

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วยเอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดของโรคจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำ
2. การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
3. ปัจจัยที่ผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
4. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
5. การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิดของโรคจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำ

ลักษณะของโรคจิตเภท

จิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ การเคลื่อนไหวและพฤติกรรม ความผิดปกติดังกล่าวมีผลต่อหน้าที่ในชีวิตประจำวันของบุคคลระยะเวลาของการป่วยอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย (Kaplan & Soderock's, 2000) ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ได้แบ่งอาการแสดงของโรคจิตเภทเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. อาการทางบวกหรืออาการชนิดที่หนึ่ง (positive symptoms or type I syndrome) แสดงออกในด้านความผิดปกติของกระบวนการความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัด คือ หลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (disorganized speech) และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่ผิดปกติไปจากเดิม (inappropriate or bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2 อาการทางด้านลบหรืออาการชนิดที่สอง (negative symptoms or type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม (catatonic schizophrenia or waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสนโดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภท สามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) และเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) การวินิจฉัยโรค ตาม ICD-10 ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ โดยที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากนักต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุได้จากอาการที่ 1 ถึง 4 หรือ มีอย่างน้อย 2 อาการ ที่ระบุได้จากอาการที่ 5 ถึง 8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา 1 เดือนขึ้นไป อาการต่าง ๆ ในแต่ละข้อมีอาการดังนี้ (Kaplan & Sodock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

1. ความผิดปกติของกระบวนการความคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (thought echo) ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน หรือความคิดกระจาย (thought broadcasting) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2. ความหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยอิทธิพลภายนอก (delusion of control) มีแนวความคิดการกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusional perception) เช่น เห็นจระเข้โบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

3. หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเองหรือได้ยินเสียงต่าง ๆ ของร่างกาย (hallucination voice commenting)

4. ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน
5. มีความคิดผิดปกติ (thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง
6. มีพฤติกรรมแบบทรงทำเป็นเวลานาน (catatonic) เช่น วางท่าแปลก ๆ คงท่าตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด
7. อาการทางลบ (negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสมคำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต
8. มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้านมีความคิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

การดำเนินโรค

ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป หรือดำเนินไปอย่างช้า ๆ แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Kaplan & Soderock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วผิดปกติไปจากเดิมแต่ไม่ถึงกับชัดเจน คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิมระยะเวลานี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีจึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น
2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิต ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านบวก หรือมีอาการแสดงเกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว
3. ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตัวเอง

ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธียังผลให้การดำเนินโรคมีการเปลี่ยนแปลง จากผลการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ คือ (Sadock & Sadock, 2000)

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก
2. หายโดยกลับเป็นซ้ำอีก
3. หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ สามารถเข้าสังคมได้ แต่ยังคงมีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และต้องได้รับการช่วยเหลือ
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปีเป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
5. มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะหรือแบ่งเป็น 5 แบบ ตามที่กล่าวข้างต้นทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในปัจจุบัน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถหายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก การดำเนินโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังเพียงอย่างเดียวหรือระยะหลงเหลือ (residual phase) ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาปัจจุบันพบว่าร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ อาการผิดปกติที่หลงเหลืออยู่นั้นเป็นระยะหลงเหลือของโรค และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม ครอบครัวจึงต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ตามสภาพการเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ และป้องกันการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ที่มีแนวโน้มจะเสื่อมไปเรื่อย ๆ ถ้าหากการดูแลที่ไม่ดีพอจากครอบครัว

สาเหตุของโรคจิตเภท

ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้อย่างหลากหลาย ที่มีความสำคัญได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ได้แก่
 - 1.1 พันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภทอีกคนมีโอกาasเป็นด้วย ร้อยละ 33 – 78 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาasเป็นโรคจิตเภทด้วย ร้อยละ 2 – 8 ในขณะที่บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิก

ในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป 10 เท่า (Kaplan & Sadock's, 2000)

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากหรือน้อยเกินไปของสารโดปามีน การทำงานของสารโดปามีนมากเกินไปผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองและมีอาการก้าวร้าว และในขณะเดียวกันถ้าหากมีการทำงานน้อยกว่าปกติผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง (Kaplan & Sadock's, 2000)

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ 20 – 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของสมอง พบว่ามีเวนต์คิลโตกว่าปกติ และบางรายงานมีความเชื่อว่าอาการบ่งชี้ทางลบมีความสัมพันธ์ของเวนต์คิล และมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้าส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีกระบวนการคิด และการรับรู้ที่ผิดปกติขึ้นได้ (Sadock & Sadock, 2000)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ามีการไหลเวียนของโลหิตในสมอง และกลูโคสเมตาบอลิซึมลดน้อยลงในบริเวณสมองส่วนหน้าส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทเกิดพฤติกรรม การเคลื่อนไหว และอารมณ์ ที่ผิดปกติ (Kaplan & Sadock's, 2000)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ถดถอย การโทษคนอื่นและการแยกตนเองเป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวรและภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Kaplan & Sadock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

3. ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (socioculture factors) สังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะ การแสดงออกทางอารมณ์ ทั้งความผูกพัน และการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น การใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed emotion หรือ high EE) วิพากษ์วิจารณ์ตำหนิติเตียน (criticism) ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over

involvement) ก็มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำได้เช่นกัน (Kaplan & Sadock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

โดยสรุปปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วยโรคจิตเภท มีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง เช่น ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว หรือการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยโรคจิตเภท และการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากแนวคิดของการรักษาโรคทำให้ทราบถึงแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการให้การรักษาอย่างเป็นระบบ โดยให้การส่งเสริมครอบครัว ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกภายในครอบครัวได้อย่างปกติสุข เป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น มีความเอื้ออาทรต่อกันภายในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (relapse) หมายถึง เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก เช่น ความผิดปกติของการนอน การแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง เป็นต้น (Sundel and Sundel, 2000)

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยมีลักษณะที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล เช่น กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น (Kenedy & Connor, 2000)

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมาป่วยซ้ำจนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งในเชิงการป่วยด้วยโรคจิตเภท หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอีก และแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพุกภัยพร, 2535)

ดังนั้นการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก มีอาการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง จนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีหลักการรักษาตามอาการในระยะที่มีอาการทางจิตแบบผสมผสานตามความเหมาะสมดังนี้ (Kaplan & Soderock's, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

1. การรักษาด้วยยาโรจิต (pharmacological interventions) เพื่อการควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ซึ่งการรักษามี 2 ช่วง คือ ระยะควบคุมอาการ การรักษาในระยะนี้โดยการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรง หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล และระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดยาจนถึงขนาดยาค่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย

2. การรักษาจิตสังคม (psychosocial interventions) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

2.1 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมโดยเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ดังเช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด (group

psychotherapy) เป็นการใช้กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยพยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัดตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มจิตบำบัด ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งสมาชิกคนอื่น ๆ สามารถทำได้ เช่นกัน

2.2 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้คำแนะนำญาติก่อนกลับบ้าน ในการทำหน้าที่ของครอบครัวให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ดังเช่น ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรครวมทั้งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

2.3 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านเพื่อช่วย ส่งเสริมกระบวนการรักษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้การดำรงชีวิตของบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และการมีพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิต

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation interventions) เป็นวิธีการที่มุ่งหวังให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้รับการปรับสภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมอารมณ์และเศรษฐกิจให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้สามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุดเท่าที่จะพึงกระทำได้ตามอัตรภาพประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ (Michael Clinton & Sioban Nelson, 1998)

3.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย (physiological rehabilitation) เป็นการทำกายภาพบำบัดส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่ง กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ (psychological or mental rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เรียนรู้ในการควบคุมอารมณ์และจิตใจ โดยวิธีการสื่อสารโดยใช้คำพูด และมีการรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ การสั่งการ การแสดงออกทางอารมณ์ที่สอดคล้องกับความรู้สึก เช่น การวาดภาพ การเขียนจดหมาย การอ่านข่าว หรือวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ

3.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (social rehabilitation) คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้ประสบประการณ์ชีวิต เพื่อสามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เช่น การทำศนศึกษาร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การร่วมกิจกรรมนันทนาการระหว่างบุคคลอื่น ๆ นอกบ้าน เป็นต้น

3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (vocational or occupational rehabilitation) เป็นการฝึกอาชีพให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท สามารถประกอบอาชีพได้ตามความรู้สึภาคภูมิใจ เป็นที่พึงพิงตนเองได้ดี ไม่เป็นที่พึงพิงตนเองได้ดี ไม่เป็นภาระของคนอื่นร่วม

การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องเป็นแบบผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาด้านจิตสังคม คือ ในระยะที่เริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะเริ่มมีอาการผิดปกติในด้านความรับผิชอบ ด้านสัมพันธภาพ ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลจะเข้าสู่ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะความผิดปกติของการคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ ถ้าหากได้รับการรักษาพยาบาลจะเข้าสู่ระยะหลงเหลือ (residual phase) อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะกำเริบอาการจะคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ การรักษาด้วยยาที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาจิตที่ออกฤทธิ์นานซึ่งได้ผลดียากว่ากินเพราะผู้ป่วยจะได้รับอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้อาการเครียดและวิตกกังวลลดลงและผู้ป่วยจะมีสมาธิมากขึ้น การนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่ระยะแรกโดยการส่งเสริมบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภท อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอย่างมากขึ้น เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีอาการผิดปกติเตือน (signs of relapse) เช่น ความผิดปกติของการนอน การแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้แก่ (Kaplan & Soderock's, 2000; Soderock & Soderock, 2000)

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์และไม่ต่อเนื่อง ดังเช่น การแสดงอารมณ์ในครอบครัว (expressed emotion – EE) ผู้ป่วยที่อาศัยกับญาติที่มีการแสดงอารมณ์น้อย (low expressed emotion) จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่กับญาติที่มีการแสดงอารมณ์มาก (high

expressed emotion) ลินเซน และคณะ (linszen, et al, 1997) ศึกษาเรื่องลักษณะของผู้ป่วย และการแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15 – 26 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมารับการรักษาที่แผนกจิตเวช มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีการแสดงออกอารมณ์สูง มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยที่มีการแสดงออกอารมณ์ต่ำ ลักษณะการแสดงอารมณ์ของญาติ เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการวัดการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการครั้งแรก การแสดงอารมณ์สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการครั้งแรก เหมือนกับผู้ป่วยเรื้อรัง และนอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญสำหรับการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีการครั้งแรก

2. การได้รับการรักษาทางยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะประสบปัญหาอาการข้างเคียงของยา ที่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มโรคพารกินสัน จะมีอาการตัวเกร็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ความคิดเชิงซ้ำ (extrapyramidal syndrome) อาการดังกล่าวจะเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในครั้งแรก และมีแนวโน้มที่ลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดมา ซึ่งการหยุดยาอย่างกะทันหันทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 50 มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในเวลา 6 – 8 เดือนหลังหยุดยา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะมีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 55 (Neligh, 1986; Leche, Moore, Crosby & Hamillton, 1994; Ruscher, Wit & Mazmanian, 1997; อ้างใน สาธุพร พุฒขาว, 2541)

3. ความตึงเครียดในชีวิต ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเปราะบางต่อความเครียดมากกว่าคนปกติทั่วไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ความตึงเครียดในชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จะเป็นสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การประสบปัญหาทางการเงิน การขาดที่อยู่อาศัย การเป็นบุคคลด้อยโอกาสในสังคมไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การประสบปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ ปัจจัยเกี่ยวข้องการรักษา เช่น การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดในชีวิต การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการผิดปกติเตือน เช่น ความผิดปกติของการนอน การแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตน

เองลดลง กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติมีผลต่อการกลับมีอาการทางจิตขึ้นมาอีก เพื่อจะเป็นแนวทางที่จะช่วยทำให้อาการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดีขึ้น และป้องกันไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมายของครอบครัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ได้ให้คำนิยามของครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต เช่น สามี ภรรยามีบุตร ด้านกฎหมาย ครอบครัวหมายถึง ชายหญิงที่จดทะเบียนสมรสกัน มีบุตร บิดามารดาและบุตรมีหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อกันตามกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวหมายถึง คนที่ใช้จายร่วมกัน จากเงินงบประมาณเดียวกัน และในด้านสังคม ครอบครัวคือกลุ่มคนที่รวมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวพันหรือไม่เกี่ยวพันกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายแต่มี ปฏิสัมพันธ์กัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ มีความปรารถนาดีต่อกัน

สมชาย จักรพันธ์ (2537) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้นมาอยู่รวมกัน และมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด (blood) การแต่งงาน (marriage) หรือการอุปถัมภ์ (adoption) ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม หน่วยแรกที่ทุกคนต้องเป็นสมาชิกตั้งแต่เกิดไปจนตาย สถาบันนี้นอกจากทำหน้าที่ในโครงการสังคม แล้วยังทำหน้าที่ในการสืบทอดทางประเพณีวัฒนธรรม

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

เดวิส (Davis, 1969 อ้างใน วินิณี ทศนเทพ, 2542) ได้ให้ความหมายว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานและสากลที่สุดของทุกสถาบัน การแบ่งครอบครัวอาจพิจารณาได้ 2 แนวคิด ดังนี้

1. แนวจิตวิทยามุ่งชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มปฐมภูมิ เนื่องจากมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดของบรรดาสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีการพบปะและแสดงอาการตอบสนองต่อกันและกัน อันเป็นพื้นฐานแห่งความสัมพันธ์กันทางสังคม

2. แนวสังคมวิทยาถือว่าบรรดาสมาชิกในครอบครัวนั้นต่างฝ่ายต่างให้ และรับประสบการณ์จากกันและกัน ซึ่งถือว่าต่างฝ่ายต่างถ่ายทอดพฤติกรรมให้กันและกัน อันเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Socialization) เพื่อปรับสภาพของตนเองให้เข้ากับสังคมได้

เบอร์เจสและคณะ (Burgess et al., 1963 อ้างใน Friedman, 2003) ได้นิยามครอบครัว มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีส่วนผูกพันกันด้วยการสมรสหรือผูกพันกันทางสายเลือด หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมเช่นการผูกพันกันระหว่างสามี ภรรยา เกิดขึ้นโดยการแต่งงาน สัมพันธภาพระหว่าง พ่อ แม่ ลูก เกิดขึ้นโดยสายเลือดรวมกันการรับเป็นบุตรบุญธรรมด้วย

2. สมาชิกของครอบครัวจะอยู่ร่วมกันภายในครอบครัวเดียวกันหรือบางครั้งแยกไปอยู่ต่างหาก สมาชิกเหล่านั้นยังคงยอมรับครัวเรือนเดิมเป็น “บ้าน” ของตน สมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันภายใต้หลังคาเรือนเดียวกัน มีลักษณะเป็นครัวเรือนเดียวกัน ในอดีตครัวเรือนอาจจะใหญ่ประกอบด้วย สมาชิก 3 - 4 หรือถึง 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือนมีขนาดเล็ก ประกอบด้วย สามี ภรรยา เท่านั้น หรือมีลูก 1- 3 คนขึ้นไป หรือไม่มีเลย

3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันของบุคคล ซึ่งแสดงออกตามบทบาททางสังคมของความเป็นสามีและภรรยา พ่อแม่ ลูกชาย ลูกสาว พี่และน้อง บทบาทเหล่านี้แต่ละครอบครัวได้รับอิทธิพลมาจากประเพณี และประสบการณ์ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

4. ครอบครัวจะรักษาและคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา โดยจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละครอบครัว วัฒนธรรมเฉพาะของแต่ละครอบครัวเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการจะผสมผสานแบบแผนของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเข้าไว้ด้วยกัน นับตั้งแต่การผสมผสานวัฒนธรรมของสามีและภรรยาโดยการแต่งงาน ครอบครัวจึงเป็นการรวมแบบแผนวัฒนธรรมที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิกแต่ละฝ่ายในครอบครัวด้วยความปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นจึงมีแบบแผนวัฒนธรรมเฉพาะขึ้นมาใหม่ ในทุก ๆ ครอบครัวที่เกิดขึ้นใหม่

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม ที่เล็กที่สุดซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่รวมกันเป็นครอบครัวเดียวกันมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ทางสายเลือด มีการปฏิสัมพันธ์กันในฐานะสามีภรรยา มีความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน และที่สำคัญสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้พอสรุปได้ดังนี้

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2524) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคทุกสมัย หน้าที่บางอย่างอาจมีสถาบันหรือหน่วยงานอื่นทำแทนได้ แต่หน้าที่บางอย่างมีเพียงครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำได้

สุพัตรา สุภาพ (2536) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้ คือ

1. สร้างสมาชิกใหม่ (reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งหน้าที่ที่จำเป็นมาก เพราะสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่หายไป
2. บำบัดความต้องการทางเพศ (sexual gratification) จะเป็นในลักษณะของการสมรส เป็นการลดปัญหาทางเพศ และเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมเข้าควบคุมให้ความสัมพันธ์อยู่ในขอบเขต
3. เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (maintenance of immature children or raising the young) ซึ่งหน้าที่นี้สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็กโดยครอบครัวจะเป็นสถานที่ซึ่งเลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่เจริญเติบโตโดยสมบูรณ์
4. ให้การขัดเกลาทางสังคม (socialization) ครอบครัวจะเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นหน่วยที่เตรียมตัวเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยม แบบของความประพฤติที่ดีงาม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้
5. กำหนดสถานภาพ (social placement) ของบุคคลซึ่งเราได้ชื่อสกุลจากครอบครัว ทำให้รู้ว่าเป็นใคร อยู่กลุ่มไหน

6. ให้ความรักความอบอุ่น (affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ให้ความคุ้มครอง ความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิก ทำให้สมาชิกมีพลังใจ ฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้ มีกำลังใจการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมกัน

ฟริตแมน (Friedman, 2003) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการดูแลสุขภาพ และการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น
2. หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคงเนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
4. หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการจัดหารายได้ด้านเศรษฐกิจ และเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น
5. หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่องโดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

การทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้านของนักวิชาแต่ละท่านมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ซึ่งประกอบไปด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตในสังคม ให้การขัดเกลาทางสังคม การให้ความรักความอบอุ่น การอบรมสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม และการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ และที่น่าสนใจยังมีนักวิชาการที่ได้รวบรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม และครอบคลุมในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ คือ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์

มีแนวคิดหลายรูปแบบที่อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น แนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ของแอสทิน บิชอปและบัลด์วิน (Epstien Bishop and Buldwin, 1982) แต่ใน

ที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ซึ่งในรูปแบบที่ได้นำมาใช้ในการศึกษากครั้งนี้

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ไว้ดังนี้ คือ

รูปแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) เป็นผลที่ได้จากการศึกษาครอบครัว ทั้งปกติและมีปัญหา มาเป็นระยะเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัยแมคกิลล์ (McGill) ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 ในระยะต่อมาแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย แอ็พสทิน บีชอป และ บัลด์วิน (Epstein , Bishop and Bulwin) แห่งมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ (McMaster) ประเทศแคนาดา และมหาวิทยาลัยบราวน์ (Brown) ในประเทศสหรัฐอเมริกา

แนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster) มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ ระบบคู่สมรส และระบบพี่น้อง นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา เป็นต้น สมาชิกมีหน้าที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านชีวภาพ อารมณ์และสังคม โดยจะต้องปฏิบัติภารกิจใน 3 ด้าน คือ

1. ภารกิจพื้นฐาน (basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เป็นการหาปัจจัยสี่ ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัยเครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษายามเจ็บป่วย

2. ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะ ช่วยเหลือ และผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคล และพัฒนาของครอบครัว พัฒนาการของแต่ละบุคคล ได้แก่ การดูแลทารกอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถพัฒนาความไว้วางใจพื้นฐาน (basic trust) หรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ พร้อมทั้งก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัว ได้แก่ การที่ครอบครัวเริ่มมีบุตรคนแรก หรือการที่มีบุตรแยกออกจากครอบครัวเดิมไปสร้างครอบครัวใหม่ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีจะมีลักษณะที่ไว และเข้าใจต่อความต้องการที่ครอบครัวกำลังดำเนินอยู่ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดีนั้น จะมีความยืดหยุ่นปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงของวงจรชีวิต จึงทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ปัญหาส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่าน ระหว่างแต่ละช่วงของวงจรชีวิต เช่น ในช่วงของบุตรเปลี่ยนจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่น เป็นต้น

3. ภารกิจยามวิกฤต (crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย การแต่งงาน การประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ความสามารถของครอบครัวที่จัดการกับภาวะวิกฤต เป็นเครื่องบอกถึงความเข้มแข็งหรือสุขภาพจิตของครอบครัวนั้น บางครอบครัวสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์อย่างรุนแรงในครอบครัวได้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามรูปแบบของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) นั้น ได้ใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีในการอธิบาย เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ (system theory) มีสมมุติฐานสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกที่อยู่ร่วมกันในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ
2. การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้น ไม่สามารถกระทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย
3. รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ไม่ได้กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน แต่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิต และเพิ่งถึงการปฏิบัติหน้าที่ในปัจจุบันของครอบครัวในด้านต่างๆ 6 ด้านคือ 1) การแก้ปัญหา (Problem solving) 2) การสื่อสาร (communication) 3) บทบาท (roles) 4) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) และ 6) การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) ในแต่ละด้านเหล่านี้ มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้ คือ (Epstein et al., 1984; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1. การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ ปัญหาหมายถึงสิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพ การดำรงอยู่อย่างปกติ หรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ 1) ด้านวัตถุ (instrumental) เป็นปัญหาที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น 2) ด้านอารมณ์

(affective) เป็นปัญหาที่เกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น

การแก้ปัญหาโดยทั่วไป พบว่าบางครอบครัวอาจมีเพียงปัญหาทางด้านอารมณ์เท่านั้น โดยไม่มีปัญหาทางด้านวัตถุ แต่ครอบครัวใดที่มีปัญหาทางด้านวัตถุเกิดขึ้น มักจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นเสมอ ซึ่งในแต่ละครอบครัวย่อมมีความแตกต่างกันในการแก้ปัญหา ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้ดี มีประสิทธิภาพ จะมีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมรวดเร็วและเป็นระบบ ปัญหาที่มีจึงมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่มีปัญหาเรื้อรัง ในขณะที่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพมักจะมีการแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ปัญหาบางอย่างยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

การแก้ปัญหาของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์มีขั้นตอนดังนี้ (Epstein et al., 1984)

- 1.1 แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน พิจารณาว่าอะไรเป็นปัญหา ปัญหาที่แยกแยะออกมานั้นถูกหรือไม่ เป็นปัญหาที่ขัดแย้งจริงหรือไม่
- 1.2 การสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการบอกให้สมาชิกในครอบครัวหรือระบบภายนอก เช่น เภรียนุติ เพื่อนฝูง ให้รับรู้ถึงปัญหา เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 1.3 การวางแผนแก้ปัญหา ร่วมกันคิดหาวิธีในการแก้ไขปัญหามากมาย วิธีแทนวิธีแก้ไขปัญหาแบบเก่า ๆ ที่อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จ
- 1.4 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหที่เหมาะสม จะใช้วิธีการใดในการแก้ปัญหา วิธีแรกไม่ได้ผล แล้วจะใช้วิธีใดต่อไป
- 1.5 ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาที่ได้ตกลงกันไว้หรือไม่
- 1.6 ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่
- 1.7 ประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญห ครอบครัวมีการประเมินว่าวิธีแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงไร มีการวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้นหรือไม่ มีการเรียนรู้จากปัญหาดังกล่าวอย่างไร

การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจไม่จำเป็นต้องทำทุกขั้นตอน ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาว่าซับซ้อนมากน้อยแค่ไหน ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ปัญหาโดยรวมได้อย่างเรียบร้อย แต่

ในครอบครัวปกติอาจมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นี้ก็ไม่ใช่ว่าเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นี้ก็ไม่ใช่ว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่มีความรุนแรง หรือจนจนทำให้การปฏิบัติหน้าที่ด้านอื่นๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกปฏิบัติหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ไม่ยากนัก แต่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบ และปัญหาก็ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้น ซึ่งมักจะเกิดเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

2. การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน ซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือ การสื่อสาร โดยใช้คำพูด และไม่ใช่คำพูด ในแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (Epstein et al., 1984) จะเน้นที่การสื่อสารโดยใช้คำพูด (verbal communication) เนื่องจากการสื่อสารที่สามารถวัดและประเมินได้อย่างชัดเจนกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด (nonverbal communication) เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุ (instrumental) และเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (affective) การสื่อสารทั้งสองด้านมีความเกี่ยวข้องกัน ในครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุอาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุไม่ดี มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ

การสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและด้านจุดเป้าหมายปลายทาง การสื่อสารที่ดีจะต้องมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหา และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมายการสื่อสารในครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and direct) 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and indirect) 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and direct) 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and indirect) ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดี จะมีการสื่อสารที่ชัดเจน และสื่อสารได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารที่คลุมเครือไม่ชัดเจนมากเท่าไร จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่านั้น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม ในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่ามีความยากลำบากในการสื่อสารที่ใช้คำพูดกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและสับสน ครอบครัวที่มีความบกพร่องในด้านการสื่อสาร จะก่อให้เกิดมีการทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว การสื่อสารที่ผิดปกติเหล่านี้จะทำให้เกิดความกังวลอย่างเรื้อรัง และอาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมี

ความเปราะบางอยู่แล้วเกิดความตึงเครียดมากเกินไปจนอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับเป็นซ้ำได้

3. บทบาท (role) บทบาทในครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยแบ่งเป็นหน้าที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (instrument) และบทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (affective) นอกจากนี้ บทบาทยังสามารถแบ่งออกตามลักษณะได้ดังนี้

3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วย การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก (provision of resource) การฟูมฟักเลี้ยงดู และให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก (nurturance and support) การตอบสนองความต้องการทางเพศของคู่สมรส (sexual gratification of marital partners) การพัฒนาทักษะต่างๆ ให้สมาชิก (life skills development) และการบริหารจัดการภายในครอบครัว (systems management and maintenance)

3.2 บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว อาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม เช่น บทบาทในการส่งเสริมเกียรติยศ ชื่อเสียง แห่งวงศ์ตระกูล ซึ่งเป็นตระกูลที่เหมาะสม หรือบางครอบครัวอาจมีบทบาทที่ไม่เหมาะสม ทำให้สมาชิกบางคนกลายเป็นแพะรับบาป ต้องรองรับอารมณ์หรือทัศนคติด้านลบของสมาชิกคนอื่นๆ

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาใน 2 ด้าน คือ 1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (role allocation) เป็นการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบบางอย่างให้แก่สมาชิก ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีจะมีการมอบหมายหน้าที่ที่จำเป็นแก่สมาชิกได้ชัดเจน และเหมาะสมกับความสามารถของสมาชิกแต่ละคน โดยมีสัดส่วนที่เหมาะสม 2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (role accountability) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตนที่ได้รับมอบหมายว่าสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนหรือไม่

ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้เหมาะสม จะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่งจะสอดคล้องกับสมาชิกคนอื่นด้วย ภาระกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็เกิดจากการมอบหมายหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มีระบบควบคุมให้สมาชิกทำหน้าที่ได้โดยครบถ้วน

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างปกติจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้หลายรูปแบบในปริมาณอารมณ์ ออกมามากหรือน้อยเกินไป เป็นไปตามสถานการณ์ที่เหมาะสม ครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น แสดงอารมณ์ออกมามากหรือน้อยเกินไป หรือแสดงออกเฉพาะเชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเรื่องการตอบสนองทางอารมณ์จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วย

การแสดงอารมณ์ (expressed emotion) การแสดงอารมณ์เป็นดัชนีที่แสดงถึงลักษณะของอารมณ์ การแสดงอารมณ์สูงเป็นลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (Baker, 1993) และการวิพากษ์วิจารณ์ หรือมีอารมณ์ที่ผูกพันมากเกินไปของครอบครัวมีผลต่อการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Vaunhnm and leff, 1976 cited in Rungreangkulkij & Gilliss, 2000) และการที่จะแยกได้ว่าครอบครัวไหนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือต่ำ แยกได้โดยสังเกตแนวโน้มของครอบครัว คือ ครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใยและความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันมีความอดทน แสดงว่าครอบครัวนั้นมีการแสดงอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง มักมีความผูกพันทางอารมณ์สูง หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ภายในครอบครัวสูงหรือมีทั้ง 2 อย่าง (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000)

ฮูกิวเลท และคณะ (Huguelet et al., 1995) ศึกษาเรื่อง การนำดัชนีชี้วัดการแสดงออกทางอารมณ์มาทำนายผลของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกในเจนีวา จำนวน 44 คน เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นเวลา 5 ปี เพื่อทำนายผลลัพธ์ 3 ประการ คือ การป่วยซ้ำ การปรับตัวทางจิตสังคมและการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ดัชนีชี้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงอารมณ์สูง มีความสัมพันธ์กับการมีบุคลิกภาพก่อนป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาการเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติด ร่วมกับการปรับตัวไม่ดี มากกว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และนอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้ง 3 ประการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทั้ง 3 ประการนั้น และนอกจากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าในปีที่ 3 ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่

กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีการปรับตัวไม่ดีและมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกอารมณ์ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ

จิรอน และเอ็ม โกเมซ เป็นเนโต (Giron & M.Gomez Beneyto, 1998) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงอารมณ์ในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเอเลนเนท (Psychiatric Hospital of Alienate) ระหว่างเดือนธันวาคม 2528 ถึงเดือนธันวาคม 2529 มีอายุระหว่าง 15 – 30 ปี อาศัยอยู่กับญาติอย่างน้อย 15 วันภายในเวลา 3 เดือนก่อนมารับการรักษา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้สึกร่วมของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Questionnaire of Empathy) เป็นการศึกษาเพื่อวัดความรู้สึกร่วมของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างการขาดการมีอารมณ์ร่วมกับการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการกลับเป็นซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษา อาการบ่งชี้ทางลบ การว่างงานและการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติไม่ดี มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีถึง 2.6 เท่า คือ มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 67 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม มีอัตราการป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 26.3 และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเผชิญหน้า (Face to face contact status) ระหว่างผู้ป่วยและญาติ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ และยังพบว่าผู้ป่วยซ้ำร้อยละ 79.1 ว่างงาน ร้อยละ 76.7 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 34.9 มีการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย ร้อยละ 12.5 มีอาการบ่งชี้ทางลบ และร้อยละ 76.7 ญาติมีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และจากศึกษาครั้งนี้ขอขยายได้ว่า ระยะเวลาของการป่วย ระดับการศึกษา การปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย การรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทัศนคติไม่ดีของญาติและการวิพากษ์วิจารณ์ที่มากเกินไป สามารถทำนายการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดี

คิง และดิกซอน (King & Dixon, 1999) ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุ 17- 36 ปี จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนและยังคงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่กับญาติใกล้ชิด จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์มี 2 แบบ คือ 1. เกณฑ์การประเมินอัตราการป่วยซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนด (Conservative criteria) 2. เกณฑ์การประเมินอัตราการป่วยซ้ำในช่วงเวลาโดยปกติทั่วไป (Standard relapse criteria) เป็นการศึกษาถึงกร

ทำนายการป่วยซ้ำด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว โดยมีเกณฑ์การทำนายที่ประกอบไปด้วย เกณฑ์การประเมินอัตราการป่วยซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนด (Conservative criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายในเวลา 1 และ 6 เดือน และ เกณฑ์การประเมินอัตราการป่วยซ้ำในช่วงเวลาโดยปกติทั่วไป (Standard relapse criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายในเวลา 6 และ 18 เดือน และรวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มจากเดิมร้อยละ 50 ผลการศึกษาพบว่าในเวลา 6 และ 12 เดือนการแสดงอารมณ์ไม่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำได้ ในเวลา 9 เดือนไม่มีความแตกต่างระหว่างครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล อายุ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกอายุปัจจุบันระดับการศึกษาหรือเพศ ส่วนในเวลา 18 เดือนพบว่า ผู้ป่วยชายมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 49 ผู้ป่วยหญิงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 59 และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 สำหรับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยอยู่กับญาติและการให้ความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และร้อยละ 67 ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นอกจากนี้การวิพากษ์วิจารณ์ และการมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปของบิดา มารดา พบว่าบิดาที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และมารดาที่มีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำได้ แต่ความอบอุ่นในครอบครัวและการพูดในทางบวกไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้

การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นการแสดงอารมณ์ที่แสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การคำหยาบคาย บางรายมีความหึงหวงผู้ป่วยรวมทั้งการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

- 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comment) อาจเป็นน้ำเสียงหรือเนื้อหาคำพูดที่แสดงออกถึงความไม่ชอบ ไม่ยอมรับ หรือความเกลียดชัง
- 2) ความไม่เป็นมิตร (hostility) เป็นความรังเกียจ คำหยาบคายที่ตัวบุคคลมากกว่าคำหยาบคายที่การกระทำ เช่น ทำของแตกก็บอกว่าเป็นคนมีปัญญา หรือคำหยาบคายวิจารณ์ขยี้ขย้างจากเรื่องหนึ่งไปยังเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกัน
- 3) ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (emotional over involvement) มีความหึงหวงในผู้ป่วยมากเกินไป แม้กระทั่งเรื่องเล็กน้อย เช่น การกินนอนต้องจัดการให้หรือเป็นห่วงมากเกินไป กระทั่งไม่ยอมให้ออกนอกบ้านถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ทุพพลภาพขนาดที่ต้องเฝ้าตลอดเวลา

จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีผลต่อการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความตึงเครียดสูง การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสูง สาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีหลายสาเหตุดังนี้

- 1) ความบกพร่องของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความหวังในตัวผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์
 - 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้
 - 3) ญาติรู้สึกผิด อาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดามากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยา
 - 4) เป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว
5. ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับของความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์แบ่งออกได้หลายระดับดังนี้ คือ

5.1 ปราศจากความผูกพัน (lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจซึ่งกันและกัน หรือต่างคนต่างอยู่

5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feeling) สมาชิกมีความสนใจต่อกันและกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยอย่างจริงจัง การแสดงออกมักเป็นไปเพราะความอยากรู้ อยากเห็น อยากควบคุมอีกฝ่าย หรือเป็นตามหน้าที่ เช่น การแสดงความห่วงใยพี่น้องยามเจ็บป่วย

5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) เป็นการแสดงออกความสนใจต่ออีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

5.4 ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) เป็นความผูกพันที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง เข้าใจในความต้องการของอีกฝ่าย ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมมากที่สุด เพราะตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม

5.5 ผูกพันมากเกินไป (over involvement) ลักษณะของความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้อง หรือจู้จี้จ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายขาดความเป็นส่วนตัว

5.6 ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement) เป็นความรู้สึกผูกพันที่แน่นแฟ้นจนเหมือนทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกัน — จนขอบเขตของความเป็นบุคคลของแต่ละคน (personal boundary) นั้นแทบจะไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน จะต้องแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น จากการศึกษาของ บราวน์ เบอร์ลีย์ และวิง (Brown, Birley, & Wing, 1972) พบว่าปัจจัยทางครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกชอบวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ลักษณะความไม่เป็นมิตร (hostility) หรือแสดงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยมากเกินไป (emotion over involvement) โดยที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าผู้ที่โรคจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

6. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นจะต้องมีการควบคุม ประกอบด้วย

6.1 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย การตอบสนองความต้องการทางเพศ ความก้าวร้าวเป็นต้น

6.2 พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อน การเป็นสมาชิกในชมรมต่าง ๆ

6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน เช่น การเล่นผาดโผน การทำร้ายตนเอง

6.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติตามกฎที่ครอบครัววางไว้

การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1) การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) เป็นการควบคุมที่มีกฎระเบียบที่เข้มงวด เมื่อฝ่าฝืนจะต้องมีบทลงโทษ ไม่มีโอกาสต่อรอง หรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมพฤติกรรมนี้มีผลต่อการปรับตัวของสมาชิก ทำให้สมาชิกมีการปรับตัวเป็นไปอย่างยากลำบาก จนอาจนำไปสู่ปัญหาการต่อสู้ช่วงชิงอำนาจในครอบครัว และการต่อต้านแบบดื้อเงียบ

2) การควบคุมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) เป็นการควบคุมพฤติกรรมที่ครอบครัววางมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ไว้สำหรับควบคุมพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกมา แต่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ เป็นการควบคุมที่ เหมาะสมและมีประสิทธิผลมากที่สุด เพราะทำให้เกิดความเข้าใจ สนับสนุนและยอมรับความแตกต่างในแต่ละบุคคล การควบคุมแบบนี้มุ่งหมายเพื่อให้เกิดระเบียบวินัยในครอบครัว ไม่ใช่เพื่อการมีอำนาจที่เหนือกว่าสมาชิกคนอื่น ทำให้สมาชิกให้ความร่วมมือปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่วางไว้

3) การควบคุมแบบตามใจ (laissez faire behavior control) เป็นการควบคุมที่ครอบครัวไม่มีกฎเกณฑ์หรือแบบแผนที่แน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ใครควรทำอะไรก่อนก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้นำการตัดสินใจ หรือแทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกไม่ชัดเจน สมาชิกขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน มักมีปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งครอบครัวแบบนี้จะมีการทำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพสมาชิกในครอบครัวรู้สึกไม่มั่นคง มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ดีและมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ

4) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) เป็นการควบคุมที่ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่แน่นอน บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น และบางครั้งจะทำอะไรก็ได้ตามความพอใจของแต่ละคน ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์นั้น ๆ การควบคุมแบบพฤติกรรมแบบนี้ไม่เหมาะสมมากที่สุด เพราะเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวขาดเสถียรภาพ และขาดความเสมอต้นเสมอปลาย หรือขาดความแน่นอนในการทำหน้าที่ของครอบครัว

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถประเมินได้ในหลายรูปแบบตามแนวคิดต่าง ๆ ได้แก่

1. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพล็กซ์ (Circumplex Model) ของ ออลสันและแมคคัปปิน (Samuel T, 2002; Friedman, 2003) แนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้าน คือ 1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันและกัน (family cohesive) 2) ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท และสัมพันธภาพเพื่อตอบสนองต่อ สถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น (family adaptability) และ 3) การสื่อสารภายใน

ครอบครัว (family communication) การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพลกซ์ ชี้ให้เห็นว่าถ้าครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน และการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีจะมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ และในขณะเดียวกันความเครียดไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เช่นกัน

2. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ (Beavers Systems Model) ของบีเวอร์, แฮมตัน, และฮัลกัส (Beavers, Hampson, & Hulgus, 1977 อ้างใน Samuel T, 2002; Friedman, 2003) จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถของครอบครัว (competence) ในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย และ 2) ทิศทางของปฏิสัมพันธ์ (style) ที่ครอบครัวมีต่อตนเอง และมีต่อระบบภายนอก การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ จะใช้ร่วมกันในการสังเกตทางคลินิกในการรักษาครอบครัว และงานวิจัยโดยเน้นที่ศักยภาพของครอบครัว เช่น ความสามารถของครอบครัวในการทำหน้าที่ ที่จำเป็นในการเลี้ยงดูสมาชิกรวมทั้งภาระกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายในครอบครัว ข้อจำกัดของการใช้การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ในการประเมินสุขภาพของครอบครัวรูปแบบนี้พัฒนามาจากครอบครัวกลุ่มชนผิวขาวระดับกลาง และเป็นครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดา ดังนั้นการเอารูปแบบนี้ไปใช้กับครอบครัวที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม

3. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (MMFF) ของเอพสไตน์และคณะ (Epstein et al., 1984) แนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำหน้าที่ตามบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคนต่อสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ และการทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัววิถีภายในครอบครัวด้วยวิธีการสังเกต ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกมีต่อกัน ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อให้การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็นสองแบบ (อุมาพร ตรังคมบัติ, 2540) ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น แบบสัมภาษณ์ McMaster Structured Interview of Family Function [McSIFF] โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์สมาชิกของครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์ และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวหน้าที่บางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์หรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง ได้แก่ แบบวัดการปรับตัวและความผูกพันในครอบครัว (Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scales [FACES]) ซึ่งใช้ประเมินการปรับตัวและความผูกพันในครอบครัวกรณีที่มีภาวะวิกฤตในครอบครัว และเครื่องมือประเมินครอบครัว (Family Assessment Device [FAD]) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมของครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ (transaction) ระหว่างสมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง จำนวน 36 ข้อ โดยสมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามเอง เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมพร ตรังสมบัติ (2540) พบว่ามีหลายข้อที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย จึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory) [CFI] มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดีขึ้น (อุมพร ตรังสมบัติ, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory) [CFI] ของอุมพร ตรังสมบัติ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในครอบครัวไทย ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยด้วยเครื่องมือชี้วัดความสัมพันธ์ในครอบครัวของอำไพรัตน์ อักษรพรหม (2537) การศึกษาเรื่องพฤติกรรมของคู่สมรสไทยในเรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัวของพรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชวัลย์ (2542) เป็นต้น มีความเหมาะสมและครอบคลุมในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ

สรุปได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการตอบสนองของสมาชิกภายในครอบครัวหรือความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันด้วยความพึงพอใจ เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงเป็นทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่สำคัญและมีผลต่อการดูแลผู้ที่เป็โรค

จิตเภทจากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาคาดว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้ง 7 ด้าน จะเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำได้

กรอบแนวคิดการศึกษา

ในการศึกษาการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายสาเหตุ ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาตัวแปรที่สำคัญคาดว่าจะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ โดยใช้กรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ซึ่งเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งในภาวะปกติจนถึงภาวะวิกฤต การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ที่พัฒนาโดยอุมพร ตรังคสมบัติ ครอบคลุม 7 ด้านได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำหน้าที่ตามบทบาท การตอบสนองอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป