

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมโดยที่ความรู้สึกตัว เชาวน์ปัญญายังปกติ (WHO,1992) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542) การดำเนินของโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังพบได้ทั้งชายและหญิงในอัตราเท่าๆกัน พบความชุกของโรคในประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากร (Kaplan&Saddock,1998) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชคือพบร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda,1999) เป็นโรคที่ก่อปัญหา และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา , 2547) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่ง และผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เน้น การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง และเมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และคณะ, 2542) เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับไปสู่ชุมชนของตนเอง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็จริงแต่ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ มักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการกระทำกิจกรรมต่างๆ บางรายมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2542) จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลา แต่สภาพความคิดยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย โดยมีการศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวเนื่องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 โดยหากได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 40 ส่วนการ

ป่วยซ้ำในผู้ที่เป็โรจิตเภทเมื่อหยุดยำนั้จะพบถึงร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยาอาจพบการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 30 (Gaultiere, 1999) และจากสถิติกรมสุขภาพจิตมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธ์, 2543 อ้างใน เพชร คันธสาขบัว, 2548) ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอัมพวาก็เช่นกันพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 33 คน มีการป่วยซ้ำ 13 คนคิดเป็นร้อยละ 39.39 (โรงพยาบาลอัมพวา, 2549)

ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำนั้น ส่งผลให้สมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามมา (หงส์ บันเทิงสุข, 2545) นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชขวิช, 2542) รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุตินา ประทีปจิตติ และสุนันท์ คำอ่อน, 2541) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัวและลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการเป็นๆหายๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง และเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al, 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al, 1986) และจากการศึกษาของ Gupta, Kulhara & Verma (1998) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันศึกษาทางการแพทย์ประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ในประเทศไทย ก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน โดยจากการศึกษาของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) ในเรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็โรจิตเภทจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิวี พุ่มจันทร์ (2548) โดยทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และจากการศึกษาของ สาริณี โต้ะทอง (2548) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

จากปัญหาที่พบในการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางนั้น เนื่องจากโรคจิตเภทมักมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ และเป็นอุปสรรคไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากปัญหาที่พบในการศึกษาข้างต้น ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL -BREF - THAI ในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอัมพวา ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2549 จำนวน 33 ราย โดยพบว่าในภาพรวม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่ดี 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.51 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.39 และมีเพียง 3 รายซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 9.09 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านร่างกาย (Physical domain) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 61.90 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 32.31 ด้านจิตใจ (Psychological domain) พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 55.92 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 40 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) พบว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 52.84 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 43.08 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65.15 และคุณภาพชีวิตไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 30.77 สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภออัมพวาในภาพรวมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลอัมพวามีปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ พบว่า มีสาเหตุดังนี้

1) ทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเช่น ตัวแข็ง ง่วงนอน ปากและคอแห้ง อ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อยกล้ามเนื้อ และในผู้ชายประสิทธิภาพทางเพศเสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ซึ่งการหยุดยาเองทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ

2) ทางด้านจิตใจ พบว่าการที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานานทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และการที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆ ทำให้รู้สึก

ว่าตนเองไร้ความสามารถ ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งคนอื่นหรือบุคคลในครอบครัวผลที่ตามมาคือทำให้รู้สึกเครียด ท้อแท้และไม่มีความสุขในชีวิตเป็นผลให้เกิดการป่วยซ้ำอีก

3) ทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากในการกิจกรรมทางสังคม ไม่มีเพื่อน นิสัยการกินไม่เรียบร้อย ไม่กินอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชอบนั่งเฉยๆจึงทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาด้านอารมณ์เช่น สมาชิกบางคนในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยวิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิผู้ป่วย ไม่มีความรัก ความสงสาร ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจึงรู้สึกทุกข์ร้อน มีการกำเริบของโรคและเกิดการป่วยซ้ำ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ภายในบ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรกรุงรังมาก อับทึบ อากาศไม่ถ่ายเท และผู้ป่วยจะนอนในส่วนที่อับแคบเนื่องจากญาติไม่ต้องการให้มา รบกวน เพราะจะรบกวนครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตก็จะแสดงอาการหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและมีผลทำให้กลับเป็นซ้ำอีก

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจะเห็นได้ว่าสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่เกิดจากความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยวัตร คมพชัยค์ม, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการพึ่งพาคูคนอื่นหรือบุคคลในครอบครัวและรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ (Rose, 1997) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ และทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) และไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากความพร่องความสามารถ ประกอบกับรู้สึกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (Wulf R. et.al, 2005)

สาเหตุสำคัญ อีกประการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีคือการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ประกอบด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความเกี่ยวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ร้อนมีการกำเริบของโรคและป่วยซ้ำมากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างปกติ ในครอบครัวแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ การได้รับยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องก็ไม่สามารถลดอาการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิตใน

ผู้ป่วยจิตเภท (นรวิวิร์ พุ่มจันทร์, 2548) อาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ซึ่งการหยุดยาในผู้ป่วยจิตเภทมีผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดต่ำลง (Greenberg et al, 1993) เนื่องจากทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและยังส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้รัฐต้องเสียเงินงบประมาณในการนำมาเป็นค่าใช้จ่าย เพื่อการรักษา สำหรับในประเทศไทย ต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเรื้อรังและมีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยครั้งนี้ทำให้มีการสูญเสียงบประมาณของประเทศชาติ (พิศสมร เดชดวง และ จินตนา ยูนิพันธ์, 2547) จะเห็นได้ว่าจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีนั้น จะส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและต่อประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือโดยการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลโดยทีมสุขภาพจิต มาเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยเอง การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชกลายเป็นผู้มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งส่วนมากมักจะมีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลช่วยเหลือไปตลอดชีวิต (ขาใจ สิทธิมงคล, 2542) ดังนั้นครอบครัวจึงเข้ามาทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ของครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้าน ด้วยวิธีการต่าง ๆ (Rappert, 1996) ฉะนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญที่ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบุคคลทำหน้าที่ ในการดูแลให้ความรักความเข้าใจความอบอุ่น และมีความเอื้ออาทร ห่วงใย และสังเกตอาการผิดปกติได้อย่างดี ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นซ้ำ (อรรณพ ทองคำ, 2546) อีกทั้งการที่ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอัมพวาแล้วพบว่า ปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว จึงให้ความสำคัญกับครอบครัว เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ถ้าหากปราศจากครอบครัวที่ดี ปัจจุบันจึงเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในแง่บริบทของครอบครัวไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การมองบุคคลในบริบทจึงจะทำให้เข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเห็นได้ว่าในอดีตเมื่อบุคคลเกิดอาการผิดปกติสิ่งแรกที่นึกถึง คือ ทำอย่างไรให้บุคคลนั้นดีขึ้นแต่การแก้ไขที่บุคคลเพียงอย่างเดียวไม่

ได้ผลเท่าที่ควร การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลแต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจคอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545)

โดยสรุป คือ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในการรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษาของญาติ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมกำหนดหรือตัดสินใจว่าจะนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาเดิมหรือไม่และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งในเรื่องของการสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่จะสามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และความรู้สึกที่เป็นปกติสุข ในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน มีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์, 2539) ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาล คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ WHO (1996)

การพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล (จอม สุวรรณ โณ, 2542) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (จริยาวัตร คมพัยค์ม์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การให้คำปรึกษาครอบครัวถือเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่บ้าน (อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2548) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ตามบทบาทอิสระของพยาบาล การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการหนึ่งของพยาบาล ในการที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้รับการปรึกษาสามารถนำเอาศักยภาพที่มีอยู่ มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ที่มีความเหมาะสมต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้การให้การปรึกษารอบครัวยังช่วยให้คนเกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Arbunckle, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของสาริณี โต้ะทอง (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภายหลังจาก

การได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย การให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และสนับสนุนให้ครอบครัว ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย

2. ด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขการที่ ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลและสังคมรอบข้างทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศิริรัตน์ คุปต์วิบูลย์, 2545) จึงเป็นการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การให้คำปรึกษาครอบครัว ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ และสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจและมีการยอมรับกันมากขึ้นซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วยและในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วยถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณินี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นการให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

ฉะนั้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

### แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเน้นให้การรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาสั้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เจริญปัญญาวัชร และคณะ, 2542) ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลา แต่สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยาวัตรคมพยัคฆ์, 2537) ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคูณภาพชีวิตในระดับไม่ค้ำถึงปานกลางนั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้บุคคลอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) เกิดผลกระทบต่อประเทศชาติ คือทำให้รัฐต้องเสียเงินงบประมาณในการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา สำหรับในประเทศไทยต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเบื้องต้นเพื่อประเมินคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอัมพวาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้เครื่องมือวัดคูณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL -BREF - THAI พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภออัมพวาส่วนใหญ่มีคูณภาพชีวิตไม่ดี และได้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลอัมพวา มี



ปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ประกอบด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความเกี่ยวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยจะมีการกำเริบของโรคและป่วยซ้ำ เมื่อมีการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดี และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะส่งผลถึงคุณภาพที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยจิตเภท (นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, 2548) จะส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ปรารถนา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือ โดยการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องชีวิตอย่างหนึ่งที่จะสามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกที่เป็นปกติสุข ในการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตนมีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาลคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาของประไพศรี บุรณางกูร (2541) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมปฐมภูมิที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด การสนับสนุนของครอบครัวนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช ดังนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในการรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษาของญาติ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมกำหนดหรือตัดสินใจว่า จะนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาเดิมหรือไม่ และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมาก ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งในเรื่องของการสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้ศึกษาจึงได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อช่วยให้อาชีพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2548; นันทพร พิษะยะ, 2546 )

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย และใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) อีกทั้งเป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นลักษณะองค์รวมหรือที่เรียกว่า Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยแนวคิดการให้คำปรึกษา

ครอบครัว เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่ มีปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เนื่องจากการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียง อย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคล หนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นผลมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่ เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1985) สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา สุขภาพในแผน 9 ที่ให้ความสำคัญในระดับครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่ เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์ และรังสิยาน นารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวยกกับผู้ให้คำปรึกษา ที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรค ต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วย โดยที่ สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อม ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลดีต่อทุกคนภายในครอบครัว ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น (ญาณินี ไพบุญรัตน์นกร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อถึง คนอื่น ๆ ในครอบครัวและความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว (Ackerman, 1958) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และมีหน้าที่ในด้านการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นเอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อ การป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ (อรรณพ ทองคำ, 2546)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว มาจาก โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของสาริณี โตะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษา ครอบครัวยุคใหม่ โครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้าง ครอบครัวยุคใหม่ (Minuchin, 1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่ง ประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มี กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มี กฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง หรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพ ในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดกลุ่มโครงสร้าง ครอบครัวยุคใหม่ คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเองแต่ใน ขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับ ขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้นโดย โครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิก

แต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินินท์ ภิญโญชน, 2539) นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ประยุกต์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) โดยสอดแทรกกิจกรรมต่างๆเข้าไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ดังนั้น จากการนำแนวคิดของ Minuchin ( 1974 ) ที่พัฒนาโดย สารีณี โตะทอง (2548) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ 1)การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง 2) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจน และเหมาะสม 3) การสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหา ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี และ 4)การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องการสนับสนุนความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขต ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสาร เข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายเรื่องที่ไม่สบายใจให้กันและกันฟังได้อย่างเปิดเผย ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นนี้ จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษา ดังต่อไปนี้

#### สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

#### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ของ มิनुชิน (Minuchin, 1974) มาบูรณาการ ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ( WHO, 1996) เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภออัมพวา

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอ อัมพวา
2. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภออัมพวา ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภออัมพวา

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นโดยปรับจากโปรแกรมให้คำปรึกษาของ สารีณี โตะทอง ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วยเป็นรายครอบครัว ทั้งหมด 4 ครั้ง โดยให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ชั้นละตอนๆ 45 – 60 นาที ประกอบด้วย 4 ชั้นตอน ดังต่อไปนี้

ชั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัวการสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในลักษณะของความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ศึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัวการประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการที่ผู้ศึกษาทำหน้าที่ เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ชั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อย่างต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการสนับสนุนการมีส่วนร่วม

ร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนสนับสนุนความสามารถในการจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้าง ขอบเขตภายในระบบครอบครัว ของตนเองได้อย่างเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกัน ในระหว่าง การให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วน ร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านสามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมได้อย่าง เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดี ต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ที่ทำให้เกิด ความเครียดได้ดี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมี ความสามารถในการมองปัญหาในแง่มุมใหม่ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน ความสัมพันธ์สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การปรับตัวกับปัญหาพร้อมกันและมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนา คุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุ ตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรม การดูแลตนเอง ที่จำเป็นได้โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่น ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม และยุติการให้คำปรึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความสามารถในการปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยใน ครอบครัวในการที่จะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างสมคูล และยุติการให้คำปรึกษา เมื่อ ผู้ป่วย และครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนของตนเอง และมี กิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการกระตุ้นให้ ครอบครัว มีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัว เห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและการให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตลอดจนเรื่องการรับประทานยาและสนับสนุนให้ครอบครัว ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ใน ชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ตลอดจนสนับสนุนให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายใน

บ้าน ให้เหมาะสม กับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิด จากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ สัมพันธ์กับ เป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต ประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่ง แปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2541) ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความ รู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทาง ร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกระทัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเองการรับรู้ถึงความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการ พึ่งพาผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของ ตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมารถ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทาง เพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผล ต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคง ในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมี โอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมี กิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการ วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia F.20)ตามแนวทางการวินิจฉัยของ

ICD - 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและมีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชน สามารถปฏิบัติตน ในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดีขึ้น
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำเอารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยอื่น ๆ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. ด้านการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช