



รายงานการวิจัย

เรื่อง

**การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์
ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา**

โดย

ดร.สดีไศ คุ่มทรัพย์อนันต์

นางสาวปรารถนา รัตนธิรพรรณ

นางสาวศิริโรรัตน์ นาคทองแก้ว

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2553



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์
ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา

โดย

ดร.สดีไส คุ่มทรัพย์อนันต์
นางสาวปรารถนา รัตนธิวรรณ
นางสาวศิริโรรัตน์ นาคทองแก้ว

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2553

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pretest Posttest Design ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ การดูแลสุขภาพจิตและระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้า โปรแกรม ครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ปกครองทาง สติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวเซทเทอร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียด ปานกลางขึ้นไป (26 คะแนน) จากการวัดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรม สุขภาพจิต และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน ปี 2553 จำนวน 15 คน มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มารับบริการคลินิก ครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูลตามนัดทุกครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา แบบประเมิน และวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามความคิดเห็นต่อ โปรแกรม ครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติที่ใช้เปรียบเทียบ Paired T-test

ผลของการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- 1.การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัด แนวเซทเทอร์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2.ระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัด แนวเซทเทอร์ลดลงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 3.ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีต่อ โปรแกรมครอบครัวบำบัดตาม แนวเซทเทอร์อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

คำสำคัญ : โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์, การดูแลสุขภาพจิต, ความเครียด, ผู้ปกครองผู้ บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

Abstract

The experimental research which using a one-group pretest-posttest design. The objective of the study is to compare the mental health caring and the stress level of the Intellectual Disability's parents, Compare before and after into their program and to study the satisfaction of the Intellectual Disability's parents. The sampling is 15 persons, the Intellectual Disability's parents who get the points of stress is more than the medium level (Mental Health Department's measurement)

Furthermore, the one in the family therapy clinic of Rajanukul Institute during January-June 2010 and the criteria is they can join this program every appointment. The instrument of experimental is the Family Therapy Program with Satir Approach and the Instrument for collecting information is the stress test of Intellectual Disability's parents, mental health caring questionnaire and the satisfaction questionnaire. The statistics used for analyzing the data were mean, standard deviation and comparing statistic with T-test, significant was determined at the .05 level.

Results:

1. The mental health caring of the Intellectual Disability's parents, pre and post test scores on the after going into this program was significant at .05 level.
2. The stress level of the Intellectual disability's parent, pre and post-test scores on the after going into the program was significant at .05 level.
3. The satisfaction of the Intellectual Disability's parent to this program strongly agree

Key words: Family Therapy Program, Satir approach, Mental Health Caring, Intellectual Disability's parents

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หญิงเรือนแก้ว กนกพงษ์ศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ สถาบันราชานุกูล นางสาวชนิสาว เวชวิรุพห์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ นางทัศนีย์ ตันทวิวงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ข้าราชการ บำนาญ รองศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม และรองศาสตราจารย์กิตติยา นรามาศ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงพรรณพิมล วิบุลากร ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล รวมถึง คณะกรรมการวิจัยที่สนับสนุนงานวิจัยในด้านต่างๆ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทาง สติปัญญาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การ สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัย จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ..... | ข |
| Abstract..... | ค |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ง |
| สารบัญ..... | จ |
| สารบัญตาราง..... | ฉ |
| สารบัญแผนภูมิ | ช |
| บทที่ | |
| 1. บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 3 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 3 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 4 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 5 |
| คำจำกัดความการวิจัย..... | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... | 7 |
| ระยะเวลาดำเนินการวิจัย..... | 7 |
| 2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... | 8 |
| กรอบทฤษฎีแนวคิดแนวเซทเทียร์..... | 9 |
| การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา..... | 28 |
| ความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา..... | 43 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 48 |
| 3. วิธีดำเนินการวิจัย..... | 52 |
| 4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 60 |
| 5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... | 68 |
| บรรณานุกรม..... | 74 |
| ภาคผนวก | |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า | |
|----------|--|----|
| 1. | จำนวนและคำร้อยละทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | 61 |
| 2. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง | 63 |
| 3. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง | 64 |
| 4. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเอง | 64 |
| 5. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน | 65 |
| 6. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมทุกด้าน | 65 |
| 7. | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม | 66 |
| 8. | ความคิดเห็นของผู้ปกครองของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวสหวิชาชีพ | 67 |

ภาคผนวก

-ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมรายชื่อ

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1. ระบบภายในจิตใจ โดยใช้อุปมาภูเขาน้ำแข็ง..... 19
2. การใช้ตัวตนในการบำบัด..... 20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้บกพร่องทางสติปัญญาในประเทศไทย พบว่า จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก เมื่อพ.ศ. 2500 พบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ซึ่งหากคาดการณ์จากการสำรวจดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันประเทศไทย มีประชากรทั่วราชอาณาจักร ในปี พ.ศ.2551 ทั้งหมด 63,389,730 คน (กรมการปกครอง , 31 ธันวาคม 2551) จึงประมาณได้ว่า จำนวนผู้บกพร่องทางสติปัญญา มีจำนวนประมาณ 633,897 คน อีก ข้อมูลที่น่าสนใจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวน ผู้พิการทั้งประเทศมีจำนวน 1,100,762 คนในจำนวนนี้เป็นผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ 222,004 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมดของประเทศ โดยจะพบเด็กเกิดภาวะความบกพร่องเช่นนี้ทุก 10 คนใน 1 หมื่นคน เมื่อประมาณการจากจำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยอยู่ที่ปีละ 1 ล้านคนจะพบเด็กบกพร่องทางสติปัญญาตั้งแต่กำเนิดประมาณ 1,000 คนต่อปี (รายงานการประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง ภาวะปัญญาอ่อน ครั้งที่ 2 ปี2550)

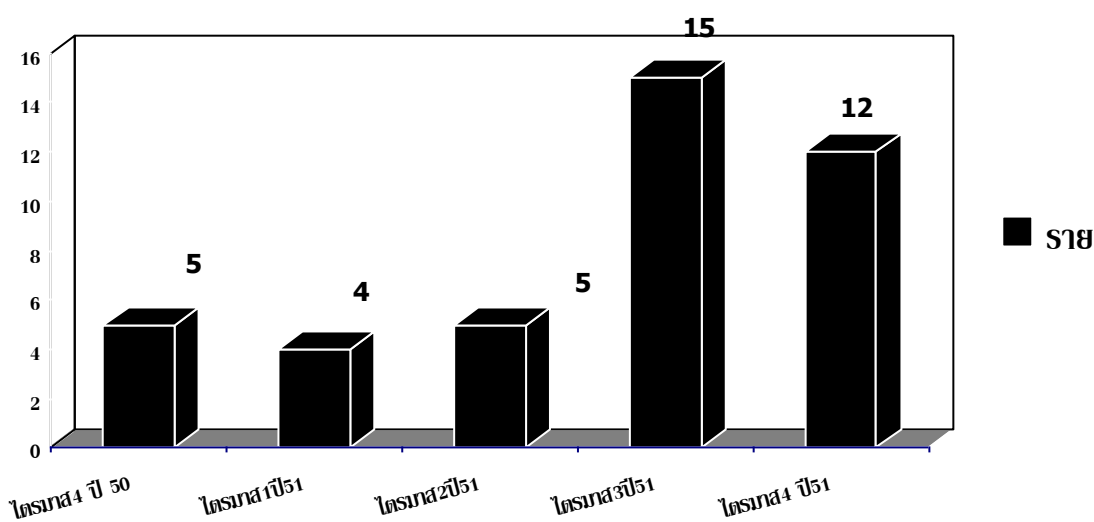
จากการสำรวจปัญหา ผู้ที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล สังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหน่วยงานทางวิชาการ บริการ ด้านพัฒนาการเด็กและสติปัญญา พบว่า สติปัญญา ปี 2550, ปี 2551 และปี 2552 (ต.ค.51-พ.ค.52) มีจำนวนบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 28,483 , 28,367 และ18,896ราย ตามลำดับ (www.rajanukul.com สถิติผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล) ซึ่งบุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ข้อจำกัดที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ การดูแลและการปรับตัวอยู่ในสังคม ที่จำเป็นต้องมีผู้อื่นดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา การดูแล ที่ไม่เหมาะสมอาจจะทำให้พัฒนาการของเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการและสติปัญญาเกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆได้ เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น แยกตัว เป็นต้น

ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางสติปัญญา เมื่อประสบปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว มักจะเกิดความไม่สมดุลในชีวิตและการทำหน้าที่ในครอบครัว เช่น ปัญหาการทุ่มเทพลังกาย พลังใจ ในการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา การลาออกจากงาน การทำหน้าที่ของสามี-ภรรยาไม่สมบูรณ์ ภาวะความวิตกกังวลต่ออนาคตของผู้บกพร่องทางสติปัญญา ความยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการดูแลฝึกทักษะต่างๆเพื่อพัฒนาผู้บกพร่องทางสติปัญญา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลทางสังคม ทางกายภาพ และทางการศึกษา ฯลฯ ส่งผลให้เกิดวิกฤตการณ์ทางจิตและเมื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงก่อให้เกิดเป็นความเครียดของครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่หรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบอย่างมากและทำให้ครอบครัวไม่สามารถดำเนินการได้ตามหน้าที่ (Dysfunction) พ่อแม่หรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของผู้บกพร่องทาง

สติปัญญาต้องรับภาระหนักทางด้าน การดูแล ด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพจิตใจ อารมณ์ของตนเอง ทำให้เกิดความเครียดต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาจิตเวชได้

จากการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสมรรถนะครอบครัวและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล พบว่า ในปี 2550-2551 ผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีระดับความเครียดสูง เมื่อประเมินจากแบบวัดความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 ปี 2551 (สิงหาคม-กันยายน 2551) มีผู้ปกครองที่มีความเครียดสูงและเข้ารับบริการในคลินิกครอบครัวบำบัด จำนวน 15 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงไตรมาสที่ 2 ปี 2551 จำนวน 10 คน (ดังแผนภูมิ)

สถิติผู้ปกครองที่มีความเครียดจากการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
ที่เข้ารับบริการ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล ปี2550-2551



จากการประเมินปัญหาในกลุ่มผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่เข้ารับบริการในคลินิกครอบครัวบำบัดตามช่วงไตรมาสข้างต้น พบว่า ปัญหาความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมอื่นๆ ผู้ปกครองจะรู้สึกว่าเป็นภาระและไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางสังคมของตนได้อย่างปกติ อีกทั้งระดับความเครียดของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว และปัญหาพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าวด้วย (ประเทือง อานันท์ทิโก, 2543) ลักษณะของผู้ปกครองดังกล่าวมานี้เป็นลักษณะปัจจุบันที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครองและมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับอัตราความทุกข์ของภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในเด็ก

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการด้านการดูแลผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยใช้คลินิกครอบครัวบำบัดตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ที่เชื่อว่าปัญหาของบุคคลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสัมพันธ์ภายในครอบครัว มองภาพรวมของระบบครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งภายในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจและสังคมต่างๆ จุดมุ่งหมายเน้นที่การใช้ศักยภาพที่มีในครอบครัวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวตนเองได้อย่างเหมาะสมเช่นเดิม และมีการเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง จึงนำไปสู่คำถามการวิจัยครั้งนี้ว่า โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์ มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาอย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีต่อ โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์

สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
2. ความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1.ขอบเขตด้านเนื้อหา: การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา

2.ขอบเขตด้านประชากร: ในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรคือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่ผ่านการคัดกรองความเครียดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (26คะแนน) และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัด สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางขึ้นไป จากการวัดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน ปี 2553

คำจำกัดความการวิจัย

1.โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ หมายถึง โปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์ดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองที่มีความเครียดจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยใช้การบำบัดตามรูปแบบเซทเทียร์โมเดล (Satir Model) โดยมีกระบวนการ ดังนี้ (John Banmen and Kathlyne Maki-Banmen อังใน ทศนีย์ ดันทวิวงศ์,2550)

- 1.1.ผู้บำบัดเตรียมตัวเองทั้งภายในและภายนอก (Prepare self)
- 1.2.การสร้างความสัมพันธ์และเข้าถึงผู้รับการบำบัด ทำให้เกิดความคุ้นเคยและสร้างสายสัมพันธ์ (Make contact)
- 1.3.รับฟังปัญหาของผู้บำบัด (Problem: event, symptoms) ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างตรงจุด
- 1.4.กำหนดเป้าหมายชัดเจนในเชิงบวก เมื่อผู้รับการบำบัดตระหนักว่า ปัญหานั้นกระทบต่อเขาอย่างไร จะทำให้การตั้งเป้าหมายชัดเจน
- 1.5.ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Commitment to change) ผู้บำบัดจะต้องทดสอบถึงความพร้อมของผู้รับการบำบัดว่าพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง
- 1.6.การสำรวจ (Explore) ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงประเด็นปัญหาหลักที่อยู่ภายในจริงๆของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดยอมรับความจริงในขณะนั้นของตนเอง ซึ่งผู้รับการบำบัดอาจมีความกลัว หรือต่อต้านที่จะหยุดกระบวนการบำบัดและหวนกลับมาสู่สภาพปัจจุบัน
- 1.7.การเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้รับการบำบัด ได้ตระหนักประเด็นปัญหาหลักของตนและยอมรับตนเองและนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลง
- 1.8. การต่อยอดและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง มอบให้เป็นการบ้านไปปฏิบัติจริงต่อไป เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นยั่งยืน

1.9.การบ้าน (Homework)

1.10.ยุติ (Closure) ผู้บำบัดอาจจะยุติการบำบัดหรือนัดแนะการพบกันในครั้งต่อไป

2.ผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา หมายถึง พ่อ แม่ ผู้ดูแล และหรือบุคคลอื่นใดที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มารับบริการที่คลินิกครอบครัวบำบัด สถาบันราชานุกูล และมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จากการวัดด้วยแบบประเมินและความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต

3.การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา หมายถึง การที่ผู้ปกครองสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตตนเองใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

3.1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองตัวเองในแง่บวก มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกตนเองเป็นคนมีประโยชน์ มีความพึงพอใจในตนเอง ยอมรับตนเองมากขึ้น

3.2.ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง (Making choice) มองเห็นทางเลือกหลายๆทาง ในแต่ละเรื่องที่ต้องตัดสินใจ ทำให้รู้สึกตนเองมีอำนาจ(Empowered)เป็นเจ้านายตนเอง เลือกได้แม้กระทั่งการตอบโต้หรือตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ

3.3.ความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับจิตใจของตนเอง (Responsible) มีอิสรภาพ ไม่ต้องคอยพึ่งพิงคนอื่น

3.4. ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน (Congruent) คือ มีจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล มีความรู้ตัว สามารถเปิดเผย เชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืน ไม่ขัดแย้ง ยอมรับ และรู้สึกสงบในจิตใจได้ ไม่ให้อารมณ์มาเป็นใหญ่ในการใช้ชีวิต ยอมรับตนเอง คนอื่น และบริบทต่างๆรอบข้างไว้วางใจตนเอง

4.ความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ปกครองโดยประเมินจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต

5.ความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา เมื่อเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูลตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านเนื้อหากิจกรรมของโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์ ด้านเทคนิคของผู้บำบัด และด้านการนำประโยชน์ไปประยุกต์ใช้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลผลของ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ต่อการดูแล
สุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาและระดับความเครียด
2. มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการ เพื่อดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทาง
สติปัญญา โดยใช้กระบวนการครอบครัวบำบัดตามแนวเซทเทียร์ ซึ่งสามารถนำโปรแกรม
ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีความเครียดในหน่วยงานจิตเวชอื่นๆ

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตุลาคม 2552-กันยายน 2553

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์ในการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. ครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์
 - 1.1 ความหมายของครอบครัวบำบัด
 - 1.2 ครอบครัวบำบัดแนวเซทเทอร์
2. การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 2.2 ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
3. ความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ครอบครัวบำบัดแนวแซทเทอร์

ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่คำนึงถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เชื่อมโยงกันทั้งระดับภายในจิตใจและภายนอกจิตใจ ซึ่งมองว่าบุคคลคนหนึ่งจะมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งครอบครัวเป็นระบบทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญมากที่สุดที่จะหล่อหลอมบุคคลคนหนึ่งให้เติบโตขึ้นได้ในสังคม

ความหมายของครอบครัวบำบัด

เกธร ทมทิศงค์ (2551 :105) ครอบครัวบำบัด คือ การใช้มุมมองว่าครอบครัวเป็นระบบและเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เข้าใจผู้ป่วยที่ยึดติดกับระบบความเป็นอยู่ที่เคยชิน การเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในส่วนอื่นๆ ด้วยบริบทของครอบครัวคือความเข้าใจว่าแต่ละบุคคลทำหน้าที่อย่างไรต่อความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ และแสดงพฤติกรรมอย่างไรบ้าง การรักษาควรเน้นการอยู่เป็นครอบครัว การแสดงพฤติกรรมที่ผิดแปลกของบุคคลเริ่มต้นจากปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลในครอบครัวก่อนและค่อยๆขยายไปสู่ระบบที่ใหญ่ขึ้นนั่นเอง

ทัศนีย์ ดันทวิวงศ์ (2551) คือ เทคนิคทางจิตบำบัดชนิดหนึ่งซึ่งผู้บำบัดหรือนักครอบครัวบำบัดมุ่งเน้นที่พฤติกรรมของคนในครอบครัวซึ่งเป็นระบบๆหนึ่ง แทนที่จะมุ่งไปที่พยาธิสภาพของแต่ละบุคคล จุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวจะมีความเข้าใจและพบวิธีการที่จะเผชิญปัญหาในภายหลัง

ปรารณา รัตนศิริวรรณ (2552)ครอบครัวบำบัดเป็นการใช้แนวคิดและเทคนิคการบำบัดที่เชื่อว่าปัญหาของบุคคลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสัมพันธ์ภายในครอบครัว มองภาพรวมของระบบครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจและสังคมต่างๆ จุดมุ่งหมายเน้นที่การใช้ศักยภาพที่มีในครอบครัวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวตนเองได้อย่างเหมาะสมเช่นเดิม ผู้การเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง

วัชร อੰนาค (มปป :13) อ้างถึง Virginia Satir ซึ่งถือว่าเป็นผู้ริเริ่มงานครอบครัวบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชกล่าวว่า นักครอบครัวบำบัด (Family Therapist) คือ ผู้ที่ดำเนินการช่วยเหลือครอบครัวที่ประสบความเดือดร้อน เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลเปรียบได้กับสถาปนิกครอบครัวที่จะเป็นผู้ก่อให้เกิดภาวะสมดุลดังกล่าว

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544:87) กล่าวว่า จิตบำบัดครอบครัว (Family Therapy) คือการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่ายๆก็คือ เป็นการบำบัดบำบัดทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามิ/ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมไปถึงมิตรสหายด้วย

อุมามน พวงทองจิต กล่าวว่า การ บำบัดครอบครัว (Family therapy) คือ การบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย ไม่ใช่เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น แต่เป้าหมายของการบำบัด โดยทั้งหมดจะ

ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า แต่ละคนมีความสัมพันธ์กัน และทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่มองว่าปัญหาอยู่ที่ผู้ป่วยคนเดียว และผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงนั้น (Thinking family)

www.en.wikipedia.org/wiki/Family_therapy กล่าวว่า ครอบครัวบำบัด หมายถึง การทำจิตบำบัดในระบบครอบครัวทั้งบุคคล คู่สมรส และครอบครัว ครอบครัวบำบัดเป็นสาขาของการทำจิตบำบัดที่ทำงานกับครอบครัวและคู่สมรสในส่วนของสัมพันธภาพที่แนบแน่นใกล้ชิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนา การบำบัดนี้จะมองไปถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด และเน้นที่ความสัมพันธ์นี้เท่ากับภาวะทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น

อาจสรุปได้ว่า ครอบครัวบำบัด เป็นการบำบัดประเภทหนึ่งที่มีเป้าหมายว่าบุคคลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบครอบครัวทั้งระบบ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการมีปฏิสัมพันธ์ภายนอกกับบุคคลหรือระบบอื่นๆในสังคม ดังนั้นเป้าหมายของจิตบำบัดครอบครัวคือทำให้บุคคลมีความเข้าใจตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงกับระบบครอบครัวทั้งระบบ เมื่อบุคคลเกิดความสอดคล้องกลมกลืนแล้วจะนำไปสู่การสอดคล้องในระบบภายนอกต่อไป

วิวัฒนาการของครอบครัวบำบัด (สมรค์ ชูวานิชวงศ์ (2552))

จิตบำบัดครอบครัว หรือครอบครัวบำบัดนั้น เริ่มต้นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นยุคที่นักจิตบำบัดพยายามค้นหาวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดเฉพาะตัว ซึ่งได้ผลช้าและเวลานาน

ค.ศ. 1930-1940 เริ่มมีการศึกษาครอบครัว โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มีการนำสมาชิกครอบครัวมาเข้าร่วมในการบำบัดด้วยการมองพฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนมุมมองจากตัวผู้ป่วยหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ มาเป็นการมองบริบทที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่

ค.ศ. 1940 แนวคิดเรื่องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้รับการยอมรับและมีพัฒนาการรูปแบบการให้บริการของChild Guidance Clinic โดยเน้นความรับผิดชอบต่อครอบครัวทั้งหมด และมีการแนะแนวชีวิตสมรส

ค.ศ. 1950-1960 มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ของครอบครัวที่ต่างไปจากเดิม มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ และแนวคิดที่ว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างภาวะสมดุลทางอารมณ์ของครอบครัวก็เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น

ค.ศ. 1954 Don Jackson มีแนวคิดที่ภาวะสมดุลของครอบครัวเกิดจากพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยาที่จำเป็นต้องสร้างสรรค์แบบแผนการดำเนินชีวิตและรูปแบบของการสื่อสาร ทั้งในลักษณะคำพูดและการกระทำเพื่อให้เกิดภาวะสมดุลในครอบครัว

ค.ศ. 1957 Christian Midelfort ได้เขียนหนังสือชื่อ “The Family In Psychotherapy” และต่อมาในปี ค.ศ. 1958 Nathan Ackerman ได้เริ่มทำจิตบำบัดที่เรียกว่า Family Therapy และเขียนหนังสือเรื่อง “The Psychodynamics of Family Life” ซึ่งนับเป็นจิตบำบัดเล่มแรกเกี่ยวกับจิตบำบัดครอบครัว โดย

อธิบายว่ากระบวนการในจิตใต้สำนึกของแต่ละคนในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา ปัญหาที่เกิดขึ้นในคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อคนอื่น นอกจากนี้ความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัวอีกด้วย

ค.ศ. 1966-1972 วิธีการที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ Con Joint-Family Therapy ของ Virginia Satir นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ชาวอเมริกัน ซึ่งเน้นการบำบัดทั้งครอบครัวหรืออาจรวมๆหลายครอบครัวบำบัดพร้อมกัน เน้นที่แบบแผนการสื่อสารของครอบครัว ตลอดจนผสมผสานเทคนิคต่างๆมาใช้ในการบำบัด ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นแบบอย่างที่สำคัญยิ่งของ Family Therapy

ค.ศ. 1981 จิตบำบัดครอบครัวเริ่มแพร่หลาย มีสถานฝึกอบรมมากกว่า 300 แห่งทั่วสหรัฐอเมริกาและแพร่หลายไปในยุโรปและเอเชีย โดยแนวคิดเน้นระบบภายนอกครอบครัวมากขึ้น จนกลายเป็น Social Systems Therapy

2. ครอบครัวบำบัดแนวแซทเทอร์

2.1 ความเชื่อที่ใช้ในการบำบัดแบบแซทเทอร์ (Satir's Therapeutic Beliefs)

เวอร์จิเนีย แซทเทอร์ นักสังคมสงเคราะห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ซึ่งได้รับการขนานนามว่าเป็น “โคลัมบัสแห่งครอบครัวบำบัด (Columbus of Family Therapy)” ได้พัฒนาทฤษฎีและกลวิธีการทำครอบครัวบำบัดขึ้น ซึ่งแพร่หลายที่สุดในโลกกว่า 20 ปี ได้รับความนิยมนอกจากทุกภูมิภาคทั่วโลกและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นทฤษฎีที่สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายวัฒนธรรม ปัจจุบันมีศูนย์ ชมรม หรือสถาบันครอบครัวบำบัดแบบแซทเทอร์ขยายไปอย่างกว้างขวางเกือบทุกทวีป แม้ในประเทศไทยก็มีเช่นกัน เนื่องจากพื้นฐานแนวคิดมีความเป็นสากลและอธิบายความเป็นมนุษย์อย่างเป็นธรรมชาติ โดยเชื่อว่าการบำบัดเป็นประสบการณ์ที่เปิดเผยตัวตนที่แท้จริงของผู้บำบัด อีกทั้งไม่เพียงแต่จะช่วยและสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดยอมรับและจัดการกับความเจ็บปวดและปัญหาของตนเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้รับการบำบัดรักษายอมรับตนเองและมีชีวิตอย่างมีความสุขด้วย เป้าหมายหลักของการบำบัดรักษา คือ การทำให้บุคคลสามารถเป็นผู้กำหนดทางเลือกของตนเองได้ โดยเน้นที่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน แม้ว่าเราไม่อาจเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว แต่เราอาจเปลี่ยนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเราได้ และเน้นให้มนุษย์รู้จักเติบโตองงามด้วยตนเอง

นางพางา ลิมสุวรรณ (2545 น. 2) ได้กล่าวถึงความเชื่อในการทำครอบครัวบำบัดแนวแซทเทอร์ (Satir's Therapeutic Belief) ไว้ดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับ คน

- 1.1 คนแต่ละคนเป็นผลลัพธ์การแสดงออกที่พิเศษของพลังชีวิตที่เหมือนกันทุกคน และเราเชื่อมโยงกันโดยพลังชีวิตนี้
- 1.2 ขบวนการของการเป็นมนุษย์นั้นเป็นสากล ดังนั้นจึงใช้ได้กับสถานที่ วัฒนธรรม และสถานการณ์ต่างๆกันไป

- 1.3 ผู้คนเชื่อมโยงด้วยความเหมือนกันและพัฒนาไปตามความแตกต่างกัน
- 1.4 พ่อแม่มักทำซ้ำตามแบบแผนเดิมของช่วงเวลาที่ท่านเติบโตมา แม้แบบแผนเดิมนั้นจะใช้ไม่ได้ผลดี
- 1.5 คนส่วนใหญ่ทำดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ณ เวลานั้น
- 1.6 โดยพื้นฐานแล้วทุกคนเป็นคนดี เขาจะต้องค้นหุมทรัพย์ของตนเองให้พบ เพื่อเชื่อมโยงและยืนยันคุณค่าของตัวเอง
- 1.7 ความสัมพันธ์ที่ดีนั้นตั้งอยู่บนฐานของคุณค่าที่เท่าเทียมกัน
- 1.8 เราเป็นเจ้าของอารมณ์/ความรู้สึก
เรามีอารมณ์/ความรู้สึกทุกคน
เราสามารถเรียนรู้ที่จะเป็นนายอารมณ์/ความรู้สึกของเรา

2. ความเชื่อเกี่ยวกับ การปรับตัว

- 2.1.ทุกคนมีทรัพยากรอยู่ภายใน เพื่อใช้ปรับตัวให้สำเร็จและเพื่อ การเติบโตพัฒนา
- 2.2.การปรับตัวของคนมักเป็นวิธีที่เขาใช้รักษาตัวเองให้อยู่รอดได้จากประสบการณ์ที่เจ็บปวด จึงควรรับรู้ว่ามันเป็นอย่างนั้น
- 2.3.ปัญหาไม่ใช่ปัญหา การปรับตัวเป็นปัญหา ถ้าให้ความสำคัญกับผลกระทบจากปัญหา ยิ่งมาก ปัญหาสำหรับคนนั้นจะ ยิ่งเป็นปัญหาใหญ่
- 2.4.การปรับตัว เป็นการแสดงถึงระดับความมีคุณค่าของตน คุณค่าของตนยิ่งสูง การปรับตัวยิ่งดี

3.ความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง

- 3.1.การเปลี่ยนแปลง นั้น เป็นไปได้เสมอ แม้การเปลี่ยนแปลงภายนอกจะจำกัด แต่การเปลี่ยนแปลง ภายในเป็นไปได้
- 3.2.เราเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในอดีตไม่ได้ แต่เราเปลี่ยนแปลงผลกระทบจากเหตุการณ์ในอดีตได้
- 3.3. ความหวังเป็นส่วนสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลง
- 3.4.ขบวนการเป็นหนทางสำหรับการเปลี่ยนแปลงเรื่องราวเป็นบริบทให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น
- 3.5.คนส่วนใหญ่เลือกความเคยชินมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้สบายขึ้น
- 3.6.การชื่นชมและการยอมรับอดีต ทำให้เพิ่มความสามารถในการจัดการกับอนาคต
- 3.7.ให้ยอมรับพ่อแม่ในฐานะความเป็นคนมากกว่าบทบาทที่เขาทำ
- 3.8.การบำบัดควรเน้นที่ส่วนดี (health) และความเป็นไปได้ แทนการเน้นปัญหาหรือพยาธิสภาพ (pathology)
- 3.9. การบำบัดจำเป็นต้องเป็นแนวบวกและมีจุดมุ่งหมาย

3.10.อาการนั้น เป็นผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาโดยจิตใต้สำนึก ให้อาการหลักนั้นเป็น ปัญหาสำหรับผู้มาปรึกษาอย่างไรให้สนใจปัญหาอย่างจริงจัง แต่ไม่จำเป็นต้องบำบัดที่ตัว ปัญหาโดยตรง

3.11. การใช้ตน (Self) ของผู้รักษานั้นเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดที่ผู้รักษามีอยู่

นอกจากนี้ สมรภัก ชูวานิชวงศ์ (2552) กล่าวถึง ความเชื่อพื้นฐานของการทำครอบครัวบำบัดแนว แชนท์เทียร์ไว้ ดังนี้

1.มนุษย์ทุกคนเป็นผลลัพธ์ที่เป็นเอกลักษณ์ในการสำแดงของพลังชีวิตสากล เราสามารถเชื่อมโยง กันและกันได้ผ่านทางเสริมสร้างการยอมรับและรักกันผ่านทางพลังชีวิตสากลนี้

2.กระบวนการของมนุษย์นั้นเป็นสากล มนุษย์ทุกคนมีประสบการณ์กับตัวเอง ผ่านการกระทำ การคิด ความรู้สึก การคาดหวัง การหวนหา และการเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณ ดังนั้นกระบวนการของ มนุษย์จึงสามารถเข้าถึง และเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และสถานการณ์

3.คนเราโดยพื้นฐานนั้นดีที่แก่น คือที่ระดับเนื้อแท้ของชีวิต คนเรานั้นดีโดยธรรมชาติ เขาจึง จำเป็นต้องค้นหาสิ่งที่มีค่าภายใน เพื่อเชื่อมโยงและยกคุณค่าตนเอง

4.ทุกคนล้วนมีสมบัติภายในที่จำเป็นในยามต้องการ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ของชีวิตให้ผ่าน พ้นไปได้ และเพื่อการเติบโต สมบัติภายในที่จำเป็นทั้งหมดมีอยู่แล้วภายในคนนั้น แม้ว่าคนเราเรียนรู้ที่จะ ตัดสินใจสิ่งนั้นในทางลบ หรือ แม้แต่ยังไม่ถูกค้นพบสมบัตินั้น ก็มีอยู่แล้ว

5. “ปัญหา” ไม่ได้เป็นปัญหา วิธีการที่คนเรารับมือกับปัญหาต่างหากที่เป็นปัญหา กล่าวคือ คนเรา จะได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นรุนแรงเพียงไร ย่อมขึ้นกับว่าเขาให้ความหมายกับเรื่องนั้นจริงจังกแค่ไหน มีความหนักใจ และมีวิธีการรับมือกับปัญหานั้นอย่างไร

6.อาการเป็นทางออกของจิตใต้สำนึกต่อปัญหา แม้ว่าอาจก่อให้เกิดแบบแผนการทำหน้าที่ที่ไม่ ปกติ อาการเป็นผลของความพยายามของคนนั้นที่จะไม่รู้สึกรับปวดต่อปัญหา แต่สิ่งที่ถูกมองว่าเป็น ปัญหาของเรานั้น มันยังควรถูกได้ยิน และให้ความสำคัญ ดังนั้นการเยียวยารักษาต้องทำที่ระดับการหา ทางออกที่เป็นประโยชน์ ซึ่งต้องหาคำตอบจากพลังชีวิตของเขา และส่วนหวนหาที่อยู่ลึกของจิตใจ

7.การบำบัดต้องมุ่งไปสู่สภาวะและความเป็นไปได้ ไม่ใช่มุ่งมองไปที่ปัญหาและพยาธิสภาพ พลังชีวิตมีธรรมชาติค้นไปในทิศทางบวก การบำบัดต้องเจาะเข้าไปในกระบวนการธรรมชาติของการ เติบโตของมนุษย์ในทิศทางบวก

8.การเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างเสมอ แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงภายนอกจะถูกจำกัดแต่การเปลี่ยนแปลง ที่ภายในยังคงเป็นไปได้อย่างเสมอ เราสามารถเรียนรู้ที่จะรับผิชอบที่ระดับรู้สำนึก และตัดสินใจต่อการมีชีวิตของ ส่วนภายในของเขาเอง เมื่อภายนอกไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

9.เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต เราเปลี่ยนแปลงได้เพียงผลกระทบ จากเหตุการณ์ในอดีตที่เคยกระทบเรามาก่อนหน้านี้ เป็นไปได้อย่างเสมอที่จะทำให้ผลกระทบจากอดีตนั้นละลาย

หายไป เพื่อที่จะมีชีวิตกับพลังชีวิตที่เป็นบวก และเป็นอิสระจากสิ่งเก่า คือ จากความเจ็บปวด ความโกรธ ความกลัว และข้อมูลเชิงลบในอดีต

10. คนเราทำอย่างดีที่สุดเท่าที่เขาจะสามารถทำได้ ณ ขณะนั้น แม้ว่าการกระทำนั้นจะไม่ดีอย่างมากหรือเกิดการทำลาย มันเป็นการรับมือกับปัญหาที่ดีที่สุดที่เขาจะสามารถและเป็นการสะท้อนถึงระดับคุณค่าของเขาในเวลานั้นด้วย จึงไม่มีเหตุผลที่จะตำหนิ เขาสำหรับความล้มเหลวในอดีตนั้น การช่วยให้เขาได้สัมผัสพลังด้านบวกของชีวิตจะช่วยให้เขาได้เลือกเส้นทางใหม่สำหรับปัจจุบันและอนาคต

11. ความรู้สึกทั้งหลายเป็นของเรา เราล้วนมีความรู้สึก และสามารถเรียนรู้ที่จะควบคุมมัน เราสามารถรับผิดชอบต่อความรู้สึก และเลือกหนทางสำหรับความรู้สึกของเราเองได้ เราสามารถฟังข่าวสารชีวิตทางบวกได้จากความรู้สึก และให้ความสำคัญที่เราต้องการกับตัวเราเองได้ เราสามารถเลือกที่จะปล่อยวางความรู้สึกที่ก่อให้เกิดพลังทางลบ และแทนที่ความรู้สึกเหล่านั้นด้วยการยอมรับ การยกโทษ รัก และความสงบ

12. ความเต็ม การเติบโต และความเจริญ เป็นกระบวนการธรรมชาติของมนุษย์ ดังนั้นจึงควรเป็นจุดรวมของการบำบัด การเปลี่ยนแปลงเกิดที่ระดับของพลังชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติการเจริญและเติบโตของมนุษย์ นั่นหมายความว่า คนเราจะไปสู่ภาวะความจริงของตนเองมากขึ้น คือตัวตนเป็นจิตวิญญาณแทนที่จะเป็นเพียงระบบที่คอยโต้ตอบเพื่อความอยู่รอดเท่านั้น

13. การใช้ตัวตนของผู้บำบัด เป็นเครื่องมือในการบำบัดที่สำคัญที่สุด กล่าวคือ ผู้บำบัดจำเป็นต้องสร้างสภาพการณ์ที่จะเกื้อหนุนไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกของตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้รับบริการที่อยู่บนพื้นฐานการเอาใจใส่ การยอมรับ และความเป็นไปได้ใหม่ ผู้บำบัดมักจะสัมผัสกับธรรมชาติด้านบวกของพลังชีวิตของผู้รับบริการ ก่อนที่ผู้รับบริการจะเข้าไปถึงจุดนั้น และผู้บำบัดจะเชื่อมโยงกับผู้รับบริการที่ระดับนั้น

14. ความหวังเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้บำบัดสัมผัสกับธรรมชาติด้านบวกของตัวตนแท้ของผู้รับการบำบัด ความหวังจะปรากฏขึ้นในกระบวนการการบำบัดและนำทางไปสู่การเปลี่ยนแปลง

แนวคิดของSatir เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดี มีคุณลักษณะดังนี้ (วัชร อੰนาค, ม.ป.ด)

1. สมาชิกของครอบครัวได้รับประสบการณ์ของความเอาใจใส่ ความอบอุ่นและนุ่มนวล อ่อนโยน
2. สมาชิกเห็นอกเห็นใจกัน ไว้วางใจกันและเปิดเผย
3. สมาชิกทนต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ และแสดงความนับถือการมองโลกของบุคคลอื่น
4. สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนอำนาจ ทำสิ่งต่างๆร่วมกัน ให้กำลังใจสนับสนุนกันและกัน
5. สมาชิกแลกเปลี่ยนอารมณ์ขัน และความสนุกสนานแก่กันและกัน
6. มีความจริงใจ ซื่อตรงต่อการแสดงการเห็นด้วย ไม่เห็นด้วยในสภาพการณ์ต่างๆ
7. สมาชิกสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา
8. สมาชิกมีและแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน มีคุณค่าของตนเอง

2.2 วิธีมองโลก (Ways of Perceiving the World) ตามแนวแซทเทียร์ (สคส คัมภรพยอนันต์, 2554, น.10)

การเปรียบเทียบวิธีการมองโลกแนวแซทเทียร์กับการมองโลกแบบเดิม

แนวทางการรับรู้โลก (Ways of Perceiving the World)

| การให้ความหมายในความสัมพันธ์ (ระหว่าง 2 คน หรือมากกว่า) | |
|--|---|
| <p>แบบมีลำดับชั้น (Hierarchical Model)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คนมีคุณค่าไม่เท่าเทียมกัน - คนหนึ่งมีอำนาจเหนือกว่าหรือไม่ก็ยอมจำนนต่ออีกคนหนึ่ง - บทบาทฐานะ กับเอกลักษณ์นั้น สืบสานกัน - บทบาทแสดงนัยว่าเหนือกว่า มีอำนาจมากกว่า หรือด้อยกว่า ไร้อำนาจ - แบบลำดับชั้น มีคนเหนือกว่าและคนด้อยกว่า - บางคนมีอำนาจเหนือผู้อื่น แต่รู้สึกโดดเดี่ยว - มีความกลัว โกรธ ขุ่นเคือง โดดเดี่ยว และไม่ไว้วางใจ | <p>แบบเจริญเติบโต (พัฒนา) (Growth Model)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน - ความสัมพันธ์ระหว่างกันเสมอกัน - บทบาทฐานะนั้นแยกกันกับเอกลักษณ์ (Identity) - บทบาทหมายถึงหน้าที่เฉพาะในความสัมพันธ์นั้น ณ เวลานั้น - มีความเท่าเทียมกันทั้งในบุคคล ความเชื่อมโยง ความสนใจ การยอมรับความเหมือนและความแตกต่าง - รู้สึกมีคนรักตน เป็นเจ้าของตนเอง และนับถือคนอื่น - รู้สึกอิสระในการแสดงออกและเป็นที่ยอมรับได้ (Validation) |
| การให้ความหมายบุคคล | |
| <p>แบบมีลำดับชั้น (Hierarchical Model)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เขาต้องการทำตามและเชื่อฟัง “ควร” ใช้เพื่อชีวิตอยู่รอดและการยอมรับ - คนที่เกิดมามีแนวโน้มจะชั่วร้ายได้ - เขาถูกคาดหวังให้คิด รู้สึก ประพฤติ เหมือนกันหมดและทำตามแบบแผนภายนอกโดยการแข่งขัน ตัดสิน คล้อยตาม และเลียนแบบ - เขานั้นจะลดค่าของตนเองหรือปฏิเสธอารมณ์ความรู้สึกและความแตกต่าง | <p>แบบเจริญเติบโต (พัฒนา) (Growth Model)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แต่ละคนมีความเฉพาะตัว (unique) สามารถรู้สึกถึงพลังที่อยู่ข้างในและเป็นที่ยอมรับได้ (validation) - คนเกิดมาพร้อมจิตวิญญาณ ความศักดิ์สิทธิ์ และแสดงพลังชีวิตที่เป็นสากล - ยอมรับนับถือความเหมือนและยินดีในการค้นพบตนเองและผู้อื่น โดยการร่วมมือ สังกะและแบ่งปันกัน - เขาสามารถพูดถึงอารมณ์ความรู้สึกและยอมรับความแตกต่างของตน |

แนวทางการรับรู้โลก (Ways Of Perceiving the World)

| การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ | |
|---|--|
| <p><u>แบบมีลำดับชั้น(Hierarchical Model)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A ทำให้เกิด B ในแนวราบเป็นแบบเหตุและผล - มีวิธีเดียวที่ถูกต้องในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และคนที่เหนือกว่าเท่านั้นที่รู้ว่าวิธีไหน - เขาจะปฏิเสธประสบการณ์ของคนเพื่อจะได้ยอมรับความเห็นของผู้เหนือกว่า - ความคิดแบบ “นั่นแหละใช่แล้ว” “มันเป็นข่าวกับคำ” ทำให้เกิดการจัดการในแบบ manipulation ปิดกั้นความคิดใหม่ๆ และไม่มีการค้นพบ | <p><u>แบบเจริญเติบโต (พัฒนา) (Growth Model)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เหตุการณ์หนึ่งๆเป็นผลลัพธ์ของตัวแปรและเหตุการณ์อีกมากมาย $A=B+C+D\dots etc$ - มีหลายวิธีที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและเราจะใช้หลักการของเราในการเลือกและจัดการ - เขาจะมองหาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เพื่อจะได้เข้าใจบริบทของมันและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการคิดหลายๆแบบ(circular) และการจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดความเหมาะสม เกิดการค้นพบ ได้ข้อมูล เป็นระเบียบ และความเชื่อมโยง |
| ทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง | |
| <p><u>แบบมีลำดับชั้น(Hierarchical Model)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความมั่นคงปลอดภัยจะมีได้ก็ต้องรักษาสถานะเดิมไว้ - คนมองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์และผิดปกติ ฉะนั้นเขาจึงไม่ยอมรับและต่อต้านการเปลี่ยนแปลง - ให้คุณค่าสิ่งที่คุ้นเคย มากกว่าความสบาย แม้จะต้องจ่ายราคาเป็นความเจ็บปวด - คนกลัวสิ่งที่ไม่รู้ (Unknown) - คนตัดสินใจเปลี่ยนแปลงว่าผิดหรือถูก - คนรู้สึกกลัวและกระวนกระวาย เมื่อเผชิญกับภาวะที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลง | <p><u>แบบเจริญเติบโต (พัฒนา) (Growth Model)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ความมั่นคงปลอดภัย เกิดมาจากความเชื่อมั่นในกระบวนการเปลี่ยนแปลงและการเติบโต - คนมองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ฉะนั้นจึงคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นและยินดีรับการเปลี่ยนแปลงนั้น - คนมองความไม่สบายหรือความเจ็บปวดว่าเป็นสัญญาณเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - คนยอมเสี่ยงและฉวยโอกาสที่จะก้าวไปสู่สิ่งที่ไม่รู้ - คนปีติยินดีในการค้นพบทางเลือกและทรัพยากรใหม่ๆ - คนรู้สึกถึงความตื่นเต้น ความสัมพันธ์ และความรักเมื่อเผชิญกับแนวโน้มจะเกิดการเปลี่ยนแปลง |

2.3 เป้าหมายของการบำบัด (สคส คัมภีร์พยอนันต์, 2554, น.7)

2.3.1 เป้าหมายหลัก 4 ข้อของ Satir Model therapy (Four Mega Goals of the Satir Model)

เป้าหมายสูงสุด 4 ประการ เป็นเป้าหมายสากลที่เราหวังจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดทุกคนของเราบรรลุผลสัมฤทธิ์ เมื่อเรามีประสบการณ์ว่าผู้รับการบำบัดของเราสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายสูงสุด นั่นก็บ่งบอกว่าการเติบโตและวิวัฒนาการได้เกิดขึ้นแล้ว

1. เพิ่มความรู้สึกคุณค่าของตนเอง (Raising self esteem)

Self esteem เป็นภาวะที่บุคคลมีประสบการณ์ของตนเอง และตัดสินใจตนเองในปัจจุบัน ซึ่งเป็นมากกว่าที่บุคคลนั้นรู้สึกหรือรับรู้เกี่ยวกับตนเอง คือ เป็นระดับที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ และรู้สำนึก บุคคลมี High self esteem เขาจะมีประสบการณ์กับตัวเองในระดับตัวตนหรือพลังชีวิต

คุณค่าของตนเองเป็นการตัดสินใจ ความเชื่อ หรือความรู้สึกต่อคุณค่าของตัวเองด้วยตัวเอง หมายความว่ารู้สึกตนเองมีคุณค่ามากขึ้น สามารถสัมผัสตนเองในด้านบวก ยอมรับตัวเองโดยไม่มีเงื่อนไข

2. ช่วยให้เราเป็นคนเลือกเอง ตัดสินใจเอง (Becoming a choice maker)

เมื่อคนเราได้อยู่ในระดับตัวตน ทางเลือกมักจะไปในทางสู่อิสรภาพ สุขภาวะ ความสุข ความสงบสุข และความรัก เขาจะรู้สึกมีพลังอำนาจที่จะเลือกอย่างฉลาด แซทเทอร์สันสนับสนุนให้คนมีทางเลือกอย่างน้อย 3 ทาง และช่วยให้เขามีอำนาจที่จะเลือกเอง ตัดสินใจเอง เพราะคนที่ตัดสินใจคือคนที่มีอำนาจ

3. ช่วยให้เราเป็นคนรับผิดชอบ (Becoming Responsibility)

หากบุคคลได้มาอยู่ที่ระดับตัวตน เขาจะรู้สำนึกถึงประสบการณ์ภายใน และจะรับผิดชอบต่อประสบการณ์ภายใน ซึ่งจะรับผิดชอบต่อความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง และการหวนหาในส่วนลึกของจิตใจ และการกระทำของเขาด้วย ประสบการณ์ภายในทั้งหมดเป็นของเรา ตัวตนของเรานี้สำคัญกว่าความรู้สึกใดๆ ความคิดใดๆ ความคาดหวังที่ยังไม่สมหวังใดๆทั้งสิ้น เมื่อเรามาถึงจุดที่ได้รับผิดชอบต่อโลกภายในของเราแล้ว เราจะมีประสบการณ์กับความกว้างใหญ่ไพศาลของการเป็นอยู่ หลังจากนั้นเราก็จะได้รับผิดชอบต่อการเติบโตของเรา ที่มีทิศทางไปสู่การเป็นมนุษย์ที่เต็มมากขึ้น

แซทเทอร์สันรวมเรื่องอารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบ เราเป็นเจ้าของอารมณ์ความรู้สึก ช่วยให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบต่อตนเอง ทั้งการกระทำและชีวิตของเขา

4. ช่วยให้เราเป็นคนสอดคล้องกลมกลืน (Becoming Congruence)

เป็นสภาพที่บุคคลเติบโตอย่างสอดคล้องกับพลังชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นระดับที่สัมผัสกับความสงบสุข ชื่นชม ยินดี รัก และความเชื่อมโยงมากยิ่งขึ้น เขาก็จะเป็นอิสระจากประสบการณ์ด้านลบของชีวิตในอดีต จะมีชีวิตในปัจจุบันที่การเป็นอยู่ ภาวะ Congruent อาจอธิบายว่าเป็นภาวะที่บูรณาการหรือจริงแท้ ซึ่งเป็นความคาดหวังอย่างหนึ่งต่อผู้บำบัดใน Satir Model ว่าต้องมาถึงระดับ Fairly high level of congruent ในการดำเนินชีวิต และสามารถสอดคล้องกลมกลืนในระหว่างทำงานกับผู้รับบริการ

ความสอดคล้องกลมกลืน คือ การสัมผัสกับอารมณ์ความรู้สึกของตน สัมผัสกับตัวตน (Self) และจักรวาล และการยอมรับว่ามีอะไรที่นั่น แต่ไม่ใช่ถูกควบคุมด้วยอารมณ์เป็นความรู้สึก เน้นความรู้สึกเบาสบาย อิสระ อบอุ่น เป็นสุข

“เป้าหมายสูงสุดเหล่านี้ ไม่ได้มุ่งหมายให้บอกเล่าแก่ผู้รับการบำบัด แต่เป็นเป้าหมายสำหรับผู้บำบัดประเมินความก้าวหน้าสู่การเติบโตของผู้รับการบำบัด”

2.4 องค์ประกอบที่จำเป็นต้องมี 5 ประการ (Five Essential Element) ในขณะบำบัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

1.การบำบัดต้องเป็นระบบ (Systemic) การบำบัดต้องทำงานทั้งในระบบภายในจิตใจ (Intrapsychic) และ และระบบปฏิสัมพันธ์ภายนอก (Interactive systems)

Intrapsychic ประกอบด้วย อารมณ์ การรับรู้ ความคาดหวัง การหวนหาของส่วนลึก และพลังจิตวิญญาณของแต่ละคน ซึ่งทั้งหมดนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกันในรูปแบบของระบบ

Interactive systems ได้แก่ ความสัมพันธ์ทั้งอดีต และปัจจุบัน ที่บุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ในชีวิต ทั้ง 2 ระบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน การเปลี่ยนแปลงในส่วนหนึ่งจะกระทบส่วนอื่น การเปลี่ยนแปลงของพลังจะเกิดขึ้นที่ระบบภายในจิตใจก่อน แล้วการเปลี่ยนแปลงในระบบระหว่างกันจึงจะเกิดตามมา

ระบบภายในจิตใจเป็นที่ซึ่งผู้รับการบำบัดมีประสบการณ์กับผลกระทบของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระบบภายในจิตใจก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในระบบปฏิสัมพันธ์ภายนอก ระบบปฏิสัมพันธ์ภายนอกรวมถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับคนอื่น รวมถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลนั้นรับมาไว้ในตน แม้กับคนซึ่งเสียชีวิตไปแล้ว

2.การบำบัดต้องอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ (Experiential) ผู้รับบริการสัมผัสประสบการณ์ของผลกระทบของเหตุการณ์ในอดีต ณ ขณะนี้ และในขณะเดียวกันผู้รับบริการก็สามารถสัมผัสกับประสบการณ์ของพลังชีวิตที่เป็นบวกของตนเองด้วย บ่อยครั้งที่การจดจำได้ของร่างกายถูกเข้าถึงและใช้เป็นหนทางช่วยให้ผู้รับบริการสัมผัสกับผลกระทบของเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงของพลังจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับบริการมีประสบการณ์กับพลังด้านลบของผลกระทบ และพลังด้านบวกของพลังชีวิตในขณะทำการบำบัดในครั้งเดียวกันเท่านั้น

บุคคลต้องหวนกลับไปประสบกับผลกระทบกับเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งความรู้สึก ความโหยหา และร่างกายหรือระดับเซลล์ ความทรงจำบางอย่าง การหวนกลับไปประสบกับเหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในปัจจุบัน การบำบัดต้องอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ตลอดช่วงการบำบัด ทั้งขณะประเมินกำหนดเป้าหมาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงและตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง

ภาพที่ 1 ระบบภายในจิตใจ ใช้อุปมาของภูเขาน้ำแข็ง



3. การบำบัดต้องไปในทิศทางบวก (Positive Directional Goal) ผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัด เปลี่ยนกรอบการเรียนรู้ ก่อรูปความเป็นไปได้ ได้ยินข่าวสารทางบวกของการหวนหาในส่วนลึกของจิตใจ และเชื่อมโยงผู้รับบริการกับพลังชีวิตที่เป็นบวกของเขาเอง มุ่งเน้นที่สุขภาวะ และความเป็นไปได้ ชื่นชม สมบัติภายในและมองไปข้างหน้าถึงการเจริญเติบโต จะไม่มุ่งทำให้เป็นพยาธิสภาพหรือมุ่งแต่การ แก้ปัญหา

การบำบัดทุกครั้งจำเป็นต้องมุ่งที่ความเป็นไปได้ทางบวกโดยตลอด สิ่งที่เป็นลบจะต้องนำมาใส่ กรอบใหม่ ต้องวาดความเป็นไปได้ใหม่ๆในทางบวกและความหวังขึ้นในมโนภาพของผู้รับบริการ การ บำบัดไม่ได้เป็นเรื่องของการแก้ปัญหา การให้คำแนะนำ หรือการขุดค้นพยาธิสภาพ (Pathology)

4. การบำบัดต้องมุ่งที่การเปลี่ยนแปลง (Change Focus) การใช้คำถามในชั่วโมงบำบัดจะเป็นการถามมุ่งเข้าสู่กระบวนการและเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เช่น ถามว่า “ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอะไรก่อนที่คุณจะยกโทษให้ตัวเองได้” เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสำรวจลงลึกไปในจิตใจของเขา

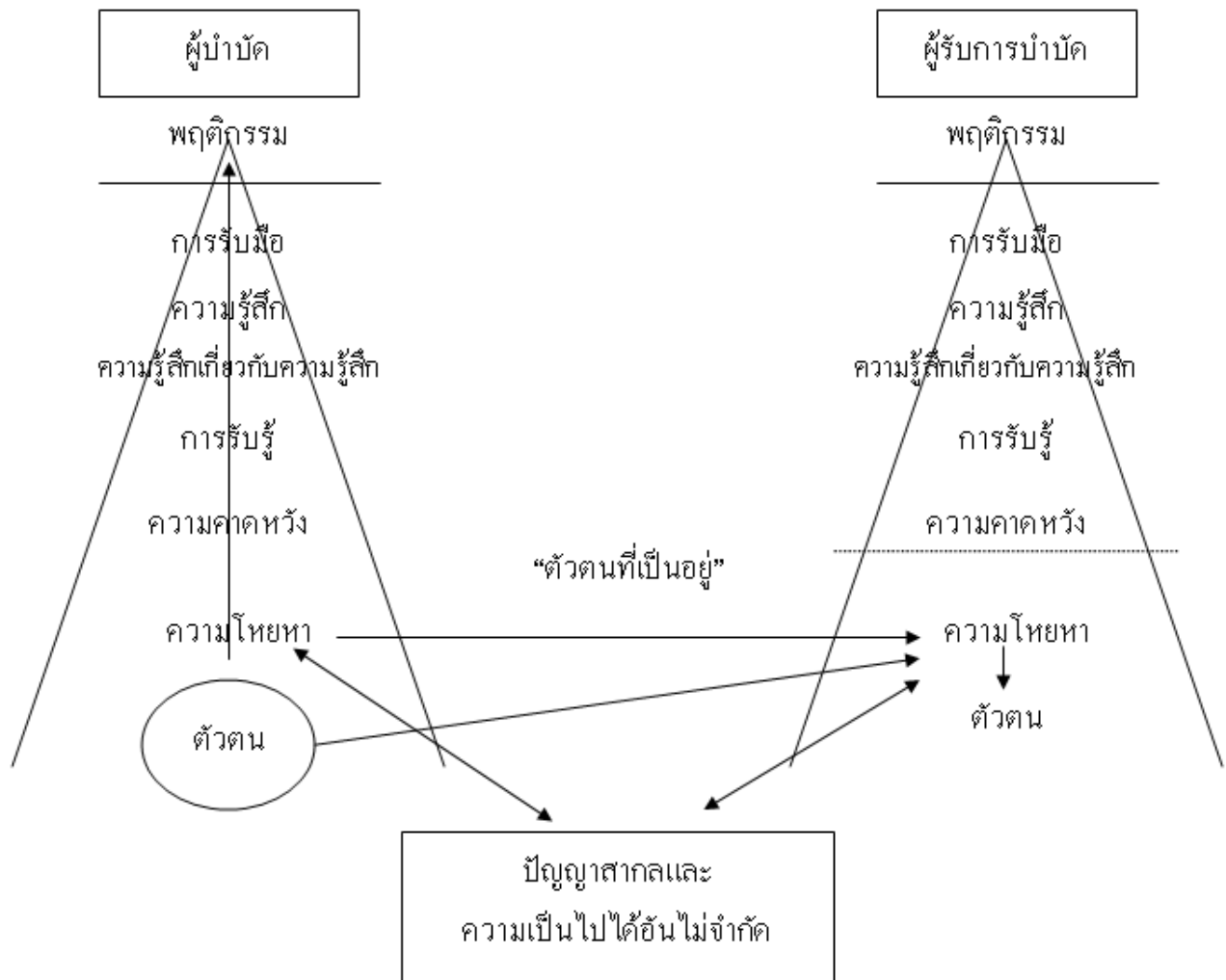
ตั้งแต่เริ่มการบำบัดแต่ละครั้ง คำถามที่ถามก็เพื่อก่อให้เกิดความคาดหวังที่ว่า การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปได้ คาดหวังว่าอะไรจะแตกต่างไปจากเดิมได้ ทุกคำถามมุ่งเปลี่ยนผลกระทบเพื่อนำไปสู่เป้าหมายภายในจิตใจและปฏิสัมพันธ์ภายนอก ซึ่งก่อเกิดจากการร่วมมือของผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด

5. ผู้บำบัดต้องอยู่ในภาวะสอดคล้องกลมกลืน (Congruent) ภาวะที่สอดคล้องกลมกลืนของผู้บำบัด เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับบริการที่จะเข้าถึงพลังชีวิตของเขา โดยเมื่อผู้บำบัด congruent ผู้รับบริการจะสัมผัสว่าผู้บำบัดมีความห่วงใย ขอมรับ มีความหวัง สนใจ จริงใจ อยากช่วยตนอย่างแท้จริง ผู้บำบัดจะใช้พลังแห่งการสร้างสรรค์ในรูปแบบของอุปมาอุปไมย อารมณ์ขัน เปิดเผยตนเอง และการแทรกแซงที่สร้างสรรค์ขึ้นมาอีกมากมาย ที่มาจากการเชื่อมโยงที่ผู้บำบัดได้เชื่อมโยงกับจิตวิญญาณ

การใช้ตัวตนในการบำบัดเป็นเครื่องมืออันทรงพลังที่สุดซึ่งผู้บำบัดมี เมื่อผู้บำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืน เขาก็เชื่อมโยงกับปัญญาของพลังชีวิตสากล และสามารถเชื่อมโยงกับผู้รับบริการ จากการเชื่อมโยงนั้นความเป็นไปได้ก็เกิดขึ้นอย่างอนอกอเนกนันทน์ เมื่อผู้บำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืน เขาก็ทำให้สถานการณ์ที่ผู้รับบริการสามารถมีประสบการณ์ว่า ความโหยหาของตนได้รับการเติมเต็ม ซึ่งทำให้เป็นไปได้ที่จะคลี่คลายผลกระทบที่ยากยิ่งจะแก้ไข นอกจากนี้เมื่อผู้บำบัดมั่นคงในตัวตนฝ่ายจิตวิญญาณของตนเอง เขาก็จะสามารถใช้ภูเขาน้ำแข็งทุกส่วนของตนเป็นเครื่องมือสำหรับตั้งสมมุติฐานสำหรับผลกระทบของผู้รับการบำบัด โดยที่ผลกระทบนั้นๆ ไม่มาเกี่ยวข้องคิดหรือกระตุ้นผู้บำบัดเอง

ภาพที่ 2

การใช้ตัวตนในการบำบัด
(The Use of Self in Therapy)



3. การวางแผนการบำบัด (Treatment Plan Formulation) (ทัศนีย์ ดันทวิวงศ์, 2550)

ในแซทเทียร์โมเดล แผนการบำบัดมุ่งไปในทิศทางบวกและวางแผนเป็นกระบวนการ มีการออกแบบมาเพื่อให้เป็นกรอบสำหรับกระบวนการบำบัด

1. การประเมิน (Assessment) เราประเมินเพื่อเจาะพลวัตภายในจิตใจและในปฏิสัมพันธ์ภายนอกของผู้รับการบำบัด เพื่อหาทรัพยากรและเรื่องค้างคาใจ โดยผู้บำบัดจะรู้ถึง

1.1 รูปแบบในการรับมือเพื่อการอยู่รอด (The Survival Coping Stances)

ผู้รับการบำบัดมีประสบการณ์กับตัวตนตนเอง คนอื่น และบริบทอย่างไรนั้น เป็นข้อมูลของการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์และระดับของการตระหนักในคุณค่าแห่งตน ทั้งยังให้ตัวบ่งชี้ว่าผู้บำบัดจะเข้าไปในโลกภายในจิตใจของผู้รับบริการได้อย่างไร ถ้าผู้รับบริการโน้มเอียงในการใช้รูปแบบการสมยอม (Placate) ก็เข้าถึงเขาที่ระดับความรู้สึก ถ้าผู้รับการบำบัดโน้มเอียงที่จะใช้รูปแบบการกล่าวโทษ (Blaming) ก็เข้าถึงเขาที่ระดับความคาดหวัง ถ้าผู้รับบริการโน้มเอียงที่จะใช้รูปแบบช่างเหตุผล (Super reasonable) ก็เข้าถึงที่ระดับการรับรู้ ถ้าผู้บำบัดโน้มเอียงที่จะใช้รูปแบบเฉยใจ ก็ให้ใช้เวลาติดต่อกับสัมพันธ์กับเขานานๆ ยอมรับเขา สร้างเสริมความไว้วางใจและความปลอดภัย ช่วย使他กลับมาสู่โลกของความเป็นจริง

1.2 โลกภายในจิตใจของผู้รับการบำบัด (อุปลักษณ์ภูเขาน้ำแข็ง-Iceberg Metaphor)

สำรวจว่าผู้รับการบำบัดของคุณมีประสบการณ์ภายในต่อประสบการณ์ชีวิตของเขาอย่างไร และสำรวจผลกระทบของประสบการณ์ชีวิตของเขาเหล่านั้นที่มีต่อเขาในขณะนี้ หรือที่เคยมีต่อเขาในอดีต เราจำเป็นต้องมุ่งที่ผลกระทบของประสบการณ์ภายในมากกว่าประสบการณ์ภายนอกที่เป็นข้อเท็จจริงหรือเรื่องราว การทำเช่นนี้จะช่วยให้เห็นเค้าโครงการเปลี่ยนแปลงภายในของบุคคลนั้น และเห็นว่าปัญหา กลายมาเป็นปัญหาได้อย่างไรสำหรับบุคคลแต่ละคน

1.3 ครอบครัวดั้งเดิม (The Family of Origin)

จงสำรวจครอบครัวซึ่งถูกนำมาไว้ในจิตใจ ครอบครัวที่ผู้รับการบำบัดประสบ (ความจริงที่บุคคลนั้นรับรู้) และผลกระทบที่เคยมีมาและยังมีต่อเขาอยู่วันนี้ จงมองหาทั้งทรัพยากรด้านบวกและเรื่องค้างคาใจ

2. การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)

ในการบำบัดแบบแซทเทียร์ เป้าหมายต้องมีลักษณะต่อไปนี้เสมอคือ มีทิศทางบวก (Positive Directional) อยู่ภายในจิตใจ (Intrapsychic) และได้มีประสบการณ์ (Experiential) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้โดยเน้นที่การโหยหา (Yearning)

เป้าหมายที่ตั้งขึ้นโดยการร่วมมือกับผู้รับการบำบัด สำหรับผู้รับการบำบัดที่ทำการกิจในการบำบัดได้ดีมาก สามารถรู้ได้ว่าเป้าหมายในการบำบัดของตน(ผลลัพธ์ที่ต้องการ)คืออะไร และไม่จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้บำบัดมากนัก ผู้รับการบำบัดที่ตระหนักถึงกระบวนการของตนเองน้อยกว่าที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้บำบัดมากกว่า เพื่อนำการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของเขามาให้

เขาตระหนักรู้และตั้งเป้าหมาย ผู้รับการบำบัดที่มีความสามารถน้อยลงไปอีก (ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยจิตเวช) เริ่มแรกต้องได้รับการป้อนข้อมูลจากผู้บำบัดในการตั้งเป้าหมาย

การตั้งเป้าหมายในแซทเทอร์โมเดล (Goal setting in the Satir Model) (ทัศนีย์ ตันทวิวงศ์, 2550)

ในแซทเทอร์โมเดล เราช่วยให้ผู้รับการบำบัดของเราตั้งเป้าหมายที่มีทิศทางบวก เป้าหมายในทิศทางบวกเหล่านี้จะเข้าไปที่พลังชีวิต ซึ่งโดยธรรมชาติก็มีทิศทางบวกอยู่แล้ว เป้าหมายของแซทเทอร์มี 3 แบบ คือ

1. เป้าหมายขั้นสุดท้ายของการบำบัด เป้าหมายนี้เป็นสิ่งที่ผู้รับการบำบัดต้องการให้เป็นผลของกระบวนการทั้งหมดและเป็นทางแก้ “ปัญหา” ผู้บำบัดนำพาผู้รับการบำบัดสู่ประสบการณ์ โดยประมวลจากประสบการณ์ภายในที่มุ่งไปที่ความโหยหา (Yearning) จากนั้นผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดเพื่อเปลี่ยนปัญหาไปสู่เป้าหมายที่มีทิศทางบวกและให้เกิดข้อผูกพันที่จะเปลี่ยนแปลง

2. เป้าหมายของการบำบัดแต่ละครั้ง ในแต่ละครั้งที่ผู้รับการบำบัดมาพบ ผู้บำบัดตั้งเป้าหมายในทิศทางบวกในแง่ของประสบการณ์ เป้าหมายของการบำบัดแต่ละครั้งนำไปสู่เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่มีทิศทางบวก ซึ่งกำหนดขึ้นร่วมกันตั้งแต่การพบกันครั้งแรก โดยทั่วไปแล้วเป้าหมายเหล่านี้เป็นเป้าหมายที่มุ่งเรื่องภายในเพื่อเปลี่ยนผลกระทบของเหตุการณ์หรือสถานการณ์อันก่อให้เกิดแบบแผนของปฏิกิริยาการหลีกเลี่ยงปัญหา ความเจ็บปวด หรือการยอมแพ้ชีวิต เมื่อตั้งเป้าหมายแล้ว ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดให้ผูกพันตนที่จะเปลี่ยนแปลง

3. เป้าหมายย่อย เป็นเป้าหมายเล็กๆในการบำบัดแต่ละครั้ง ซึ่งนำผู้รับการบำบัดให้เปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ควรเปลี่ยนแปลง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดครั้งนั้น

3. เทคนิค (Technique)

การใช้เทคนิคหรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ซึ่งใช้พลังชีวิตในทางบวกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสามารถที่จะ

1. ยืมเทคนิคที่เข้ากันได้มาจากระบบการบำบัดแบบอื่น
2. ปรับเทคนิคจากระบบอื่นๆ เพื่อให้เข้ากันได้กับ โมเดลนี้
3. “ขโมย” เทคนิคที่เข้ากันได้กับ โมเดลนี้มาจากระบบอื่น
4. คิดค้นเทคนิคของคุณเองขึ้นมา ซึ่งขับเคลื่อนผู้รับการบำบัดสู่ทิศทางบวก

ตัวอย่างเทคนิคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

- การสอนโดยตรง
- การใช้แผนที่ครอบครัว (Family Map)
- Family Chronology
- Sculpting
- การใช้ตัวแบบ (Modeling)
- การคิดในมุมมองกลับ (Reframing)

- Family Reconstruction
- Family Stress Ballet
- การใช้เชือก (Rope)
- Anatomy of Relationships
- Mandara
- Part Parties
- The Nurturing Triadic Growth Experiences)
- Stimulating Family In Role-Playing Scenario)
- Metaphors
- Humors

4. การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)

การประเมินผลลัพธ์ทำเพื่อช่วยผู้บำบัดตัดสินใจว่า บรรลุเป้าหมายที่ร่วมตั้งกันไว้หรือไม่ และจะจบการบำบัดเมื่อไร การประเมินกระบวนการบำบัดเป็นสิ่งที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประเมินได้แก่

1. หลังการบำบัดแต่ละครั้ง

-ถามผู้รับการบำบัดแต่ละครั้งว่า “คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง” และ “เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรอันเป็นผลมาจากสิ่งที่เราทำในการบำบัดครั้งนี้”

-ประเมินกระบวนการบำบัดของผู้บำบัดเองในครั้งนี้

2. ดำเนินต่อเนื่องตลอดการบำบัด

-จากการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

-จากการประเมินกระบวนการบำบัดของผู้บำบัดเอง และจากการกำกับดูแลทางคลินิก

-จากบุคคลอื่นๆ ในชีวิตของผู้รับการบำบัดเอง การรู้เห็นและประสบการณ์ที่คนเหล่านี้มีกับผู้รับการบำบัด

-จากการประเมินแบบเป็นทางการ (การทดสอบ) ซึ่งแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงและการเติบโต

4. ขั้นตอนการบำบัดตามทฤษฎีกรอบครัวบำบัดแบบแซทเทียร์

ขั้นตอนการบำบัดของแซทเทียร์ (John Banmen and Kathlyne Maki-Banmen อังใน ทัศนีย์ ตันทวิวงศ์, 2550) ดังต่อไปนี้

1. ผู้บำบัดเตรียมตัวเองทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้การบำบัด (Prepare self) ภายนอก เช่น ปิดโทรศัพท์มือถือ ภายใน เช่น ผู้บำบัดสำรวจความรู้สึก ความคิดของตนและจัดการให้สงบก่อน เพราะถ้าผู้บำบัดรู้สึก จะสามารถอยู่และไปกับผู้รับการบำบัดในกระบวนการบำบัดได้

2. การสร้างความสัมพันธ์และเข้าถึงผู้รับการบำบัด ทำให้เกิดความคุ้นเคย และสร้างสายสัมพันธ์ (Make contact)

- 2.1 ใช้เวลาเล็กน้อย (Few minutes) พูดคุยอย่างมีการเตรียมตัว เพื่อผู้บำบัดจะได้รู้จักความเป็นบุคคลอย่างคร่าวๆของผู้รับการบำบัด เช่น รู้ว่าเขาเป็นคนมีหลักการคาดหวังมาก อยู่กับอารมณ์มาก เป็นต้น ถ้าผู้บำบัดมีความเข้าใจ Satir Model เป็นพื้นฐาน จะทำให้มีแนวทางที่จะทำการบำบัดกับแต่ละคนได้ดีขึ้น
- 2.2 ใช้ภาษา จังหวะ และน้ำเสียงระดับเดียวกับผู้รับการบำบัด
- 2.3 ผู้บำบัดอยู่ในสภาพที่ยอมรับ เปิดเผย และไว้วางใจได้
- 2.4 สร้างจุดเชื่อม ความเป็นกันเอง และความรู้สึกปลอดภัย

3. รับฟังปัญหาของผู้บำบัด (Problem: event, symptoms) เช่น ปัญหาชีวิตสมรส ขัดแย้งกับแม่ อารมณ์เศร้า ปวดศีรษะ เพื่อจะมีภาพว่าปัญหานั้นมีผลกระทบต่อบุคคลนั้นมากหรือเล็กน้อย ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างตรงจุด ซึ่งแซทเทอร์จะเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้รับการบำบัด

- 3.1 ค้นหาว่าปัญหาที่นำเสนอขึ้นเป็นปัญหาที่ผู้รับการบำบัดเผชิญ จัดการอย่างไร
- 3.2 เมื่อฟังปัญหา ผู้บำบัดควรช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักว่า ปัญหาหรืออาการนั้นมีผลกระทบต่อทั้งบุคคลของเขา (Personal iceberg) อย่างเป็นอย่างไร
- 3.3 หาเหตุผลในตัวบุคคล ไม่เพียงแต่สถานการณ์
- 3.4 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาให้เป็นโอกาสในการพัฒนาตัวผู้รับการบำบัด
- 3.5 เปลี่ยนข้อความที่เป็นเชิงลบ ให้เป็นเป้าหมายในเชิงบวก เช่น ลูกคือ เป็นคุณสามารถสอนลูกได้

4. กำหนดเป้าหมายชัดเจนในเชิงบวก เมื่อผู้รับการบำบัดตระหนักว่า ปัญหานั้นกระทบต่อเขาอย่างไร จะทำให้การตั้งเป้าหมายชัดเจน โดยให้ผู้รับการบำบัดได้พิจารณาตั้งแต่เริ่มต้นว่า อาจจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ เมื่อจบกระบวนการบำบัด (Set goal: +ve, directional) เช่น ฉันอยากจะทำให้ตัวเองดำเนินชีวิตน้อยลง อยากเปลี่ยนความคาดหวัง อยากให้มีความคาดหวังน้อยกว่านี้ แต่ผู้รับการบำบัดบางรายอาจกำหนดเป้าหมายเองไม่ได้ ผู้บำบัดต้องช่วยสร้างเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน

5. ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Commitment to change) ผู้บำบัดจะต้องทดสอบถึงความพร้อมของผู้รับการบำบัดว่าพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง เช่น “ผมขอถามคุณอีกครั้ง คุณยินดีจะทำในวันนี้หรือไม่” และผู้รับการบำบัดตอบว่า “ค่ะ ฉันจำเป็นต้องอยู่รอด ฉันหมายถึง ฉันต้องดำเนินชีวิตต่อไป”

6. การสำรวจ (Explore) สำรวจสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อภายในจิตใจจากการมองปัญหาคร่าวๆ ในข้อ 3 ผู้บำบัดจะกลับมาสำรวจเหตุการณ์นั้นลึกและกว้างขึ้น สิ่งสำคัญต้องช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้กลับไปเผชิญหน้ากับสถานการณ์นั้น คล้ายกับการทำให้ประสบการณ์เก่าที่นั้นฟื้นขึ้นมาอีกครั้ง (experiential) ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงประเด็นปัญหาหลักที่อยู่ภายในจริงๆของ

ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดยอมรับความจริงในขณะนั้นของตนเอง ซึ่งผู้รับการบำบัด อาจมีความกลัว หรือต่อต้านที่จะหยุดกระบวนการบำบัดและหวนกลับมาสู่สภาพปัจจุบัน

7. การเปลี่ยนแปลง : การแทรกแซงช่วยเหลือ (Change: interventions) การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้รับการบำบัด ได้ตระหนักประเด็นปัญหาหลักของตนและยอมรับตนเองอย่างนั้นได้ก่อน จึงจะนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดจะต้องสะสมเทคนิคที่จะช่วยผู้รับการบำบัด ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตาม ซึ่งเทคนิคเหล่านั้นผู้บำบัดอาจสร้างสรรค์ขึ้นมาหรือหยิบยืมมาจาก Model อื่น กระบวนการเปลี่ยนแปลงต้องทำให้เกิดขึ้นในsession ก่อน จนผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถรับรู้ได้ถึง การเปลี่ยน (Shift) สภาวะภายในของผู้รับการบำบัด โดยการสังเกตสีหน้าท่าทีของผู้รับการบำบัดที่ สำแดงออกมาภายใน

8. การตอกย้ำและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง เมื่อจบกระบวนการในข้อ 7 ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัด กลับมาสัมผัสกับตัวตนในปัจจุบัน เช่น มองตนเองใหม่ตามที่ประจักษ์ในกระบวนการแล้ว เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงจากภายในนั้นมาสู่ภาคปฏิบัติในชีวิตจริงต่อตนเอง ต่อคู่สัมพันธ์ ชักซ้อมใน session ได้ จึงมอบให้เป็นการบ้านไปปฏิบัติจริงต่อไป เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงนั้นยั่งยืน

9. การบ้าน (Homework) ผู้บำบัดอาจให้การบ้าน เช่น ใช้ทักษะการสื่อสารแบบคำบอกเล่าของ ฉันทนในครอบครัว

10. ยุติ (Closure) เช่น “ถ้าเช่นนั้นเราจะยุติตรงนี้ได้ไหมคะ” ผู้รับการบำบัด “ค่ะ” (พยักหน้า) ผู้บำบัดอาจจะยุติการบำบัดหรือนัดแนะการพบกันในครั้งต่อไป

เมื่อผู้บำบัดเข้าใจกระบวนการบำบัดแนวแซทเทียร์รายบุคคลแล้ว จะสามารถประยุกต์การบำบัดคู่ ความสัมพันธ์ เช่น สามี-ภรรยา แม่-ลูก และขยายเป็นครอบครัวบำบัดที่สมาชิกนั้นอยู่ร่วมกันเป็นระบบ มี ปฏิสัมพันธ์ต่อกันและซับซ้อนขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโดยการปรับเปลี่ยนพลังของระบบ

เมื่อทำการสำรวจผลกระทบของเหตุการณ์ต่อระบบภายในจิตใจจนผู้รับการบำบัดเข้าถึงส่วนของการ หวนหา ความปรารถนาในส่วนลึก (Yearning) ของตนเองได้ หลังจากนั้นก็จะดำเนินการเปลี่ยนแปลง

- การรับรู้ ความเชื่อในเหตุการณ์นั้น
- ความหมายที่ใช้เฉพาะตัวของเขา
- ความรู้สึกต่างๆที่เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกก่อนนี้
- ความคาดหวังของเขา
- แรงจูงใจและการกระทำ ซึ่งเนื่องมาจากความปรารถนาในส่วนลึก

การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นมีความสำคัญ ผู้รับบริการจะฟันฝ่าผ่านไปได้ในสภาพที่สับสนยุ่งยาก ผู้บำบัดจึงต้องมีความมั่นคง จึงจะสามารถเกื้อหนุนและนำพาให้ผู้รับบริการผ่านพ้นช่วงที่เขาตัดสินใจ เสี่ยงเข้ามาในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้

การปรับเปลี่ยนในแต่ละระดับภายในจิตใจ จำเป็นต้องมีขั้นตอนเหล่านี้ คือ

1. การสำรวจพบสิ่งที่เป็น “Dysfunctional” ซึ่งอาจเริ่มก่อตัวมาจากช่วงวัยใดวัยหนึ่งของชีวิต
2. การปรับเปลี่ยนสิ่งที่เป็น “Dysfunction” นั้น จำเป็นต้องมีการแยกแยะระหว่างสิ่งที่เป็นในอดีตกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
3. นำพามาสู่ปัจจุบันในแบบที่เป็นที่ยอมรับ ให้คุณค่าต่อตัวตนในทางบวก เคารพต่อผลที่เกิดขึ้นในด้านบวกที่เกิดจากสิ่งที่เป็น “Dysfunction”

กระบวนการพื้นฐานที่เชื่อมโยงเรากับแก่นหรือพลังชีวิต คือ การสำรวจเข้าไปสู่ประสบการณ์ภายใน จนผู้รับบริการตระหนักถึงสิ่งที่ตนหวนหา รับว่าปรารถนาสิ่งนั้น จนไปถึงการยอมรับว่าเป็นความปรารถนาของตนเองอย่างกระจ่างชัด

2. การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ศรีทัตติม พานิชพันธ์ (2527, น. 2) กล่าวว่า ครอบครัว คือ บุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ตามปกติย่อมมีความเป็นอยู่ร่วมกัน มีความทุกข์สุขร่วมกันและอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ครอบครัวจะต้องมีจุดมุ่งหมายอันเดียวกัน คือ ช่วยกันประกอบอาชีพ เพื่อการดำรงชีวิตให้อยู่รอดในสังคมเป็นอย่างดี โดยทั่ว ๆ ไปครอบครัวจะประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร ซึ่งถือเป็นแกนของครอบครัว แต่อาจกินความไปถึงครอบครัวจะโดยฐานะใดก็ตาม เช่น ญาติ หรือคนอาศัยภายในบ้าน เป็นต้น

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการไว้ ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537, น. 3)

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน ถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน
3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคน ที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยมีจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน
4. ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดาสามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิทางกฎหมาย

เมอร์ดีด็อกซ์ (Murdock, 1944, p. 240) นักมานุษยวิทยา กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีลักษณะสำคัญอันประกอบไปด้วยการมีที่อยู่อาศัยร่วมกัน การร่วมมือกันทางเศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ผลิตชาติพันธุ์มนุษย์ ครอบครัวต้องประกอบไปด้วยมนุษย์ที่เป็นผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อย่างน้อยต้องมีคู่หนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันโดยการยอมรับของสังคม และชายหญิงคู่ดังกล่าวจะมีบุตรหนึ่งคนหรือมากกว่าอยู่ด้วย จะเป็นบุตรโดยสายโลหิตหรือเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินหรือสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งหามาด้วยกัน มีความรักใคร่ผูกพันช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล

หน้าที่ของครอบครัว

แมนเนอร์ (Manor, 1984, pp. 7-9 อ้างถึงใน ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534, น. 20) กล่าวว่าในการศึกษาระบบครอบครัว ควรคำนึงถึงโครงสร้างและหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวที่สำคัญคือการส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตในครอบครัวให้บรรลุความสำเร็จ ได้แก่

1. หน้าที่พื้นฐาน (Basic Tasks) เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัวให้สมาชิกของครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น อาหาร ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัย และความปลอดภัย ฯลฯ ที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทาง ร่างกาย อารมณ์ สังคม เชาวน์ปัญญา และบุคลิกภาพ

2. หน้าที่ในกระบวนการพัฒนา (Developmental Tasks) ครอบครัวไม่เคยหยุดนิ่ง แต่จะพัฒนาไปเรื่อย ๆ ตามขั้นตอนต่าง ๆ ของชีวิต การที่จะพัฒนาไปได้ดีนั้น ครอบครัวจะต้องปฏิบัติ ภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัวที่ทุกคนจะตระหนักและยอมรับร่วมกัน การมีทิศทางในการพัฒนา (Developmental Themes) ที่เหมาะสมกับงานไปถึงการสร้างขอบเขต (Boundary) ที่ชัดเจน ทั้งภายในระบบครอบครัวและระหว่างครอบครัว กับงานภายนอกอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถพัฒนาผ่านขั้นตอนในแต่ละช่วงวัยของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤติ (Hazardous Tasks) มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเสียชีวิตของผู้นำหรือสมาชิกในครอบครัว ฯลฯ ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อสมาชิกบางคนหรือครอบครัวโดยรวม ผลกระทบอาจรุนแรงจนทำให้ครอบครัวแตกสลายได้ ครอบครัวจะต้องปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤติการณ์ดังกล่าว เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนและครอบครัวโดยรวมดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล และพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม

กมลลา แสงสีทอง (2532, น. 93-94) กล่าวว่า หน้าที่พื้นฐานของครอบครัว มีดังนี้

1. การสร้างสมาชิกให้สังคม ครอบครัวเป็นแหล่งผลิตสมาชิกวัยเยาว์ให้แก่สังคม ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญ การมีบุตรเป็นการสืบเชื้อสายต่อไปภายหน้า เมื่อครอบครัวให้กำเนิดบุตรมี หน้าที่ต้องรับผิดชอบ เลี้ยงดูจนกว่าบุตรจะช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้การศึกษาที่ดีที่สุด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและเติบโตขึ้นเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม

2. การอบรมให้เรียนรู้ระเบียบของสังคม ครอบครัวเป็นสถาบันขั้นมูลฐานที่จะเป็นแหล่งทำนุบำรุง รักษาและถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคมขึ้นต้น โดยที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำคัญในการอบรมสั่งสอนให้ประชากรวัยเด็กได้เรียนรู้ระเบียบของสังคม เพื่อการเตรียมตัวออกมาสู่สังคมภายนอกอย่างแท้จริง

3. การปกป้องคุ้มครองให้ปลอดภัย หมายถึง หน้าที่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของ ครอบครัว ที่มีต่อสมาชิก โดยการให้การคุ้มครองและเลี้ยงดูบุตร 2 ประการ คือ

3.1 ทางด้านร่างกาย ให้เติบโตขึ้นอย่างมีความสุขอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง

3.2 ทางด้านจิตใจ ให้มีจิตใจสมบูรณ์ สามารถเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้อย่าง กล้าหาญ และหาทางออกได้ถูกต้อง โดยมีสุขภาพจิตแข็งแรงสมบูรณ์

4. ครอบครัวเป็นสถานที่ที่กำหนดสถานภาพของบุคคล ประชากรวัยเยาว์ย่อมได้รับสถานภาพทางสังคมตามสภาพของบิดามารดา

กล่าวได้ว่า ครอบครัวทำหน้าที่กว้างขวาง ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดำเนินชีวิตมนุษย์ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทของตนอย่างชัดเจน เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์และถูกต้อง เป็นครอบครัวที่มีความสุข มีความผูกพันรักใคร่ เป็นครอบครัวที่มีคุณภาพ หากครอบครัวใดมีความบกพร่องในการแสดงบทบาทของสมาชิก ความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นก็จะได้รับความกระทบกระเทือนและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและสภาพเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างรวดเร็วในสังคมปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวด้วยปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวโดยส่วนใหญ่แบ่งออกได้เป็น (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2524, น. 47-56)

1. ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว ครอบครัวที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำ ได้แก่ การที่หัวหน้าครอบครัวหรือบิดามารดามีการศึกษาน้อย ประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ไม่เพียงพอกับค่าครองชีพ ทำให้ขาดความรู้และขาดปัจจัยที่มาสนองตอบความต้องการและการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการล่าช้า ไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยง่าย เมื่อมีปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจและสังคมก็ตามมา เช่น ความรู้สึกไม่เท่าเทียมเพื่อน ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเข้าสังคม เก็บตัว อิจฉาคนที่มีฐานะดีกว่า มีปมด้อย เป็นต้น

2. ปัญหาจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพของครอบครัว สภาพที่อยู่อาศัยที่มีปัญหาต่อความรบกวนแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น บ้านไม่เป็นระเบียบ ผู้คนอยู่แออัด เป็นแหล่งสลับสกปรก การถ่ายเทอากาศไม่ดี มีเสียงดังรบกวน ตลอดจนมลภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรำคาญและเป็นอันตรายต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะวัยรุ่น ถ้าเด็กได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. ปัญหาจากการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดานั้นมี ความสำคัญต่อพฤติกรรมและการปรับตัว มีผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว

4. ปัญหาสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มีผลกระทบต่อ ครอบครัว การเจ็บป่วยของสมาชิกมีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาทของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว สมาชิกต้องกังวลกับการหารายได้ให้เพิ่มขึ้น เป็นค่ารักษาพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกกดดันทางด้านอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวมาก โดยเฉพาะกับบิดามารดา บุตรที่ป่วยมักต้องการความสนใจมากกว่าปกติ และเป็นไปได้ว่าสมาชิกคนอื่นของครอบครัวอาจ รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบ่อเกิดของความยุ่งยากของครอบครัว และทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ถูกทะเลาะไป หรือต้องเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น

5. ปัญหาจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ถ้าสมาชิกภายในครอบครัวมีความขัดแย้งแตกแยกไม่ลงรอยกัน ย่อมทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุข ดังที่ ฝน แสงสิงแก้ว (2510, น. 94) ได้กล่าวไว้ว่า ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว เป็นรากฐานของความสุขในชีวิต เป็นรากฐานของความเป็น

ปีกแผ่นแห่งสังคม ชีวิตย่อมเริ่มต้นมาจากครอบครัว ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือขาดความรักใคร่ต่อกัน ชีวิตในสังคมจะแตกแยกเช่นกัน ผลที่ตามมาของสังคมแตกแยกได้แก่ ปัญหาของโรคจิต โรคประสาท อาชญากรรม และพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่าง ๆ

ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนมีผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต พฤติกรรม และบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งสิ้น ครอบครัวของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาก็เช่นกัน ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ย่อม ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก เพราะในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวมักจะคลอนแคลน ไม่สนิทแน่นเท่าครอบครัวที่สมาชิกเป็นคนปกติ ทั้งนี้เพราะสาเหตุหลายประการ เช่น สมาชิกในครอบครัวต้องมีภาระที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา เช่น ต้องพาไปพบแพทย์ ไปรับการบำบัดรักษา การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดร่วมกับภาวะปัญญาอ่อน นอกจากนี้ความรู้สึกภายในของบิดามารดา หรือพี่น้องในการอับอาย เสียใจ ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา มักจะมีการกล่าวโทษซึ่งกันและกันว่าเป็นความผิดของอีกฝ่ายหนึ่ง บางรายถ้ามีภรรยาต้องเลิกร้างกันภายหลังที่มีบุตรปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา พี่น้องของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาก็อาจจะเกิดความวิตกกังวลว่า ตนเองจะเป็นโรคเดียวกับพี่หรือน้องที่พิการหรือไม่ และยังได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจจากบุคคลภายนอก ซึ่งอาจมองดูด้วยความสงสาร หรือรังเกียจเป็นต้น ซึ่งจะเป็นชนวนทำลายความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัว และทำลายความสุขในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนด้วย

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ความสัมพันธ์ในครอบครัวนับว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลสะท้อนถึงสุขภาพจิตของสมาชิกด้วย หากครอบครัวใดอยู่ด้วยกันอย่าง ราบรื่น มีความผูกพันต่อกัน ก็จะทำให้ครอบครัวนั้นมีความสุข มีความอบอุ่น ห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะโรคทางจิตใจ ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวใดไม่มีความรัก ความผูกพัน ไม่สงบสุข ไม่มีความพอใจกัน ก็จะทำให้สมาชิกมีการทะเลาะเบาะแว้ง หงุดหงิดฉุนเฉียว จิตใจ แปรปรวน ว้าวุ่น วิตกกังวล จนเป็นปัญหาโรคจิต โรคประสาทตามมา

ศรีทัษทิม (รัตนโกศล) พานิชพันธ์ (2527, น. 16) ได้กล่าวถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดีหรือก่อให้เกิดปัญหา และมีมูลเหตุแห่งปัญหานั้นประการ

กมลมา แสงสีทอง (2526, น. 8) ได้ให้ความหมายของความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะเป็นความ

ปรองดอง รักใคร่กลมเกลียวในครอบครัว นับว่าเป็นลักษณะสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้ง หรือ มีความรู้สึกที่เป็นอริต่อกัน ถือว่าเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว

สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงหมายถึง มนุษย์ที่มีการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เริ่มตั้งแต่ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรกที่คนเรามีส่วนร่วมเป็นสมาชิก ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อันเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ได้ให้ความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม มีอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน การเอาใจใส่เลี้ยงดูกัน มีค่านิยมและการประพฤติปฏิบัติต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในแต่ละครอบครัวและรวมไปถึงเครือญาติในลำดับต่าง ๆ

องค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว

ริชาร์ด ซี แกรนด์อลล์ (Richard C. Grandall อ้างถึงใน สุธีรา น้อยจันทร์, 2530, น. 20) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. จำนวนของบทบาท (Number of Role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีหลายบทบาท เช่น เป็น บิดามารดา ผู้สั่งสอน ผู้ช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวจึงมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดเป็นค่านิยม ความเชื่อถือและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล
2. การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิก
3. อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิจะก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึง หรือความโกรธ ความขัดแย้งก็ได้
4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเฉพาะราย ซึ่งมีความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจงยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

1. ความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา หรือบิดาและมารดาจากสมาชิกคู่แรกในครอบครัว คือ สามีและภรรยา ซึ่งได้ตกลงใจที่จะครองชีวิตคู่ร่วมกัน จึงนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธภาพที่สำคัญที่สุดในครอบครัว เพราะถ้าคู่สามีภรรยาไม่มีความรักใคร่เข้าใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พยายามปรับตัวเข้าหากัน ร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ตลอดจนรับผิดชอบและแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัวร่วมกัน ย่อมทำให้ครอบครัวนั้นมีความราบรื่นมั่นคง และดำรงอยู่ต่อไป นอกจากนี้ สมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวก็พลอยมีความสุขไปด้วย โดยเฉพาะลูก ๆ จะได้รับความรักความอบอุ่นและเกิดความมั่นคงทางใจ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสามีภรรยาไม่สัมพันธ์กัน ไม่มีความรักใคร่ปรองดองกัน ขาดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน และขาดความรับผิดชอบร่วมกันแล้ว ย่อม

เกิดความขัดแย้งกันอยู่เสมอ อันอาจทำให้ครอบครัวต้องแตกสลายลง หรือถ้าไม่ถึงกับแตกสลายก็จะทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุข

2. สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร ความสัมพันธ์นี้มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา หรือสามีและภรรยา เพราะเมื่อมีการให้กำเนิดบุตรแล้ว ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็เพิ่มขึ้น เป็นสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดากับบุตรตามมา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง เมื่อบิดามารดาให้กำเนิดลูกคนที่ 2 ที่ 3 และคนต่อ ๆ มา ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องย่อมเกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องจะดีหรือไม่ จะมีมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ในครอบครัว อันประกอบด้วยความสัมพันธ์พื้นฐานของบิดามารดา และลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา เพราะถ้าบิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และให้การ อบรมเลี้ยงดูลูกด้วยความรักความเข้าใจ ให้ความยุติธรรม ตลอดจนสร้างเสริมความรักใคร่ในระหว่างพี่น้องแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องย่อมดำเนินไปด้วยดี มีความรักใคร่ช่วยเหลือ ปกป้องซึ่งกันและกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว ในครอบครัวเดียวความสัมพันธ์ของสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัวก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา มารดากับบุตร บิดากับบุตร และพี่กับน้อง หรือเป็นการรวมความสัมพันธ์ใน 3 ข้อแรกเข้าไว้ด้วยกันนั่นเอง สำหรับ ครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะขยายตัวรวมไปถึง ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง ตลอดจนเขยสะใภ้ ซึ่งเมื่อจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีมากขึ้นเช่นนี้ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันภายในครอบครัวก็ย่อมเกิดขึ้น และมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย มีตั้งแต่วัยใกล้เคียงกันไปจนกระทั่งถึงวัยที่แตกต่างกันมาก ๆ นอกจากนี้บทบาทของแต่ละคนก็เพิ่มมากขึ้น เช่น นอกจากจะเป็นบุตรของบิดามารดา น้องของพี่ พี่ของน้องแล้ว ยังจะต้องเป็นหลานของลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

ไวส์ (Wiess, อ้างถึงใน จวีวรรณ แก้วพรหม , 2530, น. 45) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวไว้ว่า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักมีให้แก่กัน

2. การมีส่วนร่วมในครอบครัว เป็นการแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น มีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข่าวสาร ความคิด ความชื่นชมซึ่งกันและกัน

3. พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิดามารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุตรวัยผู้ใหญ่ ดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยหรือสูงอายุ ผู้ที่แข็งแรงกว่าดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นต้น

4. การยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำต่าง ๆ ตามความ เหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

5. การช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือ แบ่งปันกันในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์จะมีให้แก่กัน

2.2 ครอบครัวยุคใหม่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

แนวคิดการดูแลผู้ปกครองทางสติปัญญาโดยครอบครัว

แนวคิดการดูแลผู้ปกครองทางสติปัญญาโดยครอบครัว เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ปกครองทางสติปัญญา เนื่องจากสถาบันครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นในการดูแล เลี้ยงดู หล่อหลอม ให้ความรัก ซึ่งส่งผลต่อบุคลิกภาพ ชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ปกครองทางสติปัญญา ดังนั้นการจัดบริการให้กับผู้ปกครองทางสติปัญญาจำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สำคัญเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ปกครองโดยครอบครัวมีดังนี้

ภาระการดูแลผู้ปกครองทางสติปัญญาของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล

ผู้ปกครองทางสติปัญญาหรือผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาจัดว่าเป็นกลุ่มผู้พิการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ โดยไคลน์ (Klein, 1990 อ้างใน จริยา วิทยะศุกร, 2539, น.31) ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าหมายถึง ปริมาณ ความต้องการการดูแลและความยากลำบากในการดูแล โดยปริมาณ

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และพี่น้องของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และการปรับตัวทางสังคมของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ประกอบไปด้วย (ไพลิน คำไพรินทร์, 2538, น. 33)

1. ความผูกพันรักใคร่ ได้แก่

- ความผูกพันรักใคร่ของบิดามารดาที่มีต่อกัน
 - ความผูกพันรักใคร่ของบิดามารดาที่มีต่อบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
 - ความผูกพันรักใคร่ของพี่น้องที่มีต่อบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

2. เจตคติของบิดามารดาที่มีต่อบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และเจตคติคิติของพี่น้องที่มีต่อผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

3. การติดต่อสื่อสารระหว่างบิดามารดากับผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา และการติดต่อสื่อสารของพี่น้องต่อผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

4. บทบาทหน้าที่ของบิดามารดา ในการกระตุ้น และการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา และบทบาทหน้าที่ของพี่น้องในการกระตุ้น และสนับสนุนพัฒนาการของบุคคลปัญญาอ่อน

ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว เป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิตของคนทุกคนในครอบครัว ที่มีบุตรเป็นปัญญาอ่อน ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวมักจะคลอนแคลน ไม่สนิทแน่นเหมือน

ครอบครัวที่สมาชิกเป็นปกติ ทั้งนี้เพราะเหตุหลายประการเช่น คนในครอบครัวเพิ่มภาระในการดูแล เช่น ต้องพาไปพบแพทย์ ไปปรับการรักษาบำบัด ไม่ว่าจะทำอะไรจะต้องอยู่ในความดูแลของคนในครอบครัว นอกจากนี้ ความรู้สึกภายในของบิดามารดาหรือพี่น้องมีความอับอาย เสียใจ ที่สมาชิกในครอบครัว เป็น ปัญญาอ่อน มักจะกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ว่าเป็นความผิดของอีกฝ่ายหนึ่ง อาจถึงขั้นเลิกร้างกัน ภายหลังที่มีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พี่น้องของเด็กปัญญาอ่อน ก็อาจจะเกิดความวิตกกังวลว่า ตนเองจะเป็นแบบเดียวกับพี่น้องที่เป็นปัญญาอ่อนหรือไม่ และยังได้รับความกระทบกระเทือนใจจากบุคคลภายนอก ซึ่งอาจมองด้วยความสงสาร หรือรังเกียจ เหล่านี้ จะเป็นชนวนทำลายความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาและความสุขในชีวิตของสมาชิกแต่ละคน ความคิดเห็นของสังคมต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จะมีอิทธิพลต่อตัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเองและต่อครอบครัวอย่างมาก ซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ คือทางที่ทำให้กำลังใจและทางที่ทำให้ท้อถอย เนื่องจากคนเราจะมีการประเมินตนเองจากการที่คนอื่นประเมินตัวเองว่าเป็นอย่างไร ซึ่งความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวอาจแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ อุปนิสัยทัศนคติ ฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจ ฯลฯ และระดับของการยอมรับและการปฏิเสธก็มีระดับแตกต่างกันด้วย บิดามารดา และครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหลายราย กล่าวว่า การที่ตนสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกไปในทางที่เหมาะสมถูกต้องนั้นเพราะได้รับความรู้และกำลังใจจากแหล่งต่อไปนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526, น. 493)

1. บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง

2. แพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการรักษา บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาด้วยกัน ทำให้รู้สึกว่ามีใช้แต่ครอบครัวตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา มีความทุกข์ รู้สึกว่ามีเพื่อน ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และรับเอาวิธีที่ครอบครัวอื่น เห็นว่า ดีมาทดลองปฏิบัติบ้าง

ความรู้สึกหรือท่าที หรือ เจตคติ ของครอบครัวต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญานั้น มีอิทธิพลอย่างมากต่อการอบรมเลี้ยงดู การฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับตัวและการดำรงชีวิตของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาต่อไปในอนาคต (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526, น. 493)

ถ้าผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ได้รับการดูแลอย่างทะนุถนอมมากเกินไป เอาอกเอาใจและตามใจ จนเกินกว่าเหตุ ผลที่ตามมาก็คือ

1. เกิดความคับข้องใจ ถ้าไม่ได้ดังใจ
2. เกะกะ ก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง
3. ไม่ช่วยตนเอง คอยพึ่งพาอาศัย และเป็นภาระของผู้อื่น
4. พัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาไม่เป็นไปในอัตราและระดับที่เหมาะสม

เหมาะสม

ถ้าครอบครัวมีความรู้สึกไม่ยอมรับ ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ ผลที่ตามมา คือ

1. พัฒนาการไม่เป็นไปตามการคาดคะเนของแพทย์ ผู้ให้การบำบัดรักษา
2. ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาเกิดความคับข้องใจ มีปมด้อย และรู้สึกว่า ตนเองไร้

คุณค่าเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในตนเอง และไม่ไว้วางใจผู้อื่น

สิ่งซึ่งผู้ปกครองพึงกระทำ เพื่อพัฒนาบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาและชีวิตครอบครัวที่เป็นสุข คือ (ไพลิน คำไพรินทร์, 2538, น. 37-39)

1. ผู้ปกครองจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
 - 1.1 ยอมรับว่าการเป็นปัญญาอ่อนนั้นเป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดในครอบครัวใดก็ได้
 - 1.2 ไม่หมกมุ่นครุ่นคิดย้อนหลังถึงสาเหตุในอดีต ไม่ควรลงโทษตนเองหรือผู้อื่น
 - 1.3 การเรียนรู้เรื่องของบุตรที่เป็นปัญญาอ่อนเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะทำให้บุตรเข้าใจ บิดามารดา และบิดามารดาเข้าใจบุตรในลักษณะที่เขาเป็นอยู่
 - 1.4 บิดามารดาควรทราบว่าผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามีความต้องการพื้นฐาน เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป
 - 1.5 บิดามารดาควรแนะนำเพื่อนฝูงให้รู้จักบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาและ ความผิดปกติของบุตรเสียแต่เนิ่น ๆ เพื่อบิดามารดาได้พูดคุยถึงบุตรได้อย่างสบายใจ
 - 1.6 ควรเข้าใจสมรรถภาพของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาว่ามีขีดความสามารถ จำกัดและต่างกันหลายระดับ
 - 1.7 ไม่ควรเปรียบเทียบบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กับเด็กปกติ เพราะจะเป็นการจี้จุดอ่อนของบุตรมากขึ้น

2. ผู้ปกครองจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการกระตุ้นพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญา

- 2.1 จัดระบบภายในบ้านให้เหมาะสมกับการกระตุ้นพัฒนาการบุตรบกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญา
- 2.2 พยายามพูดคุยกับนักวิชาการแขนงต่าง ๆ ทางด้านนี้บ่อย ๆ เพื่อทราบถึงแนวทางในการฟื้นฟูปรับสภาพบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
- 2.3 ควรพาบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาออกไปพบสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ การเก็บบุตรไว้แต่ในบ้านเป็นการทำลายโอกาสที่บุตรจะเรียนรู้การอยู่ในโลกของคนปกติซึ่งเด็กจำเป็นต้องอยู่ร่วมด้วยในเวลาข้างหน้า
- 2.4 ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาสามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้ หรือแก้ไขสิ่ง ผิดปกติบางอย่างได้ถ้าได้รับการสอนอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระดับเขาวินิจฉัยปัญหาและ ความสามารถของเขา

2.5 ควรฝึกจากสิ่งที่คุณพร้อมทางพัฒนาการและสติปัญญาสามารถทำได้จากง่ายไปหายาก เพื่อให้ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาเกิดกำลังใจและเกิดความมั่นใจ

2.6 มีความคงเส้นคงวา ไม่เคร่งครัดและไม่หย่อนเกินไป หรือไม่ใช่บางวันสงสารเอาอกเอาใจเป็นพิเศษ บางวันโมโหคุณค่าในความเป็นปัญญาอ่อนของบุตร

2.7 การฝึกผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาต้องคำนึงถึงพัฒนาการในด้านต่าง ๆ คือ พัฒนาการทางด้านร่างกาย ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน และเดินได้ด้วยตนเอง ด้านจิตใจเด็กควรจะพูดและแสดงให้คนอื่นเข้าใจได้ด้วย ในด้านสังคมเด็กควรจะรู้จักเล่นกับเพื่อน ในด้านอารมณ์และการเรียน เด็กควรมีอารมณ์มั่นคงพอใช้และมีปฏิริยาโต้ตอบต่อการเรียนได้

2.8 การทำโทษผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาควรทำด้วยเหตุผลไม่ใช่ทำด้วยอารมณ์และหากจะทำโทษควรทำทันทีที่เด็กทำผิด

2.9 การฝึกที่ดีคือการพูดคุยและเล่นกับบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยการแทรกความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. ผู้ปกครองจะต้องมีความเข้าใจในการปฏิบัติภารกิจของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

3.1 ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มีระดับเขาวนปัญญาตั้งแต่ 50-70 จะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามระดับความสามารถ การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งกาย สามารถฝึกหัดเรียนรู้ทางด้านวิชาชีพได้ เช่น งานเกษตรกรรม การประดิษฐ์ที่ไม่ต้องใช้ทักษะและฝีมือมากนัก งานบริการต่างๆ ตามระดับความสามารถและเขาวนปัญญาของเด็ก

3.2 ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มีระดับเขาวนปัญญาตั้งแต่ 35 -49 มีความสามารถเทียบเท่าเด็กปกติอายุ 3-7 ปี จะมีพัฒนาการทางร่างกายล่าช้า มีหน้าตาบ่งบอกถึงความผิดปกติและมักมีความพิการทางร่างกายแทรกซ้อน (พิการซ้ำซ้อน) มีความล่าช้าในการคว้า คลาน นั่ง ยืน เดิน พูด ในวัยก่อนเรียนเด็กสามารถเรียนรู้และพูดสื่อความหมายได้ สามารถฝึกฝนให้ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

รสนง ทศนาญชลี (2530, น. 18-19) กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่สำคัญ ซึ่งผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาควรจะได้รับจากบิดามารดา เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้และการปรับตัวทางสังคม คือ

1. การให้ความเจริญเติบโตทางร่างกายและจิตใจ ความเจริญทางร่างกายเป็นความจำเป็นอันดับแรกของชีวิต ในขณะที่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญายังหาเลี้ยงตนเองไม่ได้ บิดามารดาต้องมีความ รับผิดชอบที่จะดูแลในเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ดูแลยามเจ็บป่วย ความเจริญเติบโตทางจิตใจมีความสำคัญและความจำเป็นไม่แพ้ความเจริญเติบโตทางร่างกาย สิ่งแรกที่ต้องการ คือ ความรู้สึกมั่นคง

ปลอดภัยโดยบิดามารดาที่มีความห่วงใยเอื้ออาทร ทำให้บุตรเติบโตขึ้นมาในบรรยากาศที่เป็นมิตร มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความต้องการความรู้สึกเป็นเจ้าของที่บุตรต้องการจากบิดามารดา ทำให้ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาสามารถเลียนแบบพฤติกรรมของบิดามารดา และสามารถนำมาใช้เป็นแบบอย่างในการปรับตัวเมื่อผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือปัญหาต่าง ๆ การปรับตัวและการเรียนรู้ทางด้านอาชีพที่เหมาะสมกับระดับความสามารถและเชาวน์ปัญญา โดยบิดามารดาเป็นผู้ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำอย่างใกล้ชิดกับบุตร

2. การอบรมสั่งสอน ที่สำคัญ คือ การปลูกฝังความสามารถในการควบคุมตนเองและความสามารถในการปรับตัวให้แก่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยเฉพาะการปลูกฝังให้ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญารู้จักควบคุมตนเอง

แม้ว่าการเกิดภาวะปัญญาอ่อน จะไม่อาจรักษาสมองส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำงานตามปกติได้ แต่ก็สามารถจะคงสภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพสมองส่วนที่เหลืออยู่ให้ทำงานต่อไปได้ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาภาวะปัญญาอ่อน จึงมิใช่การมุ่งรักษาให้หายจากโรค แต่เพื่อให้ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

ผลกระทบของการมีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาต่อครอบครัว

บุตรคือสิ่งที่บิดามารดาทุกคนมุ่งหวังในการมีชีวิตครอบครัว แต่สำหรับในครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ จะเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ขึ้นมากมาย มีความรุนแรงและเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลาและต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่นบุคลิกภาพของบิดามารดา ทิศนคติต่อชีวิต ระดับสติปัญญาของบิดามารดา ความสามารถในการแก้ปัญหา ลักษณะของโรคสาเหตุและอายุของเด็กที่แสดงอาการ รวมถึงพื้นฐานครอบครัว เช่น ความเชื่อทางศาสนา สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวิธีการที่บิดามารดาได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครู เป็นต้น ซึ่งปัจจัยของครอบครัวเหล่านี้จะมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเชาวน์ปัญญา อารมณ์ และสังคมของเด็กอย่างมาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็ก กับบิดามารดา ในครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มักก่อให้เกิดปัญหา 2 ระยะ คือ (เรื่อนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ และ กัลยา สุตะบุตร, 2536, น. 716-717)

ระยะที่ 1 การเกิดวิกฤตการณ์ทางจิต (Psychological)

ปฏิกิริยาของบิดามารดาประกอบด้วย

1. การปฏิเสธ (Denial) พบได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ บิดามารดาจะปฏิเสธปัญหาและไม่ยอมรับความช่วยเหลือ ทำให้เด็กถูกทอดทิ้ง

2. การกล่าวโทษ (Blame) บิดามารดามีความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อแพทย์ผู้รักษาและบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ

3. ความกลัว (Fear) ส่วนใหญ่บิดามารดามีความรู้เรื่องปัญหาอ่อนน้อยมาก จึงมักกลัวเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและการเกิดซ้ำในลูกคนต่อไป ความรู้สึกของญาติและเพื่อนเด็ก อนาคตของเด็กและปัญหาที่จะเกิดขึ้นในครอบครัว

4. ความรู้สึกผิด (Guilt) บิดามารดาหลายคนคิดว่าลูกพิการเป็นตัวแทนของความผิด จะมีความรู้สึกเจ็บปวดและผิดหวัง มีอาการเศร้าโศก

5. การแยกตัว (Withdrawal) เนื่องจากมีความรู้สึกอายหรือรู้สึกผิด บิดามารดาจะแยกตัวจากเพื่อน ญาติ แพทย์ ครู และงคกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งถ้าอาการนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของบิดามารดา

6. การรังเกียจ (Rejection) ปฏิกริยาที่พบบ่อยที่สุด แบ่งเป็น

6.1 Primary Rejection เป็นผลจากการไม่เปลี่ยนแปลงลักษณะของเด็ก และจากบุคลิกภาพของบิดามารดาเอง

6.2 Secondary Rejection เป็นผลจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น ปัญหาการเป็นภาระของครอบครัว แต่ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุตรมีพฤติกรรมดีขึ้น บิดามารดาจะยอมรับได้เพิ่มขึ้น

7. การทำตรงกันข้าม (Reaction Formation) เพื่อกลบเกลื่อนความรู้สึกจริง ๆ ที่มีต่อเด็ก เช่น แสดงความรักและทะนุถนอมเด็กมากเกินไป ห่วงใยเด็กจนเกินขอบเขต ฯลฯ

การที่บิดามารดายอมรับเด็ก และกล้าที่จะให้เพื่อน ๆ ทราบความจริง คือการยอมรับ (Acceptance) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่บิดามารดาสามารถตัดสินใจได้ ได้แก่ ยอมรับว่าเด็กมีความพิการ ยอมรับเด็กและยอมรับตัวเอง

ปฏิกริยาของบิดามารดาดังกล่าว นอกจากมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของครอบครัวแล้ว ยังมีผลเสียต่อผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาอีกด้วย ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง บิดามารดาถูกความสามารถทำให้เด็กหวาดกลัวต่อเจตคติของบิดามารดา หรือบิดามารดาตั้งความหวังสูงเกินความสามารถของเด็กเมื่อเด็กทำได้ตามที่หวังไว้ บิดามารดาจะเกิดความรู้สึกในทางลบต่อเด็กมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 ปัญหาของครอบครัวที่จะต้องประสบในระยะต่อมา ได้แก่ ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น การให้ความสนใจแก่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ปฏิกริยาของบุคคลรอบตัว กิจกรรมในสังคม ผลกระทบต่อชีวิต การแต่งงานและพี่น้อง การครองชีพ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การอยู่อาศัย ความกังวลต่ออนาคต การมีบุตรคนต่อไป ปัญหาเรื่องโรงเรียนหรือสถานที่ฝึกสอน ผู้ดูแลบุตร บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหลังบิดามารดาเสียชีวิต เป็นต้น

แบรนท์ บริตต้า ไรด์ (Brandt Brita Ryde, 1990, pp. 183-192 อ้างถึงใน ฉลวย จตุกุล และจิรวรรณ รัชชโยธิน, 2539, น. 11) ได้ศึกษามารดาที่ได้รับทราบว่าบุตรเป็นปัญญาอ่อน พบว่า ก่อให้เกิดปฏิกริยาและปัญหาต่าง ๆ แก่มารดาและครอบครัว ได้แก่

1. ช็อก (Shock) หน้าที่ที่มารดาทราบว่าบุตรของตนผิดปกติ เป็นโรคที่รักษาไม่หายจะเกิดอาการตกใจ อยู่นี้มารดาและบิดาไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใด ๆ ทั้งสิ้น จะแสดงอาการวิตกร้องไห้ แยกตัว อายากหนีให้พ้นจากภาวะนี้

2. ไม่เชื่อ หรือปฏิเสธ (Disbelief or Denial) บิดามารดาไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ การปฏิเสธเป็นกลไกการป้องกันตัว ขณะเดียวกันก็จะพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ หรือแพทย์คนอื่น ๆ บางรายแสวงหาการรักษาทางไสยศาสตร์ บางรายไม่ยอมรับการรักษา ย่อมมีผลต่อการพัฒนาการของบุตร

3. กลัวและวิตกกังวล (Fear and Anxiety) มารดากลัวการสูญเสียบุตร วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตร

4. โกรธ (Anger) ความโกรธเป็นทั้งปฏิกิริยาโต้ตอบที่ปกติและผิดปกติ มารดาอาจโกรธแพทย์ โกรธที่ทำไมความผิดปกติจึงเกิดกับบุตรของตน อาจโกรธสามีตนเองที่มีบุตรผิดปกติ บางครั้งทำให้ระบายความโกรธออกมาอย่างไม่เหมาะสม การช่วยเหลือบิดามารดาในระยะนี้ คือ ให้ระบายความโกรธ

5. ต้อรอง (Bargaining) บิดามารดามักจะแสดงออกโดยการต้อรอง เช่น หวังว่าลูกจะสามารถเรียนได้ในโรงเรียนปกติ

6. ซึมเศร้า (Depression) เมื่อพ้นระยะโกรธบิดามารดา อาจจะรู้สึกซึมเศร้าสังเกตได้จากการแยกตัวเอง (Withdrawal) บางรายมีอาการเศร้าโศก (Grief) เศร้าสลด (Mourning) และเสียใจ (Sorrow) ควรช่วยเหลือบิดามารดาให้ระบายความรู้สึกออกมา

ฉนวนย จุติกุล และคณะ (2535, น. 1-6) ได้ศึกษารวบรวมปัญหาในการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาพบว่า ปัญหาหลักที่พบเป็นประจำของบิดามารดาที่มีบุตรเป็น ปัญญาอ่อนมีอยู่ 7 ประการคือ

1. **ปัญหาระหว่างพ่อ-แม่-ลูก (Parent-child Problems)** ได้แก่ การไม่อาจยอมรับการเป็นปัญญาอ่อนของลูก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ และเกิดทัศนคติทางลบต่อตนเองและ คนอื่น ได้แก่ บุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ครอบครัวและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Childs (1985, p. 13 อ้างถึงใน กมลวรรณ ภูวัฒนานนท์, 2536, น. 21-23) ซึ่งได้ศึกษาถึงความรู้สึกและปฏิกิริยาต่าง ๆ ของมารดาที่มีปัญญาอ่อนไว้ว่า

1. รู้สึกผิด (Guilt) ว่าตนเองทำอะไรผิดจึงมีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
2. ปฏิเสธความจริง (Denial) คิดว่าน่าจะมีการผิดพลาด สับเปลี่ยนบุตรของตนกับบุตรคนอื่น แพทย์วินิจฉัยผิด ฯลฯ
3. รู้สึกด้อยคุณค่า (Inferiority) ต่ำด้อย ร่างกายตนเองไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
4. สงสัยในความเชื่อทางศาสนา (Question religions beliefs) ที่ว่า ทำดีได้ดี ทำไมจึงมีบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

5. รู้สึกอาย (Shame) อายคู่สมรสญาติมิตร เพื่อนฝูง และบุคคลทั่วไป ว่าตนเองไม่มีคุณภาพที่ให้งำเนียบบุตรเป็นปัญญาอ่อน
6. รู้สึกสับสน (Confusion) ไม่รู้ว่าจะจัดการกับชีวิตอย่างไร
7. อยากตาย (Death wish) คิดว่าความตายเป็นทางเดียวที่จะหยุดความเศร้าโศกได้
8. ความรู้สึกโกรธ (Anger) โกรธ แพทย์ พยาบาลสามี หรือบุตรที่เกิดมาปัญญาอ่อน
9. กล่าวโทษผู้อื่น (Need to blame others) โทษสามีว่าเป็นสาเหตุให้ลูกปัญญาอ่อน โทษแพทย์ พยาบาล ในแง่ความผิดพลาดของกระบวนการคลอด
10. รู้สึกว่าเหว่ (Loneliness) เนื่องจาก ความอายและความไม่แน่ใจมีปมด้อยว่าบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จะเข้าสังคมเทียมหน้าเทียมตาคนอื่น ได้อย่างไร ยิ่งเป็นบุตรคนแรกไม่เคยมี ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรมาก่อน มารดาบางคนคิดวุ่นวายอยู่คนเดียวไม่ปรึกษาใคร จึงทำให้รู้สึก เหงาหงอย และว่าเหว่ใจ
11. รู้สึกไม่มีใครรักและต้องการ (Unloved) สงสัยในทุกคนว่ายังรัก และต้องการตนหรือไม่ รู้สึกถึงการหย่าร้าง ว่าเป็นความต้องการของสามี
12. รู้สึกอยากฆ่าบุตร (Infanticide) อยากปล่อยให้ลูกตาย ด้วยการไม่ให้นม โยนลงพื้น ไม่ดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย หรือให้กินยาพิษ เพราะคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก ครอบครั้ว และมนุษยชาติ
13. การหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) รู้สึกหมดสิ้นหนทาง ไม่รู้จะเริ่มต้นชีวิตตรงจุดไหน จะจัดการอย่างไรต่อไป จะดูแลรักษา ช่วยเหลือบุตรอย่างไร จะจัดการอย่างไรกับค่าใช้จ่ายที่ตามมา

2. ปัญหาการดูแลผู้เจ็บป่วย (Problem of Caring for Sick Person) ซึ่งหมายถึงการดูแลเลี้ยงดูบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา คือ การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเลี้ยงดูและพัฒนาบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ปัญหาจากการไม่ยอมรับลูกปัญญาอ่อนมีผลกระทบต่อการพัฒนาบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอย่างยิ่ง ฟิตเตอร์สโตน (Featherstone H., 1982 อ้างถึงใน ฉลวย จตุกุล และจิราวรรณ รัชชโยธิน, 2539, น. 13) กล่าวถึงความรู้สึกระหว่างการเลี้ยงดูลูกพิการว่า ความรู้สึก เมื่อแรกรู้ว่าลูกพิการมักจะยังคงอยู่และทำให้ทัศนคติในการเลี้ยงดูถูกเปลี่ยนไป ซึ่งมักออกมาในรูปของเลี้ยงดูลูกด้วยความวิตกกังวล เลี้ยงดูด้วยความคับข้องใจ เลี้ยงดูในลักษณะการปกป้องมากเกินไป และเลี้ยงดูด้วยการไม่ยอมรับและปฏิเสธเด็ก ซึ่งจากการเลี้ยงดูดังกล่าวนี้ มีผลกระทบต่อดูแลเลี้ยงดูและพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาทั้งสิ้น นอกจากนี้ได้มีการศึกษาปัญหาการดูแลเลี้ยงดูบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดย ฉลวย จตุกุล (2533, น. 3) พบว่า สิ่งที่บิดามารดาต้องการความรู้ความเข้าใจในการดูแลเลี้ยงดูบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ได้แก่ วิธีการดูแลเลี้ยงดูที่ถูกต้อง วิธีการปฏิบัติต่อบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา เมื่อบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องหรือทำผิด ต้องการทราบความต้องการของบุตรบกพร่อง

ทางพัฒนาการและสติปัญญา ความรู้เกี่ยวกับภาวะการเป็นปัญญาอ่อนของบุตร ตลอดจนความต้องการ เสริมสร้าง สนับสนุนด้าน กำลังใจ และเป้าหมายในการที่จะเลี้ยงดูบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและ สติปัญญา เป็นต้น และจากข้อมูลสถิติ การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ด้านภาวะ ปัญญาอ่อนปี 2534-2542 ของโรงพยาบาลราชานุกูล พบว่าปัญหาที่ผู้ใช้บริการโทรศัพท์ขอคำปรึกษามา มากที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาเรื่องขอทราบวิธีการดูแลเลี้ยงดู การให้ความช่วยเหลือ และการ ปฏิบัติต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา (กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลราชานุกูล , 2543)

3. ปัญหาด้านการเงิน (Financial Problems) ได้แก่ เงินยังชีพ เงินค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิภาพ สวัสดิการ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในสังคมที่จะ เอื้ออำนวยให้ ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ยังมีการช่วยเหลือน้อย มากและอยู่ในวงจำกัด ตลอดจนการขาดแคลนการให้ความช่วยเหลือและหน่วยงานที่ให้บริการด้าน สวัสดิภาพและสวัสดิการอย่างมาก จากการศึกษาปัญหา และการปฏิบัติตนของผู้ปกครองผู้บกพร่องทาง พัฒนาการและสติปัญญากับการขอรับการวางแผนครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาวัย เจริญพันธุ์ที่มารับบริการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลราชานุกูล โดยวัลย์ลิกา สังข์ทอง และ ฉลวย จตุกุล (2538, น. 26) พบว่า ผู้ปกครอง มีปัญหาด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 46.70

4. ปัญหาด้านการศึกษา (Educational Problems) บิดามารดาจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหา เกี่ยวกับการศึกษาของบุตรบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ซึ่งมีขีดความสามารถ เรียนรู้ได้น้อย หรือเรียนหนังสือไม่ได้และการหาสถานที่ศึกษาสำหรับบุตร เนื่องจาก การจัดบริการด้านการศึกษาแก่ผู้ บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของรัฐยังไม่สามารถจัดการศึกษาให้เด็กพิการได้ทั่วถึง ปัจจุบันปัญหา การขาดบริการด้านการศึกษาสำหรับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จึงเป็นปัญหาอันหนักยิ่ง สำหรับบิดามารดา แม้ว่าในปัจจุบัน ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาจะได้รับสิทธิและโอกาสใน ด้านการศึกษาอย่างเท่าเทียมกับคนปกติตามที่กฎหมายกำหนดก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความ ต้องการทางด้านการศึกษาของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากการขาด ความพร้อมของโรงเรียนในด้านการจัดการเรียนการสอน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ทัศนคติของครู และผู้บริหาร โรงเรียน ฯลฯ ทำให้โรงเรียนสามารถรับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเข้าเรียน ได้ จำนวนจำกัด

5. ปัญหาด้านอาชีพของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา (Occupational Problems) ซึ่งมีขีดความสามารถจำกัดและขาดแคลนศูนย์ฝึกอาชีพและสถานประกอบอาชีพที่เปิดโอกาสให้บุคคล ปัญญาอ่อนได้เข้าไปร่วมฝึกอาชีพหรือประกอบอาชีพด้วย ส่วนใหญ่จะจัดให้เฉพาะบุคคลพิการทั่วไป ยัง ไม่เปิดโอกาสและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้มีโอกาส ฝึกอาชีพและ ประกอบอาชีพเท่าที่ควรจะเป็น จากรายงานวิจัยการติดตามผลการประกอบอาชีพของบุคคล ปัญญาอ่อน โดย ฉลวย จตุกุล และคณะ (2522, น. 8-15) พบว่าร้อยละ 56-70 ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

มีงานทำ แต่ทำอยู่ในหมู่เครือญาติ ลักษณะงานที่ทำไม่ตรงกับวิชาชีพที่ฝึกและรายได้อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ร้อยละ 43.40 มีระดับความรู้ปัญหาอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะประกอบอาชีพได้แต่ยังว่างงานอยู่เนื่องจากไม่สามารถแข่งขันกับผู้อื่นในตลาดแรงงานได้ เนื่องจากผู้ว่าจ้างต้องการผู้ทำงานเก่งที่สุด ดีที่สุด และทำงานได้หลาย ๆ อย่าง ซึ่งผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาไม่สามารถทำหลาย ๆ อย่างได้อีกทั้งยังต้องการการช่วยอุปถัมภ์แนะนำดูแลด้วย จึงเห็นได้ว่าผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ต้องการความช่วยเหลือด้านนี้อย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา สามารถประกอบอาชีพที่เหมาะสมพึ่งพา ตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเช่นคนปกติได้

6. ปัญหาทางกฎหมาย (Legal Problems) ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาไม่สามารถทำนิติกรรมใด ๆ ทางกฎหมายได้ด้วยตนเอง และในขณะที่เดียวกันผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเป็นบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายโดยการถูกขังจูงได้ง่ายตลอดจนถูกหลอกลวงไปก่ออาชญากรรมหรือเป็น โสเภณี, ลักขโมยหรือกระทำการผิดกฎหมายอื่น ๆ ได้ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

ปัจจุบันกฎหมายยังให้ความคุ้มครองต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เช่นกฎหมายที่จะลงโทษบุคคลซึ่งกระทำต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยให้มีมาตรการลงโทษอย่างรุนแรงและกฎหมายเกี่ยวกับการรับราชการทหาร เป็นต้น

7. ปัญหาในวัยต่อของชีวิตของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา (Phase of Life Problems) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาในวัยรุ่น หรือวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาทางเพศและการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ ตลอดจนการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเพศหญิงในวัยมีประจำเดือน เป็นต้น

3. ความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา

3.1 ความหมายของความเครียด มีผู้กล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้ดังนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525:341) ความเครียด คือ อาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลาย เพราะเครื่องเครียดอยู่กับงานจนเกินไป
 อูไร ตั้งอุดมมงคล (2540) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะของจิตใจที่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าไม่ว่าสิ่งเร้านั้นจะเป็นปัจจัยทางด้านกายภาพทางสังคม หรือจากอารมณ์ความต้องการซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจ และทำให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสภาวะของร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นขาดความสมดุล

กรมสุขภาพจิต (2541) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าเขาถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ กังวลสับสน วิตกกังวล เกิดความไม่สมดุล ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการดึงกลไก

การป้องกันตนเองมาใช้ เพื่อทำความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลงและกลับเข้าสู่สมดุลอีกครั้งหนึ่ง

มณีรัตน์ สุรวงศ์สิน (2542 : 25) ให้ความหมายว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะหรืออาการทางร่างกายหรือจิตใจที่แสดงถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งอาจจะออกมาในรูปของการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น เสร้า โกรธ กระสับกระส่าย คับข้องใจ รูปของปฏิกิริยาทางพฤติกรรม เช่น การทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดสมาธิ หลงลืม ทำงานได้น้อยลง ในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง และสุดท้ายคือการตอบสนองในระดับความคิด เช่น ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือแม้แต่ว่าจะถึงฆ่าตัวตายได้

มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ (2544) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นเรื่องของร่างกาย จิตใจ ที่เกิดการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัส เกิดกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

มหาวิทยาลัยมหิดล (2551) กล่าวถึงความเครียดว่า ความเครียดก็คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย นั่นเอง ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวต่างๆไป มีการศึกษาพบว่าทุกครั้งที่เราคิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้นจะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่งในร่างกายเกิดขึ้นควบ คู่เสมอ

สรุป ความเครียด คือ สภาวะทางร่างกายและจิตใจเมื่อประสบสถานการณ์ที่คุกคามให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ เป็นสิ่งเร้าทางด้านอารมณ์ จิตใจของบุคคลนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นสำคัญ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีวิธีการจัดการหรือความสามารถในการเผชิญสถานการณ์นั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ บุคลิกภาพและการปรับตัวของแต่ละบุคคล

ปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดใน 4 ทางด้วยกัน ได้แก่ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต,2546)

1. การตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้ เมื่อคนเรารู้สึกว่าถูกคุกคามตกอยู่ในภาวะ เครียดจะมีกลไกการป้องกันตนเองเพื่อลดหรือขจัดสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น โดยทั่วไปการตอบสนองทางความนึกคิดและการรับรู้

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 การหนีและเลี่ยง เป็นกลไกการป้องกันตนเองที่พบในคนส่วนใหญ่ โดยการที่บุคคลจะนึกคิดหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในลักษณะของการเข้าข้างตนเอง การรับรู้บิดเบือนหรือ การปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นนั้นไม่สอดคล้องกับโครงสร้าง “ตน” หรือไม่ เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ กระบวนการนึกคิดและการรับรู้เหล่านี้เป็นความพยายามที่จะ

จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าการอันตรายหรือการควบคุมต่อจิตใจนั้นลดลง หรือหมดไปขณะเดียวกันบุคคลอาจจะรู้สึกขัดแย้งต่อการที่เขาตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของเขากับความพยายามที่จะคะเนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นการตีความผิดพลาด การหนี และเลี่ยงจากความจริง โดยการรับรู้ที่บิด เบือน สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการนึกคิด และการรับรู้เสียไปของบุคคล

1.2 การยอมรับและการเผชิญกับภาวะความเครียด บุคคลพยายามหนีทบทวนถึงที่มาของความเครียด พยายามใช้ความคิดเพื่อค้นหาวิธีการที่จะนำมาแก้ไขสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดภาวะเครียด รวมทั้งเพิ่มความอดทนและความเข้มแข็ง การยอมรับและการเผชิญกับภาวะความเครียดจึงมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด และการแก้ไขหรือสร้างตัวเราเองให้มีความเข้มแข็ง และแข็งแกร่งขึ้น เพื่อที่จะเผชิญกับภาวะความเครียดได้มากขึ้น

1.3 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ในยามที่เราไม่สามารถจะหนีจากภาวะความเครียดหรือไม่สามารถจะแก้ไขภาวะความเครียดได้ เราต้องใช้วิธีการใหม่ คือ เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดด้วยกลวิธีต่างๆ เช่น การพักผ่อน การแสวงหากคนช่วยเหลือ เป็นต้น

2. การตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึก ในคนที่มีความเครียด อารมณ์และความรู้สึกจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น อารมณ์ที่เกิดภาวะของความกดดัน ความบีบคั้น กระสับกระส่าย คับข้องใจ หรือรู้สึกกลัว โกรธซึมเศร้า เสียใจ และรู้สึกผิดเกิดขึ้น เมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้นก็มักเกิดอาการอันต่อเนื่องกับความวิตกกังวลไปด้วยอาการเหล่านี้ประกอบไปด้วยความวิตกกังวลในลักษณะรุนแรง (nervous anxiety) นอนหลับยาก หงุดหงิดมีอาการชาตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กระวนกระวายเจ็บ หรือ ปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่งในร่างกายและกลัวในสิ่งที่มองไม่ชัดหรือลักษณะคลุมเครือ ขณะเดียวกันเมื่อเกิดการซึมเศร้าก็จะมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นด้วย ได้แก่ มีปัญหาในการนอน เบื่ออาหาร หงุดหงิด กระวนกระวาย เจ็บหรือปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่งในร่างกาย และกลัวในสิ่งที่มองได้ไม่ชัด หรือมีลักษณะคลุมเครือ

3. การตอบสนองทางพฤติกรรม การตอบสนองทางพฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อมหรือถอยหนีพฤติกรรมอาจแสดงออกมาทาง สีหน้าท่าทาง มีอาการสั่นเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ บางขณะจะมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปชั่วคราว หรือเป็นระยะเวลาสั้นๆ เช่น การตอบสนองทางอารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ได้แก่ อาการกระตุก ที่เกิดจากความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างรุนแรง พุดติดอ้าง พุดเกินความเป็นจริงที่เกิดขึ้น พุดไม่หยุด หรือการเปลี่ยนแปลงความประพฤติได้แก่ การมีพฤติกรรมเพียรพยายามมากขึ้น สามารถจดจ่อในการกระทำสิ่งต่างๆ ในช่วงเวลาที่นานขึ้น หรือเป็นไปในทิศทางที่ตรงกันข้าม คือ ทำงานได้น้อยลง มีความผิดพลาดมากขึ้น ขาดสมาธิหลงลืม การมีความประพฤติก้าวร้าว มี พฤติกรรมหลีกเลี่ยงหนีจากสภาพการณ์ที่อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ปลีกตัวจากสังคม เป็นต้น

4. การตอบสนองทางสรีระ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติเช่น การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ต่อมเหงื่อ และการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนออกมาหลายชนิด เพื่อการปรับตัวของร่างกาย ขณะที่คนเรารู้สึกเครียดการตอบสนองดังกล่าวนี้อาจจะเกิดขึ้นเฉพาะกับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งหรือเกิดขึ้นกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป

พฤติกรรมเผชิญความเครียด (Coping Behavior)

กรมสุขภาพจิต (2544) กล่าวว่า การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลพยายามระงับ แบ่งเบา หรือขจัด ความเครียด หรือสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งอาจจะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือแอบแฝงก็ได้ หรืออีกนัยหนึ่งเป็นความพยายามที่จะเผชิญกับสภาวะที่มาคุกคามต่อชีวิต รูปแบบกระบวนการเผชิญความเครียดประกอบ ด้วย 2 ส่วนคือ

1. การแก้ปัญหา
2. การควบคุมอารมณ์

พฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยการแก้ปัญหาก็จะเกี่ยวข้องกับการคิดพิจารณาหาแนวทางแก้ไขสภาวะที่สร้างความยุ่งยากให้ลุล่วงไป ส่วนการควบคุมอารมณ์นั้นจะเป็นการปรับตัวโดยการกระทำการพูดเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นแต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงภาวะนั้นๆ คนทั่วไปจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 2 ส่วน ประสิทธิภาพจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ

ดังนี้คือ

1. สุขภาพ กำลังความสามารถและกำลังใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และมองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย อ่อนเพลีย ท้อแท้หมดหวัง
2. ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาทั้งในระดับที่เป็นเรื่องง่ายและเรื่องที่ยาก มีความซับซ้อน จะเป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาอื่นๆ ได้อย่างดีและแก้ไขปัญหานั้นได้ผล
3. ระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลจากครอบครัวหรือสังคมในการเผชิญกับความเครียดของบุคคลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งมีผลทำให้การเผชิญความเครียด เป็นไปได้ดี
4. แหล่งอำนวยความสะดวกสบาย ได้แก่ เงินตรา อุปกรณ์ สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตต่างๆ บุคคลที่มีความเป็นอยู่สบาย ย่อมจะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแคลนปัจจัย ที่จำเป็น
5. ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิดทำให้สามารถที่จะควบคุม เอาชนะต่อสิ่งคุกคามบางอย่างได้ เช่น ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้า ฯลฯ พฤติกรรมเผชิญความเครียด และการปรับตัวเป็นการตอบสนองจากแรงผลักดันภายในจิตใจต่อสังคม สิ่งแวดล้อมภายนอก คนที่สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีจะรู้สึกว่าตนเองไม่เกิดความยุ่งยากใด ๆ และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ดี

ความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงลูก (ศิริพร สุวรรณทศ, 2541)

พ่อแม่หลายคนเลี้ยงลูกแล้วเหนื่อย เครียด ผิดหวัง เนื่องจากออกคำสั่งให้ลูกปฏิบัติแล้วลูกไม่ปฏิบัติตามที่ตั้ง มองว่า ลูกคือ ต่อต้าน แท้จริงพ่อแม่ไปคาดหวังว่าลูกจะต้องกระทำตามที่สั่ง บางครั้ง บางจังหวะการสั่งให้เด็กไปปฏิบัติตามที่ตั้งนั้น ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เช่น กำลังดูโทรทัศน์ในเรื่องที่ต่อเนื่อง พ่อแม่จะสั่งให้เด็กไปอาบน้ำ ในจังหวะเช่นนี้ไม่เป็นการง่ายหรือคำสั่งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จเกิดขึ้น และหลายครั้งพ่อแม่จะเกิดภาวะเครียด โมโห โกรธ บ่น คว้า ลงโทษ บางครั้งพาลโทษคู่สมรสว่าไม่ช่วยดูแลลูก

ในภาวะเครียดที่เกิดขึ้นพ่อแม่ควรพิจารณาที่ตนเองก่อนว่าตนเองคาดหวังให้ลูกต้องปฏิบัติตามที่เราสั่งใช้หรือไม่ ควรลดความคาดหวังลง พิจารณาความเป็นไปได้ เมื่อยังไม่สำเร็จ ขอให้คู่สมรสช่วยดูแลแทน และตนเองควรออกไปจากสถานการณ์นั้นชั่วคราว เมื่อยังไม่สำเร็จ ควรลงกระทำในกิจกรรมร่วมกับลูกด้วยท่าทีที่มั่นคงและจริงจัง

ความเครียดจากการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา (ศิริรัตน์ นาคทองแก้ว, 2544)

เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆอย่างในขณะเดียวกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะเช่นนี้ ผู้ดูแลต้องการเวลา ต้องการการสนับสนุนทางสังคม หากปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าภาระที่กำลังเผชิญอยู่เกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโห ง่าย เข้าอารมณ์ จะทำให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลายๆคน ทำให้ผู้ดูแลสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ นอกจากนี้ยังอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท อันเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลให้ประสบความสำเร็จ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการบางประการ ดังนี้

1. ต้องการเวลาเป็นของตนเองบ้าง เพื่อทำกิจกรรมส่วนตัวและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม หรือต้องการเวลาเพื่อผ่อนคลายและเวลาในการปฏิบัติบทบาทอื่นๆด้วย
2. ต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วทันทีที่เกิดปัญหา
3. ต้องการบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจ เพื่อรับฟังและช่วยปรับอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ให้ดีขึ้นหรือหมดไป
4. ต้องการแรงจูงใจที่ดี และต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว แรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแล

เกิดความตระหนัก และให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สามารถยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นได้

5. ต้องการให้เครือข่ายทางสังคม คือ สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นของตนเองมากขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระ นอกจากนั้นเครือข่ายทางสังคมยังสามารถให้การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจด้วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์เพ็ญ ธัชสินพงษ์ (2548) ศึกษาโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน ผลการดำเนินงานพบว่า เจริญประมาณ 1. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนได้รับการสำรวจภาวะสุขภาพจิต จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.67 พบว่ามีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 รายคิดเป็นร้อยละ 20 2. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.72 3. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการให้การปรึกษาปัญหาเป็นรายบุคคล (Individual counseling) จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.72 4. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education Group) จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.72 5. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน (Mental Retardation's parent-Empowerment) จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.58 6. มีเอกสาร รายงานสรุปผลโครงการ คู่มือการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม คู่มือการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนและเอกสาร 108 ถาม-ตอบที่ผู้ดูแลเด็กพิเศษควรรู้ 1 เล่ม

เชิงคุณภาพ 1. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนสามารถระบุปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหของตนเองได้ 2. ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนมีความตระหนักต่อการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองมากขึ้น

จากงานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตพบได้ในครอบครัวและเด็กกลุ่มนี้ และชี้ให้เห็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นด้วย

จิรภัทร เปลื้องนุช (2545) ศึกษา ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลโดยทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม รองมาคือ ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูเด็ก ความสามารถในการปฏิบัติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กและระดับการศึกษาของผู้ดูแล ซึ่งรวมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลได้ 60 เปอร์เซ็นต์

มัจฉรี โอสถานนท์ (2546) ศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่บุคคลปัญญาอ่อน โดยมี การดำเนินการออกเป็น 3 ระยะต่อเนื่อง 3 ปี ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างความตระหนักและการยอมรับบทบาท หน้าที่ของครอบครัวต่อการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน ด้วยวิธีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง จัดสัมมนา ครอบครัวเข้มแข็งจัดประชุมกลุ่มผู้ปกครอง ผลที่ได้รับคือผู้ปกครองยอมรับบทบาทหน้าที่ มีการรวมกลุ่ม ตั้งเป็นชมรมผู้ปกครอง ระยะที่ 2 ส่งเสริมให้ครอบครัวดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยจัดกิจกรรมสัมมนา ค่ายครอบครัวเข้มแข็งปีที่ 2 ผลที่ได้รับคือ ชมรมผู้ปกครองมีกิจกรรมย่อยเพื่อการดูแลตนเองหลากหลาย กิจกรรม ระยะที่ 3 ครอบครัวเข้มแข็ง โดยการจัดสัมมนาค่ายครอบครัวเข้มแข็งครั้งที่ 2 ผลที่ได้รับคือ ชมรม ผู้ปกครองสามารถจัดกิจกรรมหาทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายด้วยการจัดกิจกรรมดนตรีในสวน และเปิดบ้าน ร่วมโพธิ์ เพื่อใช้เป็นสถานที่ที่ให้การดูแลบุคคลปัญญาอ่อนด้วยตนเอง

มณีรัตน์ สุรวงษ์สิน (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อน พบว่า ระดับ คุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางร้อยละ 52.8 รองลง มามี คุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 30.1 คุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนแยกตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมโดยส่วน ใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1, 57.6, 69.7 และ 78.6 ตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 79.9 และพบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความคิดทำร้าย ตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว สัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิต

ลวันรัตน์ วิริยะประสาท (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาระการดูแล กับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า (1) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ภาระการดูแลระดับปานกลาง กิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระมาก 5 อันดับแรก คือ การสรรหาเงินค่าใช้จ่าย การทำงานเพิ่มรายได้ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลกิจวัตรประจำวันและการ ร่วมเดินทางไปกับเด็ก (2) ผู้ดูแลรับรู้ความผาสุกโดยทั่วไประดับทุกข์โศกรุนแรงมากร้อยละ 46.2

วณินทร์ โรหิตสุข และคณะ (2542) ศึกษาเรื่อง ครอบครัวบำบัด : มุมมองของทีมผู้รักษาและ สมาชิกในครอบครัวต่อปัญหาครอบครัว พบว่า ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อม ของครอบครัวก่อนการรักษาแบบครอบครัวบำบัดเป็นสิ่งที่จำเป็น ความหลากหลายของมุมมองปัญหา ครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เป็นการย้ำเตือนให้ทีมผู้รักษาเห็นความสำคัญของการ ได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่นในครอบครัวเพื่อความเข้าใจปัญหาและหาทางช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ปัญหา สุขภาพจิตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัว ดังนั้นการเสริมสร้าง ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

วัลลีย์ กนกวิจิตร และคณะ (2534) ศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เพื่อศึกษา

ความแตกต่างของพฤติกรรมในผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาด้วยกลุ่มครอบครัวบำบัดกลุ่ม ตัวอย่างได้แก่ ญาติ 8 ราย และผู้ป่วยหญิง 8 ราย ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้ากับกลุ่มครอบครัวบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชมีการยอมรับตนเองมากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การตามใจตนเอง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หลังเข้ากับกลุ่มครอบครัวบำบัดญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ยอมรับผู้ป่วยและสงสารผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ยอมรับว่าการป่วยทางจิตเวชมีความสำคัญเท่ากับการป่วยทางกาย ซึ่งควรได้รับการดูแลเท่า ๆ กัน นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า การรักษาด้วยกลุ่มครอบครัวบำบัดนั้นได้รับประโยชน์มากกว่าที่เขาคาดหวังไว้ ทำให้รู้ว่ามีปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้เกิดกับครอบครัวเขา เท่านั้นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาด้วยกลุ่มครอบครัวบำบัด

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต (2546) ศึกษาความเครียดของคนไทยในปี 2546 พบว่า คนไทยมีความเครียดจากปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 34.2 ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่มีต่อแม่-พ่อ ต่อสามี/ภรรยา การมีญาติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และความสัมพันธ์กับญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ศิริรัตน์ คุณิวิฑูฒิ (2541) ศึกษา กลุ่มอาการไฮเปอร์เวนติเลชัน และครอบครัวบำบัด โดยวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยกลุ่มอาการไฮเปอร์เวนติเลชันที่เกิดจากความเครียด 1 ราย พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบครอบครัวบำบัด มีอาการดีขึ้นมากและหายเป็นปกติโดยไม่ต้องกินยาใดๆ และสามารถกลับไปเรียนหนังสือได้ตามปกติ ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและช่วยจัดการแก้ไขได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อลิสรา วัชรสินธุ (2538) ศึกษา ผู้ป่วยวัยรุ่นในคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อประเมินการให้บริการที่ทำอยู่ในปัจจุบันและเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการให้บริการพิเศษ ผลของการเปรียบเทียบของกลุ่มวัยรุ่นที่ส่งมาโดยแพทย์และกลุ่มที่ผู้ปกครองมาปรึกษาด้วยตนเองพบว่า ผู้ปกครองมักมาปรึกษาด้วยสาเหตุปัญหาพฤติกรรม ขณะที่แพทย์มักส่งต่อวัยรุ่นที่มีอาการทางกาย ในกลุ่มวัยรุ่นที่ผู้ปกครองเป็นผู้มาพบเอง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความประพฤติดีผิดปกติ ความผิดปกติแบบสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และการคิดสารเสพคิดมากกว่ากลุ่มที่แพทย์ส่ง กลุ่มที่แพทย์ส่งได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะปัญญาอ่อน, ออทิสติก และปัญหาการเรียนมากกว่า ครอบครัวของวัยรุ่นที่มาปรึกษามีการปรับตัวและทำหน้าที่ได้ดีเพียงร้อยละ 19.7 การรักษาช่วยเหลือที่ทำมากที่สุด คือ จิตบำบัดตัวต่อตัวร่วมกับครอบครัวบำบัด ผลการศึกษานี้แสดงถึงข้อมูลพื้นฐานของวัยรุ่นที่มาปรึกษาในคลินิกจิตเวชเด็ก ซึ่งสามารถใช้เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการ หรือจัดบริการพิเศษสำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นและข้อมูลจากชุมชน นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สามารถช่วยชี้แนวทางการให้การศึกษและการวิจัยเพิ่มเติม รวมทั้งเสนอแนะรูปแบบของการบริการเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาที่ดีและมีประสิทธิภาพ

Tammi Reynolds (<http://resources.atcmhmr.com/poc>, มปค.) ศึกษา ภาวะปัญญาอ่อน :
 ครอบครัวบำบัดและกลุ่มสนับสนุนทางใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองและผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ
 ภาวะบกพร่อง จะเริ่มมีความสามารถในการเข้าใจและดูแลภาวะความเครียดของตนเองได้ดีขึ้น จากการ
 เรียนรู้และมีประสิทธิภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการสร้างความรักแก่ตนเองและ
 ผู้อื่น ส่วนการบำบัดจะช่วยในการทำงานเชื่อมประสานด้านอารมณ์ในการดำรงอยู่กับภาวะบกพร่องทาง
 สติปัญญาที่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวหลายคนมักรู้สึกแตกต่างจากครอบครัวอื่นหรือเพื่อนคนอื่นที่
 ไม่ได้อยู่ในครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กปัญญาอ่อน ในบางกรณีจะต้องช่วยครอบครัวในการรวมกลุ่ม
 สนับสนุนทางใจ ซึ่งจะช่วยให้มีสัมพันธภาพกับชุมชนได้

Upadhyay, G.R.และคณะ(2007) ศึกษาเรื่อง ความเครียดระหว่างครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวของเด็ก
 บกพร่องทางสติปัญญา พบว่า ครอบครัวมีความเครียดและการสนับสนุนจากรอบข้างมีผลเป็นอย่างยิ่งใน
 การลดความเครียด ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมักขาดการสนับสนุนคุ้มครอง การศึกษาเปรียบเทียบระดับ
 ความเครียดระหว่างครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวและครอบครัวที่มีทั้งบิดามารดาดูแลโดยใช้แบบประเมิน stress
 and coping in families having retarded children (FISC-MR) ในการประเมินความเครียด ผลการศึกษา
 แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีความเครียดสูงด้านอารมณ์และสังคมเมื่อเปรียบเทียบกับด้านการ
 ดูแลและเศรษฐกิจ สำหรับพ่อและแม่เลี้ยงเดี่ยวมีระดับการดูแลคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันในด้านสังคม
 อารมณ์ เศรษฐกิจและความเครียดโดยรวม ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีระดับความเครียดสูงกว่าครอบครัวที่ทั้ง
 พ่อและแม่ในทุกด้าน

จากการศึกษางานวิจัยชี้ให้เห็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในกลุ่มเด็กที่มีความ
 บกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัว รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการครอบครัวบำบัด ซึ่ง
 เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการเสริมแรงทางจิตใจ โดยอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม
 หลังจากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัวได้รับการเสริมแรงผ่านกิจกรรมครอบครัว
 บำบัดแล้ว งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่ามีการดูแลตนเองดีขึ้น และมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและภาวะความ
 ไม่สมดุลในครอบครัวลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ (One Group Pretest Posttest Design) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์ ในบทนี้ผู้วิจัยได้เสนอขั้นตอนการวิจัย โดยมีเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างเครื่องมือในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่ผ่านการคัดกรองความเครียดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (26 คะแนน) และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัด สถาบันราชานุกูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางขึ้นไป (26 คะแนน) จากการวัดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน ปี 2553 มีเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูลตามนัดทุกครั้งจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมทุกคน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยถามเกี่ยวกับรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- ชื่อ-สกุลผู้ป่วยและผู้ปกครอง
- อายุ
- ศาสนา
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- ความสัมพันธ์กับเด็ก
- การดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยสร้างข้อคำถามจากเป้าหมายหลักของโปรแกรมครอบครัวบำบัด ได้แก่

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – esteem)
2. ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง (Making choice)
3. ความสามารถในการรับผิดชอบ และยอมรับชีวิตตนเอง (Responsible)
4. ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน (Congruent)

ชุดที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต เพื่อคัดกรองบุคคลที่มีความเครียดในสถานการณ์ทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับเนื้อหา เทคนิค และประโยชน์ของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีส่วนของข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิดให้เขียนตอบเพิ่มเติม

วิธีสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย คือแบบสอบถามและแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. การสร้างแบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา

1.1 ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับสาระสำคัญในเรื่อง การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา โดยโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ จากเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม

1.2 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสอบถาม แล้วสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง ความสามารถในการรับผิชอบและยอมรับชีวิตตนเอง และความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน (Congruent) เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

1.3 นำแบบสอบถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่

1. แพทย์หญิงเรณูแก้ว กนกพงษ์ศักดิ์ สถาบันราชานุกูล
2. นางสาวชนิสรา เวชวิรุพห์ สถาบันราชานุกูล
3. นางทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ ข้าราชการบำนาญ
4. รศ.ระพีพรรณ คำหอม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. รศ.กิตติยา นรามาศ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จากนั้นนำผลจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญไปทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับโครงสร้างหลักของเนื้อหา โดยกำหนดให้ค่าคะแนนดังนี้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามที่กำหนดในแต่ละด้าน ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามที่กำหนดในแต่ละด้าน และ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามที่กำหนดในแต่ละด้าน

1.4 เมื่อได้ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปมาใช้ สำหรับข้อคำถามบางข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.5 นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามวิธีของCronbach ซึ่งผลการคำนวณปรากฏว่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .896

1.6 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้วนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

2. การนำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต มาใช้ โดยจากการศึกษาเอกสาร เรื่อง รายงานการวิจัย การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์ (2542) พบว่ามีค่าความไวเท่ากับ 70.4 ค่าความจำเพาะ 64.6 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.86 และนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. การสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์

3.1. ประชุมในทีมคณะวิจัยเพื่อวิเคราะห์และเลือกแบบสอบถามความคิดเห็นที่จะนำมาใช้ในการวิจัย ที่มีความเหมาะสมและบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านเนื้อหา
2. ด้านเทคนิค
3. ด้านประโยชน์

แบ่งระดับความคิดเห็นโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

| | | |
|-------|---|------------------------------|
| ระดับ | 5 | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| ระดับ | 4 | หมายถึง เห็นด้วย |
| ระดับ | 3 | หมายถึง ไม่แน่ใจ |
| ระดับ | 2 | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| ระดับ | 1 | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

3.2. วิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถามความคิดเห็น โดยใช้หลัก IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย 2 ท่าน

3.3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้วนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต หากอยู่ในระดับเครียดปานกลาง (26 คะแนน) คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาโดยใช้แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
3. ดำเนินการตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยมีกระบวนการทั้งสิ้น 10 ขั้นตอน ให้บริการครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จำนวนการนัดหมายสูงสุด 2 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง

จำนวนการนัดหมายเข้าโปรแกรมขึ้นอยู่กับบริบทด้านบุคคลและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมระหว่างการดำเนินโปรแกรม

4. ประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา โดยใช้แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา และประเมินความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิตหลังสิ้นสุดเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
5. ประเมินโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์หลังสิ้นสุดการเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา

1. ข้อมูลแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยถามเกี่ยวกับ ราย

ละเอียดกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ชื่อ-สกุลผู้ป่วยและผู้ปกครอง อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาโดยการหาค่าความถี่และค่าร้อยละ

2. แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

2.1. หาค่าความถี่และร้อยละเป็นรายชื่อ โดยได้กำหนดระดับการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา 5 ระดับ และกำหนดระดับคะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,4,6,7,9,10,11,14,16,17,18,19,20,22,23,24,25 ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง ตรงความเป็นจริงมากที่สุด
- 4 หมายถึง ตรงความเป็นจริงมาก
- 3 หมายถึง ตรงความเป็นจริงปานกลาง
- 2 หมายถึง ตรงความเป็นจริงน้อย
- 1 หมายถึง ตรงความเป็นจริงน้อยที่สุด

กำหนดระดับคะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2,5,8,12,13,15,21 ดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง ตรงความเป็นจริงมากที่สุด
- 2 หมายถึง ตรงความเป็นจริงมาก
- 3 หมายถึง ตรงความเป็นจริงปานกลาง
- 4 หมายถึง ตรงความเป็นจริงน้อย
- 5 หมายถึง ตรงความเป็นจริงน้อยที่สุด

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์สัมบูรณ์(Absolute Criteria) โดยแบ่งคะแนนเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.24-5.00 หมายถึง การดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับเป็นจริงมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.43-4.23 หมายถึง การดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับเป็นจริงมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.62-3.42 หมายถึง การดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับเป็นจริงปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.61 หมายถึง การดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับเป็นจริงน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1-1.8 หมายถึง การดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อคำถามแบ่งออกตามตัวแปรตามในกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้

- 1.ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – esteem) ข้อคำถามที่ 1- 6
- 2.ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง (Making choice) ข้อคำถามที่ 7-13
- 3.ความสามารถในการรับผิดชอบ และยอมรับชีวิตตนเอง (Responsible) ข้อคำถามที่ 14-18
- 4.ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน (Congruent) ข้อคำถามที่ 19-25

ชุดที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต

หาค่าความถี่และร้อยละเป็นรายข้อ โดยได้กำหนดระดับการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ โดยอ้างอิงจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2542:64-65)

- 0-5 คะแนนแสดงว่า ผู้ตอบไม่จริงจัง ไม่แน่ใจคำถาม
- 6-17 คะแนนแสดงว่า ปกติ/ไม่เครียด
- 18-25 คะแนนแสดงว่า เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
- 26-29 คะแนนแสดงว่า เครียดปานกลาง
- 30 ขึ้นไป คะแนนแสดงว่า เครียดมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ และบรรยายข้อเสนอนะ

แบ่งคะแนนเป็นช่วงๆ แต่ละช่วงมีความหมาย ดังนี้

| | | |
|-----------------------|--------------|-------------------------|
| คะแนนมากกว่า 0.5-1.49 | ความเห็นด้วย | /พึงพอใจระดับน้อยที่สุด |
| คะแนนมากกว่า 1.5-2.49 | ความเห็นด้วย | /พึงพอใจระดับน้อย |
| คะแนนมากกว่า 2.5-3.49 | ความเห็นด้วย | /พึงพอใจระดับปานกลาง |
| คะแนนมากกว่า 3.5-4.49 | ความเห็นด้วย | /พึงพอใจระดับมาก |
| คะแนนมากกว่า 4.5-5.00 | ความเห็นด้วย | /พึงพอใจระดับมากที่สุด |

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.1 หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้สูตร (อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

| | | | |
|-------|----------|-----|---|
| เมื่อ | IC | แทน | ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็น หลักของเนื้อหา |
| | $\sum R$ | แทน | ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ |
| | N | แทน | จำนวนผู้เชี่ยวชาญ |

หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) จากสูตรของ ครอนบาค (Cronbach, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

| | | | |
|-------|--------------|-----|--------------------------------------|
| เมื่อ | α | แทน | ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ |
| | n | แทน | จำนวนข้อของแบบสอบถาม |
| | $\sum S_i^2$ | แทน | ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ |
| | S^2 | แทน | ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ |

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าความถี่ (Frequency) ค่าความถี่และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

2.2 ค่าร้อยละ (Percentage)

$$\text{ร้อยละของรายการใด} = \frac{\text{ความถี่ของรายการนั้น}}{\text{ความถี่รวม}} \times 100$$

2.3 ค่าเฉลี่ยใช้สูตรดังนี้ (อ้างในล้วน สายยศ 2536 : 273)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N คือ จำนวนตัวอย่าง

2.4 การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตรดังนี้ (อ้างในล้วน สายยศ 2536 : 273)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X คือ คะแนนดิบ

N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 การใช้สถิติเปรียบเทียบแบบ Parametric Paired T- test โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลว่าปกติตามข้อตกลงของการใช้ T-test โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ปกครองและผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และเสนอผลเป็นภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ 2) เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์ โดยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของ ผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวแซทเทียร์

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทาง
พัฒนาการและสติปัญญา**

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมดจำนวน 15 คน โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (n=15) | ร้อยละ |
|-----------------------|--------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 2 | 13.3 |
| หญิง | 13 | 86.7 |
| อายุ | | |
| 21-30 ปี | 2 | 13.3 |
| 31-40 ปี | 7 | 46.7 |
| 41-50 ปี | 3 | 20.0 |
| สูงกว่า 61 | 3 | 20.0 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 14 | 93.3 |
| คริสต์ | 1 | 6.7 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 2 | 13.3 |
| คู่ | 9 | 60.0 |
| หย่า | 3 | 20.0 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 6.7 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 1 | 6.7 |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 2 | 13.3 |
| มัธยมศึกษา/ ปวช. | 4 | 26.7 |
| อนุปริญญา /ปวส. | 2 | 13.3 |
| ปริญญาตรี | 6 | 40.0 |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (n=15) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|--------------|--------|
| อาชีพ | | |
| ว่างงาน | 1 | 6.7 |
| ไม่ได้ทำงาน(เลี้ยงดูบุตร) | 4 | 26.7 |
| รับจ้าง | 3 | 20.0 |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 2 | 13.3 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 5 | 33.3 |
| รายได้ | | |
| ไม่มีรายได้ | 3 | 20.0 |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 3 | 20.0 |
| 5,001-10,000บาท | 2 | 13.3 |
| 10,001-15,000 บาท | 1 | 6.7 |
| 15, 001-20,000บาท | 1 | 6.7 |
| 20,001 บาทขึ้นไป | 5 | 33.3 |
| ความสัมพันธ์กับเด็ก | | |
| บิดา | 1 | 6.7 |
| มารดา | 10 | 66.7 |
| ญาติ | 4 | 26.7 |
| การดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา | | |
| ผู้ดูแลหลัก | 12 | 80.0 |
| ผู้ดูแลรอง | 3 | 20.0 |

จากตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศชายเพียง 2 คน ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมา เป็นช่วง 41-50 ปีและสูงกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 นับถือศาสนาคริสต์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นหย่าร้าง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน (เลี้ยงดูบุตร) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ด้านรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ญาติ คิดเป็นร้อยละ 26.7 เกือบทั้งหมดเป็นผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 เป็นผู้ดูแลรองจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

| ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|---------------------------|---------------------------|------|---------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 3.17 | .614 | ปานกลาง | -2.505 | .013 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 3.51 | .486 | มาก | | |

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.17 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .614 อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.51 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .486 คะแนนมีค่าอยู่ในระดับมาก และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรมด้านความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง

| ความสามารถในการเลือกและ ตัดสินใจด้วยตนเอง | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|--|---------------------------|------|---------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 3.04 | .644 | ปานกลาง | -2.314 | .018 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 3.22 | .578 | ปานกลาง | | |

จากตารางที่ 3 การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรม ด้าน ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า ก่อนเข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.04 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .644 อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .578 อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่มีคะแนนสูงกว่าเดิม และพบว่าความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรมด้านความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเอง

| ความสามารถในการรับผิดชอบ และยอมรับชีวิตตนเอง | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|---|---------------------------|------|---------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 3.19 | .587 | ปานกลาง | -3.444 | .002 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 3.68 | .458 | มาก | | |

จากตารางที่ 4 การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรม ด้าน ความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเอง พบว่า ก่อนเข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.19 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .587 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.68 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .458 อยู่ในระดับมาก และพบว่าความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเองของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรมด้านความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน

| ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|------------------------------|---------------------------|------|---------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 3.14 | .485 | ปานกลาง | -3.034 | .004 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 3.45 | .370 | มาก | | |

จากตารางที่ 5 การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรม ด้านความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน พบว่า ก่อน เข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.14 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .485 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.45 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .370 อยู่ในระดับมาก และพบว่าความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืนของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรมทุกด้าน

| การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|--|---------------------------|------|---------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 3.13 | .511 | ปานกลาง | -3.766 | .001 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 3.46 | .380 | มาก | | |

จากตารางที่ 6 การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรมทุกด้าน พบว่า ก่อน เข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.13 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .511 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.46 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .380 คะแนน อยู่ในระดับมาก และพบว่า การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลัง เข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วย
ตนเอง ก่อนและหลังเข้ารับ โปรแกรม

| ความเครียดของผู้ปกครอง | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | |
|------------------------|---------------------------|------|---------------------|--------|------|
| | Mean | S.D. | ระดับ | t | Sig. |
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 30 | 7.25 | มาก | -3.766 | .000 |
| หลังเข้าโปรแกรม | 18 | 8.26 | สูงกว่าปกติเล็กน้อย | | |

จากตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินและ
วิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม พบว่า ก่อน เข้ารับโปรแกรมครอบครัว
บำบัดแนวเซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 30 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.25 คะแนน ความเครียด
อยู่ในระดับมาก หลังเข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 18 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ
8.26 ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย และพบว่าระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่อง
ทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัว บำบัดตามแนวเซทเทียร์

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของผู้ปกครองของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัว
บำบัดตามแนวเซทเทียร์

| ความคิดเห็น | Mean | S.D | ระดับ |
|---|------|------|-----------|
| 1.เนื้อหาของโปรแกรมเข้าใจง่าย | 4.00 | .535 | มาก |
| 2. โปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการและ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพจิตได้ | 4.13 | .352 | มาก |
| 3.ความเหมาะสมของการอธิบายรายละเอียดของ โปรแกรม | 4.00 | .655 | มาก |
| 4.ความเหมาะสมของจำนวนขั้นตอนในกิจกรรม แต่ละครั้ง | 3.87 | .516 | มาก |
| 5.การนำโปรแกรมครอบครัวบำบัดไปใช้ | 4.13 | .516 | มาก |
| 6.กิจกรรมแต่ละครั้งช่วยให้จัดการความเครียด ด้วยตนเองได้ดีขึ้น | 4.13 | .516 | มาก |
| 7.ความสะดวกและความชัดเจนของระบบการนัด | 3.87 | .640 | มาก |
| 8.ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด | 4.13 | .516 | มาก |
| 9.ความเหมาะสมของสถานที่ดำเนินกิจกรรม | 4.53 | .516 | มากที่สุด |
| 10.ความคิดเห็นโดยรวมต่อโปรแกรม | 4.40 | .507 | มาก |

จากตารางที่ 8 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวเซทเทียร์โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .507 ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมาก โดยมีความพึงพอใจในด้านสถานที่ที่ดำเนินโปรแกรมมากที่สุด คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .516 ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด และความพึงพอใจรองลงมา 5 อันดับ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพจิตของโปรแกรม การนำโปรแกรมไปใช้ กิจกรรมที่ช่วยในการจัดการความเครียด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด และเนื้อหาของโปรแกรม ค่าเฉลี่ย(ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 4.13(.352), 4.13(.516) , 4.13(.516) , 4.13(.516) และ 4.00 (.535) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ส่วนความพึงพอใจในด้านที่เหลือ อยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ ความเหมาะสมของการอธิบายรายละเอียดของโปรแกรม จำนวนขั้นตอนในกิจกรรมและระบบการนัด

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา มี วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1.1 วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์
- 1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์
- 1.1.3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวเซทเทียร์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา ที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลางขึ้นไป (26 คะแนน) จากการวัดด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต และเข้ารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน ปี 2553 มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาที่มารับบริการคลินิกครอบครัวบำบัดสถาบันราชานุกูลตามนัดทุกครั้งจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม ทั้งหมดจำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

- 1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์
- 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา
 - แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต
 - แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ประเมินความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต หากอยู่ในระดับเครียดปานกลาง(26 คะแนน) คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. ประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญาโดยใช้แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองก่อนเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
3. ดำเนินการตามโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยมีกระบวนการทั้งสิ้น 10 ขั้นตอน จำนวนการนัดหมายเข้าโปรแกรมขึ้นอยู่กับบริบทด้านบุคคลและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมระหว่างการดำเนินโปรแกรม
4. ประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา โดยใช้แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครอง และประเมินความเครียดของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครอง โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิตหลังสิ้นสุดเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์
5. ประเมินโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์หลังสิ้นสุดการเข้ารับบริการในโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ โดยผู้รับบริการ

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1.3.1 เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรม ผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองสติปัญญามีการดูแลสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองผู้ปกครองก่อนเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .511 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.46 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .380 อยู่ในระดับมาก มีรายละเอียดรายด้าน ดังนี้

1.3.1.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 7 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ . 614 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้ารับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.51 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .486 อยู่ในระดับมาก

1.3.1.2 ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยที่ 3.04 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .644 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้ารับ

โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .578 อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่มีคะแนนสูงขึ้นกว่าเดิม

1.3.1.3 ความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเอง พบว่า ก่อน เข้าร่วม โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.19 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .587 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.68 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .458 อยู่ในระดับมาก

1.3.1.4 ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน พบว่า ก่อน เข้าร่วม โปรแกรมครอบครัวบำบัด แนวเซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยที่ 3.14 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .485 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.45คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .370 อยู่ในระดับมาก

1.3.2 เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญา ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัด พบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรม ผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญามีระดับความเครียดลดลงอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยคะแนนความเครียดก่อนเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.25 อยู่ในระดับเครียดมาก หลังเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยของความเครียดของผู้ปกครองเท่ากับ 18 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.26 อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งเป็นระดับที่ใกล้เคียงกับระดับปกติและยังไม่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต

1.3.3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดพบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัด โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการวิจัย 3 ประการ คือ

1.การดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2.ความเครียดของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา หลังเข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ ลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

3.ความพึงพอใจต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา อยู่ในระดับมาก

2. อภิปรายผล

2.1 การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา จากการศึกษา พบว่า

2.1.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองในด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีระดับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ($P=.013$) ผู้ปกครองดูแลตนเองได้ดีขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระทบจิตใจ จัดการแก้ไขได้ดีและรู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่น เคารพและเชื่อมั่นในศักดิ์ศรีตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bertha Cohen (2006) ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้ครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล ซึ่งผลที่ได้คือ การใช้ครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์มีประสิทธิผลในการเสริมแรงมารดาหลังคลอดบุตรได้

2.1.2 ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเอง (Making Choice) ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้า โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ผู้ปกครองมีคะแนนความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ($P=.018$) สามารถเลือกแนวทางดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีโอกาสตัดสินใจในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง มีทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้หลายทาง ตัดสินใจและดูแลตนเองได้มากขึ้น แต่หากพิจารณาผลการศึกษาในส่วนของระดับการดูแล พบว่ายังคงอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นข้อแนะนำในการศึกษาครั้งต่อไปในด้านนี้ได้

2.1.3. ความสามารถในการรับผิดชอบ และยอมรับชีวิตตนเอง (Responsible) ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษา พบว่า หลังเข้า โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ผู้ปกครองมีคะแนนความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ($P=.002$) สามารถใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ไม่ใช้ชีวิตไปตามอารมณ์ และการมองว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมีทางแก้เสมอมีค่าคะแนนการดูแลตนเองในด้านนี้ดีขึ้นกว่าก่อนเข้า โปรแกรม

2.1.4.ความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน (Congruent) ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังเข้ารับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกว่าควบคุมชีวิตตนเองได้โดยไม่รู้สึกกดดัน รับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ตอบสนองสถานการณ์ต่างๆตามที่ท่านต้อง การได้อย่างเหมาะสม เปิดเผยความรู้สึกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ต่อบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และชื่นชมตนเองและให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น ได้ดีขึ้น หลังเข้า โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ ผู้ปกครองมีคะแนนความเป็นคนที่สอดคล้องกลมกลืน สูงขึ้นกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ($P=.004$)

2.2 ความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังได้รับ โปรแกรมครอบครัวบำบัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาจะเห็นว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นมารดา ผู้ปกครอง ทางสติปัญญา มีข้อจำกัดในการดูแล

และการปรับตัวอยู่ในสังคมจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลที่ไม่เหมาะสม จะทำให้พัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเกิดปัญหาพฤติกรรมได้ เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น แยกตัว หรือหิบบของโดยไม่ได้รับอนุญาต ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆอย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ได้ว่า การทำครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์สามารถทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรารณา รัตนดิรวรรณและคณะ(2552) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดที่มีต่อความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต โดยได้ใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดในการดูแลความเครียดของผู้ปกครอง พบว่า ระดับความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมครอบครัวบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2541) ได้นำโปรแกรมครอบครัวบำบัดมาศึกษากลุ่มอาการไฮเปอร์เวนติเลชั่น พบว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบครอบครัวบำบัด มีอาการดีขึ้นมากและหายเป็นปกติโดยไม่ต้องกินยาใดๆและสามารถกลับไปเรียนหนังสือได้ตามปกติ ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและช่วยจัดการแก้ไขได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

2.3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากเนื้อหา เทคนิค และประโยชน์ของโปรแกรม ทำให้ผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งยังส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ปกครองลดลงจากเดิมมากตามผลของการวิจัยที่ได้

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ถือเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง เพื่อดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญาและกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีความคล้ายคลึงกันได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช หรือในรายที่มีปัญหาครอบครัวต่างๆ เนื่องจากเป็นการบำบัดแบบ Brief Therapy ใช้ระยะเวลาสั้น แต่ประสิทธิผลของการบำบัดจะต้องอยู่ที่ความเชี่ยวชาญของผู้บำบัดในการใช้เทคนิค ทักษะ ต่อผู้รับบริการเป็นรายๆไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ยังเป็นการทำครอบครัวบำบัดแบบรายบุคคลเป็นส่วนใหญ่ แต่หากมีการนำโปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ไปใช้ในส่วนของการบำบัดรายครอบครัว คู่สมรส หรือกระบวนการกลุ่ม อาจจะได้ผลลัพธ์ในเชิงการดูแลครอบครัวแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาผลการดูแลสุขภาพจิตในด้านการเพิ่มความสามารถในการเลือกและ

ตัดสินใจด้วยตนเองจากระดับปานกลาง เนื่องจากในด้านนี้มีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้แม้จะปรากฏผลที่สอดคล้องกับสมมติฐานงานวิจัย แต่ควรมีการศึกษากระบวนการสู่ประสิทธิผลด้านนี้ให้ดีขึ้น

3.2.2 สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวแซทเทียร์ในกระบวนการกลุ่ม หรือการบำบัดรายครอบครัว คู่สมรส เพื่อให้เห็นผลการเชื่อมโยงบุคคลในระบบครอบครัวที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตและในด้านอื่นที่มีความสอดคล้องกันได้

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546.
กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2546.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.แบบประเมินทางสุขภาพจิต.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
เรื่อง สุขภาพจิต: ชีวิตในเมือง; 1-3 สิงหาคม 2550; ณ โรงแรม ปริ้นซ์พาเลซ.กรุงเทพฯ: กรม
สุขภาพจิต; 2550.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
สำหรับประชาชนไทยโดยคอมพิวเตอร์.นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2542.
- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล.แผ่นพับเรื่อง ครอบครัวกับผู้บกพร่องทาง
สติปัญญา; 2551.
- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ สถาบันราชานุกูล.แบบประเมินตนเอง (Unit Profile)ปี2551; 2551.
- เกษร ทมทิศรงค์ .จิตบำบัด องค์ความรู้ ทฤษฎี เทคนิคที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: โรงพิมพ์วิภาดา; 2551.
- กานดา ผาวงศ์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์ โมเดล (Satir Model)
เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขัง.มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
- แคทลีน มาตี-บานแมน และจอห์น บานแมน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมการทำครอบครัวบำบัด
แนวแซทเทียร์หลักสูตร 3 ปี “The Satir Model: การบำบัดอย่างเป็นระบบแบบแซทเทียร์
เพื่อก่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ”; โรงพยาบาลศรีธัญญา.นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2552.
- งานบริการผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล.แบบประเมินตนเอง (Unit Profile)ปี 2551; 2551.

จิรภัทร เปลื้องนุช .ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล
ชุมชนกรุงเทพมหานคร.ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล;2545.

ฉลวย จตุกุล. แนวคิดการปฏิรูปการจัดบริการและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชสำหรับ
บุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2544.

ชมรม Satir's Model Therapy.เอกสารประกอบการฝึกอบรม Satir's Systemic Brief Therapy.
โรงพยาบาลศรีธัญญา .นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2552.

ทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ .เอกสารประกอบการอบรมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชเรื่อง การบริการและการ
ช่วยเหลือครอบครัว;สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2551.

นิธิพัฒน์ เมฆขจร. ครอบครัวบำบัด: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงได้ด้วยตนเอง.
วารสารสุโขทัยธรรมมาธิราช2545; 15; 2.

นางพาง ลิ้มสุวรรณ และคณะ. Satir Model. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52 ;
2550.

บัณฑิตศึกษา สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.การบริการและช่วยเหลือ
ครอบครัว หน่วยที่ 1-5.กรุงเทพมหานคร:สุโขทัยธรรมมาธิราช;2547.

ประเทือง อานันธิโก.ภาวะเครียด และการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการทางปัญญา
จังหวัดเชียงใหม่ ปีพ.ศ.2542.ที่มา<http://www.jvkk.go.th> [9 มกราคม 2553].

ปรารธนา รัตนถิรวรรณ, ภัตติมา นุรพลกุล, วันทนา ผลสมบุญและภาวิณี บุญสุวรรณค์สง .วิจัย
ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัด ที่มีต่อความเครียดของผู้ปกครองจากการดูแลเด็กที่มีความ
บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ:สถาบัน
ราชานุกูล; 2552.

ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์ สถาบันราชานุกูล . สถิติผู้ป่วย ปี 2549-2551.ที่มา
<http://www.rajanukul.com> [20 มกราคม 2552]

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด).
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2538.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร:พิทักษ์อักษร; 2525.

เพลินฤทัย อินปิ่น. การช่วยเหลือผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองโดยวิธีจิตบำบัดแบบ satir. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการ การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 เรื่อง "เสริมสร้าง
ชีวิต ฝ่าวิกฤตโลกร้อน" ; 7-8 กรกฎาคม 2551; โรงแรมลิตเติ้ลคัท. เชียงใหม่: กรม
สุขภาพจิต;2551.

เพ็ญพิศ เล่าเรียนดี. โครงการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือครอบครัวโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ
Virginia Satir. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 2,
เรื่อง เรียนรู้เพื่อการบำบัดโรคซึมเศร้าและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย; วันที่ 25-28
กรกฎาคม 2550 ; โรงแรมคูสตีไอส์แลนด์ รีสอร์ท. เชียงราย: กรมสุขภาพจิต; 2550.

มณีรัตน์ สุรวงษ์สิน. วิจัยคุณภาพชีวิตของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อน.กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล;
2547.

มัจฉริ โอสถานนท์. วิจัยการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่บุคคลปัญญาอ่อน.กรุงเทพฯ: สถาบันรา
ชานุกูล ; 2546.

มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์. คู่มือคลายเครียด(ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: สไตลส์ครีเอ
ทีฟเฮาส์การพิมพ์; 2544.

มหาวิทยาลัยมหิดล. ความเครียด. ที่มา: <http://www.mahidol.ac.th/mahidol.html> [13 กุมภาพันธ์
2551].

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์. ตำราจิตเวชศาสตร์ เรื่อง ปัญญาอ่อน (Mental retardation). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์ ; 2536.

โรงพยาบาลราชานุกูล. คู่มือการฝึกอบรม “ทักษะการเป็นพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อน. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว ; 2539.

ลวันรัตน์ วิริยะประสาธ. วิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาวะการดูแลกับความผาสุก
โดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล.
กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2549.

ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. สถิติวิทยาทางการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชมรมเด็ก; 2536.

วัจนินทร์ โรหิตสุขุข และคณะ. ครอบครัวบำบัด : มุมมองของทีมผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัว
ต่อปัญหาครอบครัว. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2542.

วัชรีย์ อੰนาค. เทคนิคงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชกับครอบครัวบำบัด. มปท: มปป.

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. กลุ่มอาการไฮเปอร์เวนติเลชัน และครอบครัวบำบัด, สารศิริราช 2541; 50: 2.

ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว . ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน.
ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร .การวิจัยทางสวัสดิการสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์;
2544.

สถาบันราชานุกูล (ฝ่ายแผนงาน). รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2551.

สดใส คุ่มทรัพย์อ่อนนัต์. เอกสารประกอบการอบรม โครงการพัฒนาต้นแบบ โปรแกรมครอบครัว
บำบัด เรื่อง ครอบครัวบำบัด. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2551.

สดใส คุ่มทรัพย์อ่อนนัต์. คู่มือครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาการเด็กและสติปัญญา.
กรุงเทพฯ : บริษัท บีขอนแก่น พับลิชซิง จำกัด; 2553.

สมภพ เรืองตระกูล. ความเครียดและอาการทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2547.

สมร็ก ชูวานิชวงศ์. ครอบครัวบำบัดกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. วารสารเพื่อนรักย์สุขภาพจิต
2546 ; 3: 11.

สมร็ก ชูวานิชวงศ์. จิตบำบัดด้วยแนวทางปรับเปลี่ยนพลังของระบบสู่การเจริญเติบโตโดยแบบ
จำลองของVirginia Satir(Satir Transformational Systemic Therapy). นนทบุรี: โรงพยาบาาศรี
รัษฎา; 2552.

สมศรี กิตติพงศ์พิศาล. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วย Satir Transformational Systemic
Therapy (STST): รายงาน ผู้ป่วย 1 ราย.นนทบุรี: โรงพยาบาาศรีรัษฎา; 2552.

อุบล วรรณกิจ. วิจัยประสบการณ์การให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนของมารดา.กรุงเทพฯ: สถาบันรา
ชานุกูล ; 2549.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้การปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์; 2544 .

อลิสา วัชรสินธุ. ผู้ป่วยวัยรุ่นในคลินิกจิตเวชเด็ก. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2538; 39: 7.

Books

Bertha Cohen. Research “The Effect of Satir Brief Therapy on Patient in A Maternity
Hospital”.2006

Johanna Schwab. A Resource Handbook for Satir Concept. USA:Science and Behavior
Books, 1990.

Upadhyay G.R. Stress among Single Parent Families of Mentally Retarded Children. Journal of
the Indian Academy of Applied Psychology.January 2007; 33; 1: 47-51.

Virginia Satir. The Satir Model: Family Therapy and Beyond.USA:Science and Behavior
Books, 1991.

Website

สถาบันราชานุกูล.2553.สถิติผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล.(ออนไลน์).แหล่งที่มา:www.rajanakul.com.
มีนาคม 2553.

Merdox.2553.แนวคิดเรื่องครอบครัว.(ออนไลน์).

แหล่งที่มา :<http://www.healthyplace.com/relationships> .เมษายน 2553.

Tammi Reynolds .2553.Mental Retardation:Family Therapy and Resilience . (ออนไลน์).

แหล่งที่มา : <http://resources.atcmhmr.com/poc>, 2010.มีนาคม 2553.

Wikipedia .2553.ครอบครัวบำบัด.(ออนไลน์).

แหล่งที่มา :<http://www.en.wikipedia.org/wiki/Familytherapy>.เมษายน 2553.

ภาคผนวก

**ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง
ผู้ปกครองทางสติปัญญา ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมรายข้อ**

| ข้อคำถาม | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | | | t | Sig. |
|---|---------------------------|------|-------|-------|-----------|-----------|--------|------|
| | Mean | | S.D | | ระดับ | | | |
| | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | | |
| 1. รู้สึกภูมิใจในตนเอง เมื่อนึกถึงสิ่งดีๆ ที่ทำได้สำเร็จ | 4.40 | 4.47 | .737 | .834 | มากที่สุด | มากที่สุด | -0.292 | .387 |
| 2. เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระทบจิตใจ จะไม่รู้สึกแค้นต่อตนเอง | 2.20 | 2.87 | .941 | 1.125 | น้อย | ปานกลาง | -3.162 | .003 |
| 3. เมื่อมีเรื่องหลายๆอย่างเข้ามาในชีวิตจัดการ แก้ไขได้ทุกครั้ง | 3.07 | 3.27 | .884 | .594 | ปานกลาง | ปานกลาง | -1.382 | .094 |
| 4. สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเหมือนคนอื่น และรู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่น | 3.47 | 3.80 | .834 | .775 | มาก | มาก | -1.784 | .048 |
| 5. ไม่เคยกังวลใจเมื่อมีเรื่องยุ่งยากซับซ้อนเข้ามาในชีวิต | 2.33 | 3.93 | 1.100 | .617 | ปานกลาง | มาก | 4.413 | .000 |
| 6. เคารพและเชื่อมั่นในศักดิ์ศรีตนเองและผู้อื่น | 4.07 | 4.33 | 1.100 | .724 | มาก | มากที่สุด | -1.468 | .082 |
| 7. เลือกแนวทางดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง | 3.60 | 3.67 | .737 | .617 | มาก | มาก | -0.564 | .291 |
| 8. มีโอกาสตัดสินใจในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง | 3.07 | 3.20 | 1.100 | 1.265 | ปานกลาง | มาก | -0.619 | .273 |
| 9. มีทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้หลายทาง | 3.07 | 3.40 | .799 | .632 | ปานกลาง | มาก | -2.646 | .009 |
| 10. สามารถวางแผนดำเนินชีวิตตนเองได้อย่างเหมาะสม | 3.00 | 3.27 | .756 | .884 | ปานกลาง | ปานกลาง | -1.169 | .131 |
| 11. สามารถรับมือกับเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าดีหรือไม่ดีได้ | 3.47 | 3.60 | .834 | .632 | มาก | มาก | -0.807 | .216 |
| 12. เข้าใจว่าตนเองคือผู้สร้างความสุข ความทุกข์ให้ตนเองได้ | 2.53 | 2.93 | 1.302 | 1.033 | น้อย | ปานกลาง | -1.702 | .055 |

| ข้อคำถาม | ค่าเปรียบเทียบความแตกต่าง | | | | | | t | Sig. |
|---|---------------------------|------|-------|-------|---------|---------|--------|------|
| | Mean | | S.D | | ระดับ | | | |
| | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | | |
| 13.สามารถตัดสินใจได้เอง โดยไม่ต้องการใครสักคนช่วย | 2.47 | 2.53 | 1.187 | .915 | น้อย | น้อย | .323 | .375 |
| 14.รู้สึกจิตใจสงบ เป็นสุข และอิสระ | 2.67 | 3.87 | 1.175 | 1.060 | ปานกลาง | มาก | -3.850 | .001 |
| 15.ไม่กังวลต่อความรู้สึกของคนอื่นมาก จนกระทบต่อตนเอง | 2.40 | 3.07 | .910 | .961 | น้อย | ปานกลาง | -2.646 | .009 |
| 16.ใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ไม่ใช้ชีวิตไปตามอารมณ์ | 3.80 | 4.07 | 1.014 | .704 | มาก | มาก | -1.740 | .052 |
| 17.มองว่าปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นมีทางแก้เสมอ | 3.60 | 3.73 | .632 | .594 | มาก | มาก | -1.468 | .082 |
| 18.เมื่อไม่สามารถจัดการอารมณ์คนอื่นได้ เขาควรรับผิดชอบอารมณ์ของเขาเอง | 3.47 | 3.67 | .990 | .488 | มาก | มาก | -.716 | .243 |
| 19.รู้สึกว่าควบคุมชีวิตตนเองได้โดยไม่รู้สึกกดดัน | 2.93 | 3.40 | .961 | .910 | ปานกลาง | ปานกลาง | -2.824 | .007 |
| 20.รับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น | 3.67 | 4.00 | .976 | .756 | มาก | มาก | -2.092 | .027 |
| 21.รู้สึกตนเองมีประโยชน์และมีคุณค่า เท่าเทียมผู้อื่น | 2.80 | 2.93 | 1.100 | .941 | ปานกลาง | ปานกลาง | .435 | .335 |
| 22.ตอบสนองสถานการณ์ต่างๆตามที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม | 3.00 | 3.27 | .756 | .704 | ปานกลาง | ปานกลาง | -1.468 | .082 |
| 23.ไม่หวั่นไหวต่อความรู้สึกทางลบของตนเอง | 2.87 | 3.13 | 1.125 | .640 | ปานกลาง | ปานกลาง | -.845 | .206 |
| 24.เปิดเผยความรู้สึกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ต่อบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม | 3.07 | 3.40 | .961 | .828 | ปานกลาง | ปานกลาง | -2.092 | .027 |
| 25.ชื่นชมตนเอง และให้กำลังใจตนเองและผู้อื่นได้ | 3.53 | 4.20 | .990 | .775 | มาก | มาก | -3.162 | .003 |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงเรณูแก้ว กนกพงษ์ศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันราชานุกูล
(ด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสติปัญญา)
2. นางสาวชนิสรา เวชวิรุพห์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันราชานุกูล
(ด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสติปัญญา)
3. นางทัศนีย์ ตันทวีวงศ์ นักสังคมสงเคราะห์ ข้าราชการบำนาญ
(ด้านการทำครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์)
4. รศ.ระพีพรรณ คำหอม อาจารย์ประจำ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ด้านการและนโยบายสวัสดิการสังคม)
5. รศ.กิตติยา นรามาศ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ด้านสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์)

แบบตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC)

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความเห็นท่านมากที่สุด
 ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

| รายการตรวจสอบ | ระดับความคิดเห็น | | | ข้อเสนอแนะ |
|--|------------------|---|----|------------|
| | 1 | 0 | -1 | |
| 1. ข้อมูลส่วนบุคคล | | | | |
| 2. แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา | | | | |
| 3. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง | | | | |
| 4. แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัด | | | | |

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

การใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดแนวเซทเทียร์ในการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองผู้บกพร่องทางสติปัญญา

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง.....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... HN.

- 2.อายุ 1.ต่ำกว่า 20 ปี 2. 21-30 ปี
 3. 31-40 ปี 4. 41-50 ปี
 5. 51-60 ปี 6. สูงกว่า 61 ปี
- 3.ศาสนา 1.พุทธ 2. คริสต์
 3.อิสลาม 4. อื่นๆระบุ.....
- 4.สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่
 3.หย่า/ร้าง 4. หม้าย
 5.แยกกันอยู่ 6. อื่นๆระบุ.....
- 5.ระดับการศึกษา 1.ไม่ได้ศึกษา 2.ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 3.มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญา /ปวช./ปวส.
 5.ปริญญาตรี 6. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
- 6.อาชีพ 1.ว่างงาน 2.ไม่ได้ประกอบอาชีพ(เลี้ยงดูบุตร)
 3.รับจ้าง 4. นักเรียน/นักศึกษา
 5.ข้าราชการ 6.พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 7.พนักงานบริษัทเอกชน 8.ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 9.อื่นๆระบุ.....
- 7.รายได้ 1.ไม่มีรายได้ 2.ต่ำกว่า 5,000 บาท
 3. 5,001-10,000บาท 4. 10,001-15,000 บาท
 5.15,001-20,000บาท 6. 20,001 บาทขึ้นไป
- 8.ความสัมพันธ์กับเด็ก 1.บิดา 2.มารดา
 3.ญาติระบุ..... 4. ผู้ดูแล
 5.อื่นๆ ระบุ.....
9. การดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญา 1.ผู้ดูแลหลัก 2.ผู้ดูแลรอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการดูแลสุขภาพจิตของผู้ปกครองผู้ปกครองทางสติปัญญา
คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

| ข้อ | คำถาม | ระดับ | | | | |
|-----|---|-----------|-----|---------|------|------------|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1 | ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง เมื่อนึกถึงสิ่งดีๆ ที่ทำได้สำเร็จ | | | | | |
| 2 | เมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระทบจิตใจ ท่านจะรู้สึกแย่ต่อตนเอง | | | | | |
| 3 | เมื่อมีเรื่องหลายๆอย่างเข้ามาในชีวิต ท่านจัดการแก้ไขได้ทุกครั้งที่ | | | | | |
| 4 | ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเหมือนคนอื่นและรู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่น | | | | | |
| 5 | ท่านกังวลใจทุกครั้งที่มีเรื่องยุ่งยากซับซ้อนเข้ามาในชีวิต | | | | | |
| 6 | ท่านเคารพและเชื่อมั่นในศักดิ์ศรีตนเองและผู้อื่น | | | | | |
| 7 | ท่านเลือกแนวทางดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง | | | | | |
| 8 | ท่านไม่มีโอกาสตัดสินใจในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง | | | | | |
| 9 | ท่านมีทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้หลายทาง | | | | | |
| 10 | ท่านสามารถวางแผนดำเนินชีวิตตนเองได้อย่างเหมาะสม | | | | | |
| 11 | ท่านสามารถรับมือกับเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตไม่ว่าดีหรือไม่ดีได้ | | | | | |
| 12 | ท่านเข้าใจว่าคนอื่นคือผู้สร้างความสุขความทุกข์ให้ตนเองได้ | | | | | |
| 13 | ท่านต้องการใครสักคนช่วยในการตัดสินใจ | | | | | |
| 14 | ท่านรู้สึกจิตใจสงบ เป็นสุข และอิสระ | | | | | |
| 15 | ท่านยังเป็นห่วงและกังวลต่อความรู้สึกของคนอื่นอย่างมาก จนกระทบต่อตนเอง | | | | | |
| 16 | ท่านใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล ไม่ใช่ชีวิตไปตามอารมณ์ | | | | | |
| 17 | ท่านมองว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีทางแก้เสมอ | | | | | |
| 18 | เมื่อท่านไม่สามารถจัดการอารมณ์คนอื่นได้ เขาควรรับมือกับอารมณ์ของเขาเอง | | | | | |
| 19 | ท่านรู้สึกว่าท่านควบคุมชีวิตตนเองได้โดยไม่รู้สึกกดดัน | | | | | |
| 20 | ท่านรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่น | | | | | |
| 21 | ท่านรู้สึกตนเองมีประโยชน์และมีคุณค่า แต่คนอื่นควรต้องพัฒนา | | | | | |
| 22 | ท่านตอบสนองสถานการณ์ต่างๆตามที่ท่านต้องการได้อย่างเหมาะสม | | | | | |
| 23 | ท่านไม่หวั่นไหวต่อความรู้สึกทางลบของตนเอง | | | | | |
| 24 | ท่านเปิดเผยความรู้สึกทางคำพูด สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ต่อบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม | | | | | |
| 25 | ท่านชื่นชมตนเอง และให้กำลังใจตนเองและผู้อื่นได้ | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

| อาการ พฤติกรรม หรือ ความรู้สึก | ระดับอาการ | | | |
|---|------------|---------------|----------|-----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | ไม่เคยเลย | เป็นครั้งคราว | เป็นบ่อย | เป็นประจำ |
| 1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ | | | | |
| 2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ | | | | |
| 3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด | | | | |
| 4. มีความวุ่นวายใจ | | | | |
| 5. ไม่อยากพบปะผู้คน | | | | |
| 6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง | | | | |
| 7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | | | | |
| 8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต | | | | |
| 9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า | | | | |
| 10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา | | | | |
| 11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ | | | | |
| 12. รู้สึกเปลี่ยวไม่มีแรงที่จะทำอะไร | | | | |
| 13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร | | | | |
| 14. มีอาการหัวใจเต้นแรง | | | | |
| 15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ | | | | |
| 16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ | | | | |
| 17. ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่ | | | | |
| 18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย | | | | |
| 19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ | | | | |
| 19. ความสุขทางเพศลดลง | | | | |
| รวม | | | | |

รวม.....คะแนน

ผู้ประเมิน.....

วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อโปรแกรมครอบครัวบำบัด

คำชี้แจง : ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็น ซึ่งมี 5 ระดับ ดังนี้

| รายละเอียด | ระดับความคิดเห็น | | | | |
|---|------------------|-----|---------|------|------------|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1.เนื้อหาของโปรแกรมเข้าใจง่าย | | | | | |
| 2.โปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของท่านในด้านการดูแลสุขภาพจิตได้ | | | | | |
| 3.การอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมมีความเหมาะสม | | | | | |
| 4.จำนวนขั้นตอนในกิจกรรมแต่ละครั้งมีความเหมาะสม | | | | | |
| 5.โปรแกรมครอบครัวบำบัดสามารถนำไปใช้ได้จริง | | | | | |
| 6.กิจกรรมแต่ละครั้งช่วยให้คุณจัดการความเครียดตนเองได้ดีขึ้น | | | | | |
| 7.ระบบการนัดหมายมีความชัดเจนและสะดวก | | | | | |
| 8.ระยะเวลาที่ในการบำบัดแต่ละครั้งมีความเหมาะสม | | | | | |
| 9.สถานที่ที่ดำเนิน โปรแกรมมีความเหมาะสม | | | | | |
| 10.โดยรวมท่านมีความพึงพอใจหลังเข้ารับโปรแกรมครอบครัวบำบัด | | | | | |

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....