

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว  
ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นางสาววารุณี แสงเมฆ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON FAMILY  
FUNCTIONING AS PERCEIVED BY SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS' CAREGIVERS

Miss. Warunee Sangmek

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic year 2012  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการ  
ทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท

โดย นางสาววรุณี แสงเมฆ

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย

คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

วารุณี แสงเมฆ : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONING AS PERCEIVED BY SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 151 หน้า.

การวิจัยทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยองจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเครื่องมือที่ใช้ในกาวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ 2) และ 4) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80, .79 ตามลำดับ เครื่องมือชุดที่ 3) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ .80 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา .....2555.....ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษา.....

# # 5377819136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD : FAMILY PSYCHOEDUCATION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

WARUNEE SANGMEK : THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONING AS PERCEIVED BY SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 151 pp.

The purpose of this quasi-experimental study were : 1) to compare the family functioning of family caregivers of schizophrenic patients before and after received family psychoeducation program, and 2) to compare the family functioning between family caregivers of schizophrenic patients who received family psychoeducation program, and those who received regular caring activities. Forty caregivers in schizophrenic patients under responsibility of Khaochamao Hospital, Rayong Province, who met and randomly assigned into experimental group and control groups by 20 subjects for each group. Research instrument were: 1) family psychoeducation program 2) the family functioning scale 3) knowledge of caregivers test 4) social support scale. These instrument were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the 2) and 4) instruments were reported by Chronbach' s Alpha coefficient as of .80 and .79, The 3) instrument was reported by KR-20 as of .80. The descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

Major finding were as follow:

1. The family functioning of family caregivers of schizophrenic patients who receive family psychoeducation program after experiment was significantly higher than that before at .05 level.

2. After the experiment, family functioning of family caregivers of schizophrenic patients who receive family psychoeducation program was significantly higher than those who receive regular caring activities, at .05 level

Field of Study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year.....2012..... Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วง ได้ด้วยความกรุณา อย่างสูง ของ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ช่วยเหลือ เป็นทั้ง แรงบันดาลใจให้ผู้ วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้ วิจัย ด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขความบกพร่องวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิจิต ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและคำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับ นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบการแปลภาษาและ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยรวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และ บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ประสานทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญคือผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเขาชะเมาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและเสียสละ เวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้ง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

ท้ายที่สุด การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยกำลังใจจากทุกคนในครอบครัวที่ คอยดูแลเอาใจใส่และให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุก ท่านที่ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ที่ดีในชีวิตการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ประโยชน์ใดๆที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท .....	13
ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว .....	30
การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	34
การให้สุขภาพจิตศึกษา .....	41
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลอง .....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก .....	116
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ.....	117
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ....	138
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย....	139
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	146
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	151



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	1
1	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	77
2	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	78
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	82
4	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	84
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	86
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	88
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	89
8	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	91
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	92

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Boyd, 2005) มีอัตราความชุกประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คนของประชากรทั่วโลก โดยพบทั้งเพศชายและหญิง เพศชายพบช่วงอายุ 18-25 ปี เพศหญิงพบช่วงอายุ 25-30 ปี (Tri-city community Mental Health Center, 2007, online) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 25.52 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น เปรียบเทียบการรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550-2553 พบว่ามีอัตราสูงขึ้นคือ ร้อยละ 45.56, ร้อยละ 49.71, ร้อยละ 53.81 และร้อยละ 54.32 ตามลำดับ (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต: 2554, online) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2553) การกำเริบทางจิตบ่อยครั้งมีโอกาสดึงดูดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้อย่างถาวร (สินชัยวสุนทร, 2547) เกิดปัญหาเรื่องเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน การดูแลตนเองลดลง ไม่สนใจสุขอนามัยตนเอง แต่งกายสกปรกแปลกประหลาด สูญเสียทักษะทางสังคม (Moller and Murphy, 2001) สร้างความหวาดกลัวให้กับคนรอบข้าง มีการทำร้ายผู้ดูแลและญาติ (จารุวรรณ ชีรสิทธิ์, 2551) เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแล ผู้ป่วย และจากนโยบายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ได้มุ่งเน้นในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น เมื่อมีอาการทุเลาลง จะจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน (Malm et al., 2003)

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน ทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น โดยมองว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยเข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (Fadden, 1998) การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล แต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบท

ทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2549) จึงได้มีการศึกษาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ก่อให้เกิดระดับความตึงเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท ( Li & Arthur, 2005) ปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยตรง คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว (Sun & Cheung, 1997)

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster (1982) กล่าวว่า ครอบครัวอยู่ภายใต้ทฤษฎีระบบที่แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งตามแนวคิดของ McMaster การทำหน้าที่ของครอบครัวแบ่งเป็นระดับจากมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างดีทั้งกายและใจไปจนถึงไร้ประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดปัญหา รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในการ ทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือหรืออ้อมค้อมมากเท่าใดครอบครัว ก็จะทำหน้าที่ไม่ดีเท่านั้น 3) ด้านบทบาท ครอบครัว บทบาทเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพาศติดต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งอารมณ์เชิงบวกและเชิงลบ 5) ด้านการควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น 6) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ

จากการศึกษาของ จารุวรรณ ชีรสิทธิ์ ( 2551) ได้ศึกษาสภาพครอบครัว ดึงแวดล้อมและ ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มี อาการกำเริบ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นภายในครอบครัว การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างยากลำบาก เนื่องจาก สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหา ขาดการให้ความเชื่อถือว่าไว้วางใจกัน ปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้น มีการละทิ้งบุตรและครอบครัวไปเพื่อหนีปัญหา ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน ไม่มีการพูดคุยกันระหว่างบุคคลภายในบ้าน เนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่ เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจหรือเรื่องทุกข์ใจ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยหรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกในครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง มีการ ปฏิบัติบทบาทที่ขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวังและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวไม่ สอดคล้องไม่ตอบสนองกัน การแสดงบทบาทไม่ชัดเจนเมื่อมีความจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อ ช่วยเหลือแทนสมาชิกคนอื่นไม่สามารถทำได้ การให้ความรักไม่สมดุลกันในครอบครัว มีการใช้ การลงโทษที่รุนแรง การให้รางวัลโดยใช้สิ่งของแทนการยกย่องชมเชย สมาชิกบางคนอาจจู้จุกจิก กับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล อัน เนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ เลิศฤทธิ์ บัญชาการ ( 2545) พบว่าความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม มี การใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาร้อยละ 63. 6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติพร ชวงส์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มารับ บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 52.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรดี ไชยสิน ( 2545) ที่ได้ศึกษาการ แสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาค อีสาน พบว่า มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 68.80 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ อรรณพ ทองคำ (2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำมีคะแนนต่ำในด้านความ ผูกพันทางอารมณ์ร้อยละ 38.60 และการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ ( 2549) เกี่ยวกับการทำ หน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเปรียบเทียบกับครอบครัวทั่วไป พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมี การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ด้านที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำคือ การ แก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุม พฤติกรรม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เพศหญิงจะถูกอบรมให้ เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังตามวัฒนธรรมในสังคมว่าเป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกใน ครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทธรรมชาติของเพศหญิง ( Cain and Wick, 2002) อายุผู้ดูแล อายุที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน( Cook et al., 1994) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี (Chien, 2008) รายได้ของครอบครัว รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระหลังจากให้การดูแลหรือหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Lauber, 2003) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ นำมาซึ่งความสุขของชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญกับปัญหา สามารถต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) และ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สัมพันธภาพของสมาชิก ในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การให้ความรู้แก่ครอบครัวช่วย ส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น (Chein, 2008)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า ได้มีการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มปรึกษาประคับประคองและจิตศึกษาตาม โปรแกรม การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ( Fowler, 1992;Hammond&Deans, 1995;Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา ( psychoeducation) ซึ่งแบ่งเป็นการให้ สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล ( individual psychoeducation) รายกลุ่ม(group psychoeducation) และ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( family psychoeducation) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาวิธีการ ต่างๆเหล่านี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด ( Williams, 1989) และพบว่าความรู้ที่นั้น ต้องให้ความรู้ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม สุขภาพ (Becker, 1974) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก เนื่องจากมีการเห็นถึง ความสำคัญของการ ทำหน้าที่ของครอบครัว ให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวใน การดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่ เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อช่วยในการ

ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและผู้ป่วย (Hogarty et al., 1991) ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Chein, 2008).

จากการศึกษาสภาพความเป็นจริงของโรงพยาบาลชุมชนในเขต 6 ยังไม่มีการจัดบริการที่เป็นการเสริมสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Hogarty, Anderson & Reiss (1991) มาใช้ในการเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ดำเนินการเป็นรายกลุ่มครอบครัว นำผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

### คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. การทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของ McMaster (Epstein, Bishop and Buldwin, 1984) ซึ่งระบุไว้ชัดเจนว่าสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผลเนื่องมาจากหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster (1982) กล่าวว่าครอบครัวอยู่ภายใต้ทฤษฎีระบบที่แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้น ไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการ

กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของสมาชิก การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร มีการสื่อสารที่ชัดเจน เปิดเผย สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997) จิราพร รักการ (2549) ได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Hogarty, Anderson & Reiss (1991) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว ที่เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป ในโปรแกรมประกอบด้วย

1) การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยการที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 25 53) การประเมินครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกละเลย เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามจริง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ( Yamashita, 1996) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ทำ

ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องทราบถึงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้นได้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนอง ทางอารมณ์ที่เหมาะสม การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

5) การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ และ การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจาก การดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)



จะเห็นได้ว่ากิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Hogarty, Anderson & Reiss (1991) สามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพิ่ม ทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พัฒนาทักษะทาง สังคม ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น (Sun & Cheung, 1997) สรุปเป็นสมมติฐานได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลัง การได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการวิจัยแบบ การศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง ( The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 40 ครอบครัว ในเขตอำเภอเขาชะเมา ตามเกณฑ์ การคัดเลือก จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย สมาชิก 1 คน ผู้ดูแล 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน รวม 3 คน

**ตัวแปรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยประกอบด้วย**

ตัวแปรต้น ได้แก่ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทาง อารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการนำครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ดำเนินกิจกรรม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาชะเมา เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายกลุ่มครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน กลุ่มละ 4 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90-120 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้วิจัยยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนและรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้นได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุม พฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลทำกิจกรรมร่วมกัน ให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้ง สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแลสามารถบอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เกิดการพัฒนาบทบาทในครอบครัว ทักษะ ทางการสื่อสาร และสามารถบอกถึงวิธีการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

**การทำหน้าที่ของครอบครัว** หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้ง ภายในและภายนอกครอบครัวได้ ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความ มีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา เป็นความสามารถของ ครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและ ปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โดยเน้นการสื่อสารแบบพูดสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า 3) บทบาท เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิก ประพฤติกรรมการต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้ สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ครบถ้วน 4) การตอบสนองอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะ ตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งมีการแสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่า ของกันและกัน 6) การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของ สมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น และ 7) การทำหน้าที่ทั่วไป เป็นการดูแลกิจกรรมของสมาชิก ในครอบครัวให้ครอบครัวไม่ขาดตกบกพร่อง สามารถประเมินโดยแบบ ประเมิน การทำหน้าที่ ครอบครัวยของ Chulalongkorn Family Inventory ที่พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ตาม แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster (Epstien et al, 1984) โดยประเมินตามการรับรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวและ/หรือเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต ได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับจ้างหรือสิ่งตอบแทน

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก และมีอาการทางจิตที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน เดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งคราว

**สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขาชะเมา จัดบริการ ให้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ ด้านสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพในการวางแผนให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาล เกี่ยวกับการส่งเสริมทำหน้าที่ของครอบครัว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและการพยาบาล
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.2 สาเหตุ
  - 1.3 อาการ
  - 1.4 การดำเนินโรค
  - 1.5 การวินิจฉัยโรค
  - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.1 ความหมายของครอบครัว
  - 2.2 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
  - 2.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว
3. การทำหน้าที่ของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว
  - 3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster
  - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)
5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. กรอบแนวคิด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบบ่อยและพบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตต่างๆ โดย Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน คำว่า schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง จากการศึกษายุติกรรมพบว่าโรคนี้เกิดในผู้มีอายุระหว่าง 15-34 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข มีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.2 สาเหตุ ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภทเกิดได้หลายปัจจัยยังไม่สามารถสรุปแน่นอนได้ ปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับมีดังนี้ (Kaplan and Sadock, 1998 )

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสสูง ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา ( Biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป
- 2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไปปกติ
- 3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่าการขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ salcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายพบว่าการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกายอื่นๆ

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบ เป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลบริเวณ limbic และ periventricle

1.2.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe

#### 1.2.5 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยา พัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติ จากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็กโดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ส่วนที่ทำหน้าที่ปรับตัวการควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะ พัฒนาการ ด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ ตอบสนองต่อ ความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมาก ไม่สามารถ ควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับ ผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.6 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือ ประชากรที่มีฐานะ ยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้อง เผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมี อาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึง เด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค จิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้ เหมาะสม ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมา จากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยมีแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

### 1.3 อาการ

ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และ พฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจน อย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุ

ดังกล่าวแบ่งอาการเป็น 2 แบบ (มาโนช หล่อตระกูล , 2543; สมภพ เรืองตระกูล , 2542; Taylor, 1994) คือ

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก ( Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

- อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้างเช่น somatic delusion religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

- อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

-Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสภาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

-Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น



1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆอาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง
- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
- Asociality เก็บตัว เฉยๆไม่แสดงออก หรือ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และมาค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

กลุ่มอาการหลักของ Schneider (Schneiderian first - rank symptom) อาการเหล่านี้ไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน ( pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆด้วย เนื่องจากโรคจิตเวชอื่นๆก็พบอาการในกลุ่มอาการนี้ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยเท่า

- 1) Audible thoughts ผู้ป่วยมีหูแว่วเป็นเสียงพูด เกิดขึ้นๆพร้อมกันกับที่คิดเนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด
- 2) Voices arguing ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงตั้งแต่สองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย (มีผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สาม)
  - Voices commenting ผู้ป่วยหูแว่วเสียงพูดหรือวิจารณ์ถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วย
  - Somatic passivity ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี การเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองร่วมกับเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้เนื่องมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก
  - Thought withdrawal ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะรู้ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

- Thought insertion ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของเขา หากเป็นจากบุคคล หรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง

-Thought broadcasting ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณคิดของตนแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

- Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

-Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึกแรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นไม่ใช่ของตนเอง หากเป็นอำนาจจากภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้นตนเองเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

#### 1.4 การดำเนินโรค

แบ่งได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้น และการดำเนินโรคระยะยาว โดยการดำเนินโรคในระยะต้นประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552)

1.4.1 ระยะอาการก่อนป่วย เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรค มีลักษณะที่ประกอบด้วยการมีความบกพร่องเล็กน้อย ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญา ความใส่ใจ ความจำที่เกี่ยวข้องกับการพูด และ motor skill ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม และการศึกษาเล่าเรียน

1.4.2 ระยะอาการนำ มีลักษณะทั้งทางด้านพฤติกรรม และประสบการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งการทำงานที่จบพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ง่ายกว่าเดิมและมี attention แ่ลลง มีกระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด

1.4.3 ระยะเกิดอาการโรคจิต ระยะนี้จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรค ทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย

1.5 การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรค (สมภพ เรื่องตระกูล , 2542) ในผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้

1.5.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างโดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ได้แก่

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. มีความผิดปกติของคำพูด
4. มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย
5. มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือ มีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเองเสียงคนพุดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียว

1.5.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้มีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตัวเอง

1.5.3 ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.5.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.5.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD 10 (International Classification Diagnosis) ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IV แต่ทางด้านสุขภาพจิตมักจะใช้ ICD 10 ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน

การจำแนกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ( DSM-IV) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภท จะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน การสังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ (อ้างใน อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2554) ดังนี้

1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symtoms) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

1) อาการหลงผิด ( Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง เช่นหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้ายคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ

2) อาการประสาทหลอน ( Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้งห้า โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น

3) อาการด้านการพูด พูดคนเดียวเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่องสร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรที่แตกต่างจากคนปกติเช่นนั่งในหนึ่งท่าได้นานๆ

4) ปฏิเสธ อารมณ์เฉยเมย ร่ายเรียงไม่พูด

2. การสังคมและการงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และ สัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย

3. ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมียู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์

5. อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น

6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติ

ออติสติก (Autistic Disorder)

### 1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษา ผู้ป่วย โรคจิตเภทเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2548) เป้าหมายของการรักษาเพื่อ

1.6.1 รักษาให้หายหรือบรรเทา

1.6.2 ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดยให้รับประทานยาติดต่อกัน หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้ป่วยหรืออาการกำเริบ สังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่

1.6.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการสื่อสาร

วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

- ระยะเวลาควบคุมอาการ ( Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยาส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

- ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง ( Stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยจะค่อยๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวนานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มานอน หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาโรคจิต ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

4. การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

-การบำบัดรักษาทางจิต เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัดมี 2 แบบ คือจิตบำบัดแบบรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม

-กิจกรรมบำบัดเป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆรูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนานกระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

-พฤติกรรมบำบัดเป็นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจในพฤติกรรมที่เหมาะสมแนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

-ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยการแสดงอารมณ์ เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

-นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งทางจิตใจ

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง จากภาวะปกติและทำให้ความสามารถในด้านต่างๆลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุด ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญ คือ การให้ยาเพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น เนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรคทำให้อาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภทดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การดื่มสุรา ความเครียด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ ( 2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาตลอดจนศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านการเข้าใจสังคม ดังนั้นผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อมเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียน และการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

1.7.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการใช้ปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการ ให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนี้ถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อ

เจ็บป่วยคือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป ( Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ ( Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟูหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promotion) การป้องกันโรค ( Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

1.7.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรมต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาดแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิดประสาทหลอน ความ คิด โดนปองร้าย มีหรือไม่ ความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆดังนี้

3.1.1 การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง



3.1.2 การดูแลสภาพร่างกาย การได้รับสารน้ำ อาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3.1.3 การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ รับประทานถูกต้องปลอดภัย สังเกตและระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.1.4 การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

3.1.5 พัฒนาการปรับตัวการมองตน และการมองโลกในทางที่ดี

3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

3.2.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

3.2.2 การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3.2.3 การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน หน่วยงานใกล้บ้าน

### การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

### การประเมินผล

ผลการประเมินควรพิจารณาดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดการรับรู้ด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้าน ร่างกายความคิด จิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือการปฏิบัติกรพยาบาลตาม ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยมีผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะ บุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่ แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการและสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท (Harder et al, 1987) ดังนี้

1) บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุก ด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีม สหวิชาชีพ การจัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันตนา การและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และครอบครัวมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการ รักษาพยาบาล

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่ เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิต ประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือ ปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาล จะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการ แก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อ ตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการที่ควรระวัง อาการเตือนและการป่วยซ้ำ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมพยาบาลทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตรงความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภทได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) ความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่งของอวัยวะของร่างกายในสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกายจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อความอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้คือ ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าใดบทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary role) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยังลำบากในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual need) หมายถึง

ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก (Integrated thought, belief, emotion and action) มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะมีความสุข พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่าเป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือบุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มๆ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึงพาสันับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆกัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกัน ไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง ก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคลซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้

ความต้องการด้าน ชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อความอยู่รอด

ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-psychical needs) คือความต้องการเพื่อทำหน้าที่

ความต้องการด้านจิต -สังคม (Psycho needs) คือความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ความต้องการด้านจิต-สังคม-จิตวิญญาณ (Psycho-social-spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายต้องมีความรู้ ความตระหนักในหน้าที่ ทักษะและประสบการณ์ และปฏิบัติงานอย่างอิสระในขอบเขตของวิชาชีพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.7.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกคือ ผู้ป่วยซึ่งเมื่อได้รับบริการการตรวจรักษาแล้ว สามารถกลับไปรับประทานยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนประเภทหนึ่งการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องที่สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาดูแลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ก ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคนสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น หรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

ข ด้านบริหารจัดการให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

ค ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ง ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย และแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

จ ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

ฉ จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ข บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดพัฒนาความเข้าใจในครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด

2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว ( Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษา หรือปฏิบัติพยาบาลควรคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย

3) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจ ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงาน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยตัวเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความเห็นใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

สรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด แต่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ โรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้นมีทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมาจากนอกเขต ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งการดูแลผู้ป่วย เช่น การติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ การประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว

## 2. ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว

### 2.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นสถาบันหลักซึ่งทำหน้าที่วางรากฐาน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ซึ่งในการให้ความหมายเกี่ยวกับครอบครัวขึ้นอยู่กับมุมมองของนักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ดังเช่น

The United States Bureau of the Census(1988) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว (Family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว” (Poverny และ Finch, 1988) นิยามนี้มีความหมายปรากฏอยู่ในนโยบายทางสังคมของสหรัฐอเมริกาและเป็นนิยามที่ยอมรับกันมากที่สุด (Hartman, 1993)

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน

อุมาพร ตรังคสมบัติ ( 2549) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก มีการมองบุคคลในบริบท ( individual in his context) ไม่ได้มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันว่า ด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นจึงจะเข้าใจบุคคลได้แท้จริง

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง หน่วยพื้นฐานของสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ทางสายโลหิตหรือการรับเลี้ยงดู เกิดความรัก ความผูกพันกันต่อกัน อาศัยอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน

สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงสร้างครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1) การเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง เป็นครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละครอบครัวต้องมีการะสูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว พบว่าครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาสู่ครอบครัว ทำให้ความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัวลดลง

4) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว คนส่วนหนึ่งจึงเลือกใช้ชีวิตอยู่คนเดียว หรืออยู่เป็น โสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น มีแม่จำนวนมากเลี้ยงลูกโดยปราศจากพ่อ หรือครอบครัวที่แตกแยก ทำให้ลูกต้องอาศัยอยู่กับญาติ

จากลักษณะของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและพาผู้ป่วยไปรักษา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

## 2.2 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราว



เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยูพาฟิน ศิริ โปธิงาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัย ที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

### 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้นครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สัมถะ, 2541)

ปรีดีหทัย แก้วฉัตรรัตน์ (2534) กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้านดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูคำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับมือและช่วยเหลือตนเองได้

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล ( care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

#### 2.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆก็ย่อมได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางจิตนั้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ครอบครัวขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชต้องให้ความสนใจ ทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ภาวะอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบดังนี้

2.4.1 ความเครียด เกิดจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะแปลกประหลาดจากคนทั่วไป รวมทั้งการเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย และการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บกพร่องในการดูแลตนเอง

2.4.2 ความเศร้าโศก ครอบครัวรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนเองรักและคนที่คุ้นเคย ผู้ป่วยกลายเป็นคนแปลกหน้า แสดงพฤติกรรมที่แตกต่างจากที่เคยเป็น รวมถึงสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวังที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นคนเดิมเหมือนอย่างที่เคยเป็น

2.4.3 ความรู้สึกผิด ครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยทางจิต บิดามารดามีความคิดว่า เพราะเลี้ยงดูบุตรไม่ดีจึงเกิดปัญหาทางจิตขึ้น คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของบุตร

2.4.4 ความโกรธ บางครั้งครอบครัวมีความรู้สึกโกรธโดยหาสาเหตุไม่พบ ความโกรธที่เกิดขึ้นกับสมาชิก แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการแสดงออกของความโกรธก็แตกต่างกันด้วย

2.4.5 ความกลัว กลัวการสูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวเกิดความหวาดกลัวในพฤติกรรมและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย อาจกลัวผู้ป่วยที่จะทำอันตรายทั้งต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น รวมถึงการทำลายสิ่งของ

### 3. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน นักวิชาการทางด้านครอบครัวได้ให้ความหมายและรวบรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้พอสรุปได้ดังนี้

Hogarth & Week ( อ่างใน ภูมิมาภิชาติ แสงเจียว, 2545) สรุปการทำหน้าที่ครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรม จัดเกลาระเบียบสังคมให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พักพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่นตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในภายนอกครอบครัว ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก ความจำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนๆ ในครอบครัว

Friedman (1992) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้

1) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอรวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ และอารมณ์อย่างเหมาะสม

3) หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตไปในอนาคต

4) หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อคราวจำเป็น

5) หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว

### 3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมมาสเตอร์

ครอบครัวจะดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการทำงานหน้าที่ของครอบครัวว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดซึ่งแนวคิดที่ใช้อธิบายการทำงานหน้าที่ของครอบครัวมีอยู่หลากหลาย เช่น McMaster Model ของ Epstien และคณะ (1982) Process Model ของ Steinhauer (1984) Circumplex Model ของ Olson และคณะ (1985) แต่แนวคิดที่มีการอธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกันโดยละเอียด และเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลายทั้งทางคลินิกและงานวิจัยคือ แนวคิดการทำงานหน้าที่ของครอบครัวแบบ McMaster Model ของ Epstien และคณะ (1982)

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) เป็นผลจากการศึกษาเป็นเวลานานกว่า 25 ปีโดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัย Brown ในสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นตามลำดับ ตาม MMFF นั้นครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ในระบบ

แห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ฯลฯ ซึ่งทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวไว้ ดังนี้

- 1) แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ
- 2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย
- 3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของระบบครอบครัวแต่ละส่วนจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านชีวภาพ อารมณ์ และสังคม โดยที่สมาชิกทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่างๆ ที่มีของครอบครัวตามภารกิจซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้

ภารกิจของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยภารกิจที่สำคัญ 3 ด้าน คือ (Epstein et al., 1984)

- 1) ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เพื่อการจัดการปัจจัยสี่ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษายามเจ็บป่วย
- 2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคลหรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ พร้อมทั้งก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัว
- 3) ภารกิจยามวิกฤติ (crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน บางครอบครัวสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์อย่างรุนแรงในครอบครัวได้

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด แมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ไม่ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน แต่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิต และส่งผลถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยการทำหน้าที่ใน 7 ด้านคือ 1) ด้านการแก้ปัญหา (problem solving) 2) ด้านการสื่อสาร (communication) 3) ด้านบทบาท (role) 4)

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ( affective responsiveness) 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ( affective involvement) และ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม ( behavior control) 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้คือ (Epstein et al., 1984; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

4.2.1 การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบ่งปัญหาเป็น 2 แบบ คือ 1) ด้านวัตถุ เป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น 2) ด้านอารมณ์ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้นจะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ไม่เรื้อรัง ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกัน ในทักษะการแก้ปัญหา ครอบครัวที่สมาชิกปฏิบัติหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ไม่ยากนัก แต่ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบ และปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้นกลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

4.2.2 การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด ( verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non verbal communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า เนื้อหาประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) เนื้อหาการสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้ 2) จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อสารจะต้องตรงไปยังบุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น โดยตรง ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่นและเมื่อพิจารณาการสื่อสารทั้ง 2 ด้าน สามารถแบ่งการสื่อสารในครอบครัวได้เป็น 4 แบบ คือ 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมายครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดี จะมีการสื่อสารที่ชัดเจน และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารคลุมเครือไม่ชัดเจนมากเท่าไร จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่า นั้น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม

4.2.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติกรรมต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าได้สมบูรณ์ แบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

1) บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุขประกอบด้วย การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก อุ้มชูเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก และการบริหารและจัดการภายในครอบครัว

2) บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การพิจารณาว่าบทบาทในครอบครัวดำเนินไปได้ดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกัน คือ

การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิกซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกระทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย มอบหมายให้บุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท หมายถึงวิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ด้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ มีระบบควบคุมให้สมาชิกทำหน้าที่ได้โดยครบถ้วน

4.2.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึงความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพ และปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดี เป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างปกติจะมีการแสดงอารมณ์ได้หลายรูปแบบในปริมาณและสถานการณ์เหมาะสม

4.2.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน จะต้องแสดงออกได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะต้องทำให้สมาชิกมีความเป็นอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันกับครอบครัว

4.2.6 การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกประพฤติกรรมตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง เป็นต้น พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สินเช่น การขับรถเร็ว การพยายามทำร้ายตนเอง
- 3) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติตามกฎหมายที่ครอบครัววางไว้

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

เครื่องมือประเมินแบบ Structured interview เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์สมาชิกของครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกันได้ชัดเจนขึ้น แบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง ได้แก่ แบบวัด Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scales (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีและครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง จำนวน 60 ข้อ โดยให้สมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามเอง เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมพร ตรังคสมบัติ ( 2544) พบว่ามีหลายข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยจึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี ( Chulalongorn Family Interventory [CFI] ) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบประเมินดังกล่าวช่วยทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ในการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านของการสื่อสาร บทบาทที่ได้รับในการดูแล มีการแสดงออกถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ ตลอดจนการควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปในการทำหน้าที่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



### 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อ การทำหน้าที่ของครอบครัว ตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) เพศ เพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังตามวัฒนธรรมใน สังคมว่าเป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทธรรมชาติของเพศหญิง ( Cain and Wick, 2002) เรื่องส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านผู้หญิงมักจะใส่ใจมากกว่าและคิดว่าเป็นปัญหา รวมถึงเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแล (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554)

2) อายุผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี (Chien, 2008) ผู้ดูแลต้องใช้ ประสบการณ์ในการแก้ไข และการเผชิญปัญหา

3) รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ใน การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต

4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระหลังจาก ให้การดูแลหรือหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Lauber, 2003) การ ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียด ตามมา

5) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ ของครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Chein (2008) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน พบว่า หลังจากได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีนมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ภาระของครอบครัวลดลง และ ช่วยลดอัตราการกำเริบป้องกันการป่วยซ้ำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมส่วน สำราญพันธ์ (2547) ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสัมพันธภาพ ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

6) การสนับสนุนทางสังคม เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความเชื่อถือไว้วางใจ เป็น สิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ เป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม นำมาซึ่งความสุขของชีวิต เกิดพลังใจและ

แรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ลดความตึงเครียดในชีวิตลงได้ (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554) ดังการศึกษาของ ชาติชาย ไบทัตทิม ( 2547) ได้ศึกษาการดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังยอมรับผู้ป่วย การยอมรับขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการได้รับความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของโรคจิตเภทมีผลต่อการยอมรับและการดูแลผู้ป่วยของญาติ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกำลังใจจากครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

#### 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

##### 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแลทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด ( family therapy) การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง ( support) และการบริการด้านความรู้ ( educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ( coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Hogarty ,Anderson & Reiss 1991) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติ ( intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ยังได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การนำเอาครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา มีมานานกว่า 40 ปีแล้ว โดย Laqueur et al. (1964) โดยเริ่มดำเนินการครั้งแรกกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อจัดการปรับปรุงของหอผู้ป่วย และมีเป้าหมายในการแก้ไขการสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ญาติมีความเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (Laqueur et al., 1972 cite in Asen, 2006) โดยเริ่มแรกโครงสร้างของกลุ่มเป็นการให้ผู้ป่วย 2-3 คน พบปะกับครอบครัวผู้ป่วย 4-8 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จากจุดเริ่มต้นของ Laqueur ทำให้เกิดแรงผลักดันในการพัฒนาและนำไปใช้ ในปี 1970 มีการนำเอาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับสมาชิกครอบครัวกับญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และรูปแบบที่รักษาครอบครัวนี้ถูกเรียกว่า Family psychoeducation ซึ่งเป็นการใช้ครั้งแรกโดย Anderson และคณะ (Hoffman & Fruzzetti, 2003)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้ไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของ

ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัว

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว ดังนี้

- 5.1 ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 5.2 การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 5.3 การจัดการในเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย
- 5.4 การรับฟังครอบครัว และให้ความช่วยเหลือในการวางแผนการรักษา

5.5. ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย

5.6 ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

5.7 ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

5.8 การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

5.9 การวางแผนช่วยเหลือในระยะวิกฤติ

5.10 การพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

5.11 การฝึกเทคนิคในการแก้ปัญหาสำหรับครอบครัว

5.12 ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

5.13 สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย

5.14 ลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จะเห็นได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาล ภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Chein, 2008) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และยังเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น เพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัว (Sun & Cheng, 2008)

## 5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความเป็นมาของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในงานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Hogarty, Anderson & Reiss (1991) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น ในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ในทุกกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว โดยการที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยอมรับครอบครัวในทุกประสบการณ์ที่ครอบครัวมี ซึ่งให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีทั้งคนในครอบครัวและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหของผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค การให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การควบคุมพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การฝึกการติดต่อสื่อสารที่ประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง และยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การปรับบทบาทให้เป็นที่ไปตามที่ครอบครัวและสังคมคาดหวัง มีการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ ( 2541) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเพิกเฉยต่อบทบาทในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการไม่ดูแลต่อภาระเรื่องรับประทานยาและอาหารของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยขาดยาและอาหารที่จำเป็นต้องได้รับในทุกวันรวมทั้งไม่ได้รับการประคับประคองทางจิตใจทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำได้ง่าย

เอื้ออารีย์ สาลิกา ( 2543) ศึกษาสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด คือ การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายโดยการทำร้ายผู้อื่นและสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดน้อยแต่บ่อยๆ ได้แก่ การต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย และค่าทำการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในครอบครัว

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติสูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (254 9) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชาติชาย ไบทับทิม ( 2547) ได้ศึกษาการดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังยอมรับผู้ป่วย การยอมรับขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วย และการได้รับ



ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของโรคจิตเภทมีผลต่อการยอมรับและการดูแลผู้ป่วยของญาติ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกำลังใจจากครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

สมส่วน สำราญพันธ์ ( 2547) ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

นริศรา ฉัพพรรณรังสี ( 2549) ได้ศึกษา เจตคติของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยวิธีสัมภาษณ์ และศึกษาความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเจตคติไม่ดีต่อผู้ป่วยและขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้การทำหน้าที่ในการดูแลของครอบครัวขาดประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ

รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2550) ศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนกรินทร์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัวและการไม่กลับเข้ารับรักษาซ้ำ คือ บทบาทการดูแลที่จำเป็นทั่วไป การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาฟื้นฟูโรคจิตเภทที่บ้าน และอาการทางจิตของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านซึ่งได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการไม่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 1 ปี

ศุรวุฒิ เพ็งเกร็ด ( 2550) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ ธีรสิทธิ (2551) ได้ศึกษาสภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ จำนวน 10 ครอบครัว พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นภายในครอบครัว การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างยากลำบาก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหา ขาดการให้ความเชื่อถือไว้วางใจกัน ปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้น มีการละทิ้งบุตรและครอบครัวไปเพื่อหนีปัญหา ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ไม่มีการพูดคุยกันระหว่างบุคคลภายในบ้าน เนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจหรือเรื่องทุกข์ใจ ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยหรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกในครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง มีการ

ปฏิบัติบทบาทที่ขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวังและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวไม่สอดคล้องไม่ตอบสนองกัน การแสดงบทบาทไม่ชัดเจนเมื่อมีความจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อช่วยเหลือแทนสมาชิกคนอื่นไม่สามารถทำได้ การให้ความรักไม่สมดุลกันในครอบครัว การใช้การลงโทษที่รุนแรงและการให้รางวัลโดยใช้สิ่งของแทนการยกย่องชมเชย สมาชิกบางคนอาจจู้จุกจิกกับสมาชิกครอบครัวคนอื่นมากเกินไป มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล อันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว

สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่าการเผชิญความเครียด ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่วนความรู้ในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 11.9 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

Sun & Cheung (1997) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 61 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการกำเริบ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีและการให้ความรู้แก่ครอบครัวจะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น

King and Dixon (1999) ศึกษาเรื่องการแสดงออกและการเจ็บป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 69 คน พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยกับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 การศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวในลักษณะของการตำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความไม่เป็นมิตร เป็นลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ

Hall and Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ในพ่อแม่ 44 คน ผลการศึกษา พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อย ๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกทางอารมณ์โดยการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Rothbauer and Spiessl (2001) ได้ทำการศึกษาถึงเจตคติและความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงความต้องการของญาติในประเทศเยอรมนี พบว่า เจตคติ ความรู้ และความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน และสิ่งที่ญาติมีความต้องการเพิ่มเติมมากเป็นอันดับต้นๆ คือ ต้องการเวลาพูดคุยกับผู้ดูแลรักษาให้มากขึ้น และต้องการความช่วยเหลือด้านการ

รับรู้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่

King (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภทศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย โดยใช้ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะวิกฤตของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยในครอบครัวมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น หลกี้ลุดกลน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยมารดาที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Lim and Ahm (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยนั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลการแก้ปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาระเชิงอัตนัย

Michael (2006) ศึกษาปัจจัยต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1,061 คน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ใกล้ชิดผูกพันจากครอบครัวมีน้อยและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่อยู่ในระดับต่ำ ครอบครัวขาดการให้ความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกันและการดูแลเอาใจใส่ที่ไม่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในรักษาด้วยยา

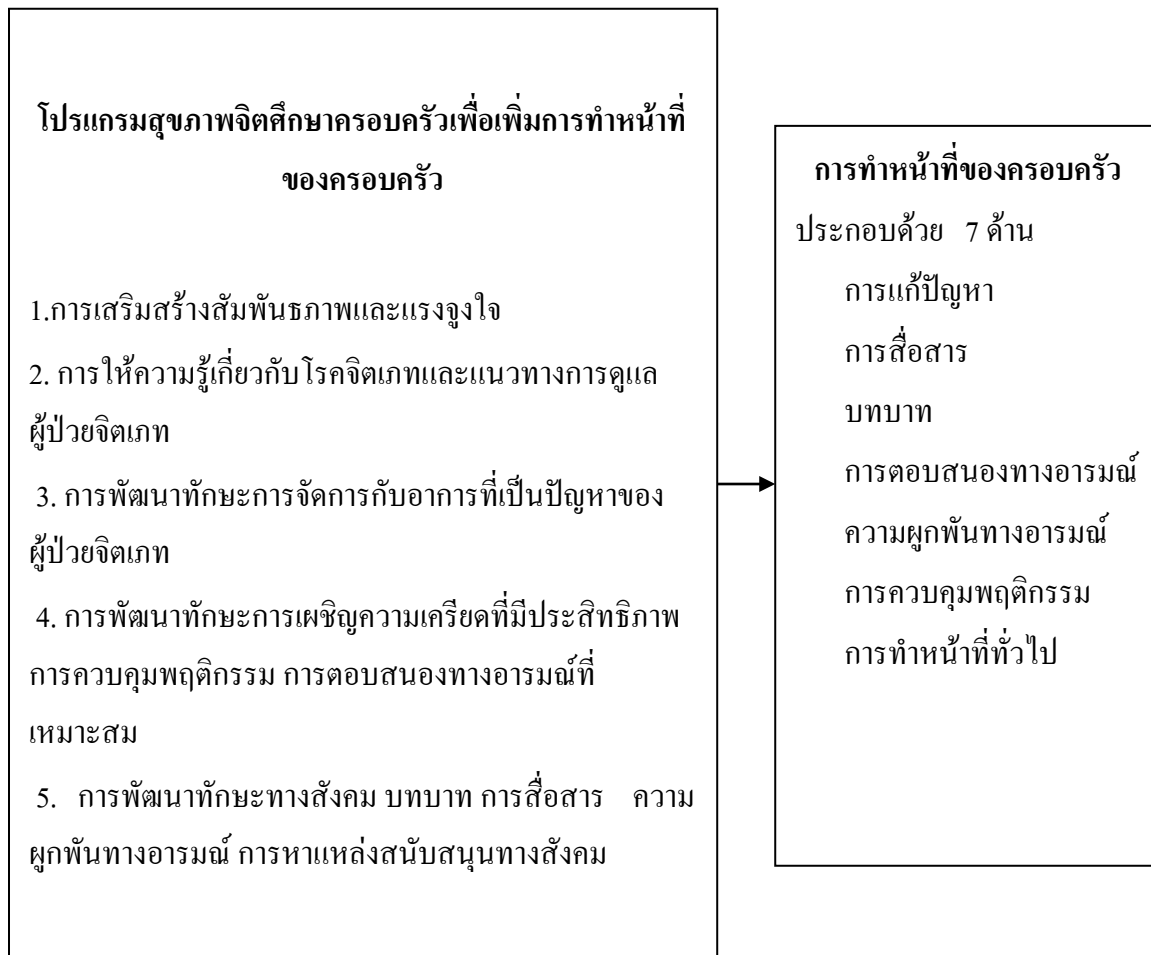
Chein (2008) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน จำนวน 68 ครอบครัว พบว่าหลังจากได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีนมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ภาระของครอบครัวลดลง และช่วยลดอัตราการกำเริบป้องกันการป่วยซ้ำได้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ของ Hogarty et al.(1991) โดยประยุกต์จากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) คงกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทไว้ ปรับกิจกรรมที่ 4 และ 5 เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจในการเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดทักษะการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 4 ครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ ( 2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เป็นแบบสำรวจการทำหน้าที่ของครอบครัวนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ

ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2
O3		O4

O1 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O2 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O3 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 40 ครอบครัว ในเขตอำเภอเขาชะเมา ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 1 คน ผู้ดูแล 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน รวม 3 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
2. ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

#### 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

##### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
3. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

##### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายมีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบันมีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

##### เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวจากการวิจัย
2. ผู้ร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้งตามโปรแกรม

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of sample Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษาของ สรนามงคล (2550) เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามิตติสุรา มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 ครอบครัว ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตอำเภอเขาชะเมา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในเขตอำเภอเขาชะเมา โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่ามีความสัมพันธ์ตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ ( Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุผู้ดูแล เพศและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เนื่องจากตัวแปรทั้ง 4 มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (สภาวะเดือน กลิ่น น้อย, 2554)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับสลาก **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Hogarty et al. (1991) โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กำหนดเนื้อหาสำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่บกพร่อง

1.3 สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดรูปแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้ประยุกต์จากการศึกษาของจิราพร รักการ ( 2549) คงกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ



กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทไว้ ปรับกิจกรรมที่ 4 และ 5 เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจในการเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดทักษะการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Hogarty et al.(1991) ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 4 ครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เพื่อให้ครอบครัวและผู้วิจัยมีความคุ้นเคย มีความไว้วางใจกัน ครอบครัวมีความพร้อมที่จะเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มทักษะให้กับครอบครัวในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านบทบาท การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

#### **การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม**

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านกายภาพบำบัดสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ปรับเพิ่มเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม จาก 60- 90 นาที เป็น 90-120 นาที

### กิจกรรมที่ 1

1. ใบงานที่ 1/2 ปรับภาษาที่ใช้ จาก ปัญหาที่พบในครอบครัว เป็น ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อ 21 คำว่า ทศนะ แก้ไขเป็น ความคิดเห็น

2. ใบงานที่ 1/3 คำชี้แจง ตัดคำว่า เคย ออก

### กิจกรรมที่ 3

1. ใบงานที่ 3/2 ปรับภาษาที่ใช้ จาก พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็น พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจ

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้สมาชิกเข้าใจได้ง่ายขึ้น ต้องมีการยกตัวอย่างและสาธิตให้ผู้ดูแลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นและสามารถดำเนินกิจกรรมภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90-120 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

### 2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ ( 2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สามารถอธิบาย คุณสมบัติเชิงโครงสร้าง ภาพรวมของครอบครัวและแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในครอบครัว โดยตัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิด McMaster (McMaster Model of

Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามในแบบสอบถามทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ(2540)

1. ด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
2. ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1
3. ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,3 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2
4. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
5. ด้านความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,5
6. ด้านการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 3,4 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1,2
7. ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3,8

เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn family inventory (CFI) นี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ลักษณะของข้อคำถาม 36 ข้อ จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมี ดังนี้

ความคิดเห็น คะแนน

ตรงมากที่สุด 4

ตรงปานกลาง

3

ตรงเล็กน้อย 2

ไม่ตรงเลย 1

**การแปลผล** จะรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ จากนั้นนำผลรวมของคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (อรรณพ ทองคำ, 2546) ดังนี้

- 1.00-1.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นไม่ดี
- 1.50-2.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้น ดีเล็กน้อย
- 2.50-3.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นดีพอสมควร
- 3.50-4.00 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นดีมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ( content validity) ผู้วิจัยนำแบบ ประเมิน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ ( 2540) ตามแนวคิด McMaster (McMaster Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา ( Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยรักรู , 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งในการ วิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของ แบบ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม เท่ากับ .81 (ภาคผนวก หน้า 149 )และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไข ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ด้านการแก้ปัญหา ข้อ 4 “เมื่อมีปัญหา เรามักปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร ” แก้ไขเป็น “เมื่อมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวมักปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร”

ด้านการสื่อสาร ข้อ 1 “บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก ” แก้ไขเป็น “บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึกในครอบครัว”

ข้อ 2 “ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม ” แก้ไขเป็น “ทุกคนในครอบครัวสามารถพูดกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม”

ข้อ 3 “คุณรู้สึกชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา ” แก้ไขเป็น “คุณเข้าใจชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา”

ด้านบทบาท ข้อ 3 “แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง ” แก้ไขเป็น “ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง”

ด้านการควบคุมพฤติกรรม ข้อ 2 “ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน ” แก้ไขเป็น “ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ( reliability) ผู้วิจัยนำแบบ ประเมิน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ( Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 (ภาคผนวก หน้า 150)

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1.แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของสุภาภรณ์ ทองดารา ( 2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 2,4,5,6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8,10,11และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางลบ ได้แก่ข้อ 13 และ 14

5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 16,18,และ 20  
ข้อความทางลบ ได้แก่ 15,17,19

6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 23,24,25,26,27  
และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 21,22 และ 28

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

คะแนนทางบวก คะแนนทางลบ

ใช่ 1 0

ไม่ใช่ 0 1

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80  
ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี  
ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกัน  
ประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของ  
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ( content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการ  
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของสุภภรณ์ ทองคารา ( 2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ไป  
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้าน  
สุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และ  
พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่  
พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน  
ความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความ  
เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน  
เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะ  
เพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ( CVI) ได้เท่ากับ .82  
ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้ โดย  
มีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 1 “โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการกระทำ” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป”

ข้อ 5 “โรคจิตเภทสืบทอดได้ทางพันธุกรรม” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม”

ข้อ 6 “ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ ” แก้ไขเป็น “ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการโรคจิตเภทได้”

ข้อ 7 “ความขัดสน ยากจน และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ ” แก้ไขเป็น “ความขัดสน ยากจน และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการโรคจิตเภทได้”

ข้อ 8 “ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการรุนแรง สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว ” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการรุนแรง สับสน ทำอะไรไม่ค่อยรู้สึกตัว”

ข้อ 9 “ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาท ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น ” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนจะมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาท ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น”

ข้อ 10 “ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ”

ข้อ 23 “ควรเตือนผู้ป่วยถึงสิ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การขาดยา ” แก้ไขเป็น “ควรเตือนผู้ป่วยถึงสิ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การขาดยา การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ”

ข้อ 25 “ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรหาวิธีกระตุ้นผู้ป่วยที่บ้านทางอ้อม ” แก้ไขเป็น “ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและทำงานบ้านเท่าที่สามารถทำได้”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

3.2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับ ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) มาใช้ในการวิจัย โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลาถึงไม่เป็นจริงเลย

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3 และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5

2) การสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11

4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15,16,17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความเห็น ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

คะแนน คะแนน

ตลอดเวลา 5 1

บ่อยครั้ง 4 2

บางครั้ง 3 3

นานๆครั้ง 2 4

ไม่เป็นจริงเลย 1 5

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสุด, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

#### เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค



พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาลักษณะเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรม  
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ( content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุน  
ทางสังคมผู้ป่วยจิตเภท ของ จิราพร รักการ ( 2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House  
(1983) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะ  
ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน  
และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่  
พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน  
ความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความ  
เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน  
เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะ  
เพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ จำนวนดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 1  
(ภาคผนวก หน้า 149 ) ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา  
เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 7 “ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน” แก้ไขเป็น “ท่านมีบุคคลหรือ  
หน่วยงานที่คอยช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน”

ข้อ 9 “ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆจากผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วย ”  
แก้ไขเป็น “ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆจากผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ( Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี  
ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานาน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหา  
ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ( Cronbach Alpha  
Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .79

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ  
และเข้าใจในกระบวนการการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และแจ้งให้ผู้ดูแล สามารถตอบรับหรือ  
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการมารับบริการ  
รักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่  
เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

**การดำเนินการทดลอง** เริ่มในวันที่ 22 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2556

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาประสบการณ์การทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้รับประสบการณ์การตรวจรักษาด้วยยาผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลราชบุรี และการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนอำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี ศึกษา เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติ จึงเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2556

1.3 เตรียมสถานที่ ประสานงานกับโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการ วิจัยวิทยานิพนธ์ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง เพื่อขออนุญาตทำการทดลอง เก็บข้อมูล และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่ออนุมัติแล้วจึงติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการจัดดำเนินการกิจกรรมต่างๆตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการวิจัย

1.4 . เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยโดยชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ และวิธีการดำเนินโครงการ

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วม

ในการศึกษา จากนั้นนัดหมายวัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะจัดรถรับ-ส่งในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ณ โรงพยาบาล เขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการ พยาบาล ตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงระบบการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยทุกครอบครัวมีผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 3 คน กลุ่มละ 4 ครอบครัว ทั้ง 20 ครอบครัว ดำเนินการดังต่อไปนี้

### กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และ โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
  2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
- ระยะเวลา 90-120 นาที

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการ เรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ก็จะทำให้สมาชิกมีความ ต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู่มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### ดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและ ประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกรอบคร้วแต่และคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พุคคุยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้าง ความคุ้นเคย และความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวแบบกลุ่ม กิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและ ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ สภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และ ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกต ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอ สิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ ในครอบครัว และเพิ่มเติมปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1
8. ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ทำใบ งานที่ 1/3 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบ ที่มีต่อผู้ป่วยจิต เภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพุดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึก ด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้วิจัยบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิต เภท ตามใบความรู้ที่ 1/2
11. ผู้วิจัยพุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็น ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

12. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 อีกครั้ง
14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

### การประเมินผล

ในช่วงแรกของการทำกิจกรรม สมาชิกบางคนไม่ค่อยพูด ผู้วิจัยต้อง ย้ำถึงข้อตกลงของกลุ่มที่จะเก็บเป็นความลับ สมาชิกจึง เริ่มมีปฏิสัมพันธ์ เมื่อเข้าร่วมกลุ่มช่วยกันทำกิจกรรม สมาชิกมีความกล้าในการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น สัมพันธภาพในกลุ่มส่วนใหญ่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน การนำเสนอลักษณะของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน มีบางครอบครัวที่เห็นห่าง ต่างคนต่างอยู่ ซึ่งมาจากการที่บางคนในครอบครัวมีอาชีพรับจ้าง กริดยาง ไม่มีเวลาว่าง ปัญหาที่พบในครอบครัวส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางการเงิน ไม่มีเวลาว่างให้กันและกัน ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นห่วง สงสาร รัก อยากให้หายจากโรคนี้ มีบางครอบครัวที่เบื่อ เหนื่อยหน่าย ผิดหวัง เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลือตนเองและครอบครัว บางครั้งก็อาละวาด ทำลายข้าวของ สมาชิกบอกว่าเป็นเพราะในครอบครัวไม่มีกฎเกณฑ์อะไร บังคับให้ทำอะไรไม่ได้

ผู้วิจัยสรุปลักษณะของครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกที่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ พยายามพูดคุย กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกด้านบวก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

### กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทได้

2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

ระยะเวลา 90 -120 นาที

### สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

### ดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้
10. ให้การบ้านผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันตอบคำถาม ตามใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

## การประเมินผล

จากการนำเสนอประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อากา และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า อากา นำ ที่ทำให้เริ่มสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ คือ พูดคนเดียว นอนไม่หลับ หูแว่ว เห็นภาพหลอน ส่วนใหญ่จะพามาโรงพยาบาลเมื่อควบคุมผู้ป่วยไม่ได้ หรือผู้ป่วยมีอาการอาละวาด ทำลายข้าวของ มีบางครอบครัวพาไปรักษาทางไสยศาสตร์ก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้น จึงพาไปโรงพยาบาล สาเหตุของการเกิดโรค พบว่า บางครอบครัวเชื่อว่าเกิดจากไสยศาสตร์ โคนของ เป็นเรื่องของเวรกรรม เกี่ยวกับการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่รักษาโดยการรับประทานยา มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากที่สุด คือ ง่วงซึม อยากนอนตลอดเวลา เหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยถูกตำหนิจากคนในครอบครัว เนื่องจากถ้ารับประทานยาจะทำงานไม่ได้ ผู้ป่วยจึงไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง หรือปรับยาเอง ส่งผลให้มีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยสรุปตามที่สมาชิกเล่า พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต สมาชิกสนใจมากขึ้นถามเป็นระยะๆ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาได้

## กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
4. เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการสำรวจและวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
4. บอกถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้

ระยะเวลา 90 -120 นาที

## สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา การสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ เข้าใจ ยอมรับในปัญหาและความต้องการในครอบครัวของตนเอง และสามารถกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้

## ดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยกับสมาชิก กล่าวถึงการบ้านที่ได้มอบหมายให้ไปทำเรื่องการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต เกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้วิจัยบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/2
8. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสำรวจและวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมถึงฝึกปฏิบัติในการแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในครอบครัว
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง



11. มอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปทำ ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันตอบคำถามเรื่อง ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 3/2

12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

### การประเมินผล

จากการนำเสนอประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท พบว่า การสังเกตอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ คือ มีเสียงหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน เริ่มปฏิเสธการรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ สมาชิกสามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้ ผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย นอนไม่เป็นเวลา ให้สมาชิกได้ร่วมกัน หาแนวทางในการจัดการกับปัญหานอนไม่เป็นเวลา พบว่า สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น โดย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลา อาการนอนไม่เป็นเวลาก็จะดีขึ้น ปัญหาหงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง พบว่า ไม่ปะทะ พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยความใจเย็น ปัญหาไม่สนใจตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัย ของตัวเอง พบว่า สมาชิกบางคนให้ปล่อยไป ไม่ไปยุ่งกับผู้ป่วย บางคนก็ช่วยทำความสะอาด สุขอนามัยให้ ปัญหาไม่สนใจช่วยงานบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ให้ปล่อยไป เนื่องจากไม่ได้คาดหวังว่า ผู้ป่วยจะช่วยงานได้

ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น พบว่า หลังสมาชิกทราบถึงวิธีการและแนวทางจัดการกับพฤติกรรมที่ เป็นปัญหาของผู้ป่วย สมาชิกบอกว่าจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม

### การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ของความเครียด การควบคุม พฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีการ ควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียด การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. บอกวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ได้ และสมาชิกย้อนกลับได้ถูกต้อง ระยะเวลา 90 - 120 นาที

### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหรือความเครียดให้น้อยลงได้

### ดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
  4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. มอบหมายให้สมาชิกบันทึกสถานการณ์ความเครียด การจัดการความเครียด การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในหัวข้อ “ความเครียดเขาอยู่” แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันในสัปดาห์ต่อไป
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

## การประเมินผล

จากการให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปิดโอกาสให้เล่าถึงความเครียด ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีอาการกำเริบ ทำอะไร ไม่ถูก ได้แต่ร้องไห้ หลังจากผู้ป่วยหายกลับมาอยู่บ้าน ก็ยังกลัวว่า จะกลับเป็นเหมือนเดิม แต่ก็ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามปกติ ก่อนนอนจะสวดมนต์ไหว้พระ ทำให้จิตใจสบายขึ้น ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด วิธีการผ่อนคลายความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ ยกตัวอย่าง เช่น เสียงสั้นปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ มีวิธีการจัดการโดยการออกจากสถานการณ์ที่ก่อกวนเครียดนั้น ไปก่อน ผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ มีการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และการตอบสนองทางอารมณ์คือ อารมณ์โกรธ หลังจากนั้นให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้เวลากับการฝึกจนกว่า สมาชิกจะสามารถสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม**

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. สมาชิกมีการปฏิบัติตามบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม
4. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

ระยะเวลา 90 -120 นาที

## สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การที่สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวเหมาะสม จะช่วยให้ครอบครัวมีการปฏิบัติบทบาทสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวัง เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อช่วยเหลือแทนสมาชิกคนอื่นก็สามารถทำได้ มีการให้ความรักที่สมดุลกันในครอบครัว ไม่มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล ขอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาค่าที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

## ดำเนินการ

1. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมและผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติเรื่อง บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารภายในครอบครัว และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ตามใบความรู้ที่ 5/1 ให้ความรู้เรื่อง บทบาทและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวตามใบความรู้ที่ 5/2
4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร ในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/3
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/ 3 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

7. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว กำกับการทดลองด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### การประเมินผล

จากการที่สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม พบว่า สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยและสมาชิกแสดงบทบาทสมมติเรื่อง “หนูไม่ไปโรงเรียน” โดยสมาชิกคนหนึ่งแสดงบทบาทเป็นมารดา ผู้วิจัยเป็นลูก แสดงให้เห็นถึงบทบาทของแต่ละคนในครอบครัว ระดับของความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารภายในครอบครัว จากนั้นร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว บทบาทและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว ซึ่งพบว่า สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นและเข้าใจบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ และการสื่อสารที่เหมาะสม จากนั้น ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งให้ความช่วยเหลือ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ และตอบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนได้

#### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการ กำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตาม แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n= 20)

คนที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ร้อยละ
1	26	92.86
2	27	96.43
3	27	96.43
4	28	100.00
5	24	85.71
6	25	89.29
7	26	92.86
8	26	92.86
9	25	89.29
10	28	100.00
11	27	96.43
12	25	89.29
13	24	85.71
14	26	92.86
15	26	92.86
16	27	96.43
17	25	89.29
18	24	85.71
18	27	96.43
20	28	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 28 คิดเป็น ร้อยละ 100 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คิดเป็นร้อยละ 85.71 ซึ่งจัดว่าหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n= 20)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ระดับ
1	3.21	ปานกลาง
2	3.42	ปานกลาง
3	3.53	สูง
4	3.32	ปานกลาง
5	3.42	ปานกลาง
6	3.53	สูง
7	3.42	ปานกลาง
8	3.00	ปานกลาง
9	3.68	สูง
10	3.79	สูง
11	3.53	สูง
12	3.21	ปานกลาง
13	3.42	ปานกลาง
14	3.53	สูง
15	3.00	ปานกลาง
16	3.68	สูง
17	3.21	ปานกลาง
18	3.42	ปานกลาง
19	3.79	สูง
20	3.21	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อยู่ในระดับสูง จำนวน 8 คน และในระดับปานกลาง จำนวน 12 คน ซึ่งจัดว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

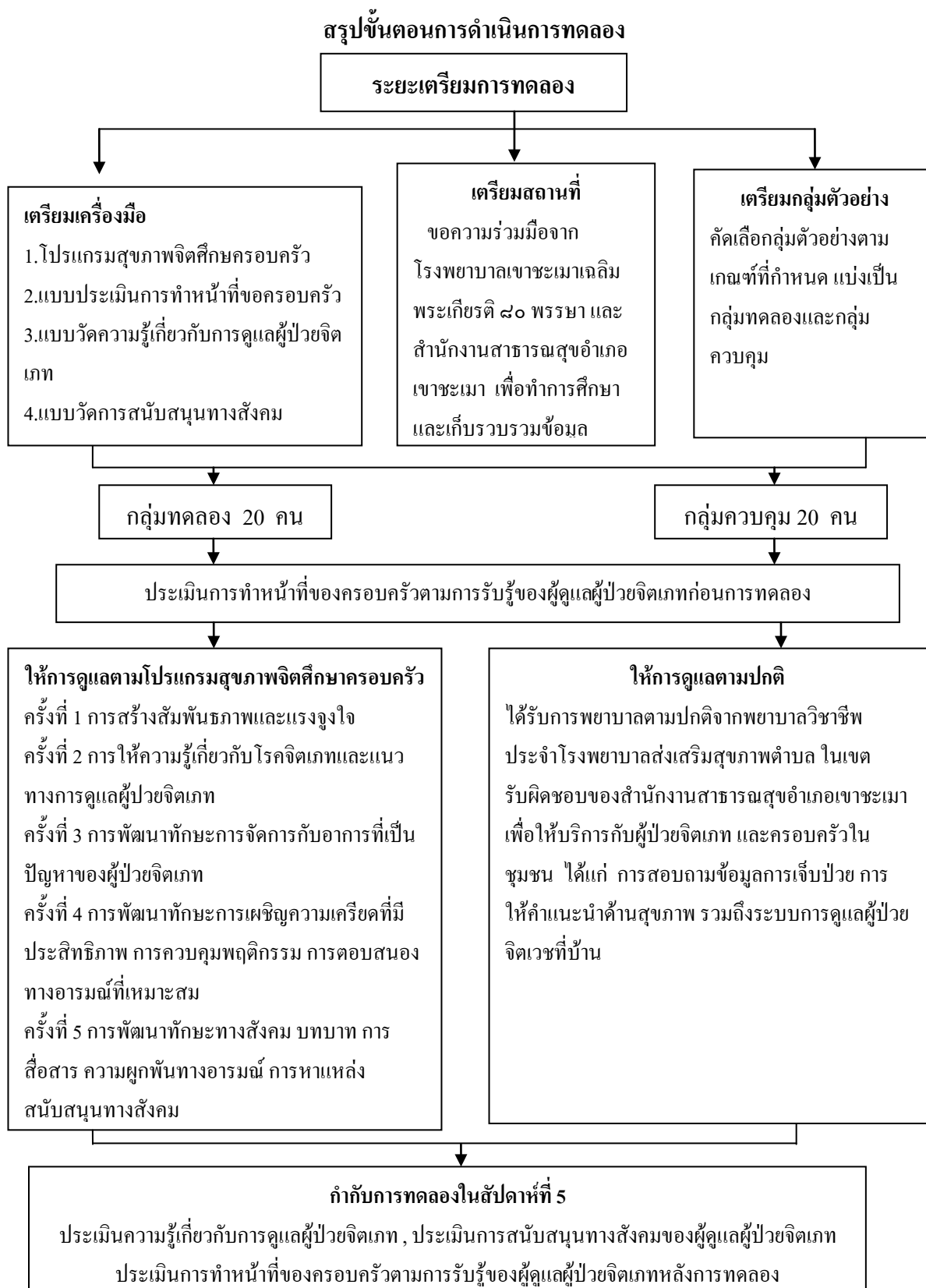
ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent-t test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ (Independent-t test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา  
ครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบการ  
ทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม  
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล  
ตามปกติ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง อยู่ในความรับผิดชอบ  
ของอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน  
กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ  
โดยประเมิน การทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง การ  
ทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The pretest-posttest control group design) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล  
เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส  
ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์กับ  
ผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง (n = 20)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	10.0	2	10.0
หญิง	18	90.0	18	90.0
อายุ				
20 – 30 ปี	2	10.0	2	10.0
31 – 40 ปี	11	55.0	11	55.0
41 – 50 ปี	3	15.0	3	15.0
51 – 60 ปี	4	20.0	4	20.0
สถานภาพสมรส				
โสด	5	20.0	4	25.0
คู่	13	60.0	12	65.0
หม้าย	1	10.0	2	5.0
หย่า	1	10.0	2	5.0
แยก	-	-	-	-
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-
ประถมศึกษา	10	45.0	9	50.0
มัธยมศึกษา	6	35.0	7	30.0
อนุปริญญา	4	20.0	4	20.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มี

สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ( n = 20 )	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง ( n = 20 )	ร้อยละ
-----------------	---------------------------	--------	--------------------------	--------

อาชีพ				
ว่างงาน	2	10.0	2	10.0
รับจ้างทั่วไป	11	55.0	12	60.0
ค้าขาย	2	10.0	1	5.0
เกษตรกรรม	5	25.0	5	25.0
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและเหลือเก็บ	5	25.0	5	25.0
เพียงพอกับรายจ่าย	11	55.0	11	55.0
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	4	20.0	4	20.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท				
บิดา	1	5.0	1	5.0
มารดา	6	30.0	6	30.0
บุตร	3	15.0	3	15.0
พี่	2	10.0	1	5.0
น้อง	2	10.0	3	15.0
สามี	1	5.0	1	5.0
ภรรยา	5	25.0	5	25.0
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย				
6 เดือน-1 ปี	5	25.0	5	25.0
2-5 ปี	8	40.0	8	40.0
6-10 ปี	4	20.0	4	20.0
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	3	15.0	3	15.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 20)	ร้อยละ	กลุ่มทดลอง (n = 20)	ร้อยละ
-----------------	-------------------------	--------	------------------------	--------

เพศ				
ชาย	13	65.0	11	55.0
หญิง	7	35.0	9	45.0
อายุ				
20 – 30 ปี	7	35.0	8	40.0
31 – 40 ปี	5	25.0	6	30.0
41 – 50 ปี	3	15.0	2	10.0
51 – 60 ปี	5	25.0	4	20.0
สถานภาพสมรส				
โสด	9	45.0	8	40.0
คู่	7	35.0	8	40.0
หม้าย	2	10.0	2	10.0
หย่า	2	10.0	2	10.0
แยก	-	-	-	-
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-
ประถมศึกษา	10	50.0	11	55.0
มัธยมศึกษา	9	45.0	9	45.0
อนุปริญญา	1	5.0	0	0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 และ 55 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และ 40 มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	102.60	10.32	126.80	5.89	19	-10.12	.000



จากตารางที่ 6 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ก่อน ทดลองเท่ากับ 102.60 และหลังการทดลองเท่ากับ 126.80 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า แตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)
1. ด้านการแก้ปัญหา	2.89 ดีพอสมควร	2.83 ดีพอสมควร	3.8 ดีมาก	2.85 ดีพอสมควร
2. ด้านการตอบสนองทาง อารมณ์	2.86 ดีพอสมควร	2.78 ดีพอสมควร	3.82 ดีมาก	2.88 ดีพอสมควร
3. ด้านการสื่อสาร	2.87 ดีพอสมควร	2.83 ดีพอสมควร	3.84 ดีมาก	2.92 ดีพอสมควร

4. ด้านความผูกพันทาง อารมณ์	2.65 ดีพอสมควร	2.59 ดีพอสมควร	2.92 ดีพอสมควร	2.62 ดีพอสมควร
5. ด้านการควบคุม พฤติกรรม	2.51 ดีพอสมควร	2.47 ดีเล็กน้อย	3.03 ดีพอสมควร	2.49 ดีเล็กน้อย
6. ด้านบทบาท	2.61 ดีพอสมควร	2.60 ดีพอสมควร	2.67 ดีพอสมควร	2.51 ดีพอสมควร
7. ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.18 ดีพอสมควร	3.13 ดีพอสมควร	3.88 ดีมาก	3.21 ดีพอสมควร

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ย ของคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละด้าน ก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย ของ คะแนน ไม่แตกต่างกัน คือ อยู่ในระดับดีพอสมควร หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ของ คะแนนในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหา ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการ สื่อสาร และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	100.80	7.21	102.40	10.84	19	-1.23	.232

จากตารางที่ 8 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม  
การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลองเท่ากับ  
100.80 และหลังการทดลองเท่ากับ 102.40 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
เภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	102.60	10.32	100.80	7.21	38	.639	.527
หลังการทดลอง	126.80	5.89	102.40	10.84	38	8.84	.000

จากตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ก่อนการทดลองเท่ากับ 102.60 และกลุ่มควบคุม  
ก่อนเข้ารับการศึกษาทดลองเท่ากับ 100.80 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test  
พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวตาม  
การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สำหรับหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 126.80 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 102.40  
เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลที่  
ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 40 ครอบครัว ในเขตอำเภอเขาชะเมา ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 1 คน ผู้ดูแล 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน รวม 3 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of sample Size (PASS) (รัชนีศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษาของสรณา มงคล (2550) เรื่องผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดยา มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้มี

อำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบคร้ว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบคร้ว
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
  - 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบคร้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนา จากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบคร้วของ Hogarty et al. (1991) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

## 2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน จำนวนดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .81 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบ ประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ( Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .80

## 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1.แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของสุภาภรณ์ ทองคารา ( 2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน ให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน



และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .82 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

3.2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับ ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) มาใช้ในการวิจัย โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .79

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

- 1.1 เตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้ ฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 1.3 เตรียมสถานที่ ประสานงานกับโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาชะเมา จังหวัดระยอง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา จากนั้นนัดหมายวัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะจัดรถรับ-ส่งในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ณ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยทุกครอบครัวมีผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 3 คน กลุ่มละ 4 ครอบครัว ทั้ง 20 ครอบครัว

### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการ กำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

## 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวครบ 5 สัปดาห์ โดยให้ตอบคำถามตามแบบ ประเมิน การทำหน้าที่ของครอบครัว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent-t test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t (Independent-t test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิง มีสถานภาพสมรสคู่และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดาเป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี ซึ่งพบว่าญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสาร ขอมอบ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาจะมีทัศนคติที่ดี อดทนและเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ( 2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติหรือบิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วย ได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Yamachita, 1996)

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ผลของการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและ

ภายนอกครอบครัวได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรมที่จะส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น

โดยในครั้งที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญทวีชัย, 25 53) การประเมินครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกลำบากใจ เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปให้ดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ยาและ 100ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามจริง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ( Yamashita, 1996) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องทราบถึงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้นได้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาดีขึ้น ( Sun & Cheung, 1997)

ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของ

ความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมขึ้น (McFarlane et al., 2003)

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านบทบาท การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ ดีขึ้น ( McFarlane et al., 2003) ความรู้เป็นความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการ การรักษา และการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวก่อนและหลังการได้รับการ พยาบาล ตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับดีพอสมควร ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การ สอดถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนครบถ้วน อีกทั้งผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจ อารมณ์อย่างใกล้ชิดเหมือนกลุ่มทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจ เหมือนที่กลุ่มทดลอง

ได้รับ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 การที่พบผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะเห็นได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Cheim, 2008)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการนำผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997) สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ

การเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล ( psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทำให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง

(เพชร คันธสาขบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การปรับบทบาทให้เป็นไปตามที่ครอบครัวและสังคมคาดหวัง มีการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพขึ้น (McFarlane, 2003)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ ผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Chen, 2008)

### ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพบประเด็นที่ปัญหาของสัมพันธภาพในครอบครัวและการรักษาความลับ ผู้วิจัยต้องใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้

1. ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท จึงควรทำความเข้าใจกับเนื้อหาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมก่อนนำไปใช้ โดยเฉพาะการรักษาความลับและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว

2. การดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดาที่ทุกคนว่างตรงกัน ไม่กระทบกับสมาชิกที่ติดภารกิจ



ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง ในการติดตามประเมินผลระยะยาว ในระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน หลังการทดลอง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัย ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น มีการทำหน้าที่ของครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่และมี ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวชแต่ละโรค

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2554). **เปรียบเทียบการรับผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อตรวจรักษาต่อของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550-2553**. กระทรวงสาธารณสุข.

[ออนไลน์] Available: [http://www.dmh.go.th/report/patient/pa\\_in.asp?filed10=all](http://www.dmh.go.th/report/patient/pa_in.asp?filed10=all).

จารุวรรณ ชีรสิทธิ์. (2551). **สภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(1): 1-13.

จอม สุวรรณโน. (2541). **ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 47: 147-157.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยุทธินทร์การพิมพ์.

ชฎาภา ประเสริฐทรง. **ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.

ชาติชาย ไบทัตทิม. (2540). **การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชวลีพร ชวงค์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 21 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2546): 46-58.

- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทความวิชาการ. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22(2): 110-116.
- ธนศักดิ์ เทือกทอง. (2547). เอกสารประกอบการบรรยายวิชาเภสัชบำบัดประยุกต์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย ลิพหานาจ. (2548). ความเครียดและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกไทยที่ปฏิบัติภารกิจในประเทศติมอร์ตะวันออก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(2) : 77-91.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะแลความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิดา ล.สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นริศรา ฉัพพรรณรังสี. (2549). เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล่ามขัง ศึกษาเฉพาะพื้นที่ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). ระเบียบวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่อง การนำกระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. กรมสุขภาพจิต.

- ปรีดี หทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิต  
เวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต  
เวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภุมมาภิกษาคี แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิต  
เภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์. (2542). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมกลุ่ม  
สมรสในเรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สุขภาพจิต.
- พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิ์ และคณะ. (2542). พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลจิต  
เวชและสุขภาพจิต 13: 32-44.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชราชมานิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:  
บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการ  
รับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.
- ยาใจ สิทิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ  
พยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13(1): 1-9.

- ยูพาพิณ ศิริโพธิ์งาม.(2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. **รามารับดีพยาบาลสาร**. 2(1): 84-94.
- รุจา ภูโพนบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว. **แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
 ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รัชนี ไพรสวัสดิ์. (2550). **บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
 นเรศวร.
- รัชนีกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์  
 ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ และคณะ. (2549). ผลของการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิต  
 เภทที่มีต่อการกลับมารักษาซ้ำ. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่5 ณ โรงแรมปรีณชพาเลส  
 กรุงเทพฯ มหานคร ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, หน้า 232.
- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. (2545). **ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การ  
 ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชรารัตน์ ลือไชสงค์. (2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำใน  
 ผู้ป่วยจิตเภท:กรณีศึกษา**. รายงานการวิจัย กลุ่มงานสังคมศาสตร์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรม  
 สุขภาพจิต.
- วิระวรรณ อุประมาณ. (2538). **การทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มี  
 ภาวะซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต  
 วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิรณี ทัสนะเทพ. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการกระทำผิดของเด็ก  
 และเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สภาวะเดือน กลิ่นน้อย. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว** ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินชัย วสุนธรา. (2547). **จิตเภท.กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.**
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(2): 15-21.**
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.**
- สมส่วน สำราญพันธ์. (2547). **การศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท: ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.**
- สรนา มงคล. (2550). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สุชาติ พหลภาคย์. (2547). **การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก: นวัตกรรมการรักษาทางจิตเวชและจิตประสาท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 47(4): 365-385.**
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้การเดือนของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สุขภาพจิต, กรม. (2545). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2545. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.**

- สุขภาพจิต, กรม. (2553). รายงานประจำปี. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพร ทองคำ. (2546). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เพื่อฟ้าปรินต์ติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันตาการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2549). การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเปรียบเทียบกับครอบครัวทั่วไป. จดหมายเหตุทางการแพทย์ พศจิกายน (89): 1946-1953.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.

## ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed.** Washington DC. American Psychiatric Association.
- Anderson , C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic Patient: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin.** 6 (3) : 490-505.
- Anderson, C.M., Hogarty,G.E.&Reiss,D.J. (1986). **Schizophrenic and the family: Practitioner's guide to psychoeducation and management.** New York: Guilford Press.
- Asen, E & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. **The association For Family Therapy and systemic practice,** (28), 58-72.
- Becker, M. H. (1974). **The health belief model and person health behaviors** Charles B. Slack, Inc: Bethesda. (1999). Schizophrenia Retrieve January, 30, 2001, Available from:  
<http://nimh.nih.gov/Publicat/schizoph.Cfm>. [2012,January]
- Boyd, M.A., (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice.** 3<sup>rd</sup>ed. Philadelphia: Lippincott.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Brown, G. W., and Birley. J. K. (1972), Influence of family life on the course of schizophrenia Disorder : replication British. **Journal of Psychaiatry** 121:241-258.
- Cain, C. I., and Wicks, M. N. (2002). Caregiving attitudes as correlates of burden in family caregiver Coping with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Family Nursing,** 6 (March 2002): 46-47.
- Chein. T. W. ( 2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia. **The Open Nursing Journal** 2:28-39.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., and Cohler, B. J. (1994). Age and Family burden among parents of Offspring with severe mental illness. **American Journal Othopsychiatric,** 64 (April 1994): 435-447.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. **Archives of Psychiatric Nursing,** 9 (2): 77-84.



- Epstien,N.B.,Bishop,D.S., and Buldwin,L.M. (1984). **The McMaster Model of family functioning.**  
 [ Online ] Retrieved: <http://www.unu.edu/unpress/unupbook/uu3se/uu13se05.htm>.
- Fadden, G. (1998). Research update:Psychoeducation family interventions. **Journal of Family Therapy** 20:293-309.
- Fowler, L. (1992).Family psychoeducation:Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. *Journal of Psychosocial Nursing* 30(3):27-32.
- Glendy,S.H.Ip., & Mackenzie, A.E.(1998). Caring for relative with serious mental illness at home : The experiences of family cares in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing** , 12(5) , 288 – 294.
- Hall, M. J. and Docherty, N. M. (2000). **Parent coping styles and schizophrenia patient behavior as Predictors of Expressed Emotion.** *Family Process*.
- Hammond, V. T. & Dean, G. (1995). A phenomenological study of family and Psychoeducation support group. **Journal of Psychosocial Nursing** 33(10):7-12.
- Hartman A. Challenges for family policy. In F. Walsh (Ed.). (1993). **Normal Family Processes . (2<sup>nd</sup> ed.)** New York: Guilford.
- Harter, L. (1988) Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 2 (June 1988): 18-22.
- Hoffman, P.D. et al. (2003). Family members knowledge about borderline personality disorder :Correspondence with their level of depression,burden,distress, and expressed emotion.**Family process**, 42(4): 468-478.
- Hogarty GE. Anderson CM. Reiss DJ, et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, And maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. **Arch Gen Psychiatry**. 48: 340-347.
- House. J.S. et al. (1980). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 202-218.
- Kaplan H. I. and Sandock . (1998). **synopsis of psychiatry: behavioral science clinic psychiatry.8<sup>th</sup> ed.** Baltimore: Williams and Wilkins.

- King, S. and Dixon, J. M. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. **Schizophrenia Bulletin** 25 (February 1999): 377-386.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. **Psychiatry Research** 117 : 211-222.
- Kuiper, L., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S., and Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcome: The problem of confound measures. **American Psychologist** 40: 770-779.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital and Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.
- Li, Z & Arthur, D. (2005). A study of three measures of expressed emotion in a sample of Chinese families of a person with schizophrenia. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing** 12:431-438.
- Liberman, R. P. Wallace C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V. & Mintz J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for person with persistent Schizophrenia. **American Psychiatric Association** 155:087-091.
- Lim, Y.M. and Ahn, Y.M. (2003). **Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea**. *Applied Nursing Research* 16(2):110-117.
- Lauber, C.(2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **European Psychiatry** 18 (May 2003): 285-289.
- Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P. & Fallon, I. R. H. (2003). Integrated care in schizophrenia: A 2 year randomized controlled study of two community based treatment programs. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 107: 415-423.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics. 4<sup>th</sup> ed.** New York: John Wiley and Sons.
- McFallane, W. R., Dixon, Lukens, E. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and Schizophrenia: A review of the literature. **Journal of marital and family therapy** 29: 223-245.

- Michael, T. C. **Nonadherence in the Treatment of Schizophrenia**. [Online] Available  
: <http://www.medscape.com> 2007.August14.
- Moller, M. D., Murphy, M. F. (2001). Relapse Management in Neurobiological Disorder: The  
Moller-Murphy Symptom Management Assessment Tool. **Archives of psychiatric Nursing** 7(4):  
226-235.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E. and Borgatta, E. F. (1985). **Measurement and analysis of burden**.  
Research on Aging.
- Oehl, M. Hummer, M. and Fleischhacker, W. W. (2000). **Compliance with antipsychotic  
treatment**. Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Poverny L M, Finch WA. (1988). Gay and lesbian domestic partnerships: Expanding the definition  
Of the family. **Social casework** 69 : 116-121.
- Ran, M. and Xiang, M. (2003). A study of schizophrenia patients treatment compliance in a rural  
Community. **Journal of Mental Health**1(7):85-89.
- Rothbauer J, Spiessl H, Schon. (2001). **Family information days. Attitudes and needs of family of  
schizophrenia: zirksklinikum Regensburg**. Psychiatry Nursing.
- Sun, Y. K. S. & Cheung, K. S. (1997). Family functioning, social support to families, and Symptom  
remittance of schizophrenia. **Hong Kong Journal of Psychiatry** 7(2):19-25.
- Taylor, M. C. (1994). **Culture diversity in health & illness**. Connecticut: Appleton & Lange.
- Taylor, M. C. (1994). **Essentials of Psychiatric Nursing**. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Tri-city community Mental Health. (2007). **Center schizophrenia psychosis**. Retrieved June 2,  
[Online] <http://www.Citycenter.org/poc/view-doc.php>.
- William, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric  
Care** 25: 14-21.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral Disorder  
Clinical Description and Diagnostic Guidelines**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). **The ICD-10 classification of mental and behavioral  
Disorder: clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health  
Organization.

Yamashita, M. (1996). A Study of How Families Care for Mental Ill Relatives in Japan. **International Nursing Review** 43: 121-125.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิง นันทิยา จีระทรัพย์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

2. อาจารย์ไพบรียก สันตะพันธ์

วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

3. อาจารย์อรัญญา บุญธรรม

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

4.นางพิมพ์ชนก หากำ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
อุบลราชธานี

5. นางนาฏลดานำภา

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์  
อุบลราชธานี

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)



## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ครั้งที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

### สรุปสาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

### สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 1/1 โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย
7. เพิ่มผลงานของแต่ละครอบครัว

### **การประเมินผล**

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การ สอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ ดีระหว่าง ผู้วิจัยกับ สมาชิก	การสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้าง ความสัมพันธ์กับ ครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้ศึกษาพยายาม สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกใน ครอบครัว..... .....	1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้ศึกษา กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และประวัติโดยย่อ สร้าง บรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิก ครอบครัวแต่ละคน ..... .....		1. สมาชิก เกิดความ ไว้วางใจ โดยเปิดเผย ตนเอง ..... ..... .....

## กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของ โรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิต
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. แฟ้มผลงานของแต่ละครอบครัว
9. ดินสอ / ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### **การประเมินผล**

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจน  
การซักถามปัญหาต่างๆ

<p>ประเมินผล จากการสังเกต พฤติกรรม ความ สนใจ และการร่วม แสดงความคิดเห็น ตลอดจนการ ซักถามปัญหาต่างๆ 1. เพื่อให้สมาชิก มี ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการ รักษาของโรคจิต เภท</p>	<p>1. ความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับโรคจิต เภท 1.1 โรคจิตเภท คืออะไร 1.2 โรคจิตเภท เกิดขึ้นได้อย่างไร 1.3 อาการของ โรคจิตเภท - กลุ่ม อาการด้านบวก - กลุ่ม อาการด้านลบ 1.4 การดำเนิน ของโรค ..... ..... .....</p>	<p>1. ผู้วิจัยและสมาชิก พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิต เภท โดยเปิดโอกาสให้ สมาชิกได้เล่าถึง ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วย จิตเภท อาการ และการ รักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบ งานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอ สิ่งที่ได้บันทึกลงในใบ งานดังกล่าว ..... .....</p>	<p>- ใบงาน ที่ 2/1 - ใบงาน ที่ 2/2 - ใบงาน ที่ 2/3 - ใบ ความรู้ที่ 2/1</p>	<p>1. สมาชิก สามารถบอก สาเหตุ อาการ และการรักษา ของโรคจิต เภทได้</p>
---	---	---	--	--

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
4. เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการสำรวจและวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
4. บอกถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้

ระยะเวลา 90 -120 นาที

#### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา การสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ เข้าใจ ยอมรับในปัญหาและความต้องการในครอบครัวของตนเอง และสามารถกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้

#### สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3//1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 3/2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 3/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
5. ใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. เพิ่มผลงานของแต่ละครอบครัว

## 7. ดินสอ / ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อ

### **การประเมินผล**

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้</p>	<p>1. ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท</p> <p>1.1 โรคจิตเภทมีอาการกำเริบได้หรือไม่</p> <p>1.2 เราจะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร</p> <p>1.3 ควรจะทำอย่างไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ</p> <p>.....</p>	<p>1. ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและอภิปรายร่วมกัน</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1</p> <p>3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1</p> <p>.....</p>	<p>- ใบความรู้ที่ 3/1</p> <p>- ใบงานที่ 3/1</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม

### การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ของความเครียด การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียด การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
  2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด มีการควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม
  3. บอกวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ได้ และสมาชิกย้อนกลับได้ถูกต้อง
- ระยะเวลา 90-120 นาที

### สรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหรือความเครียดให้น้อยลงได้

### สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
6. แฟ้มผลงานของแต่ละครอบครัว
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### **การประเมินผล**

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจน  
การซักถามปัญหาต่างๆ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการของความเครียดที่เกิดขึ้น</p>	<p>1. ความเครียด</p> <p>1.1 ความเครียดคืออะไร</p> <p>1.2 ความเครียดเกิดจากอะไร</p> <p>1.3 อาการที่แสดงว่าคุณเครียดแล้ว</p>	<p>1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน</p> <p>2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว</p> <p>3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า</p> <p>4. ....</p> <p>.....</p>	<p>- ใบงานที่ 4/1</p> <p>- ใบงานที่ 4/2</p> <p>- ใบความรู้ที่ 4/1</p> <p>- ใบความรู้ที่ 4/2</p>	<p>1. สมาชิกมีผลการประเมินระดับความเครียดของตนเอง</p> <p>2. ....</p> <p>.....</p>

## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว

ที่เหมาะสม

3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. สมาชิกมีการปฏิบัติตามบทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม
4. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การที่สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัวเหมาะสม จะช่วยให้ครอบครัว มีการปฏิบัติบทบาทสอดคล้องกับสิ่งที่สังคมภายนอกคาดหวัง เมื่อมีความจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อช่วยเหลือแทนสมาชิกคนอื่นก็สามารถทำได้ มีการให้ความรักที่สมดุลกันในครอบครัว ไม่มีปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล ยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
2. ใบความรู้ที่ 5/2 บทบาทและความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว
3. ใบงานที่ 5/1 แสดงบทบาทสมมติเรื่อง บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารภายในครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 5/3 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
5. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน
<p>1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ</p>	<p>1. การสื่อสารในครอบครัว</p> <p>1.1 ความสำคัญของการสื่อสาร</p> <p>1.2 องค์ประกอบของการสื่อสาร</p> <p>1.3 การสื่อสารทางลบ</p> <p>1.4 การสื่อสารทางบวก</p> <p>1.5 .....</p> <p>.....</p>	<p>1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง</p> <p>2. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติเรื่อง บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารภายในครอบครัว และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p>	<p>- ใบความรู้ที่ 5/1</p> <p>- ใบความรู้ที่ 5/2</p>

**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย  ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - โสด  หย่า
  - คู่  แยกกันอยู่
  - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
  - ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา
  - มัธยมศึกษา  อนุปริญญา
  - ปริญญาตรี  อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
  - ว่างาน  รับจ้างทั่วไป
  - รับราชการ  ค้าขาย
  - เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
  - เพียงพอและเหลือเก็บ  ไม่มีรายได้
  - เพียงพอกับรายจ่าย  อื่น ๆ ระบุ.....
  - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
  - บิดา  มารดา
  - พี่  น้อง
  - สามีน  ภรรยา
  - บุตร
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน



## ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

กรุณาทำ ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด อย่าใช้เวลาคิดนานให้ตอบอย่างรวดเร็ว โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่านข้อความจบ

ข้อความ	ไม่ ตรง เลย	ตรง เล็ก น้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
<b>ด้านการแก้ปัญหา</b>				
1.สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
3.....				
6.ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
<b>ด้านการสื่อสาร</b>				
1.บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก				
5.....				
<b>ด้านบทบาท</b>				
1.ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
3.....				
<b>ด้านการตอบสนองทางอารมณ์</b>				
1.ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว				
5.....				
<b>ด้านความผูกพันทางอารมณ์</b>				
1.คุณมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
5.....				
<b>ด้านการควบคุมพฤติกรรม</b>				
1.คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
4.....				
<b>ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป</b>				
1.ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8.....				

### ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการกระทำ		
2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3. โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ		
4. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
5. โรคจิตเภทสืบทอดได้ทางพันธุกรรม		
6.....		
22. ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่เข้าสังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย		
23. ควรเตือนผู้ป่วยถึงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เช่น การขาดยา		
24. ควรให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า		
25. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรหาวิธีกระตุ้นผู้ป่วยที่บ้านทางอ้อม		
26. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ		
27. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด		
28. ....		

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิด และความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย  
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง  
 บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง  
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง  
 ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอด เวลา
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
5. ....					
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
9. ....					
<b>การสนับสนุนด้านการประเมินค่า</b>					
10. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
14. ....					
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
15. ท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น					
19. ....					

## ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราวุฒิ แสงเมฆ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอลำเขาชะเมา จังหวัดระยอง

13/30 หมู่ 3 ตำบลกะเจ็ด อำเภอมือง จังหวัดระยอง 21110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3899-6021

โทรศัพท์มือถือ 08-4362-7639 Email: [wawa2504@hotmail.com](mailto:wawa2504@hotmail.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของ ครอบครัวใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตรง อยู่ในความรับผิดชอบของอำเภอลำเขาชะเมา จังหวัดระยอง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ร่วมโปรแกรมใน กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน จำนวน 20 ครอบครัวที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
2. ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
3. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ สำหรับผู้ดูแลที่เขียนไม่ได้ จะมีผู้ช่วยวิจัยช่วยเขียน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย
2. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน
3. มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

#### เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย

- ผู้ร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 ครั้งตามโปรแกรม โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน
- กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย (1.) ผู้ป่วยจิตเภท (2.) ผู้ดูแลผู้ป่วย (3.) สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว 1 คน
5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมทั้งระบบการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวได้ประยุกต์จาก การศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 เป็นการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม บทบาท การสื่อสาร ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เป็นรายกลุ่มครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน กลุ่มละ 4 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90-120 นาที ซึ่งในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการบันทึกคำตอบและแสดงความคิดเห็นในใบงานด้วย และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre- test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ซึ่งในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ตอบแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ และตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 28 ข้อ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 19 ข้อ ใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที โดยผู้วิจัยจะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Post-test) และกำกับการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5 ใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพิ่มทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พัฒนาทักษะทางสังคม ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วมหรือ **ถอนตัว** จากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

8. โครงการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ทางวิชาการ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในดูแลกลุ่มควบคุมหรือผู้ดูแลที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี
9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
10. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าเดินทางให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งการเดินทางจะมีรถรับ - ส่ง มาร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีค่าทดแทนการเสียเวลา 100 บาท/คน และมีอาหารว่างเลี้ยง
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาววรุณี แสงเมฆ

ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 13/30 หมู่ที่ 3 ตำบลกะเจ็ด อำเภอมือง จังหวัดระยอง โทรศัพท์ 084-3627639

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และตอบแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 15 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววรุณี แสงเมฆ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาววารุณี แสงเมฆ

ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 13/30 หมู่ที่ 3 ตำบลกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง โทรศัพท์ 084-3627639

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามตามแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 20 นาที รวมถึงการเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำนวน 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90-120 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ โดยในการร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการบันทึกคำตอบและมีการแสดงความคิดเห็นในกระดาษใบงาน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเผาทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววารุณี แสงเมฆ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ง  
ผลการพิจารณาจริยธรรม

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถานีน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 003/2556

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 132.1/55 : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของ  
ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาววราณี แสงเมฆ  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริลา ทิศนประดิมฐ)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 8 มกราคม 2556

วันหมดอายุ : 7 มกราคม 2557

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 132.1 / 55  
วันที่รับรอง - 8 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ - 7 ส.ค. 2557

## เงื่อนไข

1. ผู้เข้าร่วมโครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเกินข้อมูลการวิจัยก่อน ให้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานการทบทวนการวิจัย
3. ต้องดำเนินการติดตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยตามครั้งครั้ง
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแจ้งเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถาบันที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ คือ รายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี สำหรับรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก จ  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

### การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

เกณฑ์ CVI > 0.8 (Polit & Hungler, 1999; 2001) คือ

$$\text{Content Validity index} = \frac{\text{จำนวนของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

1. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

$$\text{Content Validity index} \quad \frac{29}{36} = .81$$

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

$$\text{Content Validity index} \quad \frac{22}{28} = .82$$

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยจิตเภท

$$\text{Content Validity index} \quad \frac{19}{19} = 1$$

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.801	36

	Mean	Std. Deviation	N
การทำหน้าที่ ข้อ 1	3.30	.837	30
การทำหน้าที่ ข้อ 2	3.40	.724	30
การทำหน้าที่ ข้อ 3	1.63	.809	30
การทำหน้าที่ ข้อ 4	3.13	.681	30
การทำหน้าที่ ข้อ 5	2.67	.844	30
การทำหน้าที่ ข้อ 6	2.27	.944	30
การทำหน้าที่ ข้อ 7	3.27	.944	30
การทำหน้าที่ ข้อ 8	3.43	.728	30
การทำหน้าที่ ข้อ 9	1.90	1.125	30
การทำหน้าที่ ข้อ 10	2.87	.730	30
การทำหน้าที่ ข้อ 11	3.37	.718	30
การทำหน้าที่ ข้อ 12	2.40	.968	30
การทำหน้าที่ ข้อ 13	2.53	1.167	30
การทำหน้าที่ ข้อ 14	3.40	.770	30
การทำหน้าที่ ข้อ 15	1.57	.817	30
การทำหน้าที่ ข้อ 16	3.20	.761	30
การทำหน้าที่ ข้อ 17	3.00	.871	30
การทำหน้าที่ ข้อ 18	1.90	.712	30
การทำหน้าที่ ข้อ 19	2.47	.730	30
การทำหน้าที่ ข้อ 20	3.20	.805	30
การทำหน้าที่ ข้อ 21	1.70	.794	30
การทำหน้าที่ ข้อ 22	2.87	.860	30
การทำหน้าที่ ข้อ 23	2.40	.770	30
การทำหน้าที่ ข้อ 24	1.73	.740	30
การทำหน้าที่ ข้อ 25	3.03	.964	30
การทำหน้าที่ ข้อ 26	3.00	.743	30
การทำหน้าที่ ข้อ 27	2.07	.740	30
การทำหน้าที่ ข้อ 28	3.07	.907	30
การทำหน้าที่ ข้อ 29	3.53	.730	30
การทำหน้าที่ ข้อ 30	2.50	1.009	30
การทำหน้าที่ ข้อ 31	2.43	.774	30
การทำหน้าที่ ข้อ 32	3.10	.759	30
การทำหน้าที่ ข้อ 33	1.63	.850	30
การทำหน้าที่ ข้อ 34	2.77	.898	30
การทำหน้าที่ ข้อ 35	3.23	.728	30
การทำหน้าที่ ข้อ 36	2.17	.874	30

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววารุณี แสงเมฆ เกิดเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2514 ที่จังหวัดระยอง สำเร็จการศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษา  
ต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่ง  
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลเขาชะเมา เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อําเภอ เขาชะเมา  
จังหวัดระยอง