

ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONING OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Flight Lieutenant Luckana Parnichsan



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 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของ
	ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	เรืออากาศเอกหญิงลักษณา พานิชสรรค์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ลักษณะงาน พานิชสรณ์ : ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดครอบครัว 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และ 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2) และ 5) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .81 ตามลำดับ เครื่องมือชุดที่ 3) และ 4) มีค่าความเที่ยงคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.52$)
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.93$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577190136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: FAMILY INTERVENTION / FAMILY FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC

LUCKANA PARNICHSAN: THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTION PROGRAM ON FAMILY FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, pp.

The purpose of this quasi-experimental study were to compare : 1) the family functioning of schizophrenic patients' families before and after participating in the family intervention program, and 2) the family functioning of schizophrenic patients' families in the experimental group who received the family intervention program and those in the control group who received regular nursing care. Forty families of schizophrenic patients attending Samkhok hospital, Pathum Thani Province, who met the inclusion criteria were selected as study sample and then randomly assigned to either experimental and control group, 20 families in each group. Each family composed of 2 members, a schizophrenic patient and his/her primary family caregiver, who participated in the intervention. Research instruments were: 1) the family intervention program 2) the family functioning scale 3) the caregivers' knowledge test 4) the schizophrenic patients' knowledge test and 5) the social support scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd and 5th instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient as of .82 and .81, respectively. The 3rd and 4th instruments were reported by KR-20 as of .84 and .82, respectively. The descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

Major finding were as follows:

1. The family functioning of schizophrenic patients' families in the experimental group was significantly higher after receiving the family intervention program than that before at .05 level ($t = 8.52$).

2. The family functioning of schizophrenic patients' families in the experimental group who received the family intervention program was significantly higher than those in the control group who received regular caring at .05 level ($t = 6.93$).

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ช่วยเหลือ เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขความบกพร่องวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและคำแนะนำที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอสสามโคก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตและได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท้ายที่สุด การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยกำลังใจจากทุกคนในครอบครัวที่คอย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท	17
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	25
3. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	31
4. การบำบัดครอบครัว (Family Intervention).....	40
5. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	46
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การดำเนินการทดลอง	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	110
สรุปผลการวิจัย.....	116
อภิปรายผลการวิจัย.....	116
ข้อเสนอแนะ	121
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	122
รายการอ้างอิง	123
ภาคผนวก.....	133
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	148
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	154
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูล	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	162

ณ

หน้า



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปการบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัว	47
ตารางที่ 2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งตามคะแนนอาการทางจิต ประเมินโดย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภท และเพศ ของผู้ดูแลในครอบครัว	61
ตารางที่ 3	การดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว	81
ตารางที่ 4	คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม การบำบัดครอบครัว	96
ตารางที่ 5	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวในกลุ่ม ทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว	97
ตารางที่ 6	คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว	98
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา (n=40)	103
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท (n=40)	104
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=40)	105
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	106
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ	107
ตารางที่ 12	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว	108
ตารางที่ 13	เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่รายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	109

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 57

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 100



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตชนิดอื่นๆ คือพบได้ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยมีอัตราการเกิดโรครายใหม่สูงร้อยละ 1-2 ของประชากรโลก (Boyd, 2005) และมีอัตราความชุกในประชากรทั่วโลก ประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบทั้งเพศชายและหญิง เพศชายพบช่วงอายุ 18-25 ปี เพศหญิงพบช่วงอายุ 25-35 ปี (Tri city community Mental Health Center, 2007) สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน มีผู้ป่วยจิตเภทสูงเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในอัตราสูงถึงร้อยละ 36.5 และ 36.12 ในปีพ.ศ.2554 และ 2555 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไปโดยมีอาการแสดงเด่นแบ่งเป็นอาการทางด้านบวกได้แก่ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมรุนแรง และอาการแสดงทางด้านลบได้แก่ พูดน้อย มีพฤติกรรมแยกตัว มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย (Talamo et al., 2006) ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นเวลานาน (Sadock and Sadock, 2007) และจากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชสู่ครอบครัวโดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน (Gutierrez-Maldonado et al., 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยา มีความเครียด สังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ประกอบอาชีพ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และมีการกำเริบซ้ำบ่อย การไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการกลับไปใช้สารเสพติด (เพ็ญประภา มะลาไวย์, 2550) เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จะทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา ในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้ง 7 ด้าน พบว่า 1) ด้านการแก้ปัญหา ครอบครัวมักแก้ปัญหาอย่างไร ประสิทธิภาพหรือไม่ได้แก้ไขเลย ปล่อยให้มีปัญหาอื่นๆตามมา เกิดเป็นปัญหาเรื้อรัง การที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน มีความเครียดกับปัญหาต่างๆไม่สามารถแก้ปัญหาได้ (Ip and Mackenzie, 1998) 2) ด้านการสื่อสาร ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นคือการสื่อสารที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน (เพชร คันธสายบัว, 2544) 3) ด้านบทบาท ผู้ดูแลรับภาระด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่บ้านทุกเรื่อง (ดารา การะเกสร, 2545) 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ครอบครัวที่มีปัญหาต่างๆเป็นภาระ

หนัก ส่งผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ ของครอบครัวมาก (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) 5) ด้านการควบคุมพฤติกรรม การศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2549) พบว่า มีการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 6) ความผูกพันทางอารมณ์ ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น (ภรดี ไชยสิน, 2545) 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป การศึกษา อรรณพ ทองคำ (2546) พบว่า มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีพอควร

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยในชุมชนมักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการหลงเหลือ (Residual phase) โดยจะมีอาการแสดงทางด้านลบ (Negative symptoms) เป็นอาการเด่น ประกอบด้วยอาการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Kay et al., 1987) ผู้ป่วยจะมีหน้าตาเฉยเมย พูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง และอาจจะนั่งอยู่เฉยๆทั้งวัน (Avolition) ไม่สนใจการแต่งกาย เก็บตัว ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม (Taylor, 1994) รวมถึงผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสื่อสารและมีการแสดงออกลดลง ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวลดลง (Blanchard and Panzarella, 1998) ซึ่งการที่ผู้ป่วยแยกตัว และขาดปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ส่งผลต่อการแก้ปัญหาในครอบครัว (Mueser et al., 1993) และยังทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ป่วยไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดภาวะการดูแลของครอบครัวเพิ่มขึ้น (Oldridge and Hughes, 1992; Provencher and Mueser, 1997) และยังทำให้สมาชิกในครอบครัว วิพากษ์ วิวิจารณ์ ตีเตียน พฤติกรรมดังกล่าว (Weismam et al., 1998)

สภาพปัญหาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความพร่องในการทำหน้าที่ในลักษณะต่างๆ โดยมีผลการศึกษาหลายเรื่องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่สนับสนุนว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาความพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น มีคะแนนด้านความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38.6 (อรรณพ ทองคำ, 2546) มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 68.8 (ภรดี ไชยสิน, 2545) มีพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวในระดับไม่ดีร้อยละ 52 (ชุลีพร ชวงค์, 2546) และมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดในการแก้ปัญหาไม่ดีโดยใช้ความรุนแรงร้อยละ 63.6 (เลิศฤทธิ์ บัญชาการ, 2545) เป็นต้น ซึ่งความพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพได้ (Sun and Cheung, 1997) ดังผลการศึกษาของ King and Dixon (1999) ซึ่งพบว่ากรณีที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันในครอบครัวสูง หรือ มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำถึง 5 เท่าของผู้ป่วยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ หรือ มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่ำ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Left and Vaughn (1985) พบว่าแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่หากครอบครัวของผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำถึงร้อยละ 58 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีโอกาสป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16 นอกจากนี้พบว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ และความขัดแย้งในครอบครัวมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่นกัน (Kaplan and Sadock, 2000) นอกจากนี้การศึกษาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของ จารุวรรณ ธีรสิทธิ์ (2551) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาของครอบครัว ขาดการเชื่อถือไว้วางใจกัน มีการละทิ้งบุตรและครอบครัวเพื่อหนีปัญหา ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ไม่มีการพูดคุยระหว่างบุคคลภายในบ้าน ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวไม่สอดคล้อง ไม่ตอบสนองกัน การแสดงบทบาทไม่ชัดเจน เนื่องจากขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยดังกล่าวล้วนชี้ให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะส่งผลต่อการมีอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Li and Arthur, 2005) จากการศึกษาของ อุมพร ตรีงสมบัติ (2549) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ด้านที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่อยู่ในระดับต่ำคือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดของ McMaster Model (Epstein et al., 1984) หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งประกอบด้วย 7 ประการคือ 1) การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า 3) บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพติดต่อกันและทำซ้ำๆเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์ 4) การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพ และปริมาณ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ ความเข้าใจ เห็นใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน

6) การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีพฤติกรรมตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่นและ 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยทางจิตพบว่า มีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว จำแนกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงจะเป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังว่าเป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว (Cain and Wick, 2002) ดังนั้นบทบาทในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยมักเป็นบทบาทของเพศหญิง เป็นส่วนใหญ่ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ส่วนปัจจัยด้านที่สองเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ 1) การเผชิญความเครียด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) โดยผู้ดูแลต้องใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) 2) การสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลสามารถต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ส่งผลให้ความเครียดในชีวิตลดลง (ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ทำให้เกิดความสุขในชีวิตและเกิดพลังใจในการเผชิญปัญหาส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) 3) ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาวะในการดูแลมากจะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง การลดภาวะในการดูแลจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (รจนา ปุณโณทก, 2550)

เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญความเครียด (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) การสนับสนุนทางสังคม (Montgomery et al., 1985) และภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ดังนั้น การส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ได้ดีขึ้นจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยหลักทั้ง 3 ประการนี้ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Interventions) ตามแนวคิดของ Murphy (2007) สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวทั้ง 3 ประการได้ เนื่องจากเป็นรูปแบบการจัดการที่มองว่าครอบครัวเป็นปัจจัยบำบัด (therapeutic agents) ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การบำบัดครอบครัว ตามแนวคิดนี้จึงครอบคลุมกิจกรรมหลักๆ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินปัญหา (engagement and assessment) 2) การให้

สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skills training) 4) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด (stress management training) 5) การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving) และ 6) การพัฒนาทักษะป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse prevention) ทั้งนี้ต้องเป็นการดำเนินการภายใต้หลักการเดียวกันคือ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสมัครใจ (voluntary participation) และ มีความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ในการทำกิจกรรมร่วมกันตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการ

การบำบัดครอบครัว (Family Interventions) ตามแนวคิดของ Murphy (2007) ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และ ได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ เช่น การจัดการกับความเครียด การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม การแก้ปัญหา และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อีกทั้งยังเกิดการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นนอกจากจะช่วยให้ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นจนสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความตั้งใจและรับรู้การดูแลทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (Hegde et al., 2007) นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น โดยให้ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต เพราะรู้สึกมีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยเข้าใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (Fadden, 1998) อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับปัญหาและสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกัน และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จะเห็นได้ว่า การบำบัดครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในขณะที่ยังรักษา และติดตามนัด และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลระหว่างรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่น หรือการรักษาตามปกติ (Kuipers, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า การศึกษาเพื่อนำการบำบัดครอบครัวมาใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีอยู่จำกัด มีเพียงการศึกษาบางเรื่อง เช่น การศึกษาของ นภาพรณ์ พึ่งเกษมสุนทร (2553) เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 ครอบครัว โดยให้โปรแกรมบำบัดครอบครัวทั้งหมด 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำการบำบัดครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จนส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ อีระลีลานันท์กิจและคณะ (2542) เรื่องผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย: เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วย 54 คนพบว่าการอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (family interventions หรือ psychoeducational family treatments) โดยติดตามการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทุกคนที่ญาติเข้าร่วมโครงการในระยะ 1 ปี หลังจากญาติเข้ารับการอบรมแล้วนำไปเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ญาติจะมาเข้าอบรมพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเลยในช่วง 1 ปีถัดมา หรือมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง เมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม ขณะที่ร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และมีเพียงร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้นที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำการบำบัดครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว และส่งผลต่อการลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีกรนำรูปแบบการบำบัดครอบครัวตามแนวคิดของ Murphy (2007) มาใช้เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำการดูแลในรูปแบบนี้มาประยุกต์เพื่อให้ความเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เพื่อใช้ในการส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นนี้ได้นำแนวคิดของ Murphy (2007) มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) การประเมิน 2) การให้ความรู้ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการกับความเครียด 5) การแก้ปัญหา 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) ทั้ง 7 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มาบูรณาการเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมการบำบัดครอบครัวมีกิจกรรม 5 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและการพัฒนาทักษะการสื่อสาร กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและ

การทำหน้าที่ทั่วไป กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวจะทำให้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวคือ 1) การเผชิญความเครียด ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น 2) การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นส่งผลให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข 3) ภาวะในการดูแล ทำให้ลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผลกระทบของโรคจิตเภททำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ มีการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ (ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ขาดการสนับสนุนทางสังคม (Montgomery et al., 1985) และ เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สภาวะเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวขึ้นเพื่อใช้ในการเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยการประยุกต์จากแนวคิด Family Interventions ของ Murphy (2007) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว ของอุมามพร ตรังคสมบัติ (2544) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถจัดการทำกับปัจจัยหลักทั้ง 3 ประการ ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ อีกทั้งเป็นรูปแบบการจัดการที่มองว่าครอบครัวเป็นปัจจัยบำบัด (therapeutic agents) ที่ส่งผลต่อ

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การบำบัดครอบครัว ตามแนวคิดนี้จึงครอบคลุมกิจกรรมหลักๆ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม ความผูกพันทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทั่วไป โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ครอบครัว ดำเนินการแบบกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 5 ครอบครัวๆ ละ 2 คน (ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยดำเนินการครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 45-90 นาที ดำเนินการติดต่อกัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมที่คาดว่าจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และยินดีช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายการช่วยเหลือ สถานที่ เวลารับพบ ข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง ถามความเป็นอยู่ทั่วไป พูดคุยสร้างความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ให้ความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็ง มีพลังสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทได้และการเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

การพัฒนาให้เกิดทักษะการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึงความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) นอกจากนี้การฝึกทักษะการสื่อสารจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม หลังจากที่ได้ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการ

ข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตนให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996) ยินดีร่วมมือในการรักษาลดภาวะการดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวนำความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา ไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Chein, 2008)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป เป็นการให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ลดความขัดแย้ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหา และหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (Chein, 2008) การควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติดนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีกรมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านบทบาท และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วน (Lazarus and Folkman, 1984) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว หลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล

ในครอบครัว มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาดีขึ้น (Murphy, 2007)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะสังคมนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกถูกแบ่งแยกจากชุมชน (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลในสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

ซึ่งผู้ศึกษาเชื่อว่ากิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ตามแนวคิดของ Murphy (2007) จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา และมีทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคม ทักษะการเผชิญความเครียด และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

ตัวแปร ที่ใช้ศึกษาในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 7 ด้านคือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในการศึกษานี้ได้ดำเนินการกับตัวแทนของครอบครัว 2 คน อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนนไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวและ/หรือเกี่ยวข้องกับทางสายโลหิตกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง หรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่หลักเพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับจ้างหรือสิ่งตอบแทน

การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติภารกิจต่อกันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ประเมินโดยใช้เครื่องมือการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือ Chulalongon Family Interventory (CFI) ของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด McMaster Model (Epstien et al, 1984) ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทใน 7 ด้านคือ

- 1) การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคนในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการสื่อสารโดยใช้คำพูดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด
- 3) การทำบทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวประพฤติต่อผู้ป่วยจิตเภทและทำซ้ำๆเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้สมบูรณ์
- 4) การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพ และปริมาณ
- 5) ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน
- 6) การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม

7) การทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติ ภารกิจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี และความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกรักอบอุ่น เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภทและลดความขัดแย้งในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัว เป้าหมายสำคัญของการบำบัดตามโปรแกรมนี้คือ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างซึ่งส่งผลให้อาการป่วยดีขึ้น เป็นรูปแบบการจัดการที่มองว่าครอบครัวเป็นปัจจัยบำบัด (therapeutic agents) ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การบำบัดครอบครัว ตามแนวคิดนี้จึงครอบคลุมกิจกรรมหลักๆ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหา (engagement and assessment) 2) การให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (communication skills training) 4) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด (stress management training) 5) การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving) และ 6) การพัฒนาทักษะป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse prevention) ทั้งนี้ต้องเป็นการดำเนินการภายใต้หลักการเดียวกันคือ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสมัครใจ (voluntary participation) และ มีความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ในการทำกิจกรรมร่วมกันตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการ

การดำเนินการแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามแผนการบำบัด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิด Family Intervention ของ Murphy (2007) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย การดำเนินการ 5 กิจกรรม ในรูปของกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 5 ครอบครัวๆ ละ 2 คน (ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว) จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 45-90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและการพัฒนาทักษะการสื่อสาร หมายถึง การที่พยาบาลพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้และประเมินลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมถึงการที่พยาบาลพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เกิดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ความรู้ แนะนำ และฝึกฝนวิธีการสื่อสารที่ทำให้ผู้อื่นรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึง

ความต้องการของคนอื่น รับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม หลังจากที่ได้ดำเนินการแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กิจกรรมที่ 1)

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา หมายถึง การที่พยาบาลให้ความรู้ แนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามให้มีอาการดีขึ้น หลังจากที่ได้ดำเนินการแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวนำความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา ไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาอย่างถูกต้อง (กิจกรรมที่ 2)

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง การที่พยาบาลให้ความรู้ แนะนำ และฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการสำคัญๆที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย คือ อาการหูแว่ว อาการหลงผิด อาการเตือน เช่น นอนไม่หลับ แยกตัว หงุดหงิด ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ และการควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้ดำเนินการแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กิจกรรมที่ 3)

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การที่พยาบาล ให้ความรู้ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว สามารถเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว หลีกเลียงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากที่ได้ดำเนินการแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะ การเผชิญความเครียด

และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (กิจกรรมที่ 4)

การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่พยาบาล ให้ความรู้ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว เกิดทักษะทางสังคม คือ สามารถปรับตัว และใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น เกิดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ และมีข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับครอบครัว (กิจกรรมที่ 5)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานีจัดบริการให้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้คำปรึกษา (Counseling) และการให้สุขศึกษา รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทและลดอัตราการนอนโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยในการค้นหารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัยโดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การวินิจฉัยโรค
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.5 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster
 - 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.4 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.5 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. การบำบัดครอบครัว (Family Intervention)
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.3 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว
5. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการ และองค์กรต่างๆ ที่ให้ความหมายของโรคจิตเภทดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

WHO (2013) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีความรุนแรง มีลักษณะเด่นคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ภาษา และการรับรู้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิต ส่วนมากจะมีการดำเนินโรคในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 ส่วนมากจะมีการดำเนินโรคในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมอง และจัดเป็น neurodevelopmental disorder โดยความผิดปกติเกิดจากปัจจัยต่างๆ ในแต่ละช่วงวัยประกอบกัน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.2 สาเหตุ ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้จากหลายปัจจัย ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมองโดยมีข้อค้นพบดังนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไปและมีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma - amino butyric acid

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1.2.3.1 จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้

1.2.3.2 ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

1.2.3.3 ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบ เอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาเลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลักคือ psychotic dimension, disorganized dimension และ negative dimension บางคนจัดรวม psychotic dimension และ disorganized dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension) (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.3.1 psychotic dimension ได้แก่อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลับแก่ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆที่เกิดในโทรทัศน์วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสำคัญ หรือมีความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก เป็นไปไม่ได้เลย เช่น เชื่อว่ามีแมลงอยู่ในสมองอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะเป็นหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน การได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง ส่วนอาการประสาทหลอนที่เป็นเพียงเสียงเรียกชื่อ เสียงสัตว์ เสียงเปิดปิดประตู หรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

1.3.2 Disorganized dimension ได้แก่ disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ใครก็เห็นชัดว่าแปลกพิลึก ไม่สมเหตุสมผล ไม่มีจุดหมาย คาดเดาไม่ได้ว่าเขาทำเพราะอะไร เช่น สวมเสื้อหลายตัวมอมแมม เดินเร่ร่อน รุกก็ถอดเสื้อต่างๆที่อยู่ในที่สาธารณะ เป็นต้น และ disorganized speech เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผ่านทางภาษา ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ความคิดไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น loosening of association, incoherent speech หรือ tangentiality

1.3.3 negative dimension ผู้ป่วยจะขาดหรือมีลดลงอย่างมากในลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ ได้แก่ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการนี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย พูดช้า ใช้เวลานานกว่าจะตอบ Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยขาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยมีอาการอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ cognitive dysfunction อาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างและการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ visuospatial working memory การตีความต่างๆ และการ

ตอบสนองบกพร่องไป และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการด้าน cognitive นี้ มักคงอยู่นานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการหูแว่วประสาทหลอนแล้ว ก็ยังอาจไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

1.4 การดำเนินโรค

ลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1.4.1 ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกตุระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่สัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยยาวนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้ไม่มาก ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.5 การวินิจฉัยโรค

หลักการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มีดังต่อไปนี้

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

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- มีความผิดปกติของคำพูด
- มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย
- มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะแปลกประหลาด เช่น เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเอง เสียงคนพูดคุยกัน มีอาการเพียงอย่างเดียว

1.5.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

1.5.3 ผู้ป่วยมีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.5.4 ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.5.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การวินิจฉัยโรคจิตเภทใช้ระบบ ICD 10 (International Classification Diagnosis) ขององค์การอนามัยโลก การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง

1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555)

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงของยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย ประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.6.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวก แล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นแบ่งออกเป็น 3 ช่วง

1.6.2.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายการรักษาในระยะนี้คือการลดอาการโรคจิตลง การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.6.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงบ้างแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.6.2.3 ระยะเวลาอาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอีก ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วมักต้องการหยุดการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่กินยาต่อมีโอกาสอาการกำเริบภายใน 1 ปีหลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 โดยทั่วไปจึงแนะนำว่าหลังจากอาการหายแล้ว ผู้ป่วยยังต้องกินยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วจึงพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่ หากจะหยุดยาต้องลดยาลงช้าๆ ใช้เวลาเป็นเดือนๆ และยังคงนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการอยู่ ให้คำแนะนำญาติให้สังเกตอาการเริ่มต้นของการกำเริบ ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยาหลัง 1-2 ปีแล้วไม่มีอาการกำเริบพบได้น้อย โดยเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง หายเร็ว พยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.6.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่นอาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วย

1.6.4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิด ปรึกษาปรึกษา ผู้รักษาต้องตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วย ผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหามันในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ เป็นต้น

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และ ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุดแต่ต่างกันว่าจิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของ กระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลด ปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเองไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับ พฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรงการฝึกการแสดงออกการขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยให้มี ลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่ม ความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลด ความเครียด

1.6.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึก ผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัว บำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่าง ผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและ ให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ

1.6.4.4 นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมใน โรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจเป็นบางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ด้านการสื่อความหมาย และด้านการเข้าสังคม ดังนั้นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียน และการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2 การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

1.7.3 การวางแผนการพยาบาล

1.7.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ

1.7.3.2 การวางแผนระยะยาว เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะ และส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รักษาสมดุลด้านชีววิทยา ใช้ความสม่ำเสมอ และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นำผู้ป่วยสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม ระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.7.5 การประเมินผล ที่ควรพิจารณามีดังนี้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี ผู้ป่วยได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น และสังคมดีขึ้น ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดอารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมทำให้มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานผู้ป่วยที่ป่วยครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้งแล้วหายขาดกลับคืนสภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อยส่วนใหญ่คงเหลืออาการอยู่บ้างและไม่กลับสู่สภาวะปกติ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองครอบครัวและชุมชนปัจจุบันนโยบายเน้นการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุดโดยเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะเวลาสั้นเป็นการป้องกันการป่วยเรื้อรัง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (Worley, 1997) ในขณะที่ยังไม่พร้อมในการดูแลตนเองดังนั้นการศึกษาลักษณะการดำเนินชีวิตปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนดำเนินการช่วยเหลือและแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจึงจำเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้น สามารถปฏิบัติอาชีพการทำงานได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นแต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบได้ทั้งผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลามีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้างโดยพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและจะเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.2 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นเวลานาน (Sadock and Sadock, 2007) และจากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชสู่ครอบครัวมุ่งเน้นที่การเพิ่มบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Gutierrez-Maldonado et al., 2005) ทำให้ในชุมชนมีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาในการดำเนินชีวิตดังนี้

มารศรี ปาณิวัตร (2548) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ การแยกตัว ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยา มีความเครียด สังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ประกอบอาชีพ

เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และมีการกำเริบซ้ำบ่อย ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการกลับไปใช้สารเสพติด

สรุปคือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น เป็นผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ พบว่าปัญหาคือ ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือ มีอาการกำเริบซ้ำและต้องเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ไม่รับประทานยา ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ชอบแยกตัว มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และต้องใช้ค่ารักษาพยาบาล สังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ มีการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำได้

2.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย, 2554)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการ
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานงานติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- 9) ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยทีมสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการให้การพยาบาลแบบผสมผสาน การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ จากการศึกษาของ Macleod, Elliott and Brown (2011) พบว่าการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย โดยให้การพยาบาลดังนี้คือ

2.4.1 การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทำรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม

2.4.2 การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวเพื่อเพิ่มศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียด และภาระการดูแล ให้สามารถเผชิญปัญหา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

2.4.3 การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (Biology) เรื่องการใช้ยา และสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (Social component) เรื่อง การสื่อสาร การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม

2.4.4 การสนับสนุนบริการในชุมชน (community support services) เช่น การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2.4.5 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) เป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี

2.4.6 งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดภาระครอบครัว โดยบุคลากรที่อบรมมาโดยเฉพาะ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม มุ่งการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ การประเมินสภาวะผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม การ

สนับสนุนให้กำลังใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การประสานการบำบัดครอบครัวชุมชนและองค์กร
อื่นๆ การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

สรุปว่าการพยาบาลจิตเวชในชุมชน เป็นการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย
ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา
ทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะทางสังคม การปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน
เน้นการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุน
การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพ
ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2.5 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละ
คน และครอบครัวยังเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อจาก
บุคลากรทางแพทย์

2.5.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดย การเกิด
การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน (The United States Bureau of
the Census , 1988)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการ
ดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือ
สายโลหิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

2.5.2 ผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว คือสมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในแง่การ
ช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
อารมณ์ สังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนทุกด้าน Davis (1992) ให้
ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน Horowitz
and Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการ
ทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

2.5.2.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักใน
การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ
ด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วย
รับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่นๆ

2.5.2.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

2.5.3 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock and Sadock, 2007) ซึ่งมีการดำเนินโรคแย่งและต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Lon and Beer, 2002) ผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยยกเลิกกรณีนอนพักรักษาไม่เกิน 15 วัน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยปกติ แต่ก็ยังพบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวสามารถให้บริการผู้ป่วยจิตเภทได้รับบริการที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554: 247) เมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน มีสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนี้

การรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยานานต่อเนื่องเพื่อป้องกัน การกำเริบซ้ำ โดยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี และหากกำเริบซ้ำครั้งที่ 2 ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอีก 5 ปี และหากเป็นซ้ำครั้งที่ 3 ต้องรับประทานตลอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลับไม่คิดว่าตนเองป่วย (poor insight) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทบางกลุ่มไม่รับประทานยาเลยหยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้น หรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องจากเป้าหมายต่อการเจ็บป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบได้บ่อย (กฤษณ์ชลี เพียรทอง, 2547)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าผู้ป่วยทุกคนยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของตนเองได้มากน้อยต่างกัน พบว่าในระยะเวลาแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ เนื่องจากได้รับการฝึกปฏิบัติหรือเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยมีความอิสระมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว

การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่น ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นใกล้ชิดเพียง หนึ่งหรือสองคนเท่านั้น และเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีความคาดหวังสูงว่า ผู้ป่วยน่าจะควบคุมอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วย

ตนเองได้ เพราะผู้ดูแลเข้าใจว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาภายในของผู้ป่วยเอง แต่เมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงรู้สึกโกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) หรืออาจแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงดั่งขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Hooley, 2007) ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นเหตุให้สมาชิกภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกัน (High Expressed Emotion: HEE) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวไม่สามารถจัดการตามคำแนะนำที่ได้รับ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจเกิดอาการกำเริบได้ โดยอาการในช่วงกำเริบจะเป็นทั้งอาการทางบวกและทางลบสลับกันไปขึ้นๆ ลงๆ ทั้งนี้อาการทางบวกที่พบได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมประหลาด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย เฉื่อยชา ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) หากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ดูแลบางครอบครัวต้องตัดสินใจลามาโซตรวนผู้ป่วยจิตเภทได้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ และผู้ป่วยที่มียังคงมีสภาพปัญหาเช่น เบื่อหน่ายความเจ็บป่วย จึงไม่ยอมรับประทานยา ขาดการดูแลตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความเป็นภาระในการดูแล และส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

2.5.4 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.5.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง

2.5.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานานทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้

2.5.4.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆลดลง

2.5.4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต้องขาดงาน (Thompson et al., 1993; Eakes, 1995) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ และเกิดความรู้สึกลังเลในการดูแล

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยจิตเภทได้โดยตรงและดีที่สุด ในครอบครัวทุกครอบครัวจะประสบกับปัญหาที่มีความรุนแรงแตกต่างกันไป ความตึงเครียด และความกดดันของครอบครัวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นการพยาบาลควรให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงต้องการความร่วมมือจากผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้เกิดการรักษาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

3.1 ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกันนักวิชาการทางด้านครอบครัวได้ให้ความหมายและรวบรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวดังนี้

ภุมมาชาติ แสงเขียว (2542) สรุปการทำหน้าที่ครอบครัวไว้ว่า หมายถึงรวมถึงการเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรม ชัดเกลาระเบียบสังคมให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พักพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่นตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวตลอดจนการเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก ความจำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนๆในครอบครัว

Friedman (1997) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้

- 1) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอรวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น
- 2) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเข้าใจใส่แก่สมาชิก เนื่องจากการได้รับความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม
- 3) หน้าที่การเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และฝึกทักษะเพื่อที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตในอนาคต
- 4) หน้าที่ในการสร้างฐานะเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพที่สุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อถึงคราวจำเป็น
- 5) หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

ดังนั้น การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติ ภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ ครอบครัวจะมีการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่ขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว

3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster

ครอบครัวจะดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดซึ่งแนวคิดที่ใช้อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวมีอยู่หลากหลาย เช่น Master Model ของ Epstein et al. (1984) Process Model ของ Steinhauer (1984) Circumplex Model ของ Olson et al. (1985) แต่แนวคิดที่มีอธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกัน โดยละเอียด และเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลายทั้งทางคลินิกและงานวิจัยคือ แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบ McMaster Model ของ Epstein (1984)

แนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model Of Family Functioning หรือ MMFF) เป็นผลจากการศึกษาเป็นเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาลัย McGill ประเทศแคนาดาและมหาวิทยาลัย Brown ในสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นตามลำดับ ตาม MMFF นั้นครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียนองค์กรทางศาสนา ฯลฯ ใน

ระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (Process) ที่ไม่เหมาะสมก็ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ฯลฯ ซึ่งทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระบบของครอบครัวไว้ ดังนี้

1) แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ

2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดของครอบครัวแต่ละส่วนจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอยู่เสมอและผลต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านชีวภาพ อารมณ์และสังคม โดยที่สมาชิกทุกคนจะต้องปฏิบัติตามภารกิจต่างๆ ที่มีของครอบครัวตามภารกิจซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้

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

1) ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เพื่อการจัดการปัจจัยสี่ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลรักษาพยาบาล

2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (Development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือและผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามลำดับขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้านพัฒนาส่วนบุคคลหรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวเอง มีอิสระพร้อมที่จะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่

3) ภารกิจยามวิกฤติ (Crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน บางครอบครัวสามารถจัดการวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกันอาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์ที่มีความรุนแรงในครอบครัวได้

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิด McMaster Model ประกอบด้วยการทำหน้าที่ใน 7 ด้านคือ

1) การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบ่งปัญหาเป็น 2 แบบ คือ

- ด้านวัตถุ เป็นปัญหาที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาการเงิน เป็นต้น

- ด้านอารมณ์ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิก เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น

ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพดีนั้นจะแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ง่ายดายและใช้เวลาไม่มาก ปัญหาที่ครอบครัวประสบจึงเป็นปัญหาใหม่ๆที่เกิดขึ้นไม่เรื้อรัง ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกัน ในทักษะการแก้ปัญหาครอบครัวที่สมาชิกปฏิบัติหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาส่วนใหญ่ได้ไม่ยากนัก แต่ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกต่างคนต่างอยู่ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักจะมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เป็นระบบและปัญหาก็ไม่ได้รับการแก้ไขให้เสร็จสิ้น กลายเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป

2) การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (non Verbal Communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า เนื้อหาประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้เป็น 2 ด้าน คือ

- เนื้อหาการสื่อสารที่ดีนั้น ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันจะต้องชัดเจน ไม่ใช่คลุมเครือหรือจับใจความอะไรไม่ได้

- จุดหมายปลายทาง เนื้อหาที่สื่อสารจะต้องตรงไปยังบุคคลเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นโดยตรง ไม่อ้อมค้อมผ่านผู้อื่น

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดี จะมีการสื่อสารที่ชัดเจนและสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารคลุมเครือไม่ชัดเจนมากเท่าไร จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่า่นั้น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม

3) บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและทำซ้ำๆเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่สมบูรณ์ แบ่งบทบาทตามความจำเป็นได้ดังนี้

- บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวปกติสุขประกอบด้วย การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การเลี้ยงดูและประคับประคองให้การสนับสนุนแก่สมาชิก การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส การพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่สมาชิก และการบริหารและจัดการภายในครอบครัว

- บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท หมายถึง การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางประการให้สมาชิกซึ่งอาจเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม กระทำโดยเปิดเผย มอบหมายให้บุคคลที่เหมาะสม แบ่งสัดส่วนที่เหมาะสม การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท

หมายถึงวิธีการที่ครอบครัวทำให้สมาชิกรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและมีประสิทธิภาพ มีระบบควบคุมให้สมาชิกทำหน้าที่ได้โดยครบถ้วน

4) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสมทั้งในแง่คุณภาพ และปริมาณแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก ความสุข ความยินดีเป็นต้น และอารมณ์ในภาวะวิกฤต เช่น ความกลัว ความโกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างปกติจะมีการแสดงอารมณ์ได้หลายรูปแบบในปริมาณและสถานการณ์เหมาะสม

5) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

- ปราศความผูกพัน (lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

- ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feelings) สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความรักซึ่งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย ไม่ให้ความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว

- ความผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง เพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

- ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) ความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง

- ความผูกพันมากเกินไป (over involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือค้ำจุนมากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัว หรือเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

- ผูกพันเหมือนเป็นคนเดียวกัน (symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เป็นเหมือนบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคนนั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน จะต้องแสดงออกได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันในครอบครัวจะแตกต่างกันในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะต้องทำให้สมาชิกมีความอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันกับครอบครัว

6) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้านต่างๆดังนี้

- พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ และก้าวร้าว เป็นต้น

- พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง เป็นต้น พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สินเช่น การขับรถเร็ว การพยายามทำร้ายตนเอง

- การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว เช่น การปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติตามกฎที่ครอบครัววางไว้

การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

- การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control)

ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้แน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนต้องทำอะไร แต่ผลเสียก็คือการปรับตัวจะเป็นไปอย่างยากลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้อาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัวและการต่อต้านแบบตื้อเจียบ

- การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control)

ครอบครัวมีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ไม่ใช่เพื่อควบคุมไว้ให้อำนาจ ดังนั้นสมาชิกจะเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

- การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control)

ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใดๆเลยใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือการแทรกแซงจากสมาชิกอื่นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทไม่มีความชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี เด็กๆจะเติบโตขึ้นด้วยความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

- การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control)

ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้นๆ ลงๆ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น และบางครั้งใครทำอะไรก็ได้ตามความพอใจ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะทำอย่างไร การควบคุมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มี ความเสมอต้นเสมอปลายในการปฏิบัติหน้าที่

7) การทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติ ภารกิจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกใน ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและ สัมพันธ์กันอยู่เสมอ (Epstein et al., 1984; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

แนวคิดของ McMaster Model นั้นเป็นระบบค่านิยมที่มีพื้นฐานมาจากคริสตศาสนาซึ่งเน้น การพัฒนาสูงสุดของปัจเจกบุคคล ดังนั้น แนวคิดนี้อาจมีข้อจำกัดบ้างถ้านำมาใช้ในสังคมที่มีค่านิยม แตกต่างไป ทั้งนี้เพราะค่านิยมและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว การจะ มองว่าครอบครัวทำหน้าที่ได้เหมาะสมหรือไม่ ต้องพิจารณาว่าการตัดสินใจตั้งอยู่บนพื้นฐานอะไร เพราะสิ่งที่เหมาะสมในวัฒนธรรมหนึ่ง อาจไม่เป็นที่ยอมรับในอีกวัฒนธรรมหนึ่งก็ได้

3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

3.3.1 เพศ เพศหญิงจะถูกอบรบให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังตาม วัฒนธรรมในสังคมเป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบทบาทธรรมชาติของเพศหญิง (Cain and Wick, 2002) เรื่องส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านผู้หญิงมักจะใส่ใจมากกว่าและคิดว่าเป็น ปัญหา รวมถึงเป็นผู้รับผิดชอบดูแล (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554)

3.3.2 อายุผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี (Chien, 2008) ผู้ดูแล ต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหาอายุผู้ดูแล อายุที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่ แตกต่างกัน (Cook et al., 1994)

3.3.3 การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554) การเผชิญความเครียดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแล ต้องใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญความเครียดเพื่อลดความเครียด (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543)

3.3.4 การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจ เป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ เป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคมรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม นำมาซึ่งความสุขของชีวิต เกิดพลังใจและ แรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ลดความตึงเครียดในชีวิตลงได้ (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554)

3.3.5 การลดภาระในการดูแลทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การลดภาระในการดูแล จะทำให้การรับรู้ถึงการดูแลดีขึ้น (รจนา ปุณโณทก, 2550) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Chein (2008) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน พบว่าหลังจากได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ภาระของครอบครัวลดลง และช่วยลดอัตราการกำเริบป้องกันการป่วยซ้ำได้

3.4 การประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้ 2 แบบคือ

3.4.1 เครื่องมือประเมินแบบ Structured interview เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) ซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้สำหรับครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ และครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง (Bishop, et al. 1987) ผู้ประเมินอาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์จะสัมภาษณ์ครอบครัว และสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์ นอกจากนี้ อาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกัน

3.4.2 เครื่องมือประเภท self- report เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง เช่น Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) ซึ่งใช้ประเมินการปรับตัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Grotevant and Carison, 1989)

Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตาม MMFF (Epstein, et al. 1984) สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวโดยแบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีและครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 60 ข้อ โดยให้สมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามนี้ตามลำพัง การศึกษาพบว่า FAD สามารถแยกครอบครัวที่มีปัญหาออกจากครอบครัวที่ไม่มีปัญหาได้ดี (Miller, et al. 1985) อย่างไรก็ตามสมาชิกแต่ละคนจะให้ความเห็นเกี่ยวกับครอบครัวแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ความเห็นของแต่ละคนเป็นรายๆไป (Sawyer, et al. 1988)

FAD เป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อศึกษาในผู้ป่วย (วิระวรรณ อุประมาณ, 2538) สำหรับประเทศไทย อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) พบว่ามีหลายข้อถามที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยจึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อว่า Chulalongkorn Family Inventory (CFI) เป็นแบบประเมินครอบครัวที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ การศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยงในระดับสูง และแบบประเมินดังกล่าวช่วยทำให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

3.5 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ในระยะแรกการศึกษามุ่งไปที่ ครอบครัวเป็นทำให้เกิดโรคจิตเภทได้อย่างไร Fromm Reichman (1948) เชื่อว่า การที่แม่เลี้ยงดูลูกอย่างไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุทำให้ลูกป่วยเป็นโรคจิตเภท และเรียกแม่ของผู้ป่วยว่า schizophrenogenic mother หรือแม่ที่ทำให้ป่วยเป็นโรค schizophrenia

ต่อมาเมื่อมีการนำเอาทฤษฎีระบบมาใช้ในการวิเคราะห์อาการป่วยทางจิต การศึกษาจึงได้เปลี่ยนจากการมองหาสาเหตุของโรคมามองที่ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในปี ค.ศ. 1956 Bateson และคณะ ศึกษาพบว่า ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสื่อสารผิดปกติที่เรียกว่า double-bind เชื่อว่าการสื่อสารแบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความขัดแย้งและสับสนอันเนื่องมาจากการสื่อสารดังกล่าว อาการทางจิต เช่น หูแว่ว และภาพหลอนเป็นความพยายามของผู้ป่วยในอันที่จะหลีกเลี่ยงหนีจากสิ่งที่สับสน ไปสู่สิ่งที่ตนเข้าใจง่ายกว่าซึ่งก็คือโลกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นนั่นเอง

Wynne et al. (1958) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะแบบ pseudomutuality คือ ไม่ปล่อยให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเอง ทุกคนต้องคิด รู้สึก และกระทำในสิ่งที่เหมือนกัน อาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเครื่องแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเป็นตัวของตัวเอง การสื่อสารในครอบครัวมักขาดจุดสนใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนเข้าใจความหมายของสิ่งที่สื่อไม่ตรงกัน ไม่สามารถสร้างความรู้สึกใกล้ชิด และเชื่อใจกันได้ นอกจากนี้ยังมีความแปรปรวนในการสื่อสาร คือ การสื่อสารที่มีความกำกวม ไม่ต่อเนื่องและไม่คงเส้นคงวา

การศึกษาในระยะต่อมาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบบ่อยมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ หรือ expressed emotion (E.E.) ในระดับสูง คือมีปฏิสัมพันธ์แบบตำหนิต

เตียน (criticism) เป็นอริ (hostility) และจู้จี้จ้านมากเกินไป (over involvement) ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดอาการกำเริบบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นจะต้องแก้ไขปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวร่วมไปด้วย

ครอบครัวของผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขต (boundary) ระหว่างพ่อ แม่ กับลูก และผู้ป่วยจะถูกดึงมาเป็นบุคคลที่สามเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างพ่อ แม่

การวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยมีปัญหาหลายด้าน แต่ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรค อย่างไรก็ตามการวิจัยชี้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรคโดยเฉพาะ expressed emotion ที่สูง จะทำให้มีอาการกำเริบได้บ่อย การศึกษาในระยะหลัง เริ่มดูผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดอย่างมากต่อครอบครัว และครอบครัวจะต้องปรับตัวหลายด้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สมาชิกคนอื่นทั้งครอบครัวทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี

4. การบำบัดครอบครัว (Family Intervention)

4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว (Family Intervention)

การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) หมายถึง การจัดกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวหรือทุกคนที่มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้บำบัดเห็นว่ามีส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมเพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจยอมรับสถานการณ์ปัญหาสาเหตุของปัญหาตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่นเข้าใจซึ่งกันและกันดำรงความเป็นครอบครัวอยู่กันอย่างมีความสุขและสุขภาพจิตที่ดีการบำบัดครอบครัวจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆกันเช่นการทำบำบัดครอบครัวการให้คำปรึกษาครอบครัวการสอนและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) หมายถึง วิธีการที่ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการให้บริการด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทการรักษาช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ครอบครัวสามารถมีทักษะในการแก้ไขปัญหาทักษะการดูแลและการจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเภททักษะการสื่อสารทักษะการจัดการกับความเครียดการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมรวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจและการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2550)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวถึง แนวคิด เกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ว่า การบำบัดครอบครัวจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆ

กัน เช่น การทำจิตบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น

การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) หมายถึง การจัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจยอมรับสถานการณ์ปัญหาสาเหตุของปัญหาตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเข้าใจซึ่งกันและกันทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวการทำงานที่ของสมาชิกในครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dixon & Lehman, 1995)

การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) หมายถึง วิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพจิตกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคช่วยให้รับรู้อาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบและช่วยสมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เรื้อรังของโรคลดความรู้สึกเป็นภาระ (Varghese et al., 2002)

สรุปได้ว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเกิดความรู้สึกอบอุ่นเกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภทและลดความขัดแย้งในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานที่ของครอบครัว

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ในผู้ป่วยจิตเภท

4.2.1 แนวคิดการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จากการสังเคราะห์งานวิจัย

นุชนาด ชัยเจริญ (2552) ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการจากฐานข้อมูลต่างๆทางอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุดมีงานวิจัยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 15 เรื่องเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) ระดับ 2 จำนวน 12 เรื่องและเป็น Quasi-experimental research ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่องได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะคือรูปแบบการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมี 5 รูปแบบ ดังนี้

1) Multiple-Family Group Intervention เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมากกว่าครอบครัว ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยคือ ช่วยลดอัตราการกำเริบ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตดีขึ้น โดยเฉพาะอาการทางด้านลบ และส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น มีผลช่วยให้ลดขนาดการใช้ยาต้านโรคจิตลง ผลลัพธ์ด้านครอบครัวคือช่วยให้ครอบครัวมีความกดดันลดลงมีรูปแบบ วิธีการ กระบวนการบำบัดครอบครัวที่มีความชัดเจนครอบคลุมในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเพิ่มทักษะในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

ในการแก้ไขปัญหาและนำไปปรับใช้กับตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทางสังคมแก่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท แต่มีข้อจำกัดในการใช้คือมีระยะเวลาในการบำบัดนาน ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ด้านจิตเวชเป็นอย่างดีจึงจะสามารถปฏิบัติได้

2) Psychoeducation Family Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติต่อโรคดีขึ้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นความรู้สึกเป็นภาระลดลงอัตราป่วยซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงความร่วมมือในการรักษาและด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้นมีรูปแบบหลากหลายในการบำบัดแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเดียวและการให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการบำบัดในรูปแบบอื่นๆ การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ไม่มีความซับซ้อนมากนัก ควรมีการจัดทำคู่มือ สื่อการสอนต่างๆให้เหมาะสม

3) Mutual support group for Family Intervention ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนลดลงเป็นรูปแบบที่มีความชัดเจนในด้านต่างๆ เช่น โครงสร้างกลุ่ม จำนวนสมาชิกกลุ่ม บทบาทข้อตกลงร่วมกัน ระยะเวลาในการบำบัด เน้นศักยภาพของครอบครัว เข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำกลุ่ม และดำเนินกลุ่มเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานภายในกลุ่ม

4) Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention ช่วยลดการป่วยซ้ำลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นเป็นการบำบัดที่ต้องมีการประเมินผลผู้เข้าร่วมบำบัดในแต่ละครั้ง เพื่อสามารถวางแผนและหาแนวทางช่วยเหลือได้เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริง ต้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างมากในการเข้าร่วมการบำบัด การทบทวนการบ้าน การฝึกทักษะต่างๆ ในการบำบัดต้องใช้เทคนิคต่างๆของ CBT ซึ่งมีความหลากหลาย และต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับการบำบัด ต้องพิจารณาความสามารถของผู้เรียนรู้ เป้าหมายการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลทำให้เกิดอาการทางจิต และระดับอารมณ์ที่แสดงออก เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและลดพฤติกรรม การตอบสนองทางด้านลบของญาติที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

5) A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia เป็นโปรแกรมการป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับความรู้ เน้นกระบวนการกลับมาป่วยซ้ำในโรคจิตเภท ให้เข้าใจถึงอาการ พฤติกรรม ที่เป็นอาการนำของการป่วยซ้ำ ลักษณะการบำบัดมีทั้งรายครอบครัวหรือรายกลุ่ม สามารถช่วยให้อัตราป่วยซ้ำลดลง และลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย มีรูปแบบที่ชัดเจน ตอบสนองการแก้ไขปัญหาที่มีทิศทางทำให้เห็นศักยภาพ

การทำงานเป็นทีม ผู้ป่วยและครอบครัวยังได้รับการดูแลแบบรายกรณี ผู้บำบัดจะพบครอบครัวเดี่ยว และเยี่ยมบ้านและทีมผู้รักษามีการทบทวนการรักษาทุกๆ 2 สัปดาห์

4.2.2 แนวคิดการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของ Murphy (2007)

แนวคิดการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของ Murphy (2007) พัฒนามาจากทฤษฎี Behavioural family therapy ของ Falloon (1988) , Multiple family group treatment ของ McFarlane (2004), A constructional approach ของ Barrowclough and Tarrier (1997) , Family work model ของ Kuiper et al. (2002) และ An Integrated family work model ของ Smith et al. (2007) ในรูปแบบของ Psychoeducation Family Intervention ร่วมกับการบำบัดในรูปแบบอื่นแนวคิดการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวใช้เวลาในการบำบัดทั้งหมด 9 เดือน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1) การประเมิน (Assessment) ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale) ประเมินครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว และประเมินความรู้ของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) การให้ความรู้ (Education) กับครอบครัวเรื่องโรคจิตเภท การรักษา สิ่งที่ครอบครัวต้องเข้าใจผู้ป่วย

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) ให้ความเข้าใจรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่ดี

4) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ให้ครอบครัวเข้าใจกับสาเหตุ อาการของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น

5) การแก้ปัญหา (Problem solving) ให้ครอบครัวและผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เข้าใจปัญหาที่แท้จริงเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ให้ความรู้ครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต

4.3 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว

4.3.1 สภาพปัญหาและความต้องการการบำบัดครอบครัว อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย และคณะ (2548) ได้สำรวจสภาพปัญหาของผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง 9 โรคคือ โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคมะเร็ง และผู้พิการ ในโรงพยาบาลและในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าปัญหาที่สำคัญและมีความต้องการการช่วยเหลือเป็นลำดับแรกก็คือ ปัญหาการปรับตัวทางด้านจิตใจรองลงมาก็คือ

ปัญหาการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ปัญหาด้านกิจกรรมทางสังคม ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางเพศ ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม และปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามลำดับ

4.3.2 หลักการบำบัดครอบครัว การบำบัดครอบครัวเป็นกิจกรรมที่เน้นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจกันและกัน เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นพยายามปรับตัวเข้าหากัน มุ่งมั่นในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อการดำรงชีวิตร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข การบำบัดครอบครัว กระทำได้หลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษา การสอนและให้ความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ฯลฯ เป็นการจัดกระทำต่อบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ใช้หลักการต่างๆ ดังนี้

4.3.2.1 การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมมือกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างมีเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่มีความสุข

4.3.2.2 การสอนและให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) เน้นการให้การสอน การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย การดูแลและการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่นการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

4.3.2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกิจกรรมที่จัดการทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่า ตนมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนการให้กำลังใจ การให้ความรู้ การประคับประคอง การฝึกทักษะการจัดการกับตนเอง ในการเผชิญปัญหา รวมถึงการเสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับต่อผู้ป่วยและครอบครัว

โดยสรุป หลักการของการทำครอบครัวบำบัด ดังนี้

- 1) ครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่กระทำต่อครอบครัว
- 2) ลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว
- 3) ลดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ป้องกันความเจ็บป่วยในครอบครัว

4.3.4 การให้การบำบัดครอบครัว

ผู้นำในการบำบัด คือผู้ที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ทำงานด้านครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมมาโดยตรง ผู้บำบัดสามารถประยุกต์แนวคิดของการให้การบำบัดครอบครัวได้ โดยใช้สัมพันธภาพในการประเมิน การวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา และการจัดการที่สภาพปัญหาอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการบำบัดครอบครัว การปฏิบัติสามารถปฏิบัติกับครอบครัวได้หลายรูปแบบ เช่น การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาล เมื่อแรกรับ การพบผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบำบัดครอบครัวดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.3.4.1 การประเมินสภาพ (Assessment) ในขั้นแรก ควรประเมินสภาพ ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือว่า ครอบครัวผู้รับการบำบัดมีปัญหาใดเกิดขึ้น การประเมินสาเหตุของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ข้อมูลที่ต้องรวบรวม ผู้บำบัดจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้มีปัญหาจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้อง ทั้งของผู้มีปัญหาและครอบครัว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) ประวัติทางด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การใช้ยา รวมถึงสารเสพติด
- 2) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวในภาวะปกติและยามที่เกิดปัญหา รวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว
- 3) สภาพปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลจัดการของสมาชิกในครอบครัว
- 4) ค่านิยมและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว
- 5) ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว
- 6) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว
- 7) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน
- 8) ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว
- 9) เมื่อเกิดวิกฤต แล้วครอบครัวทำอย่างไร
- 10) เอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกันเช่น บางครอบครัว คาดหวังว่าลูกๆต้องเรียนสูงๆ ต้องทำงานที่โดดเด่น จึงจะถือว่าประสบความสำเร็จ ครอบครัวนั้นจะมีลักษณะเข้มงวด กวดขัน เครียด การทราบเอกลักษณ์ของครอบครัวจะนำไปสู่หนทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการเพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว เน้นสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการมุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว การขัดแย้งในครอบครัวอาจเกิดขึ้นได้แต่สมาชิกจะต้องเข้าใจ และยอมรับในความแตกต่าง และพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ปฏิบัติการให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกติดต่อสื่อสารกันด้วยดี ดังนั้นในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการบำบัดครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ให้การบำบัดจำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคในการสื่อสารและปฏิบัติการ เพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดของ Murphy (2007) ที่ได้ศึกษาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) โดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัว ใช้เวลาในการบำบัดทั้งหมด 9 เดือน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1) การประเมิน (Assessment) ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale) ประเมินครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว และประเมินความรู้ของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) การให้ความรู้ (Education) กับครอบครัวเรื่องโรคจิตเภท การรักษา สิ่งที่ครอบครัวต้องเข้าใจผู้ป่วย

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) ให้ความเข้าใจรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่ดี

4) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ให้ครอบครัวเข้าใจกับสาเหตุ อาการของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น

5) การแก้ปัญหา (Problem solving) ให้ครอบครัวและผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ให้ความรู้ครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดและโครงสร้าง และรูปแบบของการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ตามแบบการศึกษาของ Murphy (2007) และนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมพร ตรังคมบดี (2544) ทั้ง 7 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มาบูรณาการเป็นโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการปรับเพิ่มเติม เพื่อให้สอดคล้อง และครอบคลุมกับสภาพของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามบริบทของประเทศไทย สิ่งที่ผู้วิจัยปรับเพิ่มเติมจากการศึกษาดังกล่าวประกอบด้วย

1) มีการปรับการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม คือ ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มครอบครัวครั้งละ 5 ครอบครัว มีสมาชิก 10 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินกิจกรรมละ 45-90 นาที ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจ และความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม

2) มีการปรับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของ Murphy (2007) ร่วมกับการเพิ่มเนื้อหาการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) เพื่อให้ครอบครัวที่ทำหน้าที่ครอบครัวทั้ง 7 ด้าน สามารถสรุปรายละเอียดของการบูรณาการ การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

กิจกรรม	การบูรณาการ		เหตุผล
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและการพัฒนาทักษะการสื่อสาร	ผู้วิจัยนำขั้นตอนจากการศึกษาของ Murphy (2007) คือ 1) การประเมิน (Assessment) โดยการประเมินผู้ป่วยจิตเภทและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ และ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	ผู้วิจัยนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) ในด้านความผูกพันทางอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลในครอบครัว และด้านการสื่อสาร โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	การสร้างสัมพันธภาพจะทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น ทำให้ทราบปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ การฝึกทักษะการสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้ดีขึ้น
กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	ผู้วิจัยนำขั้นตอนจากการศึกษาของ Murphy (2007) คือ 2) การให้ความรู้ (Education) โดยให้	ผู้วิจัยนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) ในด้าน	การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทนั้น จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และผู้ดูแลในครอบครัว สามารถดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นได้อย่าง

กิจกรรม	การบูรณาการ		เหตุผล
จิตเภทและ การรักษา	<p>ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา</p>	<p>บทบาท ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>ถูกต้องเหมาะสม และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</p>
<p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป</p>	<p>ผู้วิจัยนำขั้นตอนจากการศึกษาของ Murphy (2007) คือ 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) โดยให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา</p>	<p>ผู้วิจัยนำแนวคิดว่าทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) ในด้านการควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยให้ประพฤติดนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ด้าน บทบาทสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ทำให้มีการมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม</p>	<p>การให้ความรู้ แนะนำและการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยให้ประพฤติดนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม</p>

กิจกรรม	การบูรณาการ		เหตุผล
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>ผู้วิจัยนำขั้นตอนจากการศึกษาของ Murphy (2007) คือ 4) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ให้ครอบครัวเข้าใจกับสาเหตุ อารมณ์ของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น 5) การแก้ปัญหา (Problem solving) ให้ครอบครัวและผู้ช่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้</p>	<p>ผู้วิจัยนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมพร ตรังสมบัติ (2544) ในด้านการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้</p>	<p>การที่ครอบครัวที่มีความเครียด จะสามารถหาสาเหตุของความเครียดและจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทาง</p>	<p>ผู้วิจัยนำขั้นตอนจากการศึกษาของ Murphy (2007) คือ 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) โดยสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p>	<p>ผู้วิจัยนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมพร ตรังสมบัติ (2544) ในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ในด้านความผูกพันทาง</p>	<p>การพัฒนาทักษะสังคมนั้นทำให้ผู้ช่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และสามารถตอบสนองทาง อารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันทางอารมณ์ มีความห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและ</p>

กิจกรรม	การบูรณาการ	เหตุผล
สังคม	อารมณ์ ทำให้มีความผูกพันทางอารมณ์ มีความห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน	เห็นคุณค่าของกันและกัน และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับครอบครัวได้

วัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว คือ การเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งในโปรแกรมการบำบัดครอบครัวประกอบด้วย การดำเนินการ เป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัวจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆละ 45-90 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และยินดีช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายการช่วยเหลือ สถานที่ เวลานั้นพบข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง ถามความเป็นอยู่ทั่วไป พูดคุยสร้างความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ให้ความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็ง มีพลังสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทได้และการเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

การพัฒนาให้เกิดทักษะการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึงความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) นอกจากนี้การฝึกทักษะการสื่อสารจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกใน

ครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตามให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996) ยินดีร่วมมือในการรักษาลดภาระการดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวนำความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา ไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Chein, 2008)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป เป็นการให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ลดความขัดแย้ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหา และหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (Chein, 2008)การควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติดนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านบทบาท และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วน (Lazarus and Folkman, 1984) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว หลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาดีขึ้น (Murphy, 2007)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทาง

อารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะสังคมนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกถูกแบ่งแยกจากชุมชน (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลในสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธีระ ลีลาณันทกิจ และคณะ (2542) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย: เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วย 54 คน พบว่าการอบรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (family interventions หรือ psychoeducational family treatments) โดยติดตามการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทุกคนที่ญาติเข้าร่วมโครงการในระยะ 1 ปี หลังจากญาติเข้ารับการอบรมแล้วนำไปเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ญาติจะมาเข้าอบรมพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเลยในช่วง 1 ปีถัดมา หรือมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง เมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม ขณะที่ร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง

อรธมพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 350 คนพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ มีการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 7 ด้านคือการแก้ปัญหาการสื่อสารบทบาทการตอบสนองทางอารมณ์ความผูกพันทางอารมณ์การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีพอสมควรแต่ในด้านความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาของการที่สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน

จาวรรรณ ธีรสิทธิ (2551) ได้ศึกษาสภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ จำนวน 10 ครอบครัว พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัว การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างยากลำบากเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหา

นุชนาด ชัยเจริญ (2552) ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการจากฐานข้อมูลต่างๆทางอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุดมีงานวิจัยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 15 เรื่องเป็น Randomized Controlled Trials (RCT) ระดับ 2 จำนวน 12 เรื่อง และเป็น Quasi-experimental research ระดับ 3 จำนวน 3 เรื่องได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะคือรูปแบบการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมี 5 รูปแบบดังนี้ 1) Multiple-Family Group Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความกดดันลดลงลดอัตราป่วยซ้ำลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและอาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น 2) Psychoeducation Family Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติต่อโรคดีขึ้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

เพิ่มขึ้นความรู้สึกเป็นภาระลดลงอัตราป่วยซ้ำและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงความร่วมมือในการรักษาและด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น 3) Mutual support group for Family Intervention ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนลดลง 4) Need-based Cognitive-Behavior Family Intervention ช่วยลดการป่วยซ้ำลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและ 5) A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia ช่วยลดอัตราป่วยซ้ำและลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

นภาพรณ์ พึ่งเกศสุนทร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 ครอบครัว โดยให้โปรแกรมบำบัดครอบครัวทั้งหมด 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าภาวะการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวและภาวะการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วารุณี แสงเมฆ (2555) ศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเขาชะเมา 40 คน พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Rothbauer and Spiessl (2001) ได้ทำการศึกษาถึงเจตคติและความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงความต้องการของญาติในประเทศเยอรมนี พบว่า เจตคติ ความรู้ และความสามารถต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน อันดับต้นๆ คือ ต้องการเวลาพูดคุยกับผู้ดูแลรักษาให้มากขึ้นรับรู้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่ครอบครัวกำลังเผชิญอยู่

King et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย โดยใช้ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะวิกฤตของมารดาเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยในครอบครัวมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น ลุกสี่ลุกกลน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยมารดา รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Lim and Ahm (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของการปฏิบัติที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลการแก้ปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาระเชิงอัตนัย

Kuipers (2006) ศึกษาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ NICE (2003) พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) พัฒนามาจากการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว โดยระดับการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถทำนายการกลับมาใช้บริการสุขภาพจิตได้จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าการบำบัดครอบครัว ที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในขณะการรักษา และติดตามนัด และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลระหว่างรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่น หรือการรักษาตามปกติ

Hegde et al. (2007) ได้นำโปรแกรมการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมตหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทั้งยังเป็นการสร้างเสริมกำลังใจและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอีกด้วย มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัว สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ โดยดำเนินกิจกรรม ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers) ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness) ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์

ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions) ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้ายคือการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆชัดเจน (Improving the communication and problem solving skills ,social network and support system)

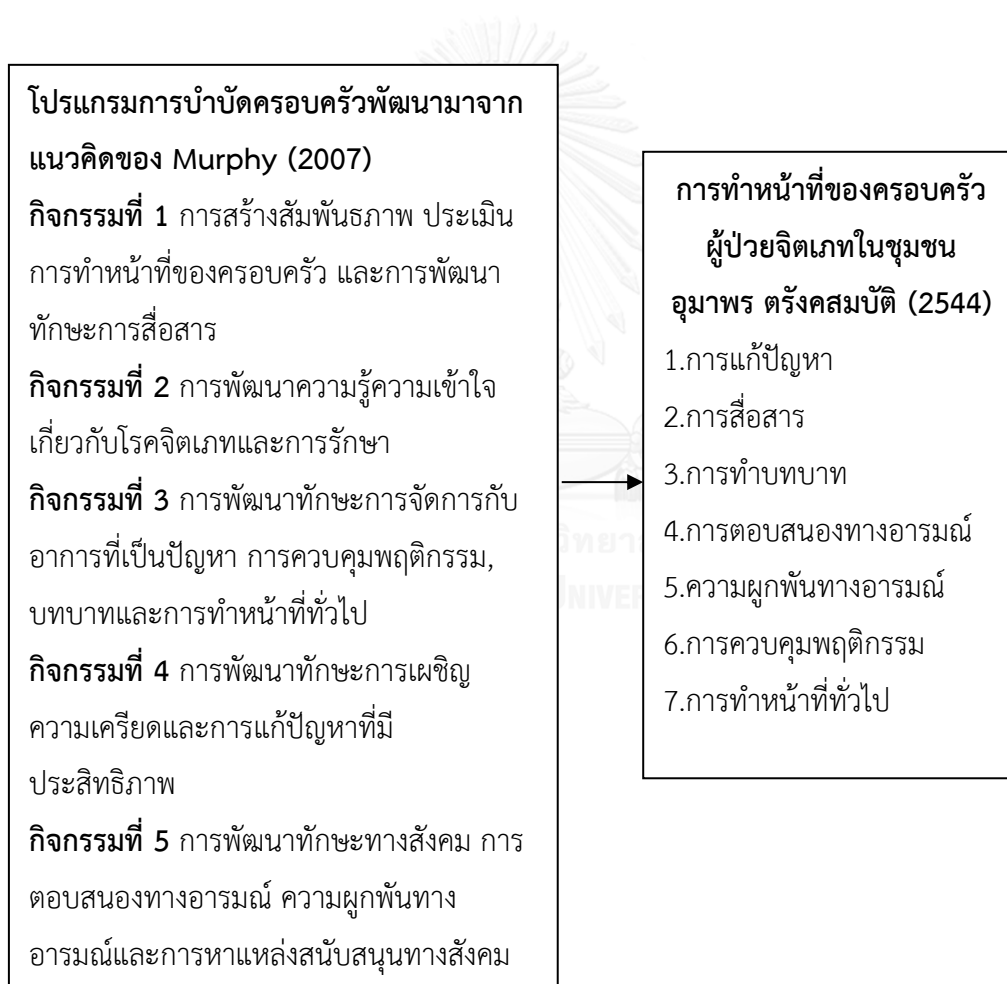
Murphy (2007) ที่ได้้นำการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มาใช้ในการลดการป่วยซ้ำ เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เป็นรายครอบครัว ใช้เวลาในการบำบัดทั้งหมด 9 เดือน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ 1) การประเมิน (Assessment) ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Brief Psychiatric Rating Scale) ประเมินครอบครัวความสัมพันธ์ในครอบครัว และประเมินความรู้ของคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) การให้ความรู้ (Education) กับครอบครัวเรื่องโรคจิตเภท การรักษา สิ่งที่ครอบครัวต้องเข้าใจผู้ป่วย 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) ให้ความเข้าใจรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่ดี 4) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ให้ครอบครัวเข้าใจกับสาเหตุ อาการของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น 5) การแก้ปัญหา (Problem solving) ให้ครอบครัวและผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ให้ความรู้ครอบครัวในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิต

Pharoah et al. (2010) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ปี ค.ศ. 2005-2006 พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการป่วยซ้ำได้ร้อยละ 43 ทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และลดจำนวนครั้งและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลง ช่วยปรับบทบาททางสังคมและพัฒนาการเข้าสังคมให้ดีขึ้น ลดความเครียดและการแสดงอารมณ์ในครอบครัว การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความรักเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้คนในชุมชนเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดครอบครัวเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ดีขึ้นเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้มีทักษะในการติดต่อสื่อสารทักษะในการเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวตามแนวคิดของ Murphy (2007) โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 3 ปัจจัย คือ 1) การเผชิญความเครียด 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งโปรแกรมการบำบัดครอบครัวจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงในแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) (Polit & Hung, 1999 อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว ตัวแปรตามคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

O2 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

O3 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O4 หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน

รวม 2 คน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และมีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

2. ไม่มีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย
4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัว (Inclusion criteria)

1. เป็นบิดามารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย
4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คือควรมีอย่างน้อย 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรจะต่ำกว่า 15 คน เพื่อให้ข้อมูลเกิดการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ ทำให้อำนาจทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) โดยใน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ครอบครัว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยประเมินคุณสมบัติผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช พร้อมทั้งประเมินอีกครั้งว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control Extraneous Variables) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ด้วยการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทให้มีคะแนนอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ใกล้เคียงกัน และจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้ เพศ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัว (สกาเวเตียน กลิ่นน้อย, 2554)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งตามคะแนนอาการทางจิต ประเมินโดย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภท และเพศของผู้ดูแลใน ครอบครัว

คู่ที่	คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท		เพศของผู้ดูแลในครอบครัว	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	23	22	ชาย	ชาย
2	25	25	ชาย	ชาย
3	26	27	ชาย	ชาย
4	26	26	หญิง	หญิง
5	25	25	หญิง	หญิง
6	22	22	หญิง	หญิง
7	27	27	หญิง	หญิง
8	25	25	หญิง	หญิง
9	26	26	หญิง	หญิง
10	28	28	หญิง	หญิง
11	20	21	หญิง	หญิง
12	27	27	หญิง	หญิง
13	28	28	หญิง	หญิง
14	27	27	หญิง	หญิง
15	30	32	หญิง	หญิง
16	27	27	หญิง	หญิง
17	26	26	หญิง	หญิง
18	25	25	หญิง	หญิง
19	22	22	หญิง	หญิง
20	27	27	หญิง	หญิง

จากตารางที่ 2 ผลการจับคู่ผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้คะแนนอาการทางจิตซึ่งประเมินโดย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่มี่คะแนนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน และจากการจับคู่เพศของผู้ดูแลในครอบครัวให้เป็นเพศเดียวกันพบว่า มีผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย 3 คู่ และเพศหญิง 17 คู่

5. จากนั้นผู้วิจัยจึงนัดครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวซึ่งแต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 5 ครอบครัว ในกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี และได้รับอนุมัติจริยธรรม เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2557 (ดั่งหนังสืออนุมัติในภาคผนวก ง)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ มีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ โดยมีการนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใด ๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าวและยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัวลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่
 - 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

ระยะเวลา 90 นาที

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และยินดีช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายการช่วยเหลือ สถานที่ เวลานั้นนัดพบ ข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง ถามความเป็นอยู่ทั่วไป พูดคุยสร้างความคุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ให้ความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็ง มีพลังสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทได้และการเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

การพัฒนาให้เกิดทักษะการสื่อสาร การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึงความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) นอกจากนี้การฝึกทักษะการสื่อสารจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะในการรับ

ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ สามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

ระยะเวลา 45 นาที

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามจริง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตามให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996) ยินดีร่วมมือในการรักษาลดภาระการดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวนำความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษา ไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Chein, 2008)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

ระยะเวลา 45 นาที

การให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ลดความขัดแย้ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหา และหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (Chein, 2008) การควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และ

ให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านบทบาท และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปดีขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45 นาที

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วน (Lazarus and Folkman, 1984) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว หลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยให้การบ้านกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาดีขึ้น (Murphy, 2007)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 45 นาที

การพัฒนาทักษะสังคมนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกถูกแบ่งแยกจากชุมชน (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลในสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น หลังจากดำเนินกิจกรรมแล้ว พยาบาลแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นใช้

ทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ที่ถูกต้อง โดยให้การบ้านกับ ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่น สามารถใช้ทักษะทางสังคม การตอบสนองทาง อารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่เหมาะกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้าน ความผูกพันทางอารมณ์ดีขึ้น (McFarlane et al., 2003)

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวน งานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความ สอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมถึงการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของโปรแกรมการ บำบัดครอบครัว โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า CVI \geq .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยธรรมากร, 2550) พบว่า ค่าที่ได้เท่ากับ .86 (ภาคผนวก จ) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมการบำบัดครอบครัวตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อให้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวมีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง ประเด็นของการปรับแก้มีดังนี้

1. ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยในกิจกรรมที่ 1 ปรับเปลี่ยนข้อความในใบกิจกรรม 1/2 เกี่ยวกับสถานการณ์สมมุติ ใหม่ ดังนี้

- ญาติจะดูแลกิจวัตรของผู้ป่วยจะสื่ออย่างไรบ้าง
- ต้องการให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านจะสื่ออย่างไร

2. เพิ่มเนื้อหา ความรู้ ในกิจกรรมที่ 2 และ 5 ดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ 2 เพิ่มอาการของ Neuroleptic malignant syndrome (NMS) ใน อาการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที ในใบความรู้ที่ 2/2

2.2 กิจกรรมที่ 5 เพิ่มความรู้ในใบความรู้ และข้อความในใบกิจกรรม ดังนี้

1) ใบความรู้ที่ 5/2 เพิ่มหน่วยงานที่สามารถขอรับบริการในจังหวัด ปทุมธานี และจังหวัดใกล้เคียง เช่น นนทบุรี นครนายก พระนครศรีอยุธยา

2) ใบกิจกรรมที่ 5/1 เพิ่ม แต่ละทักษะมีการใช้อย่างไร

3. กำหนดระยะเวลาดำเนินการในแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจน

หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตั้งข้างต้นและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 กลุ่ม ประกอบด้วย 5 ครอบครัว แต่ละครอบครัวมีสมาชิก 2 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยดำเนินการกิจกรรมจนครบ 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปประกอบการบำบัดครอบครัวไปใช้ ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้จากการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่มทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดบางส่วนให้เข้าใจง่ายขึ้น และในบางกิจกรรมต้องมีการยกตัวอย่างและสาธิตให้ดูเพื่อให้กลุ่มเข้าใจเพิ่มขึ้น โดยในแต่ละกิจกรรมสามารถดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด คือประมาณ 45-90 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้ทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิด Mc Master (Mc Master Model of Family Functioning) ซึ่งพัฒนาโดย Epstein et al. (1984) จึงสามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ซึ่งมองการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยคำนึงถึงคุณสมบัติเชิงโครงสร้างของครอบครัว ภาพรวมของครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) นี้มีจำนวน 36 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ตรงมากที่สุด (4 คะแนน) ตรงปานกลาง (3 คะแนน) ตรงเล็กน้อย

(2 คะแนน) และไม่ตรงเลย (1 คะแนน) ข้อความในแบบประเมินทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 7 ด้าน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ดังนี้

1) ด้านการแก้ปัญหาจำนวน 6 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

2) ด้านการสื่อสาร มีจำนวน 5 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 7, 8, 9, 10 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 11

3) ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 12, 13, 14

4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 15, 16, 18, 19 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 17

5) ด้านการผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 20 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 24

6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 25, 26, 28 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 27

7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ มีความหมายทางบวกได้แก่ข้อ 29, 30, 31, 33, 34, 35 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 32, 36

การคิดคะแนนทำได้โดยกลับค่าคะแนนข้อคำถามซึ่งเป็นข้อความทางลบ จากนั้นคิดคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมด้วยการรวมคะแนนของทุกข้อคำถามและหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด สำหรับการคิดคะแนนในแต่ละด้านก็เช่นเดียวกัน คือ รวมคะแนนของทุกข้อในด้านนั้นๆ และหาค่าเฉลี่ยโดยหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน

สำหรับการแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของของอุมาพร ตรังคสมบัติ (อรุณพ ทองคำ, 2546) ดังนี้

1.00–1.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี

1.50–2.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย

2.50–3.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีพอสมควร

3.50– 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีมาก

โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประยุกต์มาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด

McMaster (McMaster Model of Family Functioning) โดย Epstein et al. (1984) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน (เห็นด้วยมากที่สุด = 4 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า CVI \geq .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

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

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม เท่ากับ .92 (ภาคผนวก จ) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไขโดยผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

1) **ด้านการแก้ปัญหา** มีการปรับแก้ 4 ข้อ คือ

ข้อ 1 “สมาชิกครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้” แก้ไขเป็น “สมาชิกครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นในบ้านได้”

ข้อ 2 “มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่” แก้ไขเป็น “ครอบครัวมีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่”

ข้อ 3 “เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือไม่” แก้ไขเป็น “เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้”

ข้อ 4 “เมื่อมีปัญหา เรามักปรึกษากันว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไร” แก้ไขเป็น “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหา ครอบครัวมักปรึกษากันว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไร”

2) **ด้านการสื่อสาร** มีการปรับแก้ 1 ข้อ คือ

ข้อ 8 “คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา” แก้ไขเป็น

“คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังคำพูดของเขา”

3) **ด้านบทบาท** มีการปรับแก้ 1 ข้อ คือ

ข้อ 14 “ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ” แก้ไขเป็น “ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค”

4) **ด้านการตอบสนองทางอารมณ์** มีการปรับแก้ 2 ข้อ คือ

ข้อ 15 “ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอ” แก้ไขเป็น “ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 16 “แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย” แก้ไขเป็น “แต่ละคนสามารถแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย”

5) **ด้านการผูกพันทางอารมณ์** มีการปรับแก้ 4 ข้อ คือ

ข้อ 20 “คุณรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวเองเพียงพอแล้ว” แก้ไขเป็น “คุณรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวเอง”

ข้อ 21 “คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา” แก้ไขเป็น “คนในครอบครัวจะสนใจผู้ป่วยจิตเภทก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา”

ข้อ 22 “บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ” แก้ไขเป็น “บางคนในครอบครัวยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ”

ข้อ 24 “ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป” แก้ไขเป็น “คนในครอบครัวควบคุมผู้ป่วยจิตเภทมากเกินไป”

6) **ด้านการควบคุมพฤติกรรม** มีการปรับแก้ 1 ข้อ คือ

ข้อ 28 “ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน” แก้ไขเป็น “การทำร้ายร่างกายเป็นเรื่องต้องห้ามในครอบครัวของคุณ”

7) **ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป** มีการปรับแก้ 5 ข้อ คือ

ข้อ 29 “ทุกคนเข้าใจกันได้เป็นอย่างดี” แก้ไขเป็น “ทุกคนในครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 31 “การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ไปอย่างลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน” แก้ไขเป็น “คนในครอบครัวไม่สามารถตกลงเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างราบรื่น”

ข้อ 32 “ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตน” แก้ไขเป็น “ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเอง”

ข้อ 34 “ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว” แก้ไขเป็น “ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขดี”

ข้อ 36 “ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย” แก้ไขเป็น “ครอบครัวมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท”

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 1
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6, 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 8, 9, 11, 12 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกได้แก่ข้อ 13 และ14
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 25 และ26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อรวมกัน และแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

25 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก

23-24 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี

21-22 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

19-20 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลองในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนนความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ต้องมีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป (ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา พร้อมหาแนวทางแก้ไข จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ จากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า CVI \geq .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

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

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติโดยรวม เท่ากับ .80 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไข ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 “โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการกระทำผิดปกติจากคนทั่วไป” แก๊ไขเป็น “โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้และอารมณ์ผิดปกติจากคนทั่วไป”

ข้อ 2 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง พูดไม่เป็นเรื่องราว”

ข้อ 3 “ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น”

ข้อ 4 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลกๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลกๆ ต่อหน้าผู้อื่น”

ข้อ 5 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น”

ข้อ 6 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น”

ข้อ 7 “ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีอาการพูดน้อย ไม่สบตา ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจตัวเอง”

ข้อ 9 “สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง” แก๊ไขเป็น “สาเหตุการป่วยโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง”

ข้อ 11 “พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสารเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก๊ไขเป็น “การได้รับสารกระตุ้นสมอง เช่น ยาบ้า สุรา สารระเหยหรือสารเสพติดอื่นๆ ทำให้ผู้เสพมีอาการทางจิต”

ข้อ 12 “ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้น อาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในจิตใจจนทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก๊ไขเป็น “ความเครียดจากการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสภาพจิตใจจนทำให้เกิดการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้”

ข้อ 13 “โรคจิตเภทเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก” แก๊ไขเป็น “โรคจิตเภทเมื่อรักษาแล้วสามารถหายได้”

ข้อ 15 “เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทกินยาอย่างสม่ำเสมอ” แก้ไขเป็น “ครอบครัวต้องดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทกินยาเองอย่างสม่ำเสมอ”

ข้อ 18 “การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการติดยาได้ จึงควรหยุดยาเมื่อเห็นว่าอาการทุเลา” แก้ไขเป็น “การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ”

ข้อ 19 “การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และการให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และการให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 20 “ขณะใช้ยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ได้” แก้ไขเป็น “ขณะใช้ยารักษาโรคจิตเภท ผู้ป่วยควรงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน”

ข้อ 22 “การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือน ก่อนมีอาการกำเริบ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว สับสน จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้” แก้ไขเป็น “การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือน ก่อนมีอาการกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย หงุดหงิด จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้”

ข้อ 23 “ถ้าผู้ป่วยจิตเภทเอะอะ อาละวาด ตะโกนด่า ส่งเสียงดัง ทำลายข้าวของ ควรพูดเสียงดัง และใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กล้าทำ” แก้ไขเป็น “ถ้าผู้ป่วยจิตเภทเอะอะ อาละวาด ตะโกนด่า ส่งเสียงดัง ควรสอบถามความต้องการ รับฟังผู้ป่วยอย่างสงบ”

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากรู, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เป็นเครื่องมือวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน และตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนที่มาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสูง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดครบครัน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 7 คะแนนขึ้นไป (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) หากผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์นี้ ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ในส่วนที่ขาดจนกว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แกะไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ จากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า CVI \geq .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

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

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติโดยรวม เท่ากับ .90 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 “โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมกรรับรู้และอารมณ์ผิดปกติจากคนทั่วไป”

ข้อ 3 “การได้รับสารกระตุ้นสมอง เช่น ยาบ้า สุรา สารระเหยหรือสารเสพติดอื่นๆ ทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก้ไขเป็น “การได้รับสารกระตุ้นสมอง เช่น ยาบ้า สุรา สารระเหยหรือสารเสพติดอื่นๆ ทำให้ผู้เสพมีอาการทางจิต”

ข้อ 5 “ยารักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล” แก้ไขเป็น “ยาที่ใช้รักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล”

ข้อ 6 “ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ควรไปพบแพทย์” แก้ไขเป็น “ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด เอะอะอาละวาด กระวนกระวาย ซึมลง มีไข้ควรไปพบแพทย์”

ข้อ 7 “การรับประทานยาสม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้น” แก้ไขเป็น “การปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น”

ข้อ 10 “การอยู่ร่วมหรือพบปะ พูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น” แก้ไขเป็น “การอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือพบปะ พูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น”

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์

3.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มหาวิทยาลัย

เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ จิราพร รักการ (2549) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1983) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ซึ่งครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ โดยข้อที่เป็นข้อความทางบวกได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 4 ส่วนข้อความทางลบ คือ ข้อ 5

2) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมดได้แก่ ข้อ 6, 7, 8 และ 9

3) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และ 11 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14

4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมดได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18 และ 19 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความเห็น	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	1	5

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แล้ววิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ ดังนี้

- 1.00– 1.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด
- 1.50– 2.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
- 2.50– 3.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 3.50– 4.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
- 4.50– 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับรู้ว่าการบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลางขึ้นไป (จิราพร รักการ, 2549) ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวจะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค ที่อาจทำให้ครอบครัวขาดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ พร้อมให้การสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดนั้นๆ จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1983) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ใจเนื้อหา และภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนนและให้

ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ จากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่า CVI \geq .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2550)

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

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เท่ากับ .95 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก่ไข ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีการปรับแก้ 3 ข้อ คือ

ข้อ 3 “มีคนคอยรับฟังเมื่อมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ” แก้ไขเป็น “มีคนคอยรับฟังท่านเมื่อมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ”

ข้อ 4 “มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท” แก้ไขเป็น “มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใยท่าน เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นโรคจิตเภท”

ข้อ 5 “ท่านรู้สึกขาดกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

2) การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ มีการปรับแก้ 1 ข้อ คือ

ข้อ 7 “มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน” แก้ไขเป็น “มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านโดยไม่หวังผลตอบแทน”

3) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล มีการปรับแก้ 2 ข้อ คือ

ข้อ 11 “ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์” แก้ไขเป็น “ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์”

ข้อ 13 “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น เนื่องจากท่านต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของ

เครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient)) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 (ภาคผนวก จ) ถือว่าผ่านเกณฑ์

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2549) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน มีการแปลผลตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนน 18- 36 หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย

ระดับคะแนนมากกว่า 36 หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดครอบครัวในผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ได้ทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเอกสารตำราและงานวิจัยร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ครอบคลุมและพัฒนาทักษะการบำบัดครอบครัว เพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้จริง

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม

โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาและวิธีการในการดำเนินการวิจัย รวมถึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.4 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามโคก เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท และเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวแล้วมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน คือ จับคู่ผู้ป่วยจิตเภทให้มีคะแนนอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน และจับคู่เพศของผู้ดูแลในครอบครัว (สกาเวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวกับกลุ่มทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ดำเนินการระหว่างวันที่ 5 มกราคม 2558 ถึงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2558 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี จัดบริการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้คำปรึกษา (Counseling) และการให้สุขศึกษา รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้คำแนะนำและการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการในรูปกลุ่มครอบครัว กลุ่มละ 5 ครอบครัว จำนวน 4 กลุ่ม แต่ละครอบครัวมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 45-90 นาที ดำเนินการจนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกันนาน 3 สัปดาห์ โดยมีการ ดำเนินกิจกรรมสรุปได้ ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

กิจกรรม	วัน/เวลา ดำเนินการ			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
กิจกรรมที่ 1	วันจันทร์ที่	วันอังคารที่	วันพุธที่	วันพฤหัสบดีที่
การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน	5 ม.ค. 58	6 ม.ค. 58	7 ม.ค. 58	8 ม.ค. 58
สัมพันธภาพในครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร	10.00-11.30น.	10.00-11.30น.	10.00-11.30น.	10.00-11.30น.
กิจกรรมที่ 2	วันจันทร์ที่	วันอังคารที่	วันพุธที่	วันพฤหัสบดีที่
การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา	12 ม.ค. 58	13 ม.ค. 58	24 ม.ค. 58	15 ม.ค. 58
	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.
กิจกรรมที่ 3	วันจันทร์ที่	วันอังคารที่	วันพุธที่	วันพฤหัสบดีที่
การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป	12 ม.ค. 58	13 ม.ค. 58	24 ม.ค. 58	15 ม.ค. 58
	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.
กิจกรรมที่ 4	วันจันทร์ที่	วันอังคารที่	วันพุธที่	วันพฤหัสบดีที่
การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ	19 ม.ค. 58	20 ม.ค. 58	21 ม.ค. 58	22 ม.ค. 58
	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.	10.00-10.45น.
กิจกรรมที่ 5	วันจันทร์ที่	วันอังคารที่	วันพุธที่	วันพฤหัสบดีที่
การพัฒนาทักษะทางสังคมการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	19 ม.ค. 58	20 ม.ค. 58	21 ม.ค. 58	22 ม.ค. 58
	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.	10.45-11.30น.

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว
- 2) เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) เพื่อประเมินลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 5) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว บอกถึงลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวบอกวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นการปฏิบัติในระยะแรกกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายกลุ่ม เป็นการสร้างความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม จุดมุ่งหมายทั่วไปของการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบของการรักษา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาในการทำหน้าที่ครอบครัวทั้ง 7 ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทบทวนการทำหน้าที่ในครอบครัวของตนเอง รู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัวเป็นการให้ข้อมูลความรู้ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นถึงวิธีการสื่อสารที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสารในครอบครัว และการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกเป็นสิ่งสำคัญในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่าง

ถูกต้องเหมาะสมทำให้บุคคลอื่นรู้ความต้องการของตนเองและรู้ความต้องการของคนอื่นทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อผู้ป่วย ปากกาเมจิก
2. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
3. ใบความรู้ที่ 1/2 การทำหน้าที่ของครอบครัว
4. ใบกิจกรรมที่ 1/1 การทำหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาที่พบ และแนวทางแก้ไข
5. ใบความรู้ที่ 1/3 การสื่อสารในครอบครัว
6. ใบกิจกรรมที่ 1/2 การฝึกทักษะการสื่อสาร
7. ปากกา ใช้ในการเขียนกิจกรรม
8. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

การดำเนินการ

- 1) สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย และแนะนำตัวเอง
- 2) พูดคุย ถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “เมื่อเข้ารับประทานอาหารกับอะไร” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
- 3) ผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัวเองจนครบทุกคน เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน โดยให้บอกชื่อ ชื่อเล่น
- 4) นำชื่อของทุกคนมาสลับกัน แล้วให้ จับขึ้นมาคนละ 1 ใบ แล้วให้สมาชิกช่วยกันหาว่าเป็นชื่อของใคร แล้วให้เอาไปคืนให้เจ้าของชื่อ
- 5) ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น เรื่องข้อปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน
- 6) ผู้วิจัยแนะนำกิจกรรม และบอกประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกิจกรรมทั้งหมดตามใบความรู้ที่ 1/1
- 7) ประเมินปัญหาการทำหน้าที่ครอบครัว โดยผู้วิจัยอธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม การทำหน้าที่ทั่วไปตามใบความรู้ที่ 1/2
- 8) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละครอบครัว ปรึกษากันเพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตามใบกิจกรรม 1/1
- 9) การให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร โดยผู้วิจัยกล่าวถึงเรื่องการสื่อสารที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม

10) ผู้วิจัยกล่าวสรุปและอธิบายเรื่องการสื่อสารความสำคัญของการสื่อสารองค์ประกอบของการสื่อสารการสื่อสารทางบวก ตามใบความรู้ที่ 1/3

11) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก โดยแสดงบทบาทสมมติของการสื่อสาร ตามใบกิจกรรมที่ 1/2

12) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวนำทักษะการสื่อสารทางบวกไปใช้ในชีวิตประจำวัน และนำมาแสดงความคิดเห็นร่วมกันในสัปดาห์หน้า

ประเมินผล

ในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี แม้ว่าในระยะแรกที่ยังไม่คุ้นเคยกัน สมาชิกจะยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็น แต่เมื่อรู้จักกันแล้วสมาชิกทุกคนตั้งใจฟัง แสดงความคิดเห็นร่วมกัน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดที่มีต่อสมาชิกคนอื่นๆ ดังต่อไปนี้

“มารักษาที่นี้นานหรือยัง”

“มารักษาประจำ เคยเห็นหน้าแต่ไม่เคยคุยกันเลยนะ”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถบอกถึงลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาด้านการเงิน และไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน ดังตัวอย่างคำตอบเกี่ยวกับปัญหาที่พบในครอบครัว เช่น

“ปัญหาใหญ่คือไม่มีเงินใช้”

“ทำงานหาเงินใช้วันต่อวัน”

“เป็นห่วงลูก ปล่อยให้อยู่คนเดียวเวลาไปทำงาน แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำตอบเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่พบในครอบครัว เช่น

“ต้องไปทำงานถึงมีเงินใช้”

“อาศัยญาติที่ชายของอยู่ช่วยดู ไม่ให้ไปไหนไกล”

ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สมาชิกบางคนเมื่อผู้ป่วยจิตเภทหงุดหงิดหรือพูดมากกว่าปกติ จะเงียบไม่ตอบโต้ผู้ป่วย สมาชิกบางคนจะคอยถามผู้ป่วยเสมอว่าไปทำอะไรมา ไปซื้ออะไร และคอยบอกคอยสอนผู้ป่วยตลอดเวลา ตัวอย่างคำพูดที่เกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น

“ไปไหนมา ให้ซึกผ้ายังไม่ทำเลย จะต้องให้บอกก็ครั้งที่ไหนว่าให้ช่วยกันทำงานบ้านบ้าง”

“ทำไมชอบออกไปหาเพื่อน อยู่บ้านบ้าง”

เมื่อผู้วิจัยฝึกทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารได้ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น ตัวอย่างคำพูดที่เกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น

“ลูกกินยาหรือยัง”

“แม่เป็นห่วงลูกอยากให้ลูกหาย กินยานะ”

“ช่วยแม่ซักผ้าหน่อย” พูดด้วยน้ำเสียงเรียบ ไม่ตวาด พร้อมกับพาผู้ป่วยไปซักผ้า

เมื่อผู้วิจัยฝึกทักษะการสื่อสารแล้วแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัว นำทักษะการสื่อสารไปใช้ในครอบครัว และแนะนำสมาชิกในครอบครัวคนอื่นให้ใช้ทักษะการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลในครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน พบว่า ครอบครัวมีทักษะการสื่อสารดีขึ้น ตัวอย่างคำพูดที่เกี่ยวกับการนำการสื่อสารไปใช้จริง เช่น

“เมื่อก่อนผู้ป่วยทะเลาะกับน้องทุกวัน แม่คุยกับน้อง ให้พูดด้วยน้ำเสียงที่ดีขึ้น ให้พูดสั้นๆ เข้าใจง่าย ช่วงวันสองวันมานี้ รู้สึกว่าทะเลาะกันลดลงมาก แม่ก็สบายใจ”

“ฉันพยายามไม่บ่นลูก และบอกคนในบ้านให้พูดดี ทั้งน้ำเสียง คำพูด ท่าทาง เมื่อคนในบ้านพยายามทำ ฉันรู้สึกดี”

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท

2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวบอกความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการ

ข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตนให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือใน การรักษาเป็นอย่างดี เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแล ยินดีร่วมมือในการ รักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 2/1 ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
3. ใบกิจกรรมที่ 2/2 วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษา โรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท
5. ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว ได้เล่าถึงประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการ รักษา
- 2) ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 2/1 ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 3) ผู้วิจัย สรุปลักษณะอาการ การรักษาโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 2/1
- 4) ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว แลกเปลี่ยนความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว ได้เล่าถึงประสบการณ์ ในการเกิดอาการข้างเคียงของยาและวิธีดูแล เบื้องต้น
- 5) ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 2/2 วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา รักษาโรคจิตเภท
- 6) ผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และวิธีการดูแล เบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 2/2
- 7) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวซักถามข้อสงสัยต่างๆที่ยังไม่เข้าใจ

ประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถบอกความหมายโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ตัวอย่าง คำพูดถึงความหมายของโรคจิตเภท เช่น

“ผู้ป่วยมีความผิดปกติไปจากเดิม ทั้งความคิด อารมณ์”

“ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่พูดคุย”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถบอกสาเหตุโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ตัวอย่างคำพูดถึงสาเหตุของโรคจิตเภท เช่น

“คิดว่าเกิดจากเสพยาบ้า”

“เกิดจากเป็นเนื้องอกในสมอง ผ่าตัดแล้ว หลังจากนั้นมีอาการผิดปกติ”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถบอกอาการของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ตัวอย่างคำพูดถึงอาการของโรคจิตเภท เช่น

“ได้ยินเสียงคนมาพูดข้างๆ”

“มีอาละวาด ทำลายข้าวของ”

“ไม่อาบน้ำ เดินไปเรื่อยเปื่อย พูดคนเดียว”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สามารถบอกการรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ตัวอย่างคำพูดถึงการรักษาโรคจิตเภท เช่น

“รักษาที่โรงพยาบาล กลับมาก็ฉีดยา กินยา อาการดีขึ้น”

“กินยาสม่ำเสมอ และไปพบแพทย์ตามนัด”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท ตัวอย่างคำพูดถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น

“ง่วงนอนมาก นอนทั้งวัน”

“มือสั่น ตัวแข็ง”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ตัวอย่างคำพูดถึงวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา เช่น

“ถ้าง่วงก็นอน ไม่ให้ออกไปไหน”

“ทานยาแก้ตัวแข็ง ถ้าไม่ดีขึ้นต้องไปหาหมอ”

ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัว นำความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาไปพูดคุยกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถทำให้สมาชิกคนอื่นๆ มีความรู้เรื่องโรคจิตเภทได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“พ่อเข้าใจลูกมากขึ้น พ่อแค่เพิ่งรู้ว่าลูกเป็นเองไม่ได้แก๊ง จะพยายามไม่โกรธลูก”

“พี่แค่คิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว แต่ชี้เกี้ยว ทำให้เข้าใจว่าเป็นเพราะอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่น้องกิน”

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้

3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง

2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ถูกต้อง

3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เป็นการให้ความรู้ แนะนำการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย และการให้ความรู้เรื่องอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบทำให้ผู้ป่วยรู้ตนเองได้ทัน และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและการควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤตินอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน / อุปกรณ์

- | | |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1. ใบกิจกรรมที่ 3/1 | พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท |
| 2. ใบความรู้ที่ 3/1 | ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| 3. ใบกิจกรรมที่ 3/2 | การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย |
| 4. ใบความรู้ที่ 3/2 | อาการเตือนที่พบได้บ่อย |

- | | |
|---------------------|---|
| 5. ใบความรู้ที่ 3/3 | การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป |
| 6. ใบกิจกรรมที่ 3/3 | การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป |
| 7. ปากกา | สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย |

การดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยกล่าวถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
- 2) ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 3/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
- 3) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น ตามใบความรู้ที่ 3/1
- 4) ผู้วิจัยกล่าวถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
- 5) ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 3/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
- 6) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบตามใบความรู้ที่ 3/2
- 7) ผู้วิจัยให้ครอบครัวนำวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันและให้ผู้ดูแลสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
- 8) ผู้วิจัยกล่าวถึงการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปและให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
- 9) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปตามใบความรู้ที่ 3/3
- 10) ผู้วิจัยให้ครอบครัว ทำใบกิจกรรมที่ 3/3 การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป
- 11) ผู้วิจัยให้ครอบครัวนำวิธีการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปไปใช้ในชีวิตประจำวัน และนำมาแสดงความคิดเห็นร่วมกันในสัปดาห์หน้า

ประเมินผล

ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดเช่น

- “บางครั้งหงุดหงิดแม่”
- “ดื่มกาแฟ ยาชูกำลัง เป็นประจำ ห้ามก็ไม่เชื่อ”
- “สูบบุหรี่ตลอด อยากให้เลิกสูบ”

ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“ถ้าลูกอารมณ์ไม่ดี จะไม่ทะเลาะ ให้ผู้ป่วยพูดเรื่องไม่สบายใจ”

“ไม่ให้ลูกออกไปซื้อเอง ไม่ซื้อมาไว้ในบ้าน หากิจกรรมทำไม่ให้อยากดื่ม”

“หากิจกรรมอย่างอื่นทำไม่ให้วางไปสูบบุหรี่ พยายามให้ลดการสูบบุหรี่ลง”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการ
กำเริบได้ ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“ถ้าไม่นอนกลางคืนสักสองสามวัน จะเริ่มมีอาการ”

“มีเสียงแว่ว บ่อยขึ้น”

การควบคุมพฤติกรรมส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นการควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ เนื่องจาก
คนในครอบครัวจะต้องทำงาน ไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอน สมาชิกจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ผู้ดูแลจะไม่
บังคับหรือยุ่งกับผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยทำอะไรก็ได้ ครอบครัวมีบทบาทดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ทำ
หน้าที่ได้อย่างครบถ้วน และครอบครัวได้การทำหน้าที่ทั่วไปโดยการที่ปฏิบัติการกิจของสมาชิกทำให้
ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

หลังจากที่ผู้ดูแลในครอบครัวบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิกใน
ครอบครัวและอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบให้เข้าใจ สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ
ผู้ป่วยมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“จะได้ช่วยแม่ดูแลน้องได้ ถ้าเห็นน้องสูบบุหรี่จะได้คอยบอก”

“จะคอยช่วยดูให้ ช่วยสังเกตให้ถ้าลูก ได้ยินเสียงแว่ว”

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ
ของความเครียด
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด
ที่มีประสิทธิภาพ
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาคือ
เกิดขึ้นในครอบครัวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกสาเหตุ อาการของความเครียดได้
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถหาวิธีคลายความเครียดได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดลดลง ทำให้จิตใจสบาย มีสุขภาพจิตดี ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสามารถควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 4/1 ความหมาย สาเหตุ อาการของความเครียด
2. ใบกิจกรรมที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
3. ใบกิจกรรมที่ 4/2 สาเหตุ และอาการของความเครียด
4. ใบกิจกรรมที่ 4/3 วิธีจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
6. ใบความรู้ที่ 4/3 ขั้นตอนการแก้ปัญหา
7. ใบกิจกรรมที่ 4/4 การแก้ปัญหา
8. ใบกิจกรรมที่ 4/5 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
9. ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยกล่าวถึงภาวะเครียดที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็น
- 2) ผู้วิจัยสรุปเรื่อง สาเหตุ อาการของความเครียดตามใบความรู้ที่ 4/1
- 3) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวประเมินความเครียดด้วยตัวเอง ตามใบกิจกรรมที่ 4/1
- 4) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทำใบกิจกรรมที่ 4/2 สาเหตุ และอาการของความเครียด

5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวหาวิธีการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองโดยให้ทำใบกิจกรรมที่ 4/3 วิธีการกับความเครียด

6) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการกับความเครียดตามใบความรู้ที่ 4/2

7) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเสนอวิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้ในชีวิตประจำวัน

8) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว ตามใบความรู้ที่ 4/3

9) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ตามขั้นตอนการแก้ปัญหาตามใบกิจกรรมที่ 4/4

10) ผู้วิจัยสาธิตวิธีการคลายความเครียด โดยการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจตามใบกิจกรรมที่ 4/5

11) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสาธิตย้อนกลับ เพื่อความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกสาเหตุ อาการของความเครียดได้ ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“ความเครียดเกิดจากกังวลเรื่องผู้ป่วย เวลาเครียดจะมีอาการปวดศีรษะ”

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ ดังตัวอย่างคำพูดเช่น

“ถ้าผู้ป่วยมีอาการจะรีบปรึกษาพยาบาล”

ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองพบว่า สมาชิกมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“เรื่องเงินไม่พอใช้ ก็พยายามหารายได้ ไปทำงาน”

วิธีการจัดการกับความเครียดของสมาชิกคือ พยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคุยกันในครอบครัวว่าจะแก้ปัญหายังไง ถ้ายังแก้ไม่ได้ในตอนนี้จะพยายามทำให้สงบ สวดมนต์ ไหว้พระ ไปทำบุญ แล้วค่อยๆคิดว่าจะทำอย่างไรต่อไป บางครั้งก็ขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ถ้าเป็นเรื่องผู้ป่วยจะปรึกษากับหมอมว่าจะทำอย่างไรได้บ้าง และญาติควรดูแลอย่างไร

เมื่อมีปัญหาสมาชิกจะพยายามหาทางในการแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้ได้ผลมาก่อนมาใช้ ถ้าไม่ได้ผลก็หาวิธีอื่นหรือปรึกษากันในครอบครัว หรือขอความช่วยเหลือ

จากญาติพี่น้อง ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็หาวิธีที่สามารถแก้ปัญหาให้ได้ โดยบางครั้งปรึกษาคนที่ไว้ใจได้ มีบางปัญหาที่แก้ไขไม่ได้บ้างก็จะปล่อยไป

สมาชิกสามารถฝึกวิธีคลายเครียด โดยการคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจได้ เมื่อให้สมาชิกปฏิบัติเองสามารถทำได้ถูกขั้นตอน เมื่อทำแล้วสมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกใจเย็นขึ้น มีความสุข ยิ้มแย้ม

หลังจากผู้ดูแลในครอบครัวนำทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพบอกให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวทราบ ทำให้สมาชิกคนอื่นพยายามจัดการกับความเครียด และหาวิธีแก้ไขปัญหาต่างให้ดีขึ้น นอกจากนี้สมาชิกคนอื่นสามารถฝึกวิธีคลายเครียดได้เอง ดังตัวอย่างคำพูด เช่น

“ลูกคนอื่นจะพยายามช่วยถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับแม่และผู้ป่วย”

“พอคนอื่นได้ฝึกวิธีคลายเครียดก็บอกว่าดีเหมือนกัน ไม่เคยทำมาก่อน”

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีการทักษะทางสังคม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้ถูกต้อง
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้ความรู้ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น ทำให้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ทำให้ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกแบ่งแยกจากสังคม มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5/1 ทักษะทางสังคม
2. ใบความรู้ที่ 5/1 ทักษะทางสังคม
3. ใบความรู้ที่ 5/2 การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
4. ใบกิจกรรมที่ 5/2 การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
5. ใบความรู้ที่ 5/3 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
6. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภท, แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
7. ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินการ

- 1) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นในการใช้ทักษะทางสังคม
- 2) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทำใบกิจกรรมที่ 5/1 ทักษะทางสังคม
- 3) ผู้วิจัยอธิบายทักษะทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์ การควบคุมอารมณ์โกรธ วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยและฝึกให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยและฝึกให้สามารถดูแลตนเองด้านการประกอบอาชีพตามใบความรู้ที่ 5/1
- 4) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
- 5) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ตามใบความรู้ 5/2
- 6) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทำใบกิจกรรมที่ 5/2 การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
- 7) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่รู้จัก ค้นเคย
- 8) ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายตามใบความรู้ที่ 5/3

9) ให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท, แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม มีทักษะทางสังคม เช่น ด้านการสื่อสาร พูดคุย ใช้คำพูดที่ไพเราะ น่าฟัง ยิ้มแย้มแจ่มใสแสดงความเป็นมิตร รู้จักพูดขอบคุณ เมื่อมีคนทำอะไรให้ และพูดขอโทษเมื่อตนเองทำผิด ด้านการคิดแสดงความคิดเห็น แสดงความคิดเห็นของตนอย่างสุภาพ เคารพการตัดสินใจของเสียงส่วนใหญ่ ด้านการฟัง เมื่อสนทนากับใครก็ตั้งใจฟัง และคิดตามผู้พูดไปด้วย ด้านการวิเคราะห์และแก้ปัญหา ใช้ความคิดหาทางแก้ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แสดงความคิดเห็นให้ช่วยเหลือกันในชุมชน ทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชนเช่น การไปทำบุญที่วัด การสังสรรค์ในงานต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดว่า

“คนในหมู่บ้านเข้าใจเรามากขึ้น”

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยสามารถช่วยเหลืองานบางอย่างได้แสดงความชื่นชมแสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ด้านความผูกพันทางอารมณ์ครอบครัวแสดงความรัก ความสนใจ ใส่ใจผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย แต่ไม่ยุ่งวุ่นวายกับผู้ป่วยมากเกินไป ปล่อยให้ผู้ป่วยมีอิสระบ้าง

สมาชิกรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวในชุมชน รู้จัก อสม.ที่ดูแลในชุมชน รู้จักอนามัยใกล้บ้าน และโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถขอความช่วยเหลือได้

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยแสดงผลการกำกับการทดลองดังตารางที่ 4, 5 และ 6

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

คนที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท	ร้อยละ
1	10	100
2	8	80
3	10	100
4	10	100
5	10	100
6	10	100
7	10	100
8	10	100
9	9	90
10	10	100
11	10	100
12	10	100
13	9	90
14	10	100
15	10	100
16	10	100
17	9	90
18	10	100
19	10	100
20	9	90

จากตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เป็นรายคน พบว่าส่วนใหญ่ คือ จำนวน 15 คน ที่ได้คะแนนความรู้เต็ม 10 คะแนน (คิดเป็น ร้อยละ 100) ที่เหลือจำนวน 4 คน ได้คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน (ร้อยละ 90) และมีเพียง 1 รายที่ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 80) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 75 ขึ้นไป

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

คนที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ร้อยละ
1	27	90.00
2	26	86.66
3	27	90.00
4	27	90.00
5	28	93.33
6	29	96.66
7	29	96.66
8	29	96.66
9	28	93.33
10	27	90.00
11	26	86.66
12	27	90.00
13	28	93.33
14	27	90.00
15	29	96.66
16	29	96.66
17	29	96.66
18	28	93.33
19	28	93.33
20	26	86.66

จากตารางที่ 5 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เป็นรายคน พบว่าส่วนใหญ่ คือ จำนวน 6 คน ที่ได้คะแนนความรู้ 29 คะแนน (คิดเป็น ร้อยละ 96.66) และจำนวน 6 คน ที่ได้คะแนนความรู้ 27 คะแนน (คิดเป็น ร้อยละ 90) ที่เหลือจำนวน 5 คน ได้คะแนนเท่ากับ 28 คะแนน (ร้อยละ 93.33) และมีเพียง 3 รายที่ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 86.66) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวทุกคนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 6 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม	ระดับ
1	3.84	สูง
2	4.11	สูง
3	4.79	สูงสุด
4	4.11	สูง
5	3.74	สูง
6	4.84	สูงสุด
7	4.11	สูง
8	4.58	สูงสุด
9	4.42	สูง
10	4.05	สูง
11	3.89	สูง
12	3.52	สูง
13	3.37	ปานกลาง
14	4.47	สูง
15	2.63	ปานกลาง
16	3.89	สูง
17	4.11	สูง
18	4.63	สูงสุด
19	4.47	สูง
20	4.42	สูง

จากตารางที่ 6 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เป็นรายคน พบว่าส่วนใหญ่ คือ จำนวน 14 คน มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ที่เหลือจำนวน 4 คน มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด และมีเพียง 2 ราย ที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมการบำบัดครอบครัว โดยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (pre-test) และ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวจนครบทุกกิจกรรม (ในสัปดาห์ที่ 3) หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่4) ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) (นภาพรณ์ พึ่งเกศสุนทร, 2553) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยสรุปได้ดังแผนภาพที่ 2





ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

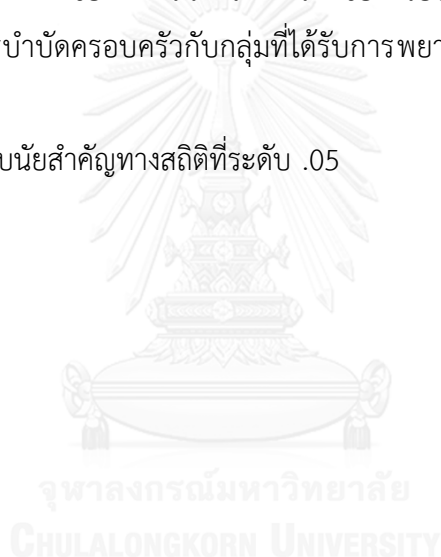
ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Dependent t-test)

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวและเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคกจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15.0	3	15.0	6	15.0
หญิง	17	85.0	17	85.0	34	85.0
อายุ						
21-30 ปี	2	10.0	-	-	2	5.0
31-40 ปี	-	-	4	20.0	4	10.0
41-50 ปี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
51-60 ปี	17	85.0	14	70.0	31	77.5
สถานภาพสมรส						
โสด	-	-	2	10.0	2	5.0
คู่	12	60.0	15	75.0	27	67.5
หย่า	3	15.0	-	-	3	7.5
หม้าย	5	25.0	3	15.0	8	20.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	14	70.0	12	60.0	26	65.0
มัธยมศึกษา	3	15.0	8	40.0	11	27.5
ปริญญาตรี	3	15.0	-	-	3	7.5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับ และผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	10	50.0	4	20.0	14	35.0
รับจ้าง	5	25.0	11	55.0	16	40.0
เกษตรกรกรรม	-	-	2	10.0	2	5.0
ค้าขาย	5	25.0	3	15.0	8	20.0
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอเหลือเก็บ	3	15.0	4	20.0	7	17.5
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	11	55.0	13	65.0	24	60.0
ไม่เพียงพอ	6	30.0	3	15.0	9	22.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา	2	10.0	2	10.0	4	10.0
มารดา	8	40.0	8	40.0	16	40.0
พี่	2	10.0	2	10.0	4	10.0
น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สามี	1	5.0	-	-	1	2.5
ภรรยา	3	15.0	2	10.0	5	12.5
อื่นๆ	4	20.0	5	25.0	9	22.5

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 55 โดยผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
6 เดือน -1 ปี	-	-	5	25.0	5	12.5
2 ปี -5 ปี	5	25.0	6	30.0	11	27.5
6 ปี -10 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	10	50.0	5	25.0	15	37.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย (ปี)	$\bar{x}=11.3$ S.D.=5.53		$\bar{x}=7.75$ S.D.=7.43		$\bar{x}=9.53$ S.D.=6.79	
การดูแลผู้ป่วยจิตเภท						
ดูแลทุกเรื่อง	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ดูแลบางเรื่อง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท						
ดูแลคนเดียว	6	30.0	4	20.0	10	25.0
มีคนช่วยดูแลหลายคน	14	70.0	16	80.0	30	75.0

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 โดยส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบางเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งพบว่าส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายคน คิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{x}	ระดับ	\bar{x}	ระดับ	\bar{x}	ระดับ	\bar{x}	ระดับ
1.ด้านการแก้ปัญหา	2.98	ดีพอ	3.71	ดีมาก	2.86	ดีพอ	2.88	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร
2.ด้านการสื่อสาร	2.95	ดีพอ	3.66	ดีมาก	2.92	ดีพอ	2.97	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร
3.ด้านบทบาท	3.28	ดีพอ	3.80	ดีมาก	3.38	ดีพอ	3.46	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร
4.ด้านการตอบสนอง ทางอารมณ์	2.98	ดีพอ	3.61	ดีมาก	2.88	ดีพอ	2.85	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร
5.ด้านการผูกพันทาง อารมณ์	3.12	ดีพอ	3.20	ดีพอ	2.94	ดีพอ	2.99	ดีพอ
		สมควร		สมควร		สมควร		สมควร
6.ด้านการควบคุม พฤติกรรม	2.91	ดีพอ	3.26	ดีพอ	2.95	ดีพอ	2.98	ดีพอ
		สมควร		สมควร		สมควร		สมควร
7.ด้านการทำหน้าที่ ทั่วไป	3.17	ดีพอ	3.65	ดีมาก	2.99	ดีพอ	2.96	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.05	ดีพอ	3.56	ดีมาก	2.99	ดีพอ	3.01	ดีพอ
		สมควร				สมควร		สมควร

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในภาพรวมและรายด้านแต่ละด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ดีพอสมควร แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้านเกือบทุกด้านเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ยกเว้นเพียงสองด้าน คือ ด้านการผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ที่มีคะแนนในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีพอสมควร เท่าเดิม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การทำหน้าที่ของครอบครัว	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	109.95	10.18	19	8.52	.000
หลังการทดลอง	128.25	8.13			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	106.70	10.14	19	.77	.453
หลังการทดลอง	107.30	10.80			

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.52$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจะมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ก่อนการทดลอง	109.95	10.02	106.70	10.14	38	1.02	.314
หลังการทดลอง	128.25	8.13	107.30	10.80	38	6.93	.000

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สูงกว่าคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.93$)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่รายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
1.ด้านการแก้ปัญหา	22.25	1.52	17.30	2.47	38	7.63	.000
2.ด้านการสื่อสาร	18.30	1.42	14.85	1.84	38	6.64	.000
3.ด้านบทบาท	11.40	1.23	10.40	2.04	38	1.88	.068
4.ด้านการตอบสนองทาง อารมณ์	18.05	1.23	14.25	2.27	38	5.58	.000
5.ด้านการผูกพันทาง อารมณ์	16.00	1.97	14.95	2.16	38	1.60	.117
6.ด้านการควบคุม พฤติกรรม	13.05	1.64	11.90	1.94	38	2.02	.050
7.ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	29.20	2.80	23.65	3.08	38	5.96	.000
รวม	128.25	8.13	107.30	10.80	38	6.93	.000

จากตารางที่ 13 พบว่า หลังการทดลองคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านบทบาท และด้านความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) โดยมี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่
 - 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิด Family Intervention ของ Murphy (2007) ร่วมกับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อุมามพร ตรังคสมบัติ (2544) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมถึงการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ เท่ากับ .86 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้าง ภาพรวมของครอบครัวและแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิด Mc Master (Mc Master Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein et al. (1984) มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 26 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 10 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้านโดย อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ เท่ากับ .92 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษานับจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุดประกอบด้วย

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ เกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน ให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นจึงจะแสดงว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดีผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ เท่ากับ .80 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เป็นเครื่องมือที่ได้มาจากแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ เกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน ให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นจึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทค่อนข้างดีผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .90 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) มาใช้ในการวิจัย โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยปานกลางขึ้นไป จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน

และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .95 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อนจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .81

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย โดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ซึ่งต้องมีระดับคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมและพัฒนาทักษะการบำบัดครอบครัว
- 1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
- 1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
 - 1.4 ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม
 - 1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติคือ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามโคก จัดบริการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้คำปรึกษา (Counseling) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในกลุ่มทดลอง โดยให้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ระยะเวลา 45-90 นาทีจนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยทุกครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 2 คน กลุ่มละ 5 ครอบครัว ทั้ง 20 ครอบครัว

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดครอบครัว โดยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (pre-test) และดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวจนครบทุกกิจกรรม (ในสัปดาห์ที่ 3) หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2) คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

3) คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการทดลองการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดครอบครัวมีผลทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 51-60 ปีคิดเป็นร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ มีสถานสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ ผู้ดูแลในครอบครัวมีอาชีพว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็น

ร้อยละ 55 และ 65 ตามลำดับ ผู้ดูแลในครอบครัวของทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนั้นพบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ดูแลมานานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานาน 2 ปี -5 ปีคิดเป็นร้อยละ 30 และลักษณะการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแลเป็นบางเรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยมีผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายคนคิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันของมารดาเป็นลักษณะโดยธรรมชาติขอความเป็นแม่ จะเห็นได้ว่าเพศหญิง เป็นเพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว (Cain and Wick, 2002) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ในกลุ่มทดลองซึ่งถือว่าใช้ระยะเวลาในการดูแลมานานถึงแม้จะทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหาและหาทางออกได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดา มารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค ขณะเดียวกันก็เริ่มทำได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีอาชีพรับจ้าง และว่างงาน ทำให้มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ บางครั้งจะพบปัญหาเรื่องการเงิน ส่งผลต่อปัญหาต่างๆภายในครอบครัว (ภรติ ไชยสิน, 2545)

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในภาพรวมและรายด้านแต่ละด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ดีพอสมควร แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้านเกือบทุกด้านเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ยกเว้นเพียงสองด้าน คือ ด้านการผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ที่มีคะแนนในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม เนื่องจากความผูกพันทางอารมณ์ต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงนานจึงจะสามารถทำให้มีความผูกพันทางอารมณ์แบบมีความเข้าใจ และการควบคุมพฤติกรรมยังไม่สามารถทำได้ทั้งหมด ต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนให้เป็นการควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น

การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรัก ความผูกพัน สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัวได้ การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครอบครัว แต่ครั้งมีกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่ ทำให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และยินดีช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะทำความเข้าใจในเรื่องเป้าหมายการช่วยเหลือ สถานที่ เวลามาพบ ข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ให้ความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และมีการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทำให้มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้อื่นรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึงความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกทักษะการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสมและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหนทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Chein, 2008) ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตนให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996) ยินดีร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป การฝึกทักษะที่ใช้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ทำให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ลดความขัดแย้ง เพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหา และหาวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค (Sun & Cheung, 1997) การควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด ทำให้ลดพลังความตึงเครียดบางส่วน (Lazarus and Folkman, 1984) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว หลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะสังคมนั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน สร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกถูกแบ่งแยกจากชุมชน ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลในสังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับดีพอสมควร สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้

คำปรึกษา (Counseling) และการให้สุขศึกษา รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ อย่างใกล้ชิดเหมือนกลุ่มทดลอง ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

2) ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า จากการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ มีการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการสนับสนุนทางสังคม และ เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สภาวะเดือน กลิ่นน้อย, 2554) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือในปัจจุบันเหตุดังกล่าว โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว และการประเมินปัญหาการทำหน้าที่ในครอบครัวของแต่ละครอบครัวเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการของครอบครัวการฝึกทักษะการสื่อสาร โดยผู้วิจัยฝึกการสื่อสารในครอบครัว ให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวใช้การสื่อสารทางบวก เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตโดยการที่ผู้วิจัยช่วยให้ดูแลในครอบครัว เข้าใจอาการเจ็บป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติได้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวลดภาระในการดูแลการรับรู้ เกิดการรับรู้ถึงการดูแลดีขึ้น (รจนา ปุณโณทก, 2550) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดโดยการร่วมกันแก้ไขปัญหา หาแนวทางจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการสนับสนุน ดูแลครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ครอบครัวไม่สามารถแก้ไขได้ จากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว จึงทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองแตกต่างจากการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien (2008) พบว่า การให้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว (family intervention program) จะช่วยให้จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจความคิดความรู้สึกของกันและกันเข้าใจโรคจิตเภทและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้การทำ

หน้าที่ครอบครัวดีขึ้น การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่รายด้านหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้านบทบาท และด้านความผูกพันทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากหลังการทดลอง ด้านบทบาทและด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ยังเพิ่มในระดับที่ไม่มากพอ จึงคะแนนการทำหน้าที่รายด้านหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัว มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัวจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีทักษะในการสื่อสารทางบวกระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางในการเผชิญความเครียด และวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Chien, 2008)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม,บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชนสำหรับเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 ผู้ที่จะนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวไปใช้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยผู้ดูแลในครอบครัวจึงจะช่วยให้ปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม

1.3 การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครอบครัว อาจประสบกับปัญหาสมาชิกแต่ละคนมีเวลาว่างไม่พร้อมกันพยาบาลจิตเวชควรตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและควรวางแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวโดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยแจ้งเตือนสมาชิกล่วงหน้าโดยโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนวันเข้ากลุ่ม 1 วันหากไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้จะประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่ดูแลครอบครัวผู้ป่วย

1.4 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดครอบครัวโดยออกแบบให้มีคู่มือสำหรับญาติจะช่วยให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนบทเรียนที่บ้านได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ศึกษาได้ตระหนักรู้และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในด้านบทบาท และการผูกพันทางอารมณ์มากขึ้น เพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นในทุกด้าน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2550). **สุขภาพจิตชุมชน รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2550**, พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี.

กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555**, หน้า 119, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. (2537). **ผลการสัมมนาเรื่องความคิดเห็นเรื่อง การส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้**. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ มิถุนายน.

จารุวรรณ ชีรสิทธิ์. (2551). **สภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีและไม่มีอาการกำเริบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** 14, 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม): 30-39.

ชุลีพร ชูวงศ์. (2546). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. **วารสารพยาบาล** (พฤษภาคม-สิงหาคม): 46-58.

ดารา การะเกสร. (2545). **ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ**

สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีระ ลีลำนันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย :เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.44(1): 3-11.**

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). **ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุชนาด ชัยเจริญ. (2552). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). **ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปานิสรา เกษมสุข. (2551). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เปรมฤดี ดำรงค์, (2545). **การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). **แนวเวชปฏิบัติการให้คำปรึกษาผู้ที่มี**

ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอแอมออแกไนเซอร์ แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.

เพชรี คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). **การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ภรดี ไชยสิน. (2545). **การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภุมมาชาติ แสงเขียว. (2542). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย**

จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มารศรี ปาณิวัตร. (2548). **บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.** รายงาน

การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รจนา ปุณโณทก. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. (2545). **ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่**

- การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม.** วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาล
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วารุณี แสงเมฆ. (2555). **โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการ
 รับรู้ของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิระวรรณ อุประมาณ. (2538). **การทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและ
 ไม่มีภาวะซึมเศร้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการ
 พิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อความสามารถใน
 การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). **คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพ
 แห่งชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). **ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแล
 ตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรง
 พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพมหานคร: บริษัททวี.พรินท์.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553).**การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ**

โรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพลสจำกัด.

อรณพ ทองคำ. (2546). **การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็น**

ซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2549). การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเปรียบเทียบกับครอบครัว

ทั่วไป. **จดหมายเหตุทางการแพทย์ พศจิกายน** (89): 1946-1953.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Bishop, D., Epstein, N., Keitner, G., Miller, I. and Zlotnik, C. (1987). **McMaster**

Structured Interview of Family functioning (McSIFF). Providence: Butler and Brown Family Research Group.

Blanchard, J. J. and Panzarella, C. (1998). Affect and social functioning in

schizophrenia. **Handbook of Social Functioning in Schizophrenia**.

Boyd, M. A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3rd ed. Philadelphia:

Lippincott.

Burn, N., and Grove, S. K. (2005). **The Practice of Nursing Research: Conduct,**

Critique, and Utilization. 5th Ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Cain, C. I. and Wick, M. N. (2002). Caregiving attitudes as correlates of burden in family

caregiver Coping with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of**

Family Nursing 6: 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: 435-447.

Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. **Family & Community** 5(2): 1-9.

Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parent of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.

Epstein, N. B., Bishop, D. S., and Buldwin, L.M. (1984). **The McMaster Model of Family functioning**. [online]. Available from: <http://www.unu.edu/unpress/unupbook/uu3se>. [2014, March 21]

Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducation family intervention. **Journal of Family Therapy** 20: 293-309.

Friedman, M. M. (1997). **Family Nursing: Research, theory and Practice**. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Fromm-Reichman, F. (1948). Note on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. **psychiatry** 11, 263-273.

Grotevant, H. D. and Carison, C. L. (1989). **Family Assessment: A Guide to Methods And Measures**. New York: Guilford.

Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. and Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 40(11): 899-904.

Hegde, S., Rao, S. L., and Raguram, A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation** 11(2): 5-18.

Hoolley, J. M. (2007). **Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology Psychopathology**. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/17716059> [2015, March 7].

- Horowitz, A.V., and Reinhard, S. D. (1995). Ethic difference in caregiving duties and Burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- House, J.S. (1983). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 202-218.
- Ip, G. S. H. and Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Care in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12: 288-294.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 13(2): 261-276.
- King, S. and Dixon, M. J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. **Schizophrenia Bulletin**. 25 (2): 377-386.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., Nelis, S. (2003). Determinant of expressed emotion in mothers of Schizophrenia. **Psychiatry Research** 117: 211-222.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in Schizophrenia: evidence for efficacy and proposed Mechanisms of change. **Journal of Family Therapy** 28(1): 73-80.
- Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S. and Gruen, R. (1984). 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.
- Left, P. J., and Vaughn, C. E. (1985). **Expressed emotion in families**. New York: The Guilford.
- Li, Z., and 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.

Lim, Y. M. and Ahn, Y. M. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research** 16 (2): 110-117.

Lon, R. M., and Beer, M. D. (2002). The British reaction to dementia praecox 1893-1913. **Part1. Hist Psychiatry** 13: 85-304.

Macleod, S. H., Elliott, L. and Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to cares of people diagnosed with Schizophrenia? Findings from a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 48(1): 100-120.

McDonagh, L. A. **Expressed Emotion as a precipitat of relapse in psychological disorder** [online]. 2005 Available from: [www. Personalityresearch.Org /papers/McDonagh.html](http://www.Personalityresearch.Org/papers/McDonagh.html) [2014, March 12].

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. **Journal of Marital & Family Therapy**9(2): 223–245.

Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. and Keitner, G. I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: reliability and validity. **Journal of Marital and Family Therapy** 11 (4): 345-346.

Montgomery, R. J. V., Stull, D. E. and Borgatta, E. F. (1985). **Mesurement and analisis of burden.** Research on Aging.

Mueser, K. T., Bellack, A.S., Wade, J. H., Sayers, S. Tierney, A. and Hass, G. (1993). Expressed emotion social skill and response to negative affect in schizophrenia. **Journal Abnorm Psychology** 102: 339-351.

Murphy, N. (2007). Development of family interventions: a 9 – month pilot study. **British Journal Of Nursing** 16(15): 948-952.

Oldridge, M. L. and Hughes, I. C. T. (1992). Psychological wellbeing in families with a member suffering from schizophrenia: an investigation into long standing problems. **Br. J. Psychiatry** 161: 249–251.

- Pharoah, F. M. J., Rathbone, J. and Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. **The Cochrane Database of Systematic Review 2010** (9).
- Provencher, H. L. and Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. **Schizophrenia Research** 26: 71–80.
- Rothbauer, J., and Spiessl, H. (2001). **Family information days. Attitude and needs of family of Schizophrenia: zirkslinikum Regensburg.** Psychiatry Nursing.
- Sadock, J. B. and Sadock, A. V. (2007). **Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Philadaelphia:Lippincott** Williams and Wilkins.
- Sawyer, M. G., Sarris, A. and Baghurst, P. A. (1988). Family Assessment Device: Mothers, fathers and adolescents in community and clinic families. **J Marital Fam Ther** 14(3): 287-296.
- Steinhauer, P. H., Santa-Barbara, J. and Skinner, M. (1984). The Process Model of Family Function. **Can J Psychiatry** 29: 77-88.
- Sun, Y. K. S. and Cheung, K. S. (1997). Family functioning, social support to families and Symptom remittance of schizophrenia. **Hong Kong Journal of Psychiatry** 7(2): 19-25.
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., and Hennen, J. (2006). Comorbid substance use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. **Schizophrenia Research** 86 :251–255.
- Taylor, M.C. (1994). *Essentials of psychiatric Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Vincent, C. K. (2004). **Study of Family Expressed Emotion and Relapse of Male Schizophrenia Patients in Singapore** [online]. Available from: <http://www.scribd.com/doc>. [2013, march 6]
- The United States Bureau of the Census. (1988). **Statistical Abstract of the United States**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Thompson, E. H. et al. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail Elders. **Journal of Gerontology** 48: 245-254.

- Tri city community Mental Health Center. (2007). **Center schizophrenia psychosis**.
[online]. Available from: <http://www.Citycenter.org/poc/view-doc.php>.
[2013, march 6]
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. (1998). Expressed emotion, attribution, and Schizophrenia symptom dimension. **Journal of Abnormal Psychology** 107: 355-359.
- Wilson, H. S., and Kneisl, C. R. (1996). **Psychiatric Nursing**. New York: Addison-Wesley. **World Health Organization. 2013. Schizophrenia**. [online] Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, March 4]
- World Health Organization. (2013). **Schizophrenia**. [online] Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>. [2014, January 4]
- Worley, K.N. (1997). **Mental Health Nursing in community**. St. Louis: Mosby.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. and Hirsh, S. I. (1958). Pseudomutuality in the Family relations of schizophrenics. **Psychiatry** 21: 205-220.
- Yamashita, M. (1996). A Study of How Families Care for Mental Ill Relatives in Japan. **International Nursing Review** 43: 121-125.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1.	นายแพทย์นรวิทย์ พุ่มจันทร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญสถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา
2.	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
3.	น.ท.หญิง สุวิมล สมัตถะ	รองหัวหน้ากองประกันคุณภาพการศึกษา กองบัญชาการโรงเรียนนายเรืออากาศ
4.	นางกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาจิตเวช ผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสามโคก จ.ปทุมธานี
5.	นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1 โปรแกรมการบำบัดครอบครัว
- 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
- 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 5 แบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
- 7 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

1. โปรแกรมการบำบัดครอบครัว

แผนการดำเนินโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว บอกถึงลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวบอกวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทักษะการสื่อสารได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นการปฏิบัติในระยะแรกกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม เป็นการสร้างความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรมจุดมุ่งหมายทั่วไปของการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบของการรักษา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาในการทำหน้าที่ครอบครัวทั้ง 7 ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทบทวนการทำหน้าที่ในครอบครัวของตนเอง รู้ปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัวเป็นการให้ข้อมูลความรู้ และให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นถึงวิธีการสื่อสารที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสารในครอบครัว และการฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกเป็นสิ่งสำคัญในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถสื่อสารได้อย่าง

ถูกต้องเหมาะสมทำให้บุคคลอื่นรู้ความต้องการของตนเองและรู้ความต้องการของคนอื่นทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว เข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของ ยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวบอกความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตเภท และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

สรุปสาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นเพื่อจะปฏิบัติตนให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแล ยินดีร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาการควบคุมพฤติกรรม, บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงการควบคุมพฤติกรรม, บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงการควบคุมพฤติกรรม, บทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไป

สรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เป็นการให้ความรู้ แนะนำการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจผู้ป่วย และการให้ความรู้เรื่องอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบทำให้ผู้ป่วยรู้ตนเองได้ทัน และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและการควบคุมพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ของความเครียด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด ที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวทราบปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกสาเหตุ อาการของความเครียดได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสาธิตวิธีคลายความเครียดได้

สรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมพฤติกรรม และการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ความเครียดลดลง ทำให้จิตใจสบาย มีสุขภาพจิตดี ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสามารถควบคุมพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว

สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีการทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวสามารถบอกถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ถูกต้อง

สรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้ความรู้ ฝึกฝนให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น ทำให้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ทำให้ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกรังเกียจจากสังคม มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ขอความกรุณาให้ท่านทำเครื่องหมาย /ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หย่า () แยกกันอยู่ () หม้าย
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ () ว่างาน () รับจ้าง () เกษตรกรรม
() รับราชการ () ค้าขาย () อื่นๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
() เพียงพอและเหลือเก็บ () เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ
() ไม่เพียงพอกับรายจ่าย () ไม่มีรายได้ () อื่นๆ ระบุ.....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
() บิดา () มารดา () พี่ () น้อง
() สามี () ภรรยา () อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปี เดือน
9. การดูแลผู้ป่วย
() ดูแลทุกเรื่อง () ดูแลบางเรื่อง ได้แก่.....
10. การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
() ดูแลคนเดียว () มีคนช่วยดูแลหลายคน () อื่นๆ ระบุ.....

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจงข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด กรุณา / ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปานกลาง	ตรง มากที่สุด
ด้านการแก้ปัญหา				
1. สมาชิกครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย จิตเภทที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. ครอบครัวมีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีแก้ปัญหา ของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมัก ไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้				
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหา ครอบครัวมักปรึกษากัน ว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไร				
5.....				
36.....				

4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกเครื่องหมาย / ในช่องขวามือตามความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการรับรู้และอารมณ์ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2.ผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง พูดไม่เป็นเรื่องราว		
3.ผู้ป่วยจิตเภทจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น		
4.ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลกๆ ต่อหน้าผู้อื่น		
5.ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น		
6.ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น		
7.....		
30.....		

5. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกเครื่องหมาย / ในช่องขวามือตามความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการณ์รับรู้และอารมณ์ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2.สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3.การได้รับสารกระตุ้นสมอง เช่น ยาบ้า สุรา สารระเหยหรือสารเสพติดอื่นๆ ทำให้ผู้เสพมีอาการทางจิต		
4.คนที่เป็โรคจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นหรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น		
5.ยาที่ใช้รักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล		
6.....		
10.....		

6. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดเลือกเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด โดยจะมีระดับคะแนน 5 ระดับดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1.ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน					
2.ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3.มีคนคอยรับฟังท่านเมื่อมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ					
4.มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใยท่าน เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นโรคจิตเภท					
5.ท่านรู้สึกขาดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6.....					
19.....					

7. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินอาการทางจิต
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้ววงกลม O ล้อมรอบระดับคะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

เนื้อหาความคิดที่แสดงออก	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
	ไม่มีอาการ	สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงมาก
1. หมกมุ่นวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3. ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)							
4.							
18.....							

หมายเหตุ : ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยตอบจากการสัมภาษณ์

ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ร.อ.หญิง ลักษณ์ขณา พานิชสรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

(ที่บ้าน) 111/207 ซ.สายไหม 13 ถ.สายไหม แขวงสายไหม เขตสายไหม

กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5347648

โทรศัพท์มือถือ 082-9819887 E-mail : luckana_a@hotmail.com.

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม้ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

3.2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก และผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัว เกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ 40 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คนที่รักษาในรพ.สามโคก เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 มีคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน

- 2.ไม่มีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย
- 3.สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
- 4.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัว

1.เป็นบิดามารดา พี่หรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท

2.เป็นผู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

- 3.มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 4.สามารถพูดคุยหรือสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- 5.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 5 กิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัว

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลองผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวประเมินผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ภายหลังจากการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแล้วผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในรพ.สามโคก ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม, บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5

การพัฒนาทักษะทางสังคมตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุน

ทางสังคม กิจกรรมละ 45 นาที ครั้งละ 1-2 กิจกรรมจนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดย

ทุกครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 2 คน กลุ่มละ 5 ครอบครัว

3. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมการบำบัดครอบครัวในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลอง โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัด การสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

4. เมื่อครบกำหนดการทดลองคือในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองโดยใช้แบบ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามโคก จัดบริการให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน การให้คำปรึกษา (Counseling) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ

3. ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินการ ทำหน้าที่ของครอบครัว

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลใน ครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ เพิ่มทักษะในการจัดการกับผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ พัฒนาทักษะทางสังคม เพื่อให้การทำหน้าที่ของ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ ครอบครัวดีขึ้น จนส่งผลให้ สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ เกิด สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดครอบครัว

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอน ตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหาก ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็น ภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย 100 บาท และมีอาหารว่างเลี้ยง

12. มีข้อความระบุว่า “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:eccu@chula.ac.th



ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ร.อ.หญิง ลักษณ์ณา พานิชสรณ์ สถานที่ติดต่อบ้านเลขที่ 111/207 ซ.สายไหม 13 ถ.สายไหมแขวง
สายไหม เขตสายไหมกรุงเทพมหานครโทรศัพท์มือถือ 082-9819887

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่
จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน
รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ
ถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะ
ไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวม
เท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน 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.....

(ร.อ.หญิง ลักษณ์ณา พานิชสรณ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

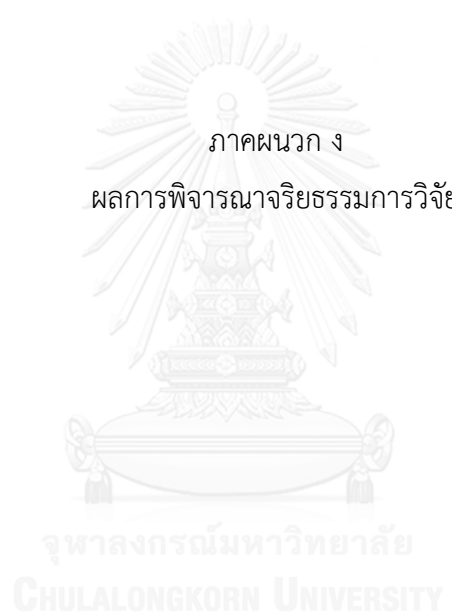
(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





ที่ ปท ๐๐๓๒.๓/๐๒/พช

โรงพยาบาลสามโคก ต.บ้านปทุม
อ.สามโคก จ.ปทุมธานี ๑๒๑๖๐

๒๕

จันทราคม ๒๕๕๗

เรื่อง อนุมัติการพิจารณาจริยธรรมให้นิสิตดำเนินโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๘๑ ลงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๗

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต คือ ร.อ.หญิงลักษณา พานิชสรณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD ๑๐ ทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๒๐ - ๕๕ ปี ที่อาศัยในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน ๔๐ ครอบครัว นั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคกในนามคณะกรรมการพิจารณา ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้นิสิตดังกล่าวสามารถดำเนินโครงการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย ร.อ.หญิง ลักษณา พานิชสรณ์

สังกัดหน่วยงาน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชวลิต สังข์ประสิทธิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐ ๒๑๔๙ ๓๗๙๖-๘ ต่อ ๑๑๒ , ๑๒๔

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๓๗๙๕



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา

1. โปรแกรมการบำบัดครอบครัว

$$\text{Content Validity Index } 6/7 = .86$$

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

$$\text{Content Validity Index } 33/36 = .92$$

3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$\text{Content Validity Index } 24/30 = .80$$

4. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท

$$\text{Content Validity Index } 9/10 = .90$$

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

$$\text{Content Validity Index } 18/19 = .95$$

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

ความเที่ยงของเครื่องมือ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.819	36

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

Case Processing Summary

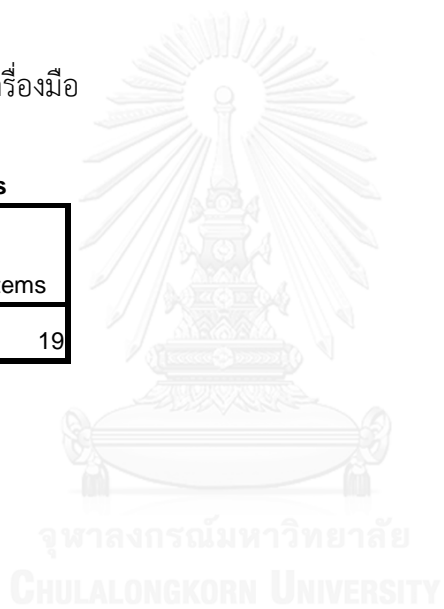
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

ความเที่ยงของเครื่องมือ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	19



การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20)

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$r = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

$$r = \frac{30}{30-1} \left(1 - \frac{4.27}{23.24} \right)$$

$$r = 1.03 [1 - 0.18]$$

$$r = 1.03 [0.82]$$

$$r = 0.844$$

2. แบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท

$$r = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

$$r = \frac{10}{10-1} \left(1 - \frac{1.14}{4.32} \right)$$

$$r = 1.11 [1 - 0.26]$$

$$r = 1.11 [0.74]$$

$$r = 0.821$$

ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pro1	20	2.33	3.83	2.9750	.39096
ppro1	20	3.17	4.00	3.7083	.25291
pro2	20	2.00	3.67	2.8583	.39096
ppro2	20	2.00	3.67	2.8833	.41217
com1	20	2.00	4.00	2.9500	.48068
pcom1	20	3.00	4.00	3.6600	.28359
com2	20	2.20	3.80	2.9200	.38058
pcom2	20	2.40	3.80	2.9700	.36864
role1	20	2.67	4.00	3.2833	.46232
prole1	20	2.67	4.00	3.8000	.41039
role2	20	1.67	4.00	3.3833	.71961
prole2	20	1.67	4.00	3.4667	.67884
res1	20	2.00	4.00	2.9800	.49375
pres1	20	3.20	4.00	3.6100	.24688
res2	20	2.20	3.60	2.8800	.41244
pres2	20	2.00	3.60	2.8500	.45364
invo1	20	2.40	4.00	3.1200	.35184
pinvo1	20	2.20	4.00	3.2000	.39470
invo2	20	2.20	3.60	2.9400	.43577
pinvo2	20	2.40	3.60	2.9900	.43274
beha1	20	1.75	4.00	2.9125	.52110
pbeha1	20	2.50	4.00	3.2625	.40939
beha2	20	2.25	3.75	2.9500	.45595
pbeha2	20	2.25	4.00	2.9750	.48599
fun1	20	2.25	3.75	3.1688	.38957
pfun1	20	2.75	4.00	3.6500	.35028
fun2	20	2.00	3.75	2.9875	.39922
pfun2	20	2.00	3.75	2.9563	.38533
Valid N (listwise)	20				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร.อ.หญิง ลักษณ์ขมา พานิชสรรค์ เกิดเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2521 ที่จังหวัดปราจีนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2544 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งนายทหารพยาบาลหออผู้ป่วยอายุรกรรมแผนกพยาบาล กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

