
strman1 = strman
strman2 = strman
strman3 = strman
strman4 = strman
strman5 = strman
strman6 = strman
strman7 = strman
cofman9 = cofman
cofman10 = cofman
cofman11 = cofman
cofman12 = cofman
cofman13 = cofman
cofman14 = cofman
cofman15 = cofman
disman17 = disman
disman19 = disman
disman21 = disman
disman23 = disman
disman24 = disman
attfam25 = attfam
```

attfam26 = attfam  
 attfam27 = attfam  
 attfam28 = attfam  
 attfam29 = attfam  
 attfam30 = attfam  
 attfam31 = attfam  
 attfam32 = attfam

strman = fambur  
 cofman = fambur  
 disman = fambur  
 attfam = fambur

LISREL OUTPUT: ME=ML MI EF SC RS FS

Path Diagram  
 End of Problem

hypothesis model

Covariance Matrix

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	0.71					
strman2	0.55	0.75				
strman3	0.22	0.27	0.87			
strman4	0.21	0.24	0.56	1.09		
strman5	0.46	0.48	0.23	0.24	0.80	
strman6	0.10	0.14	0.50	0.52	0.15	0.99
strman7	0.40	0.46	0.19	0.21	0.54	0.15
cofman9	0.42	0.45	0.20	0.21	0.54	0.15
cofman10	0.12	0.15	0.39	0.56	0.11	0.41
cofman11	0.40	0.42	0.18	0.18	0.48	0.13
cofman12	0.16	0.18	0.41	0.62	0.18	0.47
cofman13	0.37	0.41	0.22	0.20	0.45	0.14
cofman14	0.23	0.27	0.23	0.24	0.31	0.19
cofman15	0.21	0.23	0.23	0.22	0.28	0.20
disman17	0.37	0.39	0.23	0.25	0.43	0.16
disman19	0.32	0.36	0.21	0.25	0.39	0.14
disman21	0.33	0.38	0.28	0.29	0.42	0.20
disman23	0.30	0.32	0.27	0.31	0.37	0.21
disman24	0.22	0.24	0.26	0.27	0.29	0.22
attfam25	0.16	0.21	0.29	0.38	0.21	0.31
attfam26	0.18	0.17	0.29	0.39	0.15	0.32
attfam27	0.20	0.21	0.29	0.45	0.21	0.32
attfam28	0.19	0.19	0.26	0.37	0.19	0.29
attfam29	0.11	0.13	0.18	0.22	0.15	0.19
attfam30	0.11	0.12	0.16	0.21	0.14	0.18
attfam31	0.10	0.11	0.18	0.22	0.13	0.18
attfam32	0.09	0.11	0.18	0.22	0.13	0.18

Covariance Matrix

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	0.70					

cofman9	0.58	0.70				
cofman10	0.09	0.10	1.03			
cofman11	0.53	0.56	0.07	0.64		
cofman12	0.15	0.16	0.67	0.15	1.23	
cofman13	0.46	0.50	0.10	0.50	0.16	0.61
cofman14	0.33	0.34	0.15	0.38	0.18	0.40
cofman15	0.31	0.32	0.16	0.35	0.19	0.36
disman17	0.43	0.43	0.13	0.42	0.20	0.40
disman19	0.40	0.39	0.11	0.35	0.17	0.36
disman21	0.41	0.43	0.18	0.39	0.21	0.41
disman23	0.36	0.37	0.21	0.35	0.22	0.36
disman24	0.29	0.30	0.20	0.30	0.21	0.27
attfam25	0.21	0.22	0.30	0.19	0.41	0.19
attfam26	0.14	0.14	0.39	0.13	0.48	0.12
attfam27	0.17	0.21	0.45	0.16	0.53	0.16
attfam28	0.15	0.17	0.37	0.16	0.48	0.17
attfam29	0.17	0.15	0.15	0.17	0.18	0.15
attfam30	0.15	0.14	0.15	0.16	0.16	0.13
attfam31	0.14	0.13	0.15	0.16	0.17	0.14
attfam32	0.14	0.13	0.15	0.16	0.17	0.14

## Covariance Matrix

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	0.50					
cofman15	0.44	0.47				
disman17	0.31	0.28	0.70			
disman19	0.30	0.27	0.46	0.74		
disman21	0.34	0.32	0.48	0.57	0.70	
disman23	0.34	0.33	0.44	0.49	0.56	0.67
disman24	0.31	0.31	0.38	0.40	0.47	0.53
attfam25	0.18	0.20	0.21	0.20	0.24	0.23
attfam26	0.15	0.17	0.15	0.14	0.15	0.20
attfam27	0.17	0.19	0.19	0.18	0.20	0.25
attfam28	0.17	0.18	0.18	0.15	0.17	0.22
attfam29	0.23	0.24	0.18	0.17	0.22	0.25
attfam30	0.22	0.23	0.16	0.14	0.19	0.23
attfam31	0.22	0.24	0.16	0.14	0.20	0.23
attfam32	0.23	0.25	0.15	0.14	0.19	0.23

## Covariance Matrix

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	0.58					
attfam25	0.22	0.82				
attfam26	0.18	0.45	1.09			
attfam27	0.22	0.57	0.66	0.96		
attfam28	0.21	0.49	0.70	0.74	1.01	
attfam29	0.26	0.20	0.19	0.20	0.19	0.36
attfam30	0.24	0.17	0.18	0.19	0.18	0.29
attfam31	0.24	0.18	0.18	0.20	0.19	0.27
attfam32	0.24	0.17	0.17	0.18	0.18	0.28

## Covariance Matrix

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	0.34		
attfam31	0.29	0.34	
attfam32	0.29	0.31	0.33

hypothesis model

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0	0	0	0
strman2	1	0	0	0
strman3	2	0	0	0
strman4	3	0	0	0
strman5	4	0	0	0
strman6	5	0	0	0
strman7	6	0	0	0
cofman9	0	0	0	0
cofman10	0	7	0	0
cofman11	0	8	0	0
cofman12	0	9	0	0
cofman13	0	10	0	0
cofman14	0	11	0	0
cofman15	0	12	0	0
disman17	0	0	0	0
disman19	0	0	13	0
disman21	0	0	14	0
disman23	0	0	15	0
disman24	0	0	16	0
attfam25	0	0	0	0
attfam26	0	0	0	17
attfam27	0	0	0	18
attfam28	0	0	0	19
attfam29	0	0	0	20
attfam30	0	0	0	21
attfam31	0	0	0	22
attfam32	0	0	0	23

GAMMA

	fambur
	-----
strman	24
cofman	25
disman	26
attfam	27

PSI

strman	cofman	disman	attfam
-----	-----	-----	-----
28	29	30	31

## THETA-EPS

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
-----	-----	-----	-----	-----	-----
32	33	34	35	36	37

## THETA-EPS

strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
38	39	40	41	42	43

## THETA-EPS

cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
44	45	46	47	48	49

## THETA-EPS

disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
50	51	52	53	54	55

## THETA-EPS

attfam30	attfam31	attfam32
-----	-----	-----
56	57	58

hypothesis model

Number of Iterations = 40

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

## LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.61	- -	- -	- -
strman2	0.67	- -	- -	- -
	(0.03)			
	20.90			
strman3	0.37	- -	- -	- -
	(0.03)			
	10.58			
strman4	0.38	- -	- -	- -
	(0.04)			
	9.80			
strman5	0.73	- -	- -	- -
	(0.03)			
	22.18			
strman6	0.27	- -	- -	- -
	(0.04)			
	7.16			

strman7	0.72 (0.03) 23.29	- -	- -	- -
cofman9	- -	0.73	- -	- -
cofman10	- -	0.20 (0.04) 5.29	- -	- -
cofman11	- -	0.71 (0.02) 34.77	- -	- -
cofman12	- -	0.28 (0.04) 6.95	- -	- -
cofman13	- -	0.69 (0.02) 33.85	- -	- -
cofman14	- -	0.56 (0.02) 27.94	- -	- -
cofman15	- -	0.52 (0.02) 26.09	- -	- -
disman17	- -	- -	0.63	- -
disman19	- -	- -	0.70 (0.03) 23.34	- -
disman21	- -	- -	0.77 (0.03) 26.95	- -
disman23	- -	- -	0.74 (0.03) 26.60	- -
disman24	- -	- -	0.64 (0.03) 24.42	- -
attfam25	- -	- -	- -	0.34
attfam26	- -	- -	- -	0.33 (0.05) 7.09
attfam27	- -	- -	- -	0.36 (0.05) 7.76
attfam28	- -	- -	- -	0.36 (0.05) 7.63
attfam29	- -	- -	- -	0.51 (0.05) 10.75
attfam30	- -	- -	- -	0.53 (0.05) 10.91
attfam31	- -	- -	- -	0.56 (0.05) 11.02
attfam32	- -	- -	- -	0.56 (0.05) 11.04

## GAMMA

	fambur
strman	0.93 (0.04) 21.09
cofman	0.97 (0.03) 27.86
disman	0.79 (0.04) 19.23
attfam	0.49 (0.06) 8.62

## Covariance Matrix of ETA and KSI

	strman	cofman	disman	attfam	fambur
strman	1.00				
cofman	0.90	1.00			
disman	0.73	0.76	1.00		
attfam	0.45	0.47	0.38	1.00	
fambur	0.93	0.97	0.79	0.49	1.00

## PHI

fambur
1.00

## PSI

Note: This matrix is diagonal.

strman	cofman	disman	attfam
0.13 (0.02) 5.53	0.06 (0.02) 2.98	0.38 (0.04) 10.70	0.76 (0.14) 5.32

## Squared Multiple Correlations for Structural Equations

strman	cofman	disman	attfam
0.87	0.94	0.62	0.24

## Squared Multiple Correlations for Reduced Form

strman	cofman	disman	attfam
0.87	0.94	0.62	0.24

## THETA-EPS

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6



0.33	0.31	0.73	0.94	0.27	0.92
(0.02)	(0.02)	(0.04)	(0.05)	(0.02)	(0.05)
17.57	16.97	19.23	19.29	16.00	19.42

## THETA-EPS

strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.19	0.17	0.99	0.13	1.15	0.14
(0.01)	(0.01)	(0.05)	(0.01)	(0.06)	(0.01)
14.60	15.96	19.51	15.02	19.48	15.56

## THETA-EPS

cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.18	0.20	0.31	0.26	0.11	0.12
(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)
17.61	17.98	18.01	17.29	13.21	13.99

## THETA-EPS

disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.17	0.70	0.98	0.83	0.88	0.10
(0.01)	(0.04)	(0.05)	(0.04)	(0.05)	(0.01)
16.64	19.47	19.50	19.47	19.48	18.17

## THETA-EPS

attfam30	attfam31	attfam32
-----	-----	-----
0.06	0.03	0.02
(0.00)	(0.00)	(0.00)
16.88	12.02	9.87

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.53	0.59	0.16	0.14	0.67	0.07

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.73	0.76	0.04	0.80	0.06	0.78

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.63	0.58	0.56	0.65	0.84	0.82

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----

0.71            0.14            0.10            0.14            0.13            0.71

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

attfam30	attfam31	attfam32
-----	-----	-----
0.82	0.92	0.94

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 320

Minimum Fit Function Chi-Square = 5491.93 (P = 0.0)

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 8219.95 (P = 0.0)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 7899.95

90 Percent Confidence Interval for NCP = (7608.00 ; 8199.00)

Minimum Fit Function Value = 7.18

Population Discrepancy Function Value (F0) = 10.33

90 Percent Confidence Interval for F0 = (9.95 ; 10.72)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.18

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.18 ; 0.18)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 10.90

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (10.52 ; 11.29)

ECVI for Saturated Model = 0.99

ECVI for Independence Model = 63.59

Chi-Square for Independence Model with 351 Degrees of Freedom = 48590.70

Independence AIC = 48644.70

Model AIC = 8335.95

Saturated AIC = 756.00

Independence CAIC = 48797.01

Model CAIC = 8663.14

Saturated CAIC = 2888.37

Normed Fit Index (NFI) = 0.89

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.88

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.81

Comparative Fit Index (CFI) = 0.89

Incremental Fit Index (IFI) = 0.89

Relative Fit Index (RFI) = 0.88

Critical N (CN) = 54.18

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.13

Standardized RMR = 0.15

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.56

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.48

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.47

hypothesis model

Fitted Covariance Matrix

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	0.71					
strman2	0.41	0.75				
strman3	0.23	0.25	0.87			
strman4	0.23	0.26	0.14	1.09		
strman5	0.45	0.49	0.27	0.28	0.80	
strman6	0.16	0.18	0.10	0.10	0.20	0.99
strman7	0.44	0.48	0.27	0.27	0.52	0.19
cofman9	0.40	0.44	0.24	0.25	0.48	0.18
cofman10	0.11	0.12	0.07	0.07	0.13	0.05
cofman11	0.40	0.43	0.24	0.25	0.47	0.17
cofman12	0.16	0.17	0.09	0.10	0.18	0.07
cofman13	0.38	0.42	0.23	0.24	0.45	0.17
cofman14	0.31	0.34	0.19	0.19	0.37	0.14
cofman15	0.29	0.32	0.18	0.18	0.34	0.13
disman17	0.28	0.31	0.17	0.18	0.34	0.12
disman19	0.31	0.34	0.19	0.20	0.37	0.14
disman21	0.34	0.38	0.21	0.22	0.41	0.15
disman23	0.33	0.36	0.20	0.21	0.40	0.15
disman24	0.29	0.31	0.17	0.18	0.34	0.13
attfam25	0.09	0.10	0.06	0.06	0.11	0.04
attfam26	0.09	0.10	0.06	0.06	0.11	0.04
attfam27	0.10	0.11	0.06	0.06	0.12	0.04
attfam28	0.10	0.11	0.06	0.06	0.12	0.04
attfam29	0.14	0.15	0.09	0.09	0.17	0.06
attfam30	0.15	0.16	0.09	0.09	0.18	0.06
attfam31	0.15	0.17	0.09	0.10	0.18	0.07
attfam32	0.15	0.17	0.09	0.10	0.18	0.07

## Fitted Covariance Matrix

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	0.70					
cofman9	0.47	0.70				
cofman10	0.13	0.14	1.03			
cofman11	0.46	0.52	0.14	0.64		
cofman12	0.18	0.20	0.06	0.20	1.23	
cofman13	0.45	0.50	0.14	0.49	0.19	0.61
cofman14	0.36	0.41	0.11	0.40	0.16	0.39
cofman15	0.34	0.38	0.10	0.37	0.15	0.36
disman17	0.33	0.35	0.09	0.34	0.13	0.33
disman19	0.37	0.39	0.10	0.38	0.15	0.37
disman21	0.40	0.43	0.12	0.42	0.16	0.40
disman23	0.39	0.41	0.11	0.40	0.16	0.39
disman24	0.34	0.35	0.10	0.35	0.14	0.34
attfam25	0.11	0.12	0.03	0.11	0.05	0.11
attfam26	0.11	0.11	0.03	0.11	0.04	0.11
attfam27	0.12	0.12	0.03	0.12	0.05	0.12
attfam28	0.12	0.12	0.03	0.12	0.05	0.12
attfam29	0.17	0.17	0.05	0.17	0.07	0.17
attfam30	0.17	0.18	0.05	0.18	0.07	0.17
attfam31	0.18	0.19	0.05	0.19	0.07	0.18
attfam32	0.18	0.19	0.05	0.19	0.07	0.18

## Fitted Covariance Matrix

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	0.50					
cofman15	0.29	0.47				
disman17	0.27	0.25	0.70			
disman19	0.30	0.28	0.44	0.74		
disman21	0.33	0.31	0.48	0.53	0.70	
disman23	0.32	0.30	0.47	0.52	0.57	0.67
disman24	0.27	0.25	0.40	0.44	0.49	0.47
attfam25	0.09	0.08	0.08	0.09	0.10	0.10
attfam26	0.09	0.08	0.08	0.09	0.10	0.10
attfam27	0.10	0.09	0.09	0.10	0.11	0.10
attfam28	0.10	0.09	0.09	0.10	0.11	0.10
attfam29	0.14	0.13	0.12	0.14	0.15	0.15
attfam30	0.14	0.13	0.13	0.14	0.16	0.15
attfam31	0.15	0.14	0.13	0.15	0.16	0.16
attfam32	0.15	0.14	0.13	0.15	0.16	0.16

## Fitted Covariance Matrix

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	0.58					
attfam25	0.08	0.82				
attfam26	0.08	0.11	1.09			
attfam27	0.09	0.12	0.12	0.96		
attfam28	0.09	0.12	0.12	0.13	1.01	
attfam29	0.12	0.17	0.17	0.18	0.18	0.36
attfam30	0.13	0.18	0.18	0.19	0.19	0.27
attfam31	0.14	0.19	0.19	0.20	0.20	0.28
attfam32	0.14	0.19	0.19	0.20	0.20	0.28

## Fitted Covariance Matrix

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	0.34		
attfam31	0.30	0.34	
attfam32	0.30	0.31	0.33

## Fitted Residuals

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	0.00					
strman2	0.14	0.00				
strman3	-0.01	0.02	0.00			
strman4	-0.03	-0.02	0.42	0.00		
strman5	0.01	0.00	-0.04	-0.04	0.00	
strman6	-0.06	-0.04	0.40	0.41	-0.05	0.00
strman7	-0.04	-0.02	-0.07	-0.06	0.02	-0.05
cofman9	0.02	0.01	-0.05	-0.04	0.06	-0.02
cofman10	0.01	0.03	0.32	0.49	-0.02	0.36
cofman11	0.00	-0.02	-0.06	-0.06	0.01	-0.04
cofman12	0.01	0.01	0.32	0.52	-0.01	0.40
cofman13	-0.01	-0.01	-0.01	-0.04	0.00	-0.02
cofman14	-0.08	-0.07	0.05	0.05	-0.06	0.06
cofman15	-0.08	-0.08	0.05	0.04	-0.06	0.07

disman17	0.08	0.08	0.06	0.07	0.09	0.04
disman19	0.00	0.02	0.02	0.06	0.02	0.00
disman21	-0.02	0.00	0.07	0.08	0.01	0.04
disman23	-0.04	-0.04	0.07	0.10	-0.03	0.07
disman24	-0.06	-0.07	0.08	0.09	-0.05	0.09
attfam25	0.07	0.10	0.24	0.32	0.10	0.27
attfam26	0.08	0.07	0.24	0.33	0.04	0.28
attfam27	0.10	0.10	0.23	0.38	0.09	0.27
attfam28	0.09	0.08	0.20	0.30	0.07	0.25
attfam29	-0.03	-0.03	0.09	0.13	-0.02	0.12
attfam30	-0.04	-0.04	0.07	0.12	-0.04	0.12
attfam31	-0.06	-0.05	0.08	0.12	-0.06	0.12
attfam32	-0.06	-0.06	0.09	0.12	-0.06	0.12

## Fitted Residuals

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	0.00					
cofman9	0.11	0.00				
cofman10	-0.04	-0.04	0.00			
cofman11	0.06	0.04	-0.07	0.00		
cofman12	-0.03	-0.04	0.62	-0.05	0.00	
cofman13	0.02	0.00	-0.04	0.00	-0.04	0.00
cofman14	-0.03	-0.06	0.04	-0.02	0.02	0.02
cofman15	-0.03	-0.06	0.06	-0.03	0.04	0.00
disman17	0.10	0.08	0.04	0.08	0.07	0.07
disman19	0.03	0.01	0.01	-0.03	0.03	0.00
disman21	0.01	0.01	0.06	-0.03	0.05	0.00
disman23	-0.03	-0.05	0.10	-0.06	0.07	-0.04
disman24	-0.04	-0.06	0.11	-0.04	0.07	-0.07
attfam25	0.10	0.10	0.27	0.07	0.37	0.08
attfam26	0.03	0.03	0.36	0.01	0.44	0.01
attfam27	0.06	0.08	0.42	0.04	0.48	0.05
attfam28	0.04	0.04	0.34	0.04	0.43	0.05
attfam29	0.00	-0.03	0.10	0.00	0.11	-0.02
attfam30	-0.03	-0.05	0.10	-0.02	0.09	-0.04
attfam31	-0.04	-0.06	0.10	-0.03	0.10	-0.04
attfam32	-0.04	-0.06	0.10	-0.03	0.09	-0.04

## Fitted Residuals

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	0.00					
cofman15	0.15	0.00				
disman17	0.04	0.03	0.00			
disman19	0.00	-0.01	0.02	0.00		
disman21	0.01	0.01	0.00	0.04	0.00	
disman23	0.03	0.03	-0.02	-0.02	-0.01	0.00
disman24	0.03	0.06	-0.02	-0.04	-0.02	0.06
attfam25	0.09	0.11	0.13	0.11	0.14	0.14
attfam26	0.06	0.09	0.07	0.05	0.05	0.10
attfam27	0.07	0.10	0.11	0.08	0.10	0.14
attfam28	0.08	0.09	0.10	0.05	0.06	0.12
attfam29	0.09	0.12	0.06	0.04	0.07	0.11
attfam30	0.08	0.10	0.04	0.00	0.03	0.08
attfam31	0.08	0.11	0.02	-0.01	0.03	0.07

attfam32 0.08          0.11          0.01          -0.01          0.03          0.07

Fitted Residuals

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	0.00					
attfam25	0.13	0.00				
attfam26	0.10	0.34	0.00			
attfam27	0.13	0.44	0.54	0.00		
attfam28	0.12	0.36	0.58	0.61	0.00	
attfam29	0.14	0.02	0.02	0.02	0.01	0.00
attfam30	0.11	-0.01	0.00	-0.01	-0.01	0.02
attfam31	0.10	0.00	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01
attfam32	0.10	-0.02	-0.02	-0.02	-0.02	0.00

Fitted Residuals

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	0.00		
attfam31	0.00	0.00	
attfam32	0.00	0.00	0.00

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.08  
Median Fitted Residual = 0.02  
Largest Fitted Residual = 0.62

Stemleaf Plot

```
- 0|888777776666666666666666655555555
-
0|44444444444444444444444444444444443333333333333333222222222222222222221111111
11111+53
  0|111111111111111112222222222222222333333333333444444444444444444
0|555555555666666666666666777777777777777777788888888888888889999999999
9999
  1|000000000000000000001111111112222222222333344444
  1|5
  2|0344
  2|57778
  3|0222344
  3|66678
  4|00122344
  4|89
  5|24
  5|8
  6|12
```

Standardized Residuals

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	-					

strman2	13.99	-	-			
strman3	-0.36	1.53	-	-		
strman4	-1.41	-0.88	14.06	-	-	
strman5	1.18	-0.33	-3.05	-2.33	-	-
strman6	-3.45	-1.99	13.56	12.49	-2.95	-
strman7	-5.58	-3.72	-6.46	-4.84	3.26	-3.58
cofman9	1.69	0.97	-3.06	-2.21	7.16	-1.44
cofman10	0.59	1.44	10.32	13.81	-1.17	10.49
cofman11	-0.03	-1.88	-4.53	-4.27	1.26	-2.98
cofman12	0.36	0.59	9.35	13.76	-0.33	10.68
cofman13	-1.51	-0.90	-0.82	-2.61	0.10	-1.48
cofman14	-7.93	-7.23	3.26	2.74	-6.35	3.56
cofman15	-8.09	-8.25	3.48	2.55	-6.39	4.35
disman17	5.32	5.21	2.83	2.86	6.01	1.72
disman19	0.15	1.23	0.94	2.37	1.09	-0.01
disman21	-1.24	0.23	3.64	3.71	0.63	2.16
disman23	-3.01	-3.30	3.74	5.02	-2.24	3.16
disman24	-4.82	-5.44	4.64	4.43	-4.12	4.67
attfam25	2.80	4.10	8.03	9.86	3.82	8.59
attfam26	2.89	2.43	7.00	8.56	1.39	7.59
attfam27	3.87	3.66	7.30	10.79	3.23	7.94
attfam28	3.18	2.76	6.05	8.28	2.51	7.03
attfam29	-2.52	-2.23	5.36	6.48	-1.77	6.42
attfam30	-3.41	-3.13	4.50	6.34	-3.18	6.28
attfam31	-5.35	-5.01	5.16	6.61	-5.61	6.48
attfam32	-5.72	-5.38	5.38	6.62	-5.63	6.59

Standardized Residuals

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	-	-				
cofman9	15.22	-	-			
cofman10	-2.01	-3.22	-	-		
cofman11	10.09	10.78	-6.18	-	-	
cofman12	-1.53	-2.83	16.08	-4.11	-	-
cofman13	2.58	0.30	-3.41	1.17	-2.76	-
cofman14	-4.32	-11.88	2.89	-5.55	1.39	3.24
cofman15	-3.81	-11.01	3.74	-6.09	2.53	0.17
disman17	7.80	6.22	1.53	6.57	2.56	5.77
disman19	2.66	0.57	0.34	-2.29	0.98	-0.35
disman21	1.12	1.02	3.03	-4.06	1.99	0.39
disman23	-3.25	-5.12	4.75	-7.01	2.91	-4.33
disman24	-3.87	-5.85	5.19	-4.91	3.22	-7.24
attfam25	4.06	4.35	8.30	3.31	10.43	3.56
attfam26	1.19	0.95	9.46	0.48	10.65	0.40
attfam27	2.14	3.25	11.87	1.77	12.49	1.93
attfam28	1.34	1.68	9.31	1.58	11.00	2.00
attfam29	-0.07	-2.62	4.93	-0.02	5.02	-1.87
attfam30	-2.64	-5.02	5.22	-2.41	4.52	-5.12
attfam31	-4.65	-7.78	5.41	-4.47	5.00	-5.28
attfam32	-4.74	-7.85	5.54	-4.65	4.76	-5.67

Standardized Residuals

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	-	-				





12|155896889  
 14|0129  
 16|1272  
 18|9  
 20|  
 22|6

Largest Negative Standardized Residuals

Residual for strman5 and strman3 -3.05  
 Residual for strman6 and strman1 -3.45  
 Residual for strman6 and strman5 -2.95  
 Residual for strman7 and strman1 -5.58  
 Residual for strman7 and strman2 -3.72  
 Residual for strman7 and strman3 -6.46  
 Residual for strman7 and strman4 -4.84  
 Residual for strman7 and strman6 -3.58  
 Residual for cofman9 and strman3 -3.06  
 Residual for cofman10 and cofman9 -3.22  
 Residual for cofman11 and strman3 -4.53  
 Residual for cofman11 and strman4 -4.27  
 Residual for cofman11 and strman6 -2.98  
 Residual for cofman11 and cofman10 -6.18  
 Residual for cofman12 and cofman9 -2.83  
 Residual for cofman12 and cofman11 -4.11  
 Residual for cofman13 and strman4 -2.61  
 Residual for cofman13 and cofman10 -3.41  
 Residual for cofman13 and cofman12 -2.76  
 Residual for cofman14 and strman1 -7.93  
 Residual for cofman14 and strman2 -7.23  
 Residual for cofman14 and strman5 -6.35  
 Residual for cofman14 and strman7 -4.32  
 Residual for cofman14 and cofman9 -11.88  
 Residual for cofman14 and cofman11 -5.55  
 Residual for cofman15 and strman1 -8.09  
 Residual for cofman15 and strman2 -8.25  
 Residual for cofman15 and strman5 -6.39  
 Residual for cofman15 and strman7 -3.81  
 Residual for cofman15 and cofman9 -11.01  
 Residual for cofman15 and cofman11 -6.09  
 Residual for disman21 and cofman11 -4.06  
 Residual for disman23 and strman1 -3.01  
 Residual for disman23 and strman2 -3.30  
 Residual for disman23 and strman7 -3.25  
 Residual for disman23 and cofman9 -5.12  
 Residual for disman23 and cofman11 -7.01  
 Residual for disman23 and cofman13 -4.33  
 Residual for disman23 and disman17 -4.47  
 Residual for disman23 and disman19 -5.18  
 Residual for disman23 and disman21 -3.67  
 Residual for disman24 and strman1 -4.82  
 Residual for disman24 and strman2 -5.44  
 Residual for disman24 and strman5 -4.12  
 Residual for disman24 and strman7 -3.87  
 Residual for disman24 and cofman9 -5.85  
 Residual for disman24 and cofman11 -4.91  
 Residual for disman24 and cofman13 -7.24  
 Residual for disman24 and disman17 -3.27  
 Residual for disman24 and disman19 -6.98  
 Residual for disman24 and disman21 -5.53

Residual for attfam29 and cofman9	-2.62
Residual for attfam30 and strman1	-3.41
Residual for attfam30 and strman2	-3.13
Residual for attfam30 and strman5	-3.18
Residual for attfam30 and strman7	-2.64
Residual for attfam30 and cofman9	-5.02
Residual for attfam30 and cofman13	-5.12
Residual for attfam31 and strman1	-5.35
Residual for attfam31 and strman2	-5.01
Residual for attfam31 and strman5	-5.61
Residual for attfam31 and strman7	-4.65
Residual for attfam31 and cofman9	-7.78
Residual for attfam31 and cofman11	-4.47
Residual for attfam31 and cofman13	-5.28
Residual for attfam31 and attfam29	-6.80
Residual for attfam32 and strman1	-5.72
Residual for attfam32 and strman2	-5.38
Residual for attfam32 and strman5	-5.63
Residual for attfam32 and strman7	-4.74
Residual for attfam32 and cofman9	-7.85
Residual for attfam32 and cofman11	-4.65
Residual for attfam32 and cofman13	-5.67
Residual for attfam32 and attfam25	-5.65
Residual for attfam32 and attfam26	-5.28
Residual for attfam32 and attfam27	-6.44
Residual for attfam32 and attfam28	-5.45
Residual for attfam32 and attfam30	-2.80
Largest Positive Standardized Residuals	
Residual for strman2 and strman1	13.99
Residual for strman4 and strman3	14.06
Residual for strman6 and strman3	13.56
Residual for strman6 and strman4	12.49
Residual for strman7 and strman5	3.26
Residual for cofman9 and strman5	7.16
Residual for cofman9 and strman7	15.22
Residual for cofman10 and strman3	10.32
Residual for cofman10 and strman4	13.81
Residual for cofman10 and strman6	10.49
Residual for cofman11 and strman7	10.09
Residual for cofman11 and cofman9	10.78
Residual for cofman12 and strman3	9.35
Residual for cofman12 and strman4	13.76
Residual for cofman12 and strman6	10.68
Residual for cofman12 and cofman10	16.08
Residual for cofman13 and strman7	2.58
Residual for cofman14 and strman3	3.26
Residual for cofman14 and strman4	2.74
Residual for cofman14 and strman6	3.56
Residual for cofman14 and cofman10	2.89
Residual for cofman14 and cofman13	3.24
Residual for cofman15 and strman3	3.48
Residual for cofman15 and strman6	4.35
Residual for cofman15 and cofman10	3.74
Residual for cofman15 and cofman14	23.61
Residual for disman17 and strman1	5.32
Residual for disman17 and strman2	5.21
Residual for disman17 and strman3	2.83
Residual for disman17 and strman4	2.86

Residual for disman17 and strman5	6.01
Residual for disman17 and strman7	7.80
Residual for disman17 and cofman9	6.22
Residual for disman17 and cofman11	6.57
Residual for disman17 and cofman13	5.77
Residual for disman17 and cofman14	3.10
Residual for disman19 and strman7	2.66
Residual for disman21 and strman3	3.64
Residual for disman21 and strman4	3.71
Residual for disman21 and cofman10	3.03
Residual for disman21 and disman19	9.26
Residual for disman23 and strman3	3.74
Residual for disman23 and strman4	5.02
Residual for disman23 and strman6	3.16
Residual for disman23 and cofman10	4.75
Residual for disman23 and cofman12	2.91
Residual for disman23 and cofman14	2.79
Residual for disman23 and cofman15	3.16
Residual for disman24 and strman3	4.64
Residual for disman24 and strman4	4.43
Residual for disman24 and strman6	4.67
Residual for disman24 and cofman10	5.19
Residual for disman24 and cofman12	3.22
Residual for disman24 and cofman14	3.59
Residual for disman24 and cofman15	6.00
Residual for disman24 and disman23	15.91
Residual for attfam25 and strman1	2.80
Residual for attfam25 and strman2	4.10
Residual for attfam25 and strman3	8.03
Residual for attfam25 and strman4	9.86
Residual for attfam25 and strman5	3.82
Residual for attfam25 and strman6	8.59
Residual for attfam25 and strman7	4.06
Residual for attfam25 and cofman9	4.35
Residual for attfam25 and cofman10	8.30
Residual for attfam25 and cofman11	3.31
Residual for attfam25 and cofman12	10.43
Residual for attfam25 and cofman13	3.56
Residual for attfam25 and cofman14	4.38
Residual for attfam25 and cofman15	5.56
Residual for attfam25 and disman17	5.09
Residual for attfam25 and disman19	4.40
Residual for attfam25 and disman21	5.80
Residual for attfam25 and disman23	5.69
Residual for attfam25 and disman24	5.87
Residual for attfam26 and strman1	2.89
Residual for attfam26 and strman3	7.00
Residual for attfam26 and strman4	8.56
Residual for attfam26 and strman6	7.59
Residual for attfam26 and cofman10	9.46
Residual for attfam26 and cofman12	10.65
Residual for attfam26 and cofman15	3.91
Residual for attfam26 and disman23	3.56
Residual for attfam26 and disman24	3.61
Residual for attfam26 and attfam25	11.41
Residual for attfam27 and strman1	3.87
Residual for attfam27 and strman2	3.66
Residual for attfam27 and strman3	7.30

Residual for attfam27 and strman4	10.79
Residual for attfam27 and strman5	3.23
Residual for attfam27 and strman6	7.94
Residual for attfam27 and cofman9	3.25
Residual for attfam27 and cofman10	11.87
Residual for attfam27 and cofman12	12.49
Residual for attfam27 and cofman14	3.40
Residual for attfam27 and cofman15	4.75
Residual for attfam27 and disman17	3.86
Residual for attfam27 and disman19	2.91
Residual for attfam27 and disman21	3.63
Residual for attfam27 and disman23	5.45
Residual for attfam27 and disman24	5.37
Residual for attfam27 and attfam25	16.19
Residual for attfam27 and attfam26	16.72
Residual for attfam28 and strman1	3.18
Residual for attfam28 and strman2	2.76
Residual for attfam28 and strman3	6.05
Residual for attfam28 and strman4	8.28
Residual for attfam28 and strman6	7.03
Residual for attfam28 and cofman10	9.31
Residual for attfam28 and cofman12	11.00
Residual for attfam28 and cofman14	3.44
Residual for attfam28 and cofman15	4.13
Residual for attfam28 and disman17	3.47
Residual for attfam28 and disman23	4.51
Residual for attfam28 and disman24	4.87
Residual for attfam28 and attfam25	12.91
Residual for attfam28 and attfam26	17.25
Residual for attfam28 and attfam27	19.94
Residual for attfam29 and strman3	5.36
Residual for attfam29 and strman4	6.48
Residual for attfam29 and strman6	6.42
Residual for attfam29 and cofman10	4.93
Residual for attfam29 and cofman12	5.02
Residual for attfam29 and cofman14	9.24
Residual for attfam29 and cofman15	11.40
Residual for attfam29 and disman17	4.03
Residual for attfam29 and disman19	2.68
Residual for attfam29 and disman21	5.49
Residual for attfam29 and disman23	8.76
Residual for attfam29 and disman24	11.24
Residual for attfam30 and strman3	4.50
Residual for attfam30 and strman4	6.34
Residual for attfam30 and strman6	6.28
Residual for attfam30 and cofman10	5.22
Residual for attfam30 and cofman12	4.52
Residual for attfam30 and cofman14	8.98
Residual for attfam30 and cofman15	11.25
Residual for attfam30 and disman17	2.74
Residual for attfam30 and disman21	2.96
Residual for attfam30 and disman23	6.78
Residual for attfam30 and disman24	9.42
Residual for attfam30 and attfam29	7.01
Residual for attfam31 and strman3	5.16
Residual for attfam31 and strman4	6.61
Residual for attfam31 and strman6	6.48
Residual for attfam31 and cofman10	5.41

Residual for attfam31 and cofman12	5.00
Residual for attfam31 and cofman14	9.34
Residual for attfam31 and cofman15	12.80
Residual for attfam31 and disman21	2.99
Residual for attfam31 and disman23	6.49
Residual for attfam31 and disman24	9.56
Residual for attfam32 and strman3	5.38
Residual for attfam32 and strman4	6.62
Residual for attfam32 and strman6	6.59
Residual for attfam32 and cofman10	5.54
Residual for attfam32 and cofman12	4.76
Residual for attfam32 and cofman14	10.36
Residual for attfam32 and cofman15	13.87
Residual for attfam32 and disman21	3.02
Residual for attfam32 and disman23	6.62
Residual for attfam32 and disman24	9.83
Residual for attfam32 and attfam31	12.08

## Standardized Residuals

hypothesis model

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	- -	24.11	4.71	17.15
strman2	- -	33.23	2.88	13.60
strman3	- -	- -	17.55	40.51
strman4	- -	0.01	23.54	61.95
strman5	- -	0.77	0.29	15.72
strman6	- -	1.40	9.86	56.38
strman7	- -	113.06	0.21	7.26
cofman9	128.97	- -	1.68	67.84
cofman10	9.12	- -	18.35	37.08
cofman11	9.36	- -	25.96	22.57
cofman12	9.15	- -	9.67	31.06
cofman13	0.70	- -	4.75	39.03
cofman14	75.40	- -	10.97	124.05
cofman15	71.11	- -	12.75	212.55
disman17	95.02	76.33	- -	1.73
disman19	2.56	0.00	- -	26.90
disman21	2.53	1.31	- -	5.88
disman23	20.27	16.78	- -	22.76
disman24	28.45	13.40	- -	83.16
attfam25	43.96	31.21	26.59	- -
attfam26	12.66	5.09	3.53	- -
attfam27	30.19	17.50	14.32	- -
attfam28	19.10	11.54	7.29	- -
attfam29	10.49	9.63	25.80	- -
attfam30	0.89	0.07	0.72	- -
attfam31	6.36	3.91	2.16	- -

attfam32	9.71	3.64	4.12	- -
----------	------	------	------	-----

## Expected Change for LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	- -	-0.39	-0.08	-0.11
strman2	- -	-0.46	-0.06	-0.09
strman3	- -	- -	0.22	0.23
strman4	- -	-0.01	0.29	0.32
strman5	- -	-0.07	-0.02	-0.10
strman6	- -	0.14	0.18	0.30
strman7	- -	0.82	0.02	-0.06
cofman9	0.68	- -	-0.04	-0.16
cofman10	0.36	- -	0.27	0.26
cofman11	0.17	- -	-0.14	-0.08
cofman12	0.39	- -	0.21	0.25
cofman13	-0.05	- -	-0.06	-0.11
cofman14	-0.49	- -	0.10	0.21
cofman15	-0.49	- -	0.11	0.29
disman17	0.34	0.32	- -	-0.03
disman19	0.05	0.00	- -	-0.11
disman21	0.04	0.03	- -	-0.04
disman23	-0.12	-0.11	- -	0.08
disman24	-0.15	-0.10	- -	0.16
attfam25	0.24	0.20	0.18	- -
attfam26	0.15	0.10	0.08	- -
attfam27	0.22	0.16	0.14	- -
attfam28	0.18	0.14	0.10	- -
attfam29	0.05	0.04	0.07	- -
attfam30	0.01	0.00	0.01	- -
attfam31	-0.02	-0.02	-0.01	- -
attfam32	-0.03	-0.02	-0.02	- -

## Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	- -	-0.39	-0.08	-0.11
strman2	- -	-0.46	-0.06	-0.09
strman3	- -	- -	0.22	0.23
strman4	- -	-0.01	0.29	0.32
strman5	- -	-0.07	-0.02	-0.10
strman6	- -	0.14	0.18	0.30
strman7	- -	0.82	0.02	-0.06
cofman9	0.68	- -	-0.04	-0.16
cofman10	0.36	- -	0.27	0.26
cofman11	0.17	- -	-0.14	-0.08
cofman12	0.39	- -	0.21	0.25
cofman13	-0.05	- -	-0.06	-0.11
cofman14	-0.49	- -	0.10	0.21
cofman15	-0.49	- -	0.11	0.29
disman17	0.34	0.32	- -	-0.03
disman19	0.05	0.00	- -	-0.11
disman21	0.04	0.03	- -	-0.04
disman23	-0.12	-0.11	- -	0.08
disman24	-0.15	-0.10	- -	0.16
attfam25	0.24	0.20	0.18	- -

attfam26	0.15	0.10	0.08	- -
attfam27	0.22	0.16	0.14	- -
attfam28	0.18	0.14	0.10	- -
attfam29	0.05	0.04	0.07	- -
attfam30	0.01	0.00	0.01	- -
attfam31	-0.02	-0.02	-0.01	- -
attfam32	-0.03	-0.02	-0.02	- -

## Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	- -	-0.46	-0.10	-0.13
strman2	- -	-0.53	-0.07	-0.11
strman3	- -	- -	0.23	0.25
strman4	- -	-0.01	0.27	0.31
strman5	- -	-0.08	-0.02	-0.11
strman6	- -	0.14	0.18	0.30
strman7	- -	0.98	0.02	-0.07
cofman9	0.81	- -	-0.05	-0.19
cofman10	0.36	- -	0.26	0.25
cofman11	0.21	- -	-0.17	-0.10
cofman12	0.35	- -	0.19	0.23
cofman13	-0.06	- -	-0.08	-0.14
cofman14	-0.70	- -	0.14	0.30
cofman15	-0.71	- -	0.15	0.42
disman17	0.41	0.38	- -	-0.04
disman19	0.06	0.00	- -	-0.13
disman21	0.05	0.04	- -	-0.05
disman23	-0.14	-0.14	- -	0.10
disman24	-0.19	-0.14	- -	0.21
attfam25	0.26	0.22	0.19	- -
attfam26	0.15	0.09	0.07	- -
attfam27	0.22	0.17	0.14	- -
attfam28	0.18	0.14	0.10	- -
attfam29	0.08	0.07	0.11	- -
attfam30	0.02	0.00	0.02	- -
attfam31	-0.04	-0.03	-0.02	- -
attfam32	-0.04	-0.03	-0.03	- -

## Modification Indices for BETA

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -	47.97	0.66	37.19
cofman	47.98	- -	37.19	0.66
disman	0.66	37.19	- -	47.98
attfam	37.19	0.66	47.98	- -

## Expected Change for BETA

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -	6.44	0.07	-0.17
cofman	2.91	- -	-0.56	0.02
disman	0.20	-3.61	- -	0.21
attfam	-0.97	0.28	0.43	- -

## Standardized Expected Change for BETA

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -	6.44	0.07	-0.17
cofman	2.91	- -	-0.56	0.02
disman	0.20	-3.61	- -	0.21
attfam	-0.97	0.28	0.43	- -

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

## Modification Indices for PSI

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -			
cofman	47.98	- -		
disman	0.66	37.19	- -	
attfam	37.19	0.66	47.98	- -

## Expected Change for PSI

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -			
cofman	0.38	- -		
disman	0.03	-0.22	- -	
attfam	-0.13	0.02	0.16	- -

## Standardized Expected Change for PSI

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman	- -			
cofman	0.38	- -		
disman	0.03	-0.22	- -	
attfam	-0.13	0.02	0.16	- -

## Modification Indices for THETA-EPS

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	- -					
strman2	195.65	- -				
strman3	0.13	2.34	- -			
strman4	1.99	0.77	197.65	- -		
strman5	1.40	0.11	9.28	5.44	- -	
strman6	11.88	3.94	183.82	155.98	8.69	- -
strman7	31.12	13.84	41.78	23.38	10.63	12.79
cofman9	1.74	0.04	28.14	16.36	28.26	11.71
cofman10	0.01	0.66	103.42	188.63	7.85	105.79
cofman11	4.02	0.10	42.68	37.03	0.80	25.82
cofman12	0.07	0.01	84.45	188.06	3.10	109.83
cofman13	0.89	4.70	1.03	10.96	0.69	6.93
cofman14	26.53	14.54	23.43	17.40	17.54	18.43
cofman15	29.55	27.40	24.80	14.92	18.03	26.21



disman17	9.08	3.47	3.00	3.91	2.24	2.59
disman19	0.89	4.64	7.45	1.47	0.65	9.20
disman21	0.20	3.40	0.26	0.17	0.50	0.69
disman23	0.24	2.28	5.18	13.72	0.19	5.09
disman24	7.32	16.00	18.46	10.10	5.91	23.46
attfam25	0.01	1.61	21.85	39.75	0.10	28.39
attfam26	6.40	2.42	23.45	37.80	0.19	27.46
attfam27	6.29	3.02	18.37	60.32	0.46	24.23
attfam28	6.06	2.10	10.96	28.80	0.58	17.95
attfam29	0.40	1.17	0.15	0.07	0.06	0.41
attfam30	1.23	0.78	2.08	0.05	1.34	0.00
attfam31	0.30	0.05	0.01	0.00	1.69	0.01
attfam32	4.57	2.96	0.68	0.15	1.04	0.00

## Modification Indices for THETA-EPS

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	- -					
cofman9	118.48	- -				
cofman10	23.75	10.37	- -			
cofman11	56.09	116.13	38.22	- -		
cofman12	19.38	8.03	258.59	16.91	- -	
cofman13	1.27	0.09	11.63	1.36	7.64	- -
cofman14	22.21	141.12	8.35	30.85	1.94	10.53
cofman15	13.64	121.23	13.95	37.08	6.41	0.03
disman17	9.78	6.56	3.70	25.90	0.01	4.24
disman19	8.05	6.22	9.51	0.01	1.40	2.22
disman21	0.01	14.78	0.26	7.89	0.67	13.42
disman23	12.33	21.49	12.47	13.47	3.37	2.40
disman24	5.72	31.37	16.79	0.10	5.92	56.76
attfam25	0.14	6.66	34.55	1.95	66.75	0.00
attfam26	3.07	0.30	62.08	3.44	86.18	1.80
attfam27	6.59	6.50	99.57	5.32	115.45	1.17
attfam28	6.25	0.27	54.70	1.69	86.69	0.13
attfam29	2.84	0.24	0.12	0.19	0.17	3.47
attfam30	0.00	0.47	0.04	0.84	0.59	15.96
attfam31	0.50	4.37	0.53	0.14	0.13	2.42
attfam32	0.41	4.88	0.62	1.78	4.47	0.03

## Modification Indices for THETA-EPS

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	- -					
cofman15	557.66	- -				
disman17	16.08	20.87	- -			
disman19	5.63	18.17	4.38	- -		
disman21	5.44	9.13	0.06	85.84	- -	
disman23	21.81	21.06	19.94	26.84	13.49	- -
disman24	38.27	89.60	10.67	48.76	30.56	253.12
attfam25	10.28	5.44	2.52	1.49	2.49	1.39
attfam26	3.89	0.37	0.63	0.25	2.82	1.26
attfam27	9.64	4.11	1.21	0.12	1.54	1.68
attfam28	4.10	4.06	2.69	0.06	5.17	1.75
attfam29	0.71	0.06	0.04	0.58	0.50	2.37
attfam30	1.35	0.16	2.67	0.06	4.40	1.44

attfam31	0.31	2.47	0.12	4.32	0.28	0.04
attfam32	14.21	25.15	13.80	0.31	0.40	0.04

## Modification Indices for THETA-EPS

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	- -					
attfam25	2.77	- -				
attfam26	0.13	130.18	- -			
attfam27	0.26	262.01	279.69	- -		
attfam28	0.08	166.70	297.44	397.52	- -	
attfam29	5.42	5.79	3.15	2.47	0.58	- -
attfam30	0.98	0.95	0.07	0.90	0.98	49.15
attfam31	0.65	1.46	4.26	1.75	1.96	46.28
attfam32	2.81	31.88	27.86	41.52	29.69	0.27

## Modification Indices for THETA-EPS

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	- -		
attfam31	3.63	- -	
attfam32	7.85	145.90	- -

## Expected Change for THETA-EPS

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	- -					
strman2	0.19	- -				
strman3	-0.01	0.03	- -			
strman4	-0.03	-0.02	0.43	- -		
strman5	0.02	0.00	-0.05	-0.05	- -	
strman6	-0.07	-0.04	0.41	0.42	-0.06	- -
strman7	-0.07	-0.04	-0.10	-0.09	0.04	-0.06
cofman9	0.01	0.00	-0.07	-0.06	0.05	-0.05
cofman10	0.00	0.02	0.32	0.48	-0.06	0.36
cofman11	0.02	0.00	-0.08	-0.09	0.01	-0.07
cofman12	-0.01	0.00	0.31	0.52	-0.04	0.39
cofman13	0.01	0.02	-0.01	-0.05	0.01	-0.04
cofman14	-0.05	-0.04	0.07	0.07	-0.04	0.07
cofman15	-0.06	-0.05	0.07	0.06	-0.04	0.08
disman17	0.04	0.02	-0.03	-0.04	0.02	-0.03
disman19	0.01	0.02	-0.05	-0.02	0.01	-0.06
disman21	0.00	0.02	0.01	-0.01	0.01	-0.01
disman23	0.00	-0.01	0.03	0.05	0.00	0.03
disman24	-0.03	-0.04	0.06	0.05	-0.02	0.07
attfam25	0.00	0.02	0.12	0.19	0.01	0.16
attfam26	0.05	0.03	0.15	0.22	-0.01	0.18
attfam27	0.05	0.03	0.12	0.25	0.01	0.16
attfam28	0.05	0.03	0.10	0.18	0.01	0.14
attfam29	0.00	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.01
attfam30	0.01	0.00	-0.01	0.00	0.01	0.00
attfam31	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01	0.00
attfam32	-0.01	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.00

## Expected Change for THETA-EPS

strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	- -				
cofman9	0.09	- -			
cofman10	-0.09	-0.05	- -		
cofman11	0.06	0.08	-0.09	- -	
cofman12	-0.08	-0.05	0.62	-0.07	- -
cofman13	-0.01	0.00	-0.05	0.01	-0.04
cofman14	-0.04	-0.09	0.05	-0.04	0.02
cofman15	-0.03	-0.09	0.06	-0.04	0.05
disman17	0.03	0.02	-0.04	0.04	0.00
disman19	0.03	0.02	-0.06	0.00	-0.02
disman21	0.00	0.03	-0.01	-0.02	-0.01
disman23	-0.03	-0.03	0.05	-0.02	0.03
disman24	-0.02	-0.04	0.07	0.00	0.04
attfam25	-0.01	0.04	0.18	-0.02	0.27
attfam26	-0.03	0.01	0.28	-0.03	0.36
attfam27	-0.04	0.04	0.33	-0.03	0.38
attfam28	-0.04	0.01	0.25	-0.02	0.34
attfam29	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01
attfam30	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01
attfam31	0.00	-0.01	-0.01	0.00	-0.02
attfam32	0.00	-0.01	-0.01	0.00	0.00
			0.00	-0.02	0.00

## Expected Change for THETA-EPS

cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	- -				
cofman15	0.18	- -			
disman17	-0.04	-0.04	- -		
disman19	-0.02	-0.04	0.02	- -	
disman21	-0.02	-0.02	0.00	0.08	- -
disman23	0.03	0.03	-0.04	-0.05	-0.03
disman24	0.04	0.07	-0.03	-0.06	-0.04
attfam25	-0.04	-0.03	0.03	0.02	0.02
attfam26	-0.03	-0.01	0.02	0.01	-0.02
attfam27	-0.05	-0.03	0.02	0.01	-0.02
attfam28	-0.03	-0.03	0.03	0.00	-0.03
attfam29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
attfam30	0.00	0.00	0.01	0.00	-0.01
attfam31	0.00	0.01	0.00	-0.01	0.00
attfam32	0.01	0.02	-0.01	0.00	0.00

## Expected Change for THETA-EPS

disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	- -				
attfam25	-0.02	- -			
attfam26	-0.01	0.34	- -		
attfam27	-0.01	0.45	0.55	- -	
attfam28	0.00	0.37	0.58	0.62	- -
attfam29	0.01	0.02	0.02	0.02	0.01
attfam30	0.00	-0.01	0.00	-0.01	-0.01

attfam31	0.00	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01	-0.02
attfam32	0.00	-0.03	-0.04	-0.04	-0.03	0.00

## Expected Change for THETA-EPS

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	- -		
attfam31-0.01		- -	
attfam32-0.01		0.04	- -

## Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	- -					
strman2	0.26	- -				
strman3-0.01		0.04	- -			
strman4-0.03		-0.02	0.44	- -		
strman5	0.02	-0.01	-0.07	-0.05	- -	
strman6-0.09		-0.05	0.44	0.41	-0.07	- -
strman7-0.09		-0.06	-0.13	-0.10	0.05	-0.07
cofman9	0.02	0.00	-0.10	-0.07	0.07	-0.06
cofman10	0.00	0.02	0.33	0.46	-0.06	0.35
cofman11	0.03	0.00	-0.11	-0.11	0.01	-0.09
cofman12-0.01		0.00	0.30	0.45	-0.04	0.35
cofman13	0.01	0.03	-0.02	-0.06	0.01	-0.05
cofman14-0.09		-0.06	0.10	0.09	-0.06	0.10
cofman15-0.10		-0.09	0.11	0.09	-0.07	0.12
disman17	0.05	0.03	-0.04	-0.05	0.02	-0.04
disman19	0.02	0.03	-0.06	-0.03	0.01	-0.07
disman21-0.01		0.02	0.01	-0.01	0.01	-0.01
disman23-0.01		-0.02	0.04	0.06	0.00	0.04
disman24-0.04		-0.06	0.08	0.06	-0.03	0.10
attfam25	0.00	0.03	0.15	0.20	0.01	0.17
attfam26	0.06	0.04	0.15	0.20	-0.01	0.17
attfam27	0.06	0.04	0.13	0.24	0.01	0.16
attfam28	0.06	0.03	0.10	0.17	0.02	0.14
attfam29-0.01		-0.01	0.01	0.00	0.00	0.01
attfam30	0.01	0.01	-0.02	0.00	0.01	0.00
attfam31	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01	0.00
attfam32-0.02		-0.01	0.01	0.00	-0.01	0.00

## Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	- -					
cofman9	0.13	- -				
cofman10-0.10		-0.06	- -			
cofman11	0.08	0.12	-0.11	- -		
cofman12-0.09		-0.05	0.55	-0.07	- -	
cofman13-0.01		0.00	-0.06	0.01	-0.05	- -
cofman14-0.06		-0.16	0.07	-0.07	0.03	0.04
cofman15-0.05		-0.15	0.09	-0.08	0.06	0.00
disman17	0.05	0.03	-0.05	0.06	0.00	0.03
disman19	0.04	0.03	-0.07	0.00	-0.03	0.02
disman21	0.00	0.04	-0.01	-0.02	-0.01	0.03

disman23-0.04	-0.05	0.06	-0.03	0.03	-0.01
disman24-0.03	-0.06	0.08	0.00	0.05	-0.08
attfam25-0.01	0.05	0.19	-0.02	0.27	0.00
attfam26-0.04	0.01	0.27	-0.03	0.31	-0.02
attfam27-0.05	0.05	0.33	-0.04	0.35	-0.02
attfam28-0.05	0.01	0.25	-0.02	0.31	0.01
attfam29 0.02	-0.01	-0.01	0.00	0.01	-0.02
attfam30 0.00	0.01	0.00	0.01	-0.01	-0.03
attfam31-0.01	-0.01	-0.01	0.00	0.00	0.01
attfam32 0.00	-0.01	-0.01	-0.01	-0.02	0.00

## Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman14	- -					
cofman15	0.38	- -				
disman17-0.06	-0.08		- -			
disman19-0.03	-0.06		0.03	- -		
disman21-0.03	-0.04		0.00	0.11	- -	
disman23 0.05	0.06		-0.06	-0.06	-0.04	- -
disman24 0.08	0.13		-0.05	-0.10	-0.07	0.19
attfam25-0.07	-0.05		0.04	0.03	0.03	-0.02
attfam26-0.04	-0.01		0.02	0.01	-0.03	0.02
attfam27-0.07	-0.05		0.03	0.01	-0.02	0.02
attfam28-0.04	-0.05		0.04	0.00	-0.04	0.02
attfam29 0.01	0.00		0.00	0.01	-0.01	0.02
attfam30 0.01	0.00		0.02	0.00	-0.02	0.01
attfam31 0.00	0.01		0.00	-0.02	0.00	0.00
attfam32 0.03	0.04		-0.03	0.00	0.00	0.00

## Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman24	- -					
attfam25-0.03		- -				
attfam26-0.01		0.36	- -			
attfam27-0.01		0.51	0.53	- -		
attfam28 0.01		0.41	0.55	0.63	- -	
attfam29 0.03		0.04	0.03	0.03	0.01	- -
attfam30 0.01		-0.01	0.00	-0.01	-0.02	0.06
attfam31 0.01		-0.01	-0.02	-0.02	-0.02	-0.05
attfam32 0.01		-0.06	-0.06	-0.07	-0.06	0.00

## Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
attfam30	- -		
attfam31-0.01		- -	
attfam32-0.02		0.11	- -

Maximum Modification Index is 557.66 for Element (14,13) of THETA-EPS

hypothesis model

Factor Scores Regressions

## ETA

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman	0.15	0.18	0.04	0.03	0.22	0.02
cofman	0.03	0.04	0.01	0.01	0.05	0.01
disman	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00
attfam	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

## ETA

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman	0.31	0.08	0.00	0.10	0.00	0.09
cofman	0.07	0.23	0.01	0.30	0.01	0.27
disman	0.02	0.02	0.00	0.03	0.00	0.02
attfam	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

## ETA

	cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman	0.06	0.05	0.01	0.01	0.03	0.02
cofman	0.17	0.14	0.01	0.01	0.03	0.03
disman	0.01	0.01	0.12	0.15	0.38	0.35
attfam	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

## ETA

	disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
cofman	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
disman	0.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
attfam	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.13

## ETA

	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----
strman	0.01	0.01	0.02
cofman	0.01	0.02	0.02
disman	0.00	0.00	0.00
attfam	0.24	0.58	0.78

hypothesis model

Standardized Solution

## LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.61	- -	- -	- -
strman2	0.67	- -	- -	- -
strman3	0.37	- -	- -	- -
strman4	0.38	- -	- -	- -
strman5	0.73	- -	- -	- -

strman6	0.27	- -	- -	- -
strman7	0.72	- -	- -	- -
cofman9	- -	0.73	- -	- -
cofman10	- -	0.20	- -	- -
cofman11	- -	0.71	- -	- -
cofman12	- -	0.28	- -	- -
cofman13	- -	0.69	- -	- -
cofman14	- -	0.56	- -	- -
cofman15	- -	0.52	- -	- -
disman17	- -	- -	0.63	- -
disman19	- -	- -	0.70	- -
disman21	- -	- -	0.77	- -
disman23	- -	- -	0.74	- -
disman24	- -	- -	0.64	- -
attfam25	- -	- -	- -	0.34
attfam26	- -	- -	- -	0.33
attfam27	- -	- -	- -	0.36
attfam28	- -	- -	- -	0.36
attfam29	- -	- -	- -	0.51
attfam30	- -	- -	- -	0.53
attfam31	- -	- -	- -	0.56
attfam32	- -	- -	- -	0.56

GAMMA

	fambur
strman	0.93
cofman	0.97
disman	0.79
attfam	0.49

Correlation Matrix of ETA and KSI

	strman	cofman	disman	attfam	fambur
strman	1.00				
cofman	0.90	1.00			
disman	0.73	0.76	1.00		
attfam	0.45	0.47	0.38	1.00	
fambur	0.93	0.97	0.79	0.49	1.00

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	strman	cofman	disman	attfam
	0.13	0.06	0.38	0.76

hypothesis model

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
strman1	0.73	- -	- -	- -

strman2	0.77	- -	- -	- -
strman3	0.40	- -	- -	- -
strman4	0.37	- -	- -	- -
strman5	0.82	- -	- -	- -
strman6	0.27	- -	- -	- -
strman7	0.86	- -	- -	- -
cofman9	- -	0.87	- -	- -
cofman10	- -	0.19	- -	- -
cofman11	- -	0.89	- -	- -
cofman12	- -	0.25	- -	- -
cofman13	- -	0.88	- -	- -
cofman14	- -	0.79	- -	- -
cofman15	- -	0.76	- -	- -
disman17	- -	- -	0.75	- -
disman19	- -	- -	0.81	- -
disman21	- -	- -	0.92	- -
disman23	- -	- -	0.90	- -
disman24	- -	- -	0.84	- -
attfam25	- -	- -	- -	0.38
attfam26	- -	- -	- -	0.32
attfam27	- -	- -	- -	0.37
attfam28	- -	- -	- -	0.36
attfam29	- -	- -	- -	0.85
attfam30	- -	- -	- -	0.91
attfam31	- -	- -	- -	0.96
attfam32	- -	- -	- -	0.97

## GAMMA

	fambur
strman	0.93
cofman	0.97
disman	0.79
attfam	0.49

## Correlation Matrix of ETA and KSI

	strman	cofman	disman	attfam	fambur
strman	1.00				
cofman	0.90	1.00			
disman	0.73	0.76	1.00		
attfam	0.45	0.47	0.38	1.00	
fambur	0.93	0.97	0.79	0.49	1.00

## PSI

Note: This matrix is diagonal.

strman	cofman	disman	attfam
0.13	0.06	0.38	0.76

## THETA-EPS

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
0.47	0.41	0.84	0.86	0.33	0.93



## THETA-EPS

strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.27	0.24	0.96	0.20	0.94	0.22

## THETA-EPS

cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.37	0.42	0.44	0.35	0.16	0.18

## THETA-EPS

disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.29	0.86	0.90	0.86	0.87	0.29

## THETA-EPS

attfam30	attfam31	attfam32
-----	-----	-----
0.18	0.08	0.06

hypothesis model

Total and Indirect Effects

## Total Effects of X on ETA

	fambur
	-----
strman	0.93 (0.04) 21.09
cofman	0.97 (0.03) 27.86
disman	0.79 (0.04) 19.23
attfam	0.49 (0.06) 8.62

BETA\*BETA' is not Pos. Def., Stability Index cannot be Computed

## Total Effects of ETA on Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.61	- -	- -	- -
strman2	0.67 (0.03) 20.90	- -	- -	- -
strman3	0.37 (0.03)	- -	- -	- -

strman4	10.58			
	0.38	--	--	--
	(0.04)			
	9.80			
strman5	0.73	--	--	--
	(0.03)			
	22.18			
strman6	0.27	--	--	--
	(0.04)			
	7.16			
strman7	0.72	--	--	--
	(0.03)			
	23.29			
cofman9	--	0.73	--	--
cofman10	--	0.20	--	--
		(0.04)		
		5.29		
cofman11	--	0.71	--	--
		(0.02)		
		34.77		
cofman12	--	0.28	--	--
		(0.04)		
		6.95		
cofman13	--	0.69	--	--
		(0.02)		
		33.85		
cofman14	--	0.56	--	--
		(0.02)		
		27.94		
cofman15	--	0.52	--	--
		(0.02)		
		26.09		
disman17	--	--	0.63	--
disman19	--	--	0.70	--
			(0.03)	
			23.34	
disman21	--	--	0.77	--
			(0.03)	
			26.95	
disman23	--	--	0.74	--
			(0.03)	
			26.60	
disman24	--	--	0.64	--
			(0.03)	
			24.42	
attfam25	--	--	--	0.34
attfam26	--	--	--	0.33
				(0.05)
				7.09
attfam27	--	--	--	0.36
				(0.05)
				7.76
attfam28	--	--	--	0.36
				(0.05)
				7.63
attfam29	--	--	--	0.51
				(0.05)
				10.75

attfam30	- -	- -	- -	0.53 (0.05) 10.91
attfam31	- -	- -	- -	0.56 (0.05) 11.02
attfam32	- -	- -	- -	0.56 (0.05) 11.04

## Total Effects of X on Y

	fambur
	-----
strman1	0.57 (0.03) 21.09
strman2	0.62 (0.03) 22.57
strman3	0.34 (0.03) 10.77
strman4	0.36 (0.04) 9.95
strman5	0.68 (0.03) 24.25
strman6	0.25 (0.03) 7.22
strman7	0.67 (0.03) 25.82
cofman9	0.70 (0.03) 27.86
cofman10	0.19 (0.04) 5.26
cofman11	0.69 (0.02) 28.90
cofman12	0.27 (0.04) 6.88
cofman13	0.67 (0.02) 28.34
cofman14	0.54 (0.02) 24.56
cofman15	0.51 (0.02) 23.27
disman17	0.49 (0.03)

	19.23
disman19	0.55
	(0.03)
	20.55
disman21	0.60
	(0.03)
	22.95
disman23	0.58
	(0.03)
	22.71
disman24	0.50
	(0.02)
	21.28
attfam25	0.17
	(0.02)
	8.62
attfam26	0.16
	(0.02)
	7.64
attfam27	0.18
	(0.02)
	8.50
attfam28	0.18
	(0.02)
	8.34
attfam29	0.25
	(0.02)
	13.03
attfam30	0.26
	(0.02)
	13.32
attfam31	0.27
	(0.02)
	13.53
attfam32	0.27
	(0.02)
	13.57

hypothesis model

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of X on ETA

	fambur
	-----
strman	0.93
cofman	0.97
disman	0.79
attfam	0.49

Standardized Total Effects of ETA on Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.61	- -	- -	- -
strman2	0.67	- -	- -	- -
strman3	0.37	- -	- -	- -

strman4	0.38	- -	- -	- -
strman5	0.73	- -	- -	- -
strman6	0.27	- -	- -	- -
strman7	0.72	- -	- -	- -
cofman9	- -	0.73	- -	- -
cofman10	- -	0.20	- -	- -
cofman11	- -	0.71	- -	- -
cofman12	- -	0.28	- -	- -
cofman13	- -	0.69	- -	- -
cofman14	- -	0.56	- -	- -
cofman15	- -	0.52	- -	- -
disman17	- -	- -	0.63	- -
disman19	- -	- -	0.70	- -
disman21	- -	- -	0.77	- -
disman23	- -	- -	0.74	- -
disman24	- -	- -	0.64	- -
attfam25	- -	- -	- -	0.34
attfam26	- -	- -	- -	0.33
attfam27	- -	- -	- -	0.36
attfam28	- -	- -	- -	0.36
attfam29	- -	- -	- -	0.51
attfam30	- -	- -	- -	0.53
attfam31	- -	- -	- -	0.56
attfam32	- -	- -	- -	0.56

## Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.73	- -	- -	- -
strman2	0.77	- -	- -	- -
strman3	0.40	- -	- -	- -
strman4	0.37	- -	- -	- -
strman5	0.82	- -	- -	- -
strman6	0.27	- -	- -	- -
strman7	0.86	- -	- -	- -
cofman9	- -	0.87	- -	- -
cofman10	- -	0.19	- -	- -
cofman11	- -	0.89	- -	- -
cofman12	- -	0.25	- -	- -
cofman13	- -	0.88	- -	- -
cofman14	- -	0.79	- -	- -
cofman15	- -	0.76	- -	- -
disman17	- -	- -	0.75	- -
disman19	- -	- -	0.81	- -
disman21	- -	- -	0.92	- -
disman23	- -	- -	0.90	- -
disman24	- -	- -	0.84	- -
attfam25	- -	- -	- -	0.38
attfam26	- -	- -	- -	0.32
attfam27	- -	- -	- -	0.37
attfam28	- -	- -	- -	0.36
attfam29	- -	- -	- -	0.85
attfam30	- -	- -	- -	0.91
attfam31	- -	- -	- -	0.96
attfam32	- -	- -	- -	0.97

## Standardized Total Effects of X on Y

	fambur
	-----
strman1	0.57
strman2	0.62
strman3	0.34
strman4	0.36
strman5	0.68
strman6	0.25
strman7	0.67
cofman9	0.70
cofman10	0.19
cofman11	0.69
cofman12	0.27
cofman13	0.67
cofman14	0.54
cofman15	0.51
disman17	0.49
disman19	0.55
disman21	0.60
disman23	0.58
disman24	0.50
attfam25	0.17
attfam26	0.16
attfam27	0.18
attfam28	0.18
attfam29	0.25
attfam30	0.26
attfam31	0.27
attfam32	0.27

## Completely Standardized Total Effects of X on Y

	fambur
	-----
strman1	0.68
strman2	0.72
strman3	0.37
strman4	0.34
strman5	0.76
strman6	0.25
strman7	0.80
cofman9	0.84
cofman10	0.19
cofman11	0.87
cofman12	0.25
cofman13	0.85
cofman14	0.77
cofman15	0.74
disman17	0.59
disman19	0.64
disman21	0.72
disman23	0.71
disman24	0.66
attfam25	0.18
attfam26	0.16
attfam27	0.18

attfam28	0.18
attfam29	0.41
attfam30	0.44
attfam31	0.47
attfam32	0.47

Time used: 0.109 Seconds

DATE: 08/31/2017  
TIME: 11:17

P R E L I S 2.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.  
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006  
Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.  
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\Lenovo\Desktop\nim  
model\model\variable.PR2:

```
!PRELIS SYNTAX: Can be edited
SY='C:\Users\Lenovo\Desktop\nim model\model\variable.PSF'
NS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25
26 27
OU MA=KM SM=model.cor XT
```

Total Sample Size = 776

Univariate Summary Statistics for Continuous Variables

Variable	Mean	St. Dev.	T-Value	Skewness	Kurtosis	Minimum
Freq. Maximum Freq.						
strman1	2.736	0.842	90.562	-0.182	0.081	0.663
24 4.226 102						
strman2	2.874	0.868	92.248	-0.216	-0.094	0.736
24 4.197 156						
strman3	2.628	0.934	78.409	-0.058	-0.388	-0.053
9 3.950 188						
strman4	2.847	1.043	76.044	-0.381	-0.677	-0.240
7 3.989 296						
strman5	2.765	0.892	86.317	-0.173	-0.254	0.613
25 4.161 141						
strman6	2.494	0.994	69.871	-0.118	-0.251	-0.248
12 3.907 186						
strman7	2.838	0.837	94.389	-0.200	-0.066	0.682
18 4.161 141						
cofman9	2.826	0.834	94.353	-0.183	-0.008	0.752
23 4.192 130						
cofman10	2.437	1.014	66.943	-0.123	-0.394	-0.263
13 3.920 165						
cofman11	2.840	0.800	98.880	-0.187	0.069	0.744
17 4.165 127						



cofman12	2.633	1.109	66.160	-0.298	-0.664	-0.417
11	3.958	253				
cofman13	2.791	0.784	99.196	-0.193	0.230	0.709
16	4.188	103				
cofman14	2.854	0.706	112.589	-0.182	0.290	0.595
4	4.096	110				
cofman15	2.869	0.688	116.186	-0.165	0.259	0.595
3	4.073	112				
disman17	3.049	0.836	101.550	-0.311	-0.372	0.799
14	4.107	234				
disman19	2.897	0.862	93.626	-0.224	-0.386	0.632
15	4.097	188				
disman21	2.925	0.839	97.114	-0.209	-0.365	0.749
17	4.107	186				
disman23	2.881	0.822	97.702	-0.186	-0.292	0.668
13	4.092	167				
disman24	2.945	0.759	108.053	-0.193	-0.250	0.556
4	4.048	175				
attfam25	3.469	0.904	106.907	-1.299	0.406	0.248
5	4.015	554				
attfam26	2.914	1.046	77.629	-0.423	-0.634	-0.376
6	3.971	347				
attfam27	3.157	0.979	89.835	-0.615	-0.755	-0.053
5	4.004	416				
attfam28	3.044	1.005	84.383	-0.467	-0.806	-0.157
6	3.994	379				
attfam29	2.677	0.603	123.645	-0.274	0.566	0.665
4	4.190	30				
attfam30	2.677	0.586	127.312	-0.206	0.435	0.577
2	4.138	31				
attfam31	2.716	0.579	130.741	-0.234	0.595	0.630
2	4.135	35				
attfam32	2.704	0.572	131.599	-0.189	0.456	0.510
1	4.113	34				

Test of Univariate Normality for Continuous Variables

Variable	Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis	
	Z-Score	P-Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value
strman1	-2.069	0.039	0.533	0.594	4.565	0.102
strman2	-2.445	0.014	-0.482	0.630	6.212	0.045
strman3	-0.665	0.506	-2.699	0.007	7.725	0.021
strman4	-4.229	0.000	-5.945	0.000	53.222	0.000
strman5	-1.966	0.049	-1.594	0.111	6.408	0.041
strman6	-1.351	0.177	-1.569	0.117	4.289	0.117
strman7	-2.268	0.023	-0.312	0.755	5.240	0.073
cofman9	-2.082	0.037	0.040	0.968	4.336	0.114
cofman10	-1.401	0.161	-2.747	0.006	9.508	0.009
cofman11	-2.128	0.033	0.471	0.638	4.750	0.093
cofman12	-3.344	0.001	-5.765	0.000	44.420	0.000
cofman13	-2.189	0.029	1.278	0.201	6.428	0.040
cofman14	-2.072	0.038	1.554	0.120	6.709	0.035
cofman15	-1.875	0.061	1.413	0.158	5.512	0.064
disman17	-3.488	0.000	-2.551	0.011	18.671	0.000
disman19	-2.540	0.011	-2.680	0.007	13.631	0.001
disman21	-2.371	0.018	-2.495	0.013	11.844	0.003

disman23	-2.119	0.034	-1.882	0.060	8.031	0.018
disman24	-2.187	0.029	-1.560	0.119	7.217	0.027
attfam25	-11.701	0.000	2.049	0.040	141.111	0.000
attfam26	-4.655	0.000	-5.359	0.000	50.386	0.000
attfam27	-6.521	0.000	-7.148	0.000	93.611	0.000
attfam28	-5.106	0.000	-8.047	0.000	90.820	0.000
attfam29	-3.090	0.002	2.669	0.008	16.668	0.000
attfam30	-2.335	0.020	2.166	0.030	10.144	0.006
attfam31	-2.650	0.008	2.771	0.006	14.704	0.001
attfam32	-2.152	0.031	2.252	0.024	9.704	0.008

Relative Multivariate Kurtosis = 1.940

Test of Multivariate Normality for Continuous Variables

Skewness			Kurtosis			Skewness
Value	Z-Score	P-Value	Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square
293.563	151.593	0.000	1518.802	49.559	0.000	25436.528
	0.000					

Histograms for Continuous Variables

strman1

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Upper Class Limit
24	3.1	0.663	1.019
0	0.0	1.376	1.732
185	23.8	1.732	2.088
0	0.0	2.088	2.444
440	56.7	2.444	2.801
0	0.0	2.801	3.157
0	0.0	3.157	3.513
102	13.1	3.513	3.869

strman2

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Upper Class Limit
24	3.1	0.736	1.083
21	2.7	1.083	1.429
0	0.0	1.429	1.775
140	18.0	1.775	2.121
0	0.0	2.121	2.467
435	56.1	2.467	2.813
0	0.0	2.813	3.159
0	0.0	3.159	3.505
156	20.1	3.505	3.851

strman3

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Upper Class Limit
9	1.2	-0.053	



0	0.0	1.378	
165	21.3	1.726	□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.074	
0	0.0	2.422	
428	55.2	2.769	□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	3.117	
0	0.0	3.465	
141	18.2	3.813	□□□□□□□□□□

cofman9

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
23	3.0	0.752	□
15	1.9	1.096	□
0	0.0	1.440	
166	21.4	1.784	□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.128	
0	0.0	2.472	
442	57.0	2.816	□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	3.160	
0	0.0	3.504	
130	16.8	3.848	□□□□□□□□□□

cofman10

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
13	1.7	-0.263	□
0	0.0	0.155	
99	12.8	0.573	□□□□□□□□□□
0	0.0	0.992	
0	0.0	1.410	
365	47.0	1.828	□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.247	
134	17.3	2.665	□□□□□□□□□□□□
0	0.0	3.084	
165	21.3	3.502	□□□□□□□□□□□□□□□□

cofman11

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
17	2.2	0.744	□
18	2.3	1.086	□
0	0.0	1.428	
164	21.1	1.771	□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.113	
0	0.0	2.455	
450	58.0	2.797	□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	3.139	
0	0.0	3.481	
127	16.4	3.823	□□□□□□□□□□

cofman12

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	
11	1.4	-0.417	□
0	0.0	0.020	
100	12.9	0.458	□□□□□□□□□□□□
0	0.0	0.895	





407	52.4	2.651	
0	0.0	3.000	
0	0.0	3.350	
175	22.6	3.699	

attfam25

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Limit
5	0.6	0.248	
15	1.9	0.624	□
0	0.0	1.001	
0	0.0	1.378	
145	18.7	1.755	□□□□□□□□
0	0.0	2.131	
57	7.3	2.508	□□□
0	0.0	2.885	
0	0.0	3.262	
554	71.4	3.638	

attfam26

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Limit
6	0.8	-0.376	
0	0.0	0.058	
28	3.6	0.493	□□□
0	0.0	0.928	
0	0.0	1.363	
340	43.8	1.797	
0	0.0	2.232	
55	7.1	2.667	□□□□□□
0	0.0	3.102	
347	44.7	3.536	

attfam27

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Limit
5	0.6	-0.053	
11	1.4	0.352	□
0	0.0	0.758	
0	0.0	1.164	
0	0.0	1.570	
257	33.1	1.975	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.381	
87	11.2	2.787	□□□□□□□
0	0.0	3.192	
416	53.6	3.598	

attfam28

Frequency	Percentage	Lower Class Limit	Limit
6	0.8	-0.157	
12	1.5	0.258	□
0	0.0	0.673	
0	0.0	1.088	
0	0.0	1.503	
303	39.0	1.918	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
0	0.0	2.333	





0	0.0	3.392	
34	4.4	3.753	□□

## Correlation Matrix

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	1.000					
strman2	0.750	1.000				
strman3	0.281	0.335	1.000			
strman4	0.237	0.266	0.573	1.000		
strman5	0.608	0.625	0.271	0.259	1.000	
strman6	0.119	0.167	0.535	0.499	0.166	1.000
strman7	0.569	0.627	0.245	0.243	0.722	0.175
cofman9	0.596	0.618	0.254	0.247	0.725	0.183
cofman10	0.143	0.171	0.411	0.526	0.116	0.408
cofman11	0.587	0.599	0.239	0.219	0.671	0.161
cofman12	0.176	0.190	0.396	0.538	0.179	0.425
cofman13	0.559	0.602	0.300	0.244	0.650	0.186
cofman14	0.390	0.439	0.356	0.325	0.494	0.276
cofman15	0.358	0.393	0.354	0.313	0.464	0.291
disman17	0.520	0.536	0.297	0.282	0.571	0.198
disman19	0.434	0.481	0.260	0.281	0.503	0.159
disman21	0.467	0.520	0.352	0.336	0.556	0.234
disman23	0.429	0.455	0.353	0.366	0.507	0.258
disman24	0.352	0.371	0.363	0.342	0.429	0.291
attfam25	0.216	0.264	0.347	0.406	0.261	0.348
attfam26	0.201	0.191	0.302	0.354	0.163	0.308
attfam27	0.249	0.247	0.320	0.438	0.240	0.325
attfam28	0.223	0.215	0.275	0.349	0.213	0.292
attfam29	0.215	0.240	0.319	0.345	0.271	0.310
attfam30	0.218	0.245	0.300	0.347	0.268	0.310
attfam31	0.195	0.228	0.327	0.359	0.244	0.319
attfam32	0.192	0.225	0.334	0.361	0.250	0.323

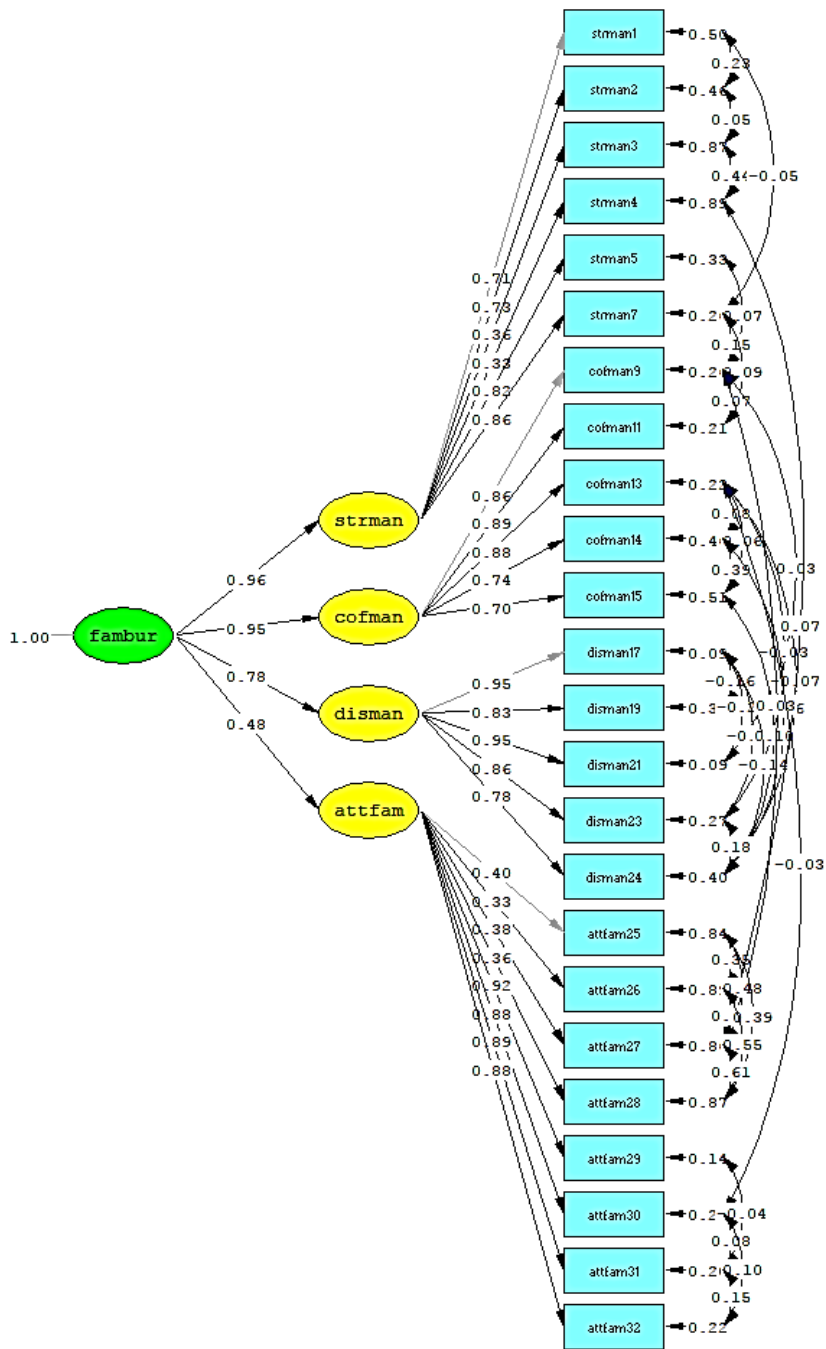
## Correlation Matrix

	strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman7	1.000					
cofman9	0.831	1.000				
cofman10	0.107	0.118	1.000			
cofman11	0.786	0.838	0.086	1.000		
cofman12	0.163	0.176	0.599	0.169	1.000	
cofman13	0.707	0.768	0.120	0.792	0.182	1.000
cofman14	0.558	0.585	0.213	0.665	0.229	0.726
cofman15	0.536	0.556	0.230	0.628	0.247	0.672
disman17	0.621	0.612	0.155	0.627	0.217	0.608
disman19	0.554	0.546	0.129	0.514	0.182	0.537
disman21	0.589	0.620	0.210	0.575	0.225	0.619
disman23	0.523	0.533	0.253	0.530	0.246	0.552
disman24	0.464	0.466	0.263	0.499	0.247	0.454
attfam25	0.274	0.289	0.328	0.260	0.412	0.266
attfam26	0.162	0.161	0.366	0.150	0.415	0.146
attfam27	0.211	0.253	0.453	0.210	0.484	0.214
attfam28	0.182	0.200	0.363	0.201	0.430	0.212



2.838	2.826	2.437	2.840	2.633	2.791
Means					
cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
2.854	2.869	3.049	2.897	2.925	2.881
Means					
disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
2.945	3.469	2.914	3.157	3.044	2.677
Means					
attfam30	attfam31	attfam32			
-----	-----	-----			
2.677	2.716	2.704			
Standard Deviations					
strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman6
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.842	0.868	0.934	1.043	0.892	0.994
Standard Deviations					
strman7	cofman9	cofman10	cofman11	cofman12	cofman13
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.837	0.834	1.014	0.800	1.109	0.784
Standard Deviations					
cofman14	cofman15	disman17	disman19	disman21	disman23
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.706	0.688	0.836	0.862	0.839	0.822
Standard Deviations					
disman24	attfam25	attfam26	attfam27	attfam28	attfam29
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.759	0.904	1.046	0.979	1.005	0.603
Standard Deviations					
attfam30	attfam31	attfam32			
-----	-----	-----			
0.586	0.579	0.572			

The Problem used 66312 Bytes (= 0.1% of available workspace)



Chi-Square=411.28, df=214, P-value=0.00000, RMSEA=0.047

DATE: 8/31/2017

TIME: 17:04

L I S R E L 8.80

BY

Karl G. Jöreskog &amp; Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
 Scientific Software International, Inc.  
 7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
 Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
 Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006  
 Use of this program is subject to the terms specified in the  
 Universal Copyright Convention.  
 Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\Lenovo\Desktop\nim  
 model\model\adjust model.SPJ:

```

hypothesis model
Observed Variables
strman1 strman2 strman3 strman4 strman5 strman6 strman7 cofman9
cofman10 cofman11
  cofman12 cofman13 cofman14 cofman15 disman17 disman19 disman21
disman23 disman24
  attfam25 attfam26 attfam27 attfam28 attfam29 attfam30 attfam31
attfam32
Covariance Matrix from file 'C:\Users\Lenovo\Desktop\nim
model\model\model.cov'
Sample Size = 766
Latent Variables  strman cofman disman attfam fambur
Relationships
strman1 = strman
strman2 = strman
strman3 = strman
strman4 = strman
strman5 = strman
!strman6 = strman
strman7 = strman
cofman9 = cofman
!cofman10 = cofman
cofman11 = cofman
!cofman12 = cofman
cofman13 = cofman
cofman14 = cofman
cofman15 = cofman
disman17 = disman
disman19 = disman
disman21 = disman
disman23 = disman
disman24 = disman
attfam25 = attfam

```

attfam26 = attfam  
 attfam27 = attfam  
 attfam28 = attfam  
 attfam29 = attfam  
 attfam30 = attfam  
 attfam31 = attfam  
 attfam32 = attfam

strman = fambur  
 cofman = fambur  
 disman = fambur  
 attfam = fambur

LISREL OUTPUT: ME=ML MI EF SC RS FS

Set Error Covariance of strman4 and strman3 free  
 Set Error Covariance of cofman15 and cofman14 free  
 Set Error Covariance of attfam28 and attfam27 free  
 Set Error Covariance of disman24 and disman23 free  
 Set Error Covariance of strman2 and strman1 free  
 Set Error Covariance of attfam26 and attfam25 free  
 Set Error Covariance of cofman9 and strman7 free  
 Set Error Covariance of attfam27 and attfam25 free  
 Set Error Covariance of attfam32 and attfam31 free  
 Set Error Covariance of attfam28 and attfam25 free  
 Set Error Covariance of attfam28 and attfam26 free  
 Set Error Covariance of attfam27 and attfam26 free  
 Set Error Covariance of disman24 and cofman15 free  
 Set Error Covariance of cofman11 and strman7 free  
 Set Error Covariance of cofman9 and strman5 free  
 Set Error Covariance of cofman11 and cofman9 free  
 Set Error Covariance of disman24 and cofman13 free  
 Set Error Covariance of disman21 and disman17 free  
 Set Error Covariance of disman24 and cofman14 free  
 Set Error Covariance of disman21 and cofman9 free  
 Set Error Covariance of attfam30 and cofman13 free  
 Set Error Covariance of cofman14 and cofman13 free  
 Set Error Covariance of attfam27 and strman4 free  
 Set Error Covariance of attfam31 and attfam29 free  
 Set Error Covariance of strman7 and strman1 free  
 Set Error Covariance of disman23 and disman17 free  
 Set Error Covariance of disman19 and disman17 free  
 Set Error Covariance of attfam27 and cofman9 free  
 Set Error Covariance of disman24 and disman17 free  
 Set Error Covariance of attfam32 and attfam30 free  
 Set Error Covariance of attfam31 and attfam30 free  
 Set Error Covariance of cofman15 and cofman13 free  
 Set Error Covariance of strman3 and strman2 free  
 Set Error Covariance of disman23 and cofman13 free

Path Diagram  
 End of Problem

hypothesis model

Covariance Matrix

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
---------	---------	---------	---------	---------	---------

strman1	0.71					
strman2	0.55	0.75				
strman3	0.22	0.27	0.87			
strman4	0.21	0.24	0.56	1.09		
strman5	0.46	0.48	0.23	0.24	0.80	
strman7	0.40	0.46	0.19	0.21	0.54	0.70
cofman9	0.42	0.45	0.20	0.21	0.54	0.58
cofman11	0.40	0.42	0.18	0.18	0.48	0.53
cofman13	0.37	0.41	0.22	0.20	0.45	0.46
cofman14	0.23	0.27	0.23	0.24	0.31	0.33
cofman15	0.21	0.23	0.23	0.22	0.28	0.31
disman17	0.37	0.39	0.23	0.25	0.43	0.43
disman19	0.32	0.36	0.21	0.25	0.39	0.40
disman21	0.33	0.38	0.28	0.29	0.42	0.41
disman23	0.30	0.32	0.27	0.31	0.37	0.36
disman24	0.22	0.24	0.26	0.27	0.29	0.29
attfam25	0.16	0.21	0.29	0.38	0.21	0.21
attfam26	0.18	0.17	0.29	0.39	0.15	0.14
attfam27	0.20	0.21	0.29	0.45	0.21	0.17
attfam28	0.19	0.19	0.26	0.37	0.19	0.15
attfam29	0.11	0.13	0.18	0.22	0.15	0.17
attfam30	0.11	0.12	0.16	0.21	0.14	0.15
attfam31	0.10	0.11	0.18	0.22	0.13	0.14
attfam32	0.09	0.11	0.18	0.22	0.13	0.14

## Covariance Matrix

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	0.70					
cofman11	0.56	0.64				
cofman13	0.50	0.50	0.61			
cofman14	0.34	0.38	0.40	0.50		
cofman15	0.32	0.35	0.36	0.44	0.47	
disman17	0.43	0.42	0.40	0.31	0.28	0.70
disman19	0.39	0.35	0.36	0.30	0.27	0.46
disman21	0.43	0.39	0.41	0.34	0.32	0.48
disman23	0.37	0.35	0.36	0.34	0.33	0.44
disman24	0.30	0.30	0.27	0.31	0.31	0.38
attfam25	0.22	0.19	0.19	0.18	0.20	0.21
attfam26	0.14	0.13	0.12	0.15	0.17	0.15
attfam27	0.21	0.16	0.16	0.17	0.19	0.19
attfam28	0.17	0.16	0.17	0.17	0.18	0.18
attfam29	0.15	0.17	0.15	0.23	0.24	0.18
attfam30	0.14	0.16	0.13	0.22	0.23	0.16
attfam31	0.13	0.16	0.14	0.22	0.24	0.16
attfam32	0.13	0.16	0.14	0.23	0.25	0.15

## Covariance Matrix

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	0.74					
disman21	0.57	0.70				
disman23	0.49	0.56	0.67			
disman24	0.40	0.47	0.53	0.58		
attfam25	0.20	0.24	0.23	0.22	0.82	

attfam26	0.14	0.15	0.20	0.18	0.45	1.09
attfam27	0.18	0.20	0.25	0.22	0.57	0.66
attfam28	0.15	0.17	0.22	0.21	0.49	0.70
attfam29	0.17	0.22	0.25	0.26	0.20	0.19
attfam30	0.14	0.19	0.23	0.24	0.17	0.18
attfam31	0.14	0.20	0.23	0.24	0.18	0.18
attfam32	0.14	0.19	0.23	0.24	0.17	0.17

## Covariance Matrix

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	0.96					
attfam28	0.74	1.01				
attfam29	0.20	0.19	0.36			
attfam30	0.19	0.18	0.29	0.34		
attfam31	0.20	0.19	0.27	0.29	0.34	
attfam32	0.18	0.18	0.28	0.29	0.31	0.33

hypothesis model

## Parameter Specifications

## LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0	0	0	0
strman2	1	0	0	0
strman3	2	0	0	0
strman4	3	0	0	0
strman5	4	0	0	0
strman7	5	0	0	0
cofman9	0	0	0	0
cofman11	0	6	0	0
cofman13	0	7	0	0
cofman14	0	8	0	0
cofman15	0	9	0	0
disman17	0	0	0	0
disman19	0	0	10	0
disman21	0	0	11	0
disman23	0	0	12	0
disman24	0	0	13	0
attfam25	0	0	0	0
attfam26	0	0	0	14
attfam27	0	0	0	15
attfam28	0	0	0	16
attfam29	0	0	0	17
attfam30	0	0	0	18
attfam31	0	0	0	19
attfam32	0	0	0	20

## GAMMA

fambur  
-----  
strman 21



cofman	22
disman	23
attfam	24

## PSI

strman	cofman	disman	attfam
-----	-----	-----	-----
25	26	27	28

## THETA-EPS

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	29					
strman2	30	31				
strman3	0	32	33			
strman4	0	0	34	35		
strman5	0	0	0	0	36	
strman7	37	0	0	0	0	38
cofman9	0	0	0	0	39	40
cofman11	0	0	0	0	0	42
cofman13	0	0	0	0	0	0
cofman14	0	0	0	0	0	0
cofman15	0	0	0	0	0	0
disman17	0	0	0	0	0	0
disman19	0	0	0	0	0	0
disman21	0	0	0	0	0	0
disman23	0	0	0	0	0	0
disman24	0	0	0	0	0	0
attfam25	0	0	0	0	0	0
attfam26	0	0	0	0	0	0
attfam27	0	0	0	69	0	0
attfam28	0	0	0	0	0	0
attfam29	0	0	0	0	0	0
attfam30	0	0	0	0	0	0
attfam31	0	0	0	0	0	0
attfam32	0	0	0	0	0	0

## THETA-EPS

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	41					
cofman11	43	44				
cofman13	0	0	45			
cofman14	0	0	46	47		
cofman15	0	0	48	49	50	
disman17	0	0	0	0	0	51
disman19	0	0	0	0	0	52
disman21	54	0	0	0	0	55
disman23	0	0	57	0	0	58
disman24	0	0	60	61	62	63
attfam25	0	0	0	0	0	0
attfam26	0	0	0	0	0	0
attfam27	70	0	0	0	0	0
attfam28	0	0	0	0	0	0
attfam29	0	0	0	0	0	0

attfam30	0	0	79	0	0	0
attfam31	0	0	0	0	0	0
attfam32	0	0	0	0	0	0

## THETA-EPS

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	53					
disman21	0	56				
disman23	0	0	59			
disman24	0	0	64	65		
attfam25	0	0	0	0	66	
attfam26	0	0	0	0	67	68
attfam27	0	0	0	0	71	72
attfam28	0	0	0	0	74	75
attfam29	0	0	0	0	0	0
attfam30	0	0	0	0	0	0
attfam31	0	0	0	0	0	0
attfam32	0	0	0	0	0	0

## THETA-EPS

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	73					
attfam28	76	77				
attfam29	0	0	78			
attfam30	0	0	0	80		
attfam31	0	0	81	82	83	
attfam32	0	0	0	84	85	86

hypothesis model

Number of Iterations = 41

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

## LAMBDA-Y

	strman	cofman	disman	attfam
	-----	-----	-----	-----
strman1	0.59	--	--	--
strman2	0.63	--	--	--
	(0.02)			
	25.92			
strman3	0.34	--	--	--
	(0.04)			
	9.57			
strman4	0.35	--	--	--
	(0.04)			
	8.84			
strman5	0.73	--	--	--
	(0.04)			
	20.82			
strman7	0.72	--	--	--

	(0.03)			
	20.62			
cofman9	- -	0.72	- -	- -
cofman11	- -	0.71	- -	- -
		(0.02)		
		39.82		
cofman13	- -	0.70	- -	- -
		(0.02)		
		31.08		
cofman14	- -	0.52	- -	- -
		(0.02)		
		23.19		
cofman15	- -	0.48	- -	- -
		(0.02)		
		21.61		
disman17	- -	- -	0.80	- -
disman19	- -	- -	0.71	- -
			(0.03)	
			22.25	
disman21	- -	- -	0.80	- -
			(0.03)	
			24.75	
disman23	- -	- -	0.70	- -
			(0.03)	
			22.66	
disman24	- -	- -	0.58	- -
			(0.03)	
			21.03	
attfam25	- -	- -	- -	0.36
attfam26	- -	- -	- -	0.34
				(0.04)
				9.33
attfam27	- -	- -	- -	0.37
				(0.03)
				12.14
attfam28	- -	- -	- -	0.36
				(0.03)
				10.46
attfam29	- -	- -	- -	0.56
				(0.05)
				11.12
attfam30	- -	- -	- -	0.51
				(0.05)
				11.06
attfam31	- -	- -	- -	0.52
				(0.05)
				10.72
attfam32	- -	- -	- -	0.51
				(0.05)
				11.07

## GAMMA

	fambur
	-----
strman	0.96
	(0.05)
	20.57

```

cofman      0.95
            (0.04)
            26.67
disman     0.78
            (0.03)
            23.12
attfam     0.48
            (0.06)
            8.60
    
```

Covariance Matrix of ETA and KSI

	strman	cofman	disman	attfam	fambur
strman	1.00				
cofman	0.91	1.00			
disman	0.75	0.74	1.00		
attfam	0.46	0.46	0.38	1.00	
fambur	0.96	0.95	0.78	0.48	1.00

PHI

fambur
1.00

PSI

Note: This matrix is diagonal.

strman	cofman	disman	attfam
0.08	0.10	0.40	0.77
(0.02)	(0.02)	(0.04)	(0.14)
4.03	5.35	9.00	5.50

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

strman	cofman	disman	attfam
0.92	0.90	0.60	0.23

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

strman	cofman	disman	attfam
0.92	0.90	0.60	0.23

THETA-EPS

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
strman1	0.35					
	(0.02)					
	16.73					
strman	0.17	0.35				
	(0.02)	(0.02)				
	9.91	17.29				
strman3	-	0.04	0.75			

		(0.01)	(0.04)			
		2.85	19.33			
strman4	- -	- -	0.43	0.96		
			(0.03)	(0.05)		
			12.45	19.41		
strman5	- -	- -	- -	- -	0.26	
					(0.02)	
					15.39	
strman	-0.04	- -	- -	- -	- -	0.18
	(0.01)					(0.01)
	-4.13					13.45
cofman	- -	- -	- -	- -	0.05	0.10
					(0.01)	(0.01)
					5.81	9.94
cofman11	- -	- -	- -	- -	- -	0.06
						(0.01)
						6.64
cofman13	- -	- -	- -	- -	- -	- -
cofman14	- -	- -	- -	- -	- -	- -
cofman15	- -	- -	- -	- -	- -	- -
disman17	- -	- -	- -	- -	- -	- -
disman19	- -	- -	- -	- -	- -	- -
disman21	- -	- -	- -	- -	- -	- -
disman23	- -	- -	- -	- -	- -	- -
disman24	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam25	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam26	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam27	- -	- -	- -	0.07	- -	- -
				(0.02)		
				3.99		
attfam28	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam29	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam30	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam31	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam32	- -	- -	- -	- -	- -	- -

THETA-EPS

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	0.18					
	(0.01)					
	13.86					
cofman11	0.05	0.14				
	(0.01)	(0.01)				
	5.15	12.11				
cofman13	- -	- -	0.14			
			(0.01)			
			12.60			
cofman14	- -	- -	0.05	0.23		
			(0.01)	(0.01)		
			4.91	16.76		
cofman15	- -	- -	0.03	0.19	0.24	
			(0.01)	(0.01)	(0.01)	
			3.61	14.94	17.29	
disman17	- -	- -	- -	- -	- -	0.06
						(0.03)
						1.89

disman19	- -	- -	- -	- -	- -	-0.11 (0.02)
						-5.77
disman21	0.02 (0.01) 4.39	- -	- -	- -	- -	-0.16 (0.02) -7.95
disman23	- -	- -	-0.02 (0.01) -3.07	- -	- -	-0.12 (0.02) -6.62
disman24	- -	- -	-0.04 (0.01) -5.37	0.03 (0.01) 4.07	0.05 (0.01) 6.76	-0.09 (0.02) -5.44
attfam25	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam26	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam27	0.02 (0.01) 3.30	- -	- -	- -	- -	- -
attfam28	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam29	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam30	- -	- -	-0.01 (0.00) -4.14	- -	- -	- -
attfam31	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam32	- -	- -	- -	- -	- -	- -

## THETA-EPS

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	0.24 (0.01) 16.56					
disman21	- -	0.06 (0.01) 6.85				
disman23	- -	- -	0.18 (0.01) 15.27			
disman24	- -	- -	0.11 (0.01) 10.82	0.22 (0.01) 17.57		
attfam25	- -	- -	- -	- -	0.69 (0.04) 19.28	
attfam26	- -	- -	- -	- -	0.33 (0.03) 10.22	0.97 (0.05) 19.38
attfam27	- -	- -	- -	- -	0.42 (0.03) 13.44	0.52 (0.04) 13.97
attfam28	- -	- -	- -	- -	0.36 (0.03) 11.38	0.57 (0.04) 14.39
attfam29	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam30	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam31	- -	- -	- -	- -	- -	- -
attfam32	- -	- -	- -	- -	- -	- -

## THETA-EPS

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	0.79 (0.04) 19.47					
attfam28	0.59 (0.04) 15.88	0.88 (0.05) 19.34				
attfam29	- -	- -	0.05 (0.01) 5.16			
attfam30	- -	- -	- -	0.08 (0.01) 8.10		
attfam31	- -	- -	-0.01 (0.01) -2.59	0.03 (0.01) 2.67	0.07 (0.01) 4.94	
attfam32	- -	- -	- -	0.03 (0.01) 3.74	0.05 (0.01) 4.84	0.07 (0.01) 7.88

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.50	0.54	0.13	0.11	0.67	0.74

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.74	0.79	0.78	0.54	0.49	0.91

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.68	0.91	0.73	0.60	0.16	0.11

## Squared Multiple Correlations for Y - Variables

attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.14	0.13	0.86	0.77	0.80	0.78

## Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 214  
 Minimum Fit Function Chi-Square = 389.77 (P = 0.0)  
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 441.28 (P = 0.0)  
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 327.28  
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (330.45 ; 931.63)

Minimum Fit Function Value = 1.29  
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 1.08  
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.95 ; 1.22)  
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.047  
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.067 ; 0.075)  
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.59  
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (1.46 ; 1.72)  
 ECVI for Saturated Model = 0.78  
 ECVI for Independence Model = 57.14

Chi-Square for Independence Model with 276 Degrees of Freedom = 43663.01

Independence AIC = 43711.01  
 Model AIC = 1213.28  
 Saturated AIC = 600.00  
 Independence CAIC = 43846.40  
 Model CAIC = 1698.42  
 Saturated CAIC = 2292.35

Normed Fit Index (NFI) = 0.98  
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.98  
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.76  
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.98  
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.98  
 Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 205.86

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.042  
 Standardized RMR = 0.41  
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.92  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.91  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.64

hypothesis model

## Fitted Covariance Matrix

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	0.71					
strman2	0.54	0.75				
strman3	0.20	0.26	0.87			
strman4	0.21	0.22	0.55	1.08		
strman5	0.43	0.46	0.25	0.25	0.79	
strman7	0.39	0.45	0.24	0.25	0.52	0.70



cofman9	0.39	0.42	0.22	0.23	0.53	0.57
cofman11	0.38	0.41	0.22	0.22	0.47	0.52
cofman13	0.38	0.40	0.22	0.22	0.46	0.46
cofman14	0.28	0.30	0.16	0.16	0.35	0.34
cofman15	0.26	0.28	0.15	0.15	0.32	0.31
disman17	0.35	0.38	0.20	0.21	0.43	0.43
disman19	0.31	0.34	0.18	0.18	0.39	0.38
disman21	0.35	0.38	0.20	0.21	0.43	0.43
disman23	0.31	0.33	0.18	0.18	0.38	0.37
disman24	0.25	0.27	0.15	0.15	0.31	0.31
attfam25	0.10	0.11	0.06	0.06	0.12	0.12
attfam26	0.09	0.10	0.05	0.06	0.12	0.11
attfam27	0.10	0.11	0.06	0.13	0.12	0.12
attfam28	0.10	0.11	0.06	0.06	0.12	0.12
attfam29	0.15	0.16	0.09	0.09	0.19	0.18
attfam30	0.14	0.15	0.08	0.08	0.17	0.17
attfam31	0.14	0.15	0.08	0.08	0.17	0.17
attfam32	0.14	0.15	0.08	0.08	0.17	0.17

## Fitted Covariance Matrix

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	0.70					
cofman11	0.56	0.64				
cofman13	0.50	0.49	0.62			
cofman14	0.37	0.37	0.41	0.50		
cofman15	0.34	0.34	0.37	0.44	0.47	
disman17	0.42	0.42	0.41	0.31	0.28	0.70
disman19	0.38	0.37	0.37	0.27	0.25	0.46
disman21	0.45	0.42	0.41	0.31	0.28	0.48
disman23	0.37	0.37	0.34	0.27	0.25	0.44
disman24	0.31	0.30	0.26	0.25	0.25	0.37
attfam25	0.12	0.12	0.11	0.09	0.08	0.11
attfam26	0.11	0.11	0.11	0.08	0.08	0.10
attfam27	0.15	0.12	0.12	0.09	0.08	0.11
attfam28	0.12	0.12	0.12	0.09	0.08	0.11
attfam29	0.18	0.18	0.18	0.13	0.12	0.17
attfam30	0.17	0.17	0.15	0.12	0.11	0.15
attfam31	0.17	0.17	0.17	0.12	0.11	0.16
attfam32	0.17	0.16	0.16	0.12	0.11	0.15

## Fitted Covariance Matrix

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	0.74					
disman21	0.57	0.70				
disman23	0.50	0.56	0.67			
disman24	0.41	0.46	0.51	0.55		
attfam25	0.10	0.11	0.09	0.08	0.82	
attfam26	0.09	0.10	0.09	0.07	0.45	1.09
attfam27	0.10	0.11	0.10	0.08	0.55	0.64
attfam28	0.10	0.11	0.10	0.08	0.49	0.70
attfam29	0.15	0.17	0.15	0.12	0.20	0.19
attfam30	0.14	0.15	0.13	0.11	0.18	0.18
attfam31	0.14	0.16	0.14	0.11	0.19	0.18
attfam32	0.14	0.15	0.13	0.11	0.18	0.17

## Fitted Covariance Matrix

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	0.92					
attfam28	0.72	1.01				
attfam29	0.20	0.20	0.36			
attfam30	0.19	0.19	0.28	0.34		
attfam31	0.19	0.19	0.27	0.29	0.34	
attfam32	0.18	0.18	0.28	0.29	0.31	0.33

## Fitted Residuals

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	0.00					
strman2	0.00	0.00				
strman3	0.02	0.01	0.00			
strman4	0.00	0.02	0.01	0.01		
strman5	0.02	0.02	-0.02	-0.01	0.00	
strman7	0.01	0.00	-0.05	-0.04	0.02	0.00
cofman9	0.03	0.03	-0.02	-0.01	0.01	0.01
cofman11	0.01	0.01	-0.04	-0.04	0.01	0.00
cofman13	-0.01	0.01	0.00	-0.02	-0.01	0.01
cofman14	-0.05	-0.03	0.07	0.07	-0.03	-0.01
cofman15	-0.05	-0.04	0.08	0.07	-0.03	0.00
disman17	0.01	0.01	0.03	0.04	-0.01	0.01
disman19	0.00	0.02	0.03	0.07	0.00	0.02
disman21	-0.02	0.00	0.07	0.09	-0.02	-0.01
disman23	-0.01	-0.01	0.09	0.13	-0.01	-0.02
disman24	-0.03	-0.03	0.11	0.12	-0.02	-0.01
attfam25	0.07	0.10	0.24	0.33	0.09	0.09
attfam26	0.08	0.07	0.24	0.33	0.04	0.03
attfam27	0.10	0.10	0.24	0.32	0.09	0.05
attfam28	0.09	0.08	0.20	0.31	0.07	0.03
attfam29	-0.04	-0.04	0.09	0.13	-0.04	-0.02
attfam30	-0.03	-0.03	0.08	0.13	-0.03	-0.02
attfam31	-0.05	-0.04	0.10	0.13	-0.05	-0.03
attfam32	-0.05	-0.04	0.10	0.13	-0.04	-0.03

## Fitted Residuals

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	0.00					
cofman11	0.00	0.00				
cofman13	0.00	0.00	-0.01			
cofman14	-0.03	0.01	-0.01	0.00		
cofman15	-0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	
disman17	0.00	0.00	-0.01	0.00	0.00	0.00
disman19	0.01	-0.02	0.00	0.03	0.02	0.00
disman21	-0.01	-0.03	0.00	0.03	0.04	0.00
disman23	-0.01	-0.02	0.01	0.07	0.08	0.01
disman24	-0.01	0.00	0.01	0.06	0.06	0.01
attfam25	0.10	0.07	0.07	0.09	0.12	0.10
attfam26	0.03	0.01	0.01	0.06	0.10	0.05
attfam27	0.06	0.05	0.05	0.08	0.11	0.08

attfam28	0.05	0.04	0.05	0.09	0.10	0.08
attfam29	-0.04	-0.01	-0.03	0.09	0.12	0.01
attfam30	-0.03	-0.01	-0.02	0.10	0.12	0.01
attfam31	-0.04	-0.01	-0.02	0.10	0.13	0.00
attfam32	-0.03	-0.01	-0.02	0.11	0.14	0.00

Fitted Residuals

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	0.00					
disman21	0.01	0.00				
disman23	-0.01	0.00	0.00			
disman24	-0.01	0.01	0.02	0.02		
attfam25	0.11	0.13	0.14	0.14	0.00	
attfam26	0.05	0.05	0.10	0.10	0.00	0.00
attfam27	0.08	0.09	0.15	0.14	0.02	0.02
attfam28	0.05	0.06	0.13	0.13	0.00	0.00
attfam29	0.03	0.05	0.11	0.14	0.00	0.00
attfam30	0.01	0.04	0.09	0.13	-0.01	0.00
attfam31	0.00	0.04	0.09	0.12	0.00	0.00
attfam32	0.01	0.04	0.09	0.13	-0.01	-0.01

Fitted Residuals

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	0.04					
attfam28	0.02	0.00				
attfam29	0.00	-0.01	0.00			
attfam30	0.00	0.00	0.00	0.01		
attfam31	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	
attfam32	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.05  
 Median Fitted Residual = 0.01  
 Largest Fitted Residual = 0.33

Stemleaf Plot

```

- 4|2199774322211
- 2|887775433332210088755442222200
-
0|99885433332221100009998888877755444433322111110000000000000000000
0|1111111111222222223333334444445566666677777889999911222233444555779
99
  2|0000344557890023566779
  4|033666778112279
  6|11468913344445699
  8|013444677890022334455999
 10|0022233558882269
 12|13457780112445899
 14|119
 16|
    
```

18|  
 20|1  
 22|56  
 24|1  
 26|  
 28|  
 30|8  
 32|050

## Standardized Residuals

	strman1	strman2	strman3	strman4	strman5	strman7
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
strman1	2.22					
strman2	2.58	1.17				
strman3	1.10	1.34	1.13			
strman4	0.10	1.01	1.92	1.66		
strman5	2.87	2.38	-1.56	-0.76	3.59	
strman7	2.29	0.12	-4.58	-2.79	3.42	2.79
cofman9	3.38	3.57	-1.68	-0.76	3.01	3.12
cofman11	1.47	0.64	-3.14	-2.77	1.18	0.96
cofman13	-1.01	0.70	0.29	-1.43	-1.37	1.67
cofman14	-4.66	-2.95	4.73	4.20	-3.74	-1.17
cofman15	-4.68	-3.81	4.92	4.01	-3.46	-0.38
disman17	1.23	1.05	1.71	2.00	-0.86	1.21
disman19	0.02	1.53	1.37	2.90	0.00	1.68
disman21	-2.11	0.10	4.22	4.37	-1.93	-1.66
disman23	-1.06	-0.58	4.82	6.03	-0.89	-1.49
disman24	-2.21	-2.05	5.93	5.70	-1.78	-1.13
attfam25	2.69	4.05	8.09	9.96	3.58	3.83
attfam26	2.87	2.46	7.07	8.67	1.23	1.03
attfam27	4.00	3.84	7.57	10.49	3.23	2.11
attfam28	3.25	2.88	6.17	8.44	2.45	1.28
attfam29	-3.81	-3.29	5.44	6.65	-4.22	-2.31
attfam30	-2.81	-2.16	5.06	6.92	-3.11	-2.46
attfam31	-4.13	-3.30	5.78	7.20	-4.86	-3.69
attfam32	-4.06	-3.19	6.07	7.27	-4.24	-3.07

## Standardized Residuals

	cofman9	cofman11	cofman13	cofman14	cofman15	disman17
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
cofman9	0.35					
cofman11	0.42	1.74				
cofman13	0.43	0.68	-2.39			
cofman14	-5.04	1.76	-3.22	1.27		
cofman15	-3.93	1.36	-1.79	1.27	1.27	
disman17	0.52	0.15	-2.05	0.01	-0.04	1.70
disman19	1.26	-1.83	-0.39	2.07	1.22	-0.05
disman21	-2.10	-5.16	-0.65	3.77	3.80	-0.81
disman23	-0.74	-2.16	2.08	6.74	7.00	2.37
disman24	-0.96	0.08	2.05	6.18	6.27	1.53
attfam25	4.33	3.26	3.41	4.58	5.80	4.33
attfam26	1.00	0.52	0.36	2.64	4.18	1.64
attfam27	2.58	1.95	2.02	3.84	5.23	3.28
attfam28	1.85	1.75	2.07	3.81	4.52	2.84
attfam29	-4.30	-1.29	-4.05	10.08	12.32	1.28
attfam30	-3.45	-0.83	-2.44	10.40	12.51	1.09

attfam31-4.73	-1.57	-2.83	10.69	13.74	0.22
attfam32-3.93	-0.98	-2.37	11.53	14.56	-0.28

## Standardized Residuals

	disman19	disman21	disman23	disman24	attfam25	attfam26
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
disman19	- -					
disman21	2.98	1.00				
disman23	-1.47	0.61	1.58			
disman24	-1.50	2.90	5.06	5.06		
attfam25	4.26	5.62	5.78	6.21	- -	
attfam26	1.56	1.61	3.70	3.93	- -	- -
attfam27	2.96	3.65	5.80	5.93	5.91	4.94
attfam28	1.80	2.28	4.76	5.32	- -	- -
attfam29	1.98	5.03	9.21	12.18	-0.89	-0.30
attfam30	0.58	3.50	7.98	10.88	-1.36	0.01
attfam31	-0.05	3.87	7.84	11.02	-0.21	-0.28
attfam32	0.47	4.12	8.03	11.29	-1.56	-0.98

## Standardized Residuals

	attfam27	attfam28	attfam29	attfam30	attfam31	attfam32
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
attfam27	6.19					
attfam28	4.94	- -				
attfam29	-0.64	-1.94	- -			
attfam30	-0.16	-0.05	4.87	4.67		
attfam31	1.02	1.11	2.22	3.80	-2.22	
attfam32	-0.77	-0.17	1.89	4.32	-1.89	- -

## Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -5.16  
Median Standardized Residual = 1.31  
Largest Standardized Residual = 14.56

## Stemleaf Plot

```

- 5|20
- 4|97776322110
- 3|998877553322111
- 2|988885444322221100
- 1|99988877666555444322110000
- 0|999888887766443332221100000000000000
  0|1111223444455566677
  1|000000111122222333333445556666777777888999
  2|000011112233445566678899999
  3|0001223344456667788888899
  4|0011222333345677889999
  5|0111234678888999
  6|012223779
  7|012368
  8|00147
  9|2
10|014579

```

11|035

12|235

13|7

14|6

## Largest Negative Standardized Residuals

Residual for strman7 and strman3	-4.58
Residual for strman7 and strman4	-2.79
Residual for cofman11 and strman3	-3.14
Residual for cofman11 and strman4	-2.77
Residual for cofman14 and strman1	-4.66
Residual for cofman14 and strman2	-2.95
Residual for cofman14 and strman5	-3.74
Residual for cofman14 and cofman9	-5.04
Residual for cofman14 and cofman13	-3.22
Residual for cofman15 and strman1	-4.68
Residual for cofman15 and strman2	-3.81
Residual for cofman15 and strman5	-3.46
Residual for cofman15 and cofman9	-3.93
Residual for disman21 and cofman11	-5.16
Residual for attfam29 and strman1	-3.81
Residual for attfam29 and strman2	-3.29
Residual for attfam29 and strman5	-4.22
Residual for attfam29 and cofman9	-4.30
Residual for attfam29 and cofman13	-4.05
Residual for attfam30 and strman1	-2.81
Residual for attfam30 and strman5	-3.11
Residual for attfam30 and cofman9	-3.45
Residual for attfam31 and strman1	-4.13
Residual for attfam31 and strman2	-3.30
Residual for attfam31 and strman5	-4.86
Residual for attfam31 and strman7	-3.69
Residual for attfam31 and cofman9	-4.73
Residual for attfam31 and cofman13	-2.83
Residual for attfam32 and strman1	-4.06
Residual for attfam32 and strman2	-3.19
Residual for attfam32 and strman5	-4.24
Residual for attfam32 and strman7	-3.07
Residual for attfam32 and cofman9	-3.93

## Largest Positive Standardized Residuals

Residual for strman2 and strman1	2.58
Residual for strman5 and strman1	2.87
Residual for strman5 and strman5	3.59
Residual for strman7 and strman5	3.42
Residual for strman7 and strman7	2.79
Residual for cofman9 and strman1	3.38
Residual for cofman9 and strman2	3.57
Residual for cofman9 and strman5	3.01
Residual for cofman9 and strman7	3.12
Residual for cofman14 and strman3	4.73
Residual for cofman14 and strman4	4.20
Residual for cofman15 and strman3	4.92
Residual for cofman15 and strman4	4.01
Residual for disman19 and strman4	2.90
Residual for disman21 and strman3	4.22
Residual for disman21 and strman4	4.37
Residual for disman21 and cofman14	3.77
Residual for disman21 and cofman15	3.80
Residual for disman21 and disman19	2.98

Residual for disman23 and strman3	4.82
Residual for disman23 and strman4	6.03
Residual for disman23 and cofman14	6.74
Residual for disman23 and cofman15	7.00
Residual for disman24 and strman3	5.93
Residual for disman24 and strman4	5.70
Residual for disman24 and cofman14	6.18
Residual for disman24 and cofman15	6.27
Residual for disman24 and disman21	2.90
Residual for disman24 and disman23	5.06
Residual for disman24 and disman24	5.06
Residual for attfam25 and strman1	2.69
Residual for attfam25 and strman2	4.05
Residual for attfam25 and strman3	8.09
Residual for attfam25 and strman4	9.96
Residual for attfam25 and strman5	3.58
Residual for attfam25 and strman7	3.83
Residual for attfam25 and cofman9	4.33
Residual for attfam25 and cofman11	3.26
Residual for attfam25 and cofman13	3.41
Residual for attfam25 and cofman14	4.58
Residual for attfam25 and cofman15	5.80
Residual for attfam25 and disman17	4.33
Residual for attfam25 and disman19	4.26
Residual for attfam25 and disman21	5.62
Residual for attfam25 and disman23	5.78
Residual for attfam25 and disman24	6.21
Residual for attfam26 and strman1	2.87
Residual for attfam26 and strman3	7.07
Residual for attfam26 and strman4	8.67
Residual for attfam26 and cofman14	2.64
Residual for attfam26 and cofman15	4.18
Residual for attfam26 and disman23	3.70
Residual for attfam26 and disman24	3.93
Residual for attfam27 and strman1	4.00
Residual for attfam27 and strman2	3.84
Residual for attfam27 and strman3	7.57
Residual for attfam27 and strman4	10.49
Residual for attfam27 and strman5	3.23
Residual for attfam27 and cofman9	2.58
Residual for attfam27 and cofman14	3.84
Residual for attfam27 and cofman15	5.23
Residual for attfam27 and disman17	3.28
Residual for attfam27 and disman19	2.96
Residual for attfam27 and disman21	3.65
Residual for attfam27 and disman23	5.80
Residual for attfam27 and disman24	5.93
Residual for attfam27 and attfam25	5.91
Residual for attfam27 and attfam26	4.94
Residual for attfam27 and attfam27	6.19
Residual for attfam28 and strman1	3.25
Residual for attfam28 and strman2	2.88
Residual for attfam28 and strman3	6.17
Residual for attfam28 and strman4	8.44
Residual for attfam28 and cofman14	3.81
Residual for attfam28 and cofman15	4.52
Residual for attfam28 and disman17	2.84
Residual for attfam28 and disman23	4.76

Residual for attfam28 and disman24	5.32
Residual for attfam28 and attfam27	4.94
Residual for attfam29 and strman3	5.44
Residual for attfam29 and strman4	6.65
Residual for attfam29 and cofman14	10.08
Residual for attfam29 and cofman15	12.32
Residual for attfam29 and disman21	5.03
Residual for attfam29 and disman23	9.21
Residual for attfam29 and disman24	12.18
Residual for attfam30 and strman3	5.06
Residual for attfam30 and strman4	6.92
Residual for attfam30 and cofman14	10.40
Residual for attfam30 and cofman15	12.51
Residual for attfam30 and disman21	3.50
Residual for attfam30 and disman23	7.98
Residual for attfam30 and disman24	10.88
Residual for attfam30 and attfam29	4.87
Residual for attfam30 and attfam30	4.67
Residual for attfam31 and strman3	5.78
Residual for attfam31 and strman4	7.20
Residual for attfam31 and cofman14	10.69
Residual for attfam31 and cofman15	13.74
Residual for attfam31 and disman21	3.87
Residual for attfam31 and disman23	7.84
Residual for attfam31 and disman24	11.02
Residual for attfam31 and attfam30	3.80
Residual for attfam32 and strman3	6.07
Residual for attfam32 and strman4	7.27
Residual for attfam32 and cofman14	11.53
Residual for attfam32 and cofman15	14.56
Residual for attfam32 and disman21	4.12
Residual for attfam32 and disman23	8.03
Residual for attfam32 and disman24	11.29
Residual for attfam32 and attfam30	4.32



**ภาคผนวก จ**

**แบบวัดความสุขในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

### แบบวัดความสุขคนไทย: Thai happiness indicator (TMHI-15)

**คำชี้แจง:** กรุณาเลือกคำตอบในช่องที่มีข้อความตรงกับครอบครัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของครอบครัวท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจครอบครัวและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ หรือความคิดเห็น และความรู้สึกของครอบครัว ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับครอบครัวท่านมากที่สุด

**ไม่เลย** หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

**เล็กน้อย** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

**มาก** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

**มากที่สุด** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ดัชนีชี้วัดความสุขครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ครอบครัวท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2. ครอบครัวท่านรู้สึกสบายใจ				
3. ครอบครัวท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4. ครอบครัวท่านรู้สึกผิดหวังในครอบครัว				
5. ครอบครัวท่านรู้สึกว่าชีวิตของครอบครัวท่านมีแต่ความทุกข์				
6. ครอบครัวท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7. ครอบครัวท่านมั่นใจว่าสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8. ครอบครัวท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9. ครอบครัวท่านรู้สึกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				

ดัชนีชี้วัดความสุขครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เคย (1)	เล็กน้อย (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
10. ครอบครัวท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11. ครอบครัวท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12. ครอบครัวท่านรู้สึกภูมิใจในครอบครัวตนเอง				
13. ครอบครัวท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14. หากสมาชิกในครอบครัวท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				

#### กำหนดการแปลผลคะแนน ดังนี้

15-43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตครอบครัวอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางนันทนา ชูยิ่งสกุลทิพย์
วัน เดือน ปีเกิด	4 ตุลาคม พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 28/11 ถนนสนามเป้า (บางจาก ซอย 2) ตำบลท่าประดู่ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2534-2537	พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
พ.ศ. 2537-2538	พยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลระยอง
พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระยอง
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532-2534	พยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น)
พ.ศ. 2536-2538	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2546-2549	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ. 2556-2560	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	
พ.ศ. 2548	ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำภาคต้น ปีการศึกษา 2548
พ.ศ. 2560	ทุนอุดหนุนดุษฎีนิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2560