

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวสาริณี โตะทอง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974 - 14-1776-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Miss Sarinee Thaothong

สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Department of Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2005
ISBN 974 -14-1776-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวสาริณี โด๊ะทอง

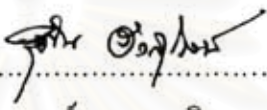
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สถาบันวิเทศนศึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาริณี โด๊ะทอง: ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
 ในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE
 OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร. อรพรรณ
 ลือบุญธวัชชัย, หน้า 193 ISBN 974 - 14-1776 -4

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้า
 ร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทใน
 ชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยการคัดเลือก
 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ประกอบด้วย โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว
 กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986)
 เพื่อสร้างเป็น โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
 ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดย
 เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกรพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช จำนวน 5 คน วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า
 ความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับได้เท่ากับ .74 และ .94 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้า
 โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษา
 ครอบครัวยุสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2548ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777616136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: FAMILY COUNSELING / QUALITY OF LIFE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SARINEE THAOTHONG: THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON

QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. ORAPHAN LUEBOONTHAWATCHAI, PH.D.,

193 pp. ISBN 974-14-1776-4

The purposes of this study were to compare quality of life of schizophrenic patients before and after received family counseling program and conventional care. The forty samples were schizophrenic patients living in community, Chonburi province. The instruments consisted of family counseling program which was constructed by researcher using Minuchin (1974) family counseling concept integrate with Lubkin's (1986) quality of life development. This program comprised four stages of activities for developing quality of life in community schizophrenic patients, relationship in family scale and the interviewing of quality of life. These instruments were tested for content validity by five experts and were test for alpha Cronbach's alpha coefficient .The reliability of scales were .74 and .94, respectively. Data was analyzed using descriptive, and t-test statistic.

Major findings were as follows :

1. Quality of life of schizophrenic patients who received the family counseling program after the experiment was significantly higher than before experiment, at the .05 level.
2. After the experiment, quality of life of schizophrenic patients who received family counseling program was significantly higher than those of patients who participated in regular caring activities, at the .05 level.

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

Academic year.....2005.....Advisor's signature

Sarinee Thawong
Orapan Lueboonthawatchai

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพร ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จในเวลาที่กำหนด ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นที่สุดและขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมาและ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณสัมพันธ์ มณีรัตน์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณ คุณดาวรุ่ง หนูแก้ว ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้และขอขอบพระคุณนายแพทย์คณัย ทูริยานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี ตลอดจนเจ้าหน้าที่และบุคลากรในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีต่อผู้วิจัย ซึ่งส่วนหนึ่งของความสำเร็จในครั้งนี้ ก็ด้วยความมีน้ำใจจากกัลยาณมิตรทุก ๆ ท่าน และขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตลอดจนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาแก่นิสิตมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่อารีย์ ไต๊ะทอง และบุคคลในครอบครัวทุก ๆ ท่าน ที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนจนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้อยู่เบื้องหลัง อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใยและคอยให้การดูแลผู้วิจัยเสมอมา จนกระทั่งผู้วิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่านให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	11
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	11
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	11
สมมติฐานการวิจัย.....	17
ขอบเขตการวิจัย.....	18
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	18
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	21
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	34
บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	46
แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว.....	49
เทคนิคการให้คำปรึกษาครอบครัว.....	58
บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มเน้น โครงสร้าง.....	68
โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	71
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ขั้นตอนการทดลอง.....	95
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	103

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัว.....	104
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	116
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	117
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	123
รายการอ้างอิง.....	141
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	151
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	153
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	171
ภาคผนวก จ ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมพัทธ์คุณภาพชีวิต.....	182
ภาคผนวก ฉ ตารางการดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว.....	184
ภาคผนวก ช ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	188
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	193

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	118
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของ รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา.....	119
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	120
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองจำแนกเป็น รายด้านระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง.....	121
5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตจำแนกเป็นราย ด้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	122
6 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศของผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบของ ผู้ป่วยจิตเภท.....	173
7 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต.....	175
8 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smimov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	176
9 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smimov test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	177
10 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05.....	178
11 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	179
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง.....	180

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกรู้ตัวและเขาวนัญญาซังปกติ (WHO, 1992) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังพบได้ทั้งชายและหญิงในอัตราเท่า ๆ กัน ความชุกของโรคในประชากรทั่วไป ร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากร (Kaplan & Sandock, 1998) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในบรรดาโรคทางจิตเวช คือ พบประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) เป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีการปรับบทบาทที่มสุขภาพในการบริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) โดยมีการให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทน เน้น การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เข็มปัญญารัช และคณะ, 2542) เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับไปสู่ชุมชนของตนเอง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็จริงแต่ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ มักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสระภาพในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ บางรายมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) จากการศึกษาของ สุวิมล สมัดละ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลาแต่สภาพความคิดยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการกำเริบได้ง่าย โดยมี

การศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 40 ส่วนการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อหยุดยานั้นจะพบถึงร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยาอาจพบการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 30 (Gaultiere, 1999) ซึ่งปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำนั้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช, 2542) รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุติมา ประทีปจิตติ และสุคนธ์ คำอ่อน, 2541) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัวและลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ป่วย มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลงและเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al, 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al, 1986) และจากการศึกษาของ Bobes (1996 cited in Katsching et al., 1997) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลในรัฐโอไฮโอ ประเทศสเปน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 65 ไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลโกเฮนเบอร์กประเทศสวีเดน พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 84 ประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Skanze, 1990; Bobes & Gonzalez, 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta, Kulhara & Verma (1998) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 นอกจากนี้ Browne et al. (1996) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรคและกลุ่มอาการ

เคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ดิฟิสโคเนียเซีย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงต่ำ

สำหรับในประเทศไทย ก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน โดยจากการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสมน สุยะชีวิน (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 122 คน และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 130 คน ตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Power (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ มีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านจิตใจจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1985) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษาของอังฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) ในเรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็โรครจิตเภทจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) โดยทำการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีมากนั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่และเป็นอุปสรรคและไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของพยาบาลที่ทำงานกับผู้ป่วย

จากการทบทวนสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับดีที่สุด นั้นมีสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ จากการศึกษานของ Caron et al. (1998) พบว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตในทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลงเกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994)

และปัจจัยจากเพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ โดยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (Lehman, 1983 ; Norman et al. 2000) และจากการศึกษาของ Clareci et al. (2005) โดยทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศ ซึ่งสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยวัตรคมพักษ์, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาคู่คนอื่นและรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ (Rose, 1997) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โพรททิพย์ กสิพันธ์, 2541) โดยการป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วยทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง (American psychiatric Diagnosis, 1994) และไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความพร้อมความสามารถ ประกอบกับ ความรู้สึกเป็นตราบาปและรู้สึกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (Wulf R. et al, 2005) และจากการศึกษาของ Gokey ,Suleymam , Cem ,Cengiz. (2002) โดยทำการศึกษาความบกพร่องในด้านการรับรู้ทางประสาท และการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท พบว่าอาการทางลบ อาการข้างเคียงจากยาในผู้ป่วยจิตเภทมีผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดต่ำลง (Greenberg et al, 1993) เนื่องจากทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและยังส่งผลต่อชุมชน ทำให้บุคคลอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้รัฐต้องเสียเงินงบประมาณในการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา สำหรับในประเทศไทยต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเรื้อรังและมีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยครั้งนี้ทำให้มีการสูญเสียงบประมาณของประเทศชาติ (พิศสมร เดชดวง และจินตนา บุญพันธ์, 2547) จะเห็นได้ว่าจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับดีมากนั้น จะส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและต่อประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ปรารถนา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือ โดยการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1985, 1992) หมายถึง ความรู้สึกผาสุกของบุคคลที่เป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับและผลกระทบจากภาวะสุขภาพ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

(Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำเพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเองความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ ความศรัทธาในศาสนา 4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งทั้งหมดนี้คือองค์ประกอบที่สำคัญตามแนวคิดของ Ferrans and Power (1985, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังต่อไปนี้

ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปและความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ชมัยพรทิพย์สุวรรณ, 2543) รวมทั้งอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยาและผลแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอีกด้วย จากการศึกษาของ ทิวพรฟูเพื่อง (2544) ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าอาการข้างเคียงจากการรักษาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่อาการมือสั่น ง่วงซึม กระวนกระวาย ร่างกายและแขนขาเกร็ง ไม่มีสมาธิในการทำงาน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยเสื่อมถอย ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลือในการทำงานบ้าน เคลื่อนไหวเชื่องช้า (เขาวลัทธิ กลินหอม, 2540) นอกจากนี้จากการศึกษาของ นิตยา ดากวิริยะนันท์และ ชื่นสุมน สุขะชีวิน (2536) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความ เป็นอยู่โดยทั่วไปเพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้ อีกทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ ส่งผลให้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้กระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ทางสังคม จากการศึกษาของ Dickerson, Pratt & Ringel (2000) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะขาดทักษะหน้าที่ทางสังคม อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองก็รู้สึกอับอายเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้มีความไม่สบายใจในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้จากการศึกษาของ ไปรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลีอนุชวณิชัย (2542) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ไม่สามารถอยู่ในชุมชนและไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร และจากการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) ที่ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต ทำให้ขาดความมั่นใจที่จะอยู่คนเดียว ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ไม่อยากกบหาใคร รู้สึกอายอึดอัดใจเมื่อต้องอยู่กับคนอื่น การเสื่อมสมรรถภาพทางกายความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ถนอมศรี อินทนนท์, 2536) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประสบกับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ บกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายต้องเผชิญกับภาวะ ตกงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิวาพร พูเพื่อง (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา ร้อยละ 57.7 ไม่มีงานทำและร้อยละ 50 ไม่มีรายได้

ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยประเมินและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้าในชีวิต ไม่สนใจการดูแลสุขภาพของตนเอง (ละเอียต รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ (2542) ดังจากการศึกษาของ ภูมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ที่ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีความคิดลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกผิด ไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน นอกจากนี้จากปัญหาการตกงานไม่เพียงแต่นำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวแต่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจด้วย จากการที่มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมขาดทักษะการเข้าสังคมหรือการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่ง (Gomez & Gomez, 1991; Keltner, 1995) ประกอบกับความรู้สึกเป็นตราบาปและรู้สึกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (Wulf et al, 2005) และจากการศึกษาการรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปจากคนรอบข้างและคนในสังคมมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชอื่น ๆ (Schulz & Angemeyer, 2003) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกทุกข์ทรมาน ต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัยและชนกพร จิตปัญญา, 2547)

ด้านครอบครัว การที่สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเดือดร้อนที่ต้องคอยดูแล จากการศึกษานี้ของ วิลาวรรณ เทพโสธร (2538) ที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวสังคมและชุมชนได้ นอกจากนี้ยังมักพบว่าผู้ป่วยจะมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นไปในทางลบ (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ, 2539)

Taylor (1994) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีความเรื้อรังจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะการติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเสียไป ไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของคนหรือครอบครัวหรือสังคมได้ จากการศึกษาสภาพปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวของ Wynne, et.al (1958) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะแบบ pseudomutuality คือ ไม่ปล่อยให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเอง อาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่แสดงความสามารถของผู้ป่วยที่จะเป็นตัวของตัวเอง ในครอบครัวไม่สามารถที่จะสร้างความรู้สึกใกล้ชิดไว้เนื้อเชื่อใจกันได้ และมักมีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขต (boundary) ระหว่างกันภายในครอบครัว (Walsh, 1988) ถึงแม้ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาหลายด้านก็ตาม แต่ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าปฏิสัมพันธ์เป็นสาเหตุของโรค นอกจากนี้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบกลับซ้ำได้บ่อยต่อมาเริ่มมองดูที่ผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความตึงเครียดอย่างมากต่อครอบครัวซึ่งจะต้องปรับตัวหลายด้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยรวมดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544)

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายประการทั้งต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยครอบครัวเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งส่วนมากจะมีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลช่วยเหลือไปจนตลอดชีวิต นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการปรับตัวและมีการเผชิญต่อความเจ็บป่วยและผลจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทให้ได้เพื่อที่ครอบครัวจะได้เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบรรลุผลลัพธ์หรือเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งจัดให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลโดยทีมสุขภาพจิตมาเป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยเอง การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชกลายมาเป็นผู้มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งส่วนมากมักจะมีอาการเรื้อรังและต้องการการดูแลช่วยเหลือไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ดังนั้นครอบครัวจึงเข้ามาทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ของครอบครัว (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2540) โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรคและลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้านด้วยวิธีการต่าง ๆ (Rappert, 1996) จากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาของ Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากการที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแล ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทร ห่วงใย และสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นซ้ำ (อรรณพ ทองคำ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับครอบครัวเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขถ้าหากปราศจากครอบครัวที่ดี ซึ่งในอดีตมีการพึ่งพิงไปที่ปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน อย่างไรก็ตามมุมมองดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเห็นได้ว่าในอดีตเมื่อบุคคลเกิดอาการผิดปกติ สิ่งแรกที่นึกถึง คือ ทำอย่างไรให้บุคคลนั้นดีขึ้นแต่การแก้ไขที่บุคคลเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผลเท่าที่ควร การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลแต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพัง แต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2544) ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ คอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) โดยสรุป คือ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในการรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษาของญาติ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมกำหนดหรือตัดสินใจว่าจะนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาเดิมหรือไม่และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งในเรื่องของการสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) นอกจากนี้จากการศึกษาของ นรวิรี พุ่มจันทร์ (2547) ที่ได้ทำการศึกษาดังปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะมีความรุนแรงของอาการทางจิตต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป อธิบายได้ด้วยเรื่องการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว

ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์คำหามิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความเกี่ยวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทุกข์ร้อน มีอาการกำเริบและป่วยซ้ำเมื่อเกิดการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีญาติจะรู้สึกเห็นใจ สงสาร เข้าใจและยอมรับในตัวของผู้ป่วย

การพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีสอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล (จอม สุวรรณโณ, 2542) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม(จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) การให้คำปรึกษารอบครัวถือเป็นลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน(อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย, 2542)ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องตามบทบาทอิสระของพยาบาล

การให้คำปรึกษารอบครัวเป็นกระบวนการหนึ่งของพยาบาลในการที่ช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ได้สามารถนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้การให้คำปรึกษารอบครัวยังช่วยให้คนเกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Arbuckle, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสศิริ คำสอน (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท พบว่าภายหลังจากการได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษารอบครัวผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังทางกายซึ่งโรคจิตเภทก็นับว่าเป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่งในทางจิตเวช เช่นจากการศึกษาของ นันทพร พิชะยะ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาคีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกคืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ได้ทำการศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก

มดลูกระหว่างการได้รับรังสี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษาจำนวน 60 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้จากการศึกษาของ Carboni and Botti Ricciarda (2004) ได้ทำการศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษาดต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจเรื้อรัง จำนวน 24 คน ที่มีการสูญเสียหน้าที่ของการทำงานของหัวใจห้องซ้ายล่าง จากผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาภายหลัง จากได้รับการรักษาด้วยยาให้สูงขึ้น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในสภาพแวดล้อมและบริบทครอบครัว การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษานั้น เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย ย่อมต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลและสังคมนรอบข้าง เพื่อให้ตนเองมั่นคงปลอดภัยและมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง ในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็ คือ ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจและมีการยอมรับกันมากขึ้นซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อให้มีชีวิตปกติสุข ดังนั้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ถึงระดับที่ดีที่สุด นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย โดยผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนเดิมของตนเองได้อย่างปกติสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งนับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

จากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้กลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนเดิมที่ตนอาศัยอยู่ ยังประสบกับปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับดีที่สุด (Mercier et al, 1998 ; Bobes & Gonzalez, 1997 ; Lehman et al, 1986 ; จันทราธิระสมบุญ, 2539 ; อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546; นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2548) ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับดีมากนั้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน

เป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการประเมินว่าไม่พึงพอใจและไม่ให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตนเองทั้งทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และด้านครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้นั้นประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิงและความพึงพอใจของรายได้ ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 37.8 (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่ามีคนรักและดูแลเอาใจใส่หรือให้คุณค่าและรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อกันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของประไพศรี บูรณางกูร (2541) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมปฐมภูมิที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ Caron et al. (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวช นอกจากนี้อาการทางลบยังมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) และปัจจัยจากเพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ โดยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย (Lehman, 1983 ;Norman et al. 2000) สำหรับปัจจัยสุดท้าย คือ ปัจจัยในเรื่องความพึงพอใจของรายได้ เนื่องจากมีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้เพียงพอ ทำให้สนองความต้องการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้และจากการศึกษาของ Clareci et al. (2005) โดยทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศ รายได้ต่ำ ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม โดยการนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ส่วนปัจจัยทางด้านเพศและอาการทางลบผู้วิจัยกำหนดให้เป็นตัวแปรควบคุม

แนวทางหนึ่งที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังได้ คือ การให้คำปรึกษา (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2548; นันทพร พิษะยะ, 2546) การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยและใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นลักษณะองค์รวมหรือที่เรียกว่า Holistic

(กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยแนวคิดการให้คำปรึกษารอบครัว เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มิมีปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว โดยการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัวก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1985) สอดคล้องกับทิศทางพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ที่ให้ความสำคัญในระดับครอบครัวโดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์ และรังสิยา นารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษารอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วย โดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลดีต่อทุกคนภายในครอบครัว ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น (ญาณีณี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อถึงคนอื่น ๆ ในครอบครัวและความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว (Ackerman, 1958) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและมีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นเอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการกลับมีอาการทางจิตขึ้นมาอีกและเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ (อรรถพร ทองคำ, 2546)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการให้คำปรึกษารอบครัวกลุ่ม โครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังประเภทหนึ่งในทางจิตเวช มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัวเชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยากและขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็น

ตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเชื้ออาหารต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินินท์ ภิณญชน, 2539) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ประยุกต์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) โดยสอดแทรกเข้าไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

โดยจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของ Lubkin (1986) ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมแรกของกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาใช้ในการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ Joining เป็นอย่างมากเนื่องจากไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการเข้าถึงระบบครอบครัวของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการพยายามใช้ภาษาหรือ style ของครอบครัว การรับฟังอย่างตั้งใจและการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าผู้วิจัยมีการยอมรับในตัวของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากครอบครัวครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการที่จะก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม จากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม นอกจากนี้การนำข้อเสนอแนะตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้วิจัยทำการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้วิจัยและครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ครอบครัวสามารถก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เช่น ในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยใน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีการร่วมกันสำรวจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ทั้งในเรื่องสุขภาพและการทำหน้าที่ ปัญหาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัญหาด้านครอบครัว โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าบริบทเดิม โดยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการร่วมกันวางแผนจัด โครงสร้างที่เหมาะสมในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบไปด้วยกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยใช้เทคนิค boundary-making ซึ่งการส่งเสริมให้ครอบครัวมีโครงสร้างที่เป็นระเบียบแบบแผน จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้ว่าควรจะทำอย่างไร เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และมีการใช้เทคนิคมอบหมายการบ้าน โดยมอบหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน นอกจากนี้การนำข้อเสนอแนะตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้างขอบเขตภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม โดยบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยาผู้ป่วยจิตเภทจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัวซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ ในเรื่องของการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการหาแนวทางที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต ทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยการใช้เทคนิค reframing ในการ

ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีการมองปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลเสียหรือยากต่อการแก้ไข ก็มองเสียใหม่ว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น และเทคนิค enactment ซึ่งเป็นการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาจริง ๆ ในช่วงโม่งของการให้คำปรึกษา จะทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งการช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย สำหรับการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย ซึ่งเป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยการที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการพึ่งพากันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตรอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความสามารถในการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญในการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการยึดหยุ่นในครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น การยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกันและมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมบูรณ์ (Minuchin, 1974) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง เนื่องจากเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าคุณได้รับการสนใจเอาใจใส่จากครอบครัว มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นก็จะช่วยบรรเทาภาวะถูกคามทางจิตใจของผู้ป่วยลงได้ ซึ่งผู้ป่วยก็จะเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์, 2533) และการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ในขั้นตอนนี้

ประกอบไปด้วย การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ดูแล การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเอง ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เรื่องการรับประทานยาและการสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและสามารถขอความช่วยเหลือตลอดจน สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านและมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองจากนั้นดำเนินการยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนของตนเอง โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้นจากการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม การสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี ตลอดจนการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องการสนับสนุนความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสาร เข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายเรื่องที่ไม่สบายใจให้กันและกันฟังได้อย่างเปิดเผย ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นนี้จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังสิ้นสุด โปรแกรม จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวหลังสิ้นสุด โปรแกรม จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest - posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ในการวิจัยครั้งนี้
3. โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
 - 3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
 - 3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษารอบครัว กลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ประกอบด้วยการจัด กิจกรรมรายครอบครัว ดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษารอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 รายและสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในลักษณะของความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ติดต่อกันในครอบครัว การประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ การประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 สํารวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมที่ติดต่อกันอย่างต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมายร่วมกันและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนสนับสนุนความสามารถในการจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้าง ขอบเขตภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความสามารถในการมองปัญหาในแง่มุมใหม่ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับตัวกับปัญหาร่วมกันและมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความสามารถในการปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัวในการที่จะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างสมดุล และยุติการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง และมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย

ตนเอง ตลอดจนเรื่องการรับประทานยาและสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเมินความรู้สึกพึงพอใจและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบของชีวิตในขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยอยู่ภายใต้ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิดของ Ferrans and Power (1985) Epilepsy version III ซึ่งได้พัฒนาโดยสัมพันธมนตรีร์น (2546) ประกอบด้วย องค์ประกอบชีวิต 4 มิติ คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจรวมถึงการให้ความสำคัญด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับอาการเกี่ยวกับโรคของตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและให้ความสำคัญในด้านการทำงาน การได้รับการประดับประดาทางจิตใจ การศึกษา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน และสภาพบ้านเมือง

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและการให้ความสำคัญในด้านความพอใจในตนเอง ความสุข ความวิตกกังวล การประสบความสำเร็จ ความสงบสุขภายในจิตใจ การนับถือคำสั่งสอนของศาสนา

4. ด้านครอบครัว (Family) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินความรู้สึกพึงพอใจและการให้ความสำคัญ ด้านสัมพันธภาพกับคู่ครอง ด้านสัมพันธภาพทางเพศ สุขภาพและความสุขของบุคคลในครอบครัว

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียด รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดีขึ้น

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำเอารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยอื่น ๆ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ด้านการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.4 ระบบบริการพยาบาลและการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.4 กิจกรรมพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล
- 3.2 บทบาทในการให้ความรู้
- 3.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ
- 3.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา
- 3.5 บทบาทนักวิจัย

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.2 แนวคิดพื้นฐานของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.3 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
- 4.4 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

4.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

4.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มเน้นโครงสร้าง

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่า จิต บวกกับคำว่า เภท จิตแปลว่า จิตใจ เภท แปลว่า แดกแยกหรือทำลาย ดังนั้น จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจที่แตกแยก ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย จิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ 1908 และได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด

1.1 ความหมาย

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นผู้ป่วยที่มี กลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออก โดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับ ความ เป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความจริง ความผิดปกติของกระบวนการ คิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วน พฤติกรรมพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมแปลก ๆ

องค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้ชื่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วย จิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการ ดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้นี้ คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจ

มีความบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2001) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) และเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ พฤติกรรมสังคมและการทำหน้าที่

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องในด้านความคิด โดยความผิดปกติของกระบวนการคิดนั้นแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด เป็นต้น ความผิดปกติในด้านอารมณ์ การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายและทางสมอง อีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออกและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคม

1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวงและไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ในระยะแรก ๆ อาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน จากการตรวจสภาพจิต จะพบความผิดปกติทางการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้ คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้นและแบบเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เอะอะไว้วายไม่อยู่นิ่ง ซึมเฉยไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำ ๆ และทำอะไรตรงข้ามกับที่สั่ง ความผิดปกติ

ทางการพูด เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็นและใช้ภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิดผิดปกติ ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ถ้าพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง เนื้อหาความคิดผิดปกติ จะออกมาในรูปของการหลงคิดแปลก ประหลาดที่ไม่สัมพันธ์กันและความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ประมาณ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ภาพหลอน

นอกจากนี้ อาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลัน หรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; Johnson, 1993)

1) อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน(มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิดการดำเนินโรค โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนี้

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2) ระยะเวลาการกำเริบ(Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวกได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่อง และมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ใน ระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้

อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาด

อาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้น

อาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงานหรือโรงเรียนเป็นระยะเวลาานทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่าง ๆ (Moller&Murphy,2001)

อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วัน ดินดอ่อกัน ผมเฝ้ารุ่งรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิดฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ระยะเวลาหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ เช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่แต่มีได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติในการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.3 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรัง ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดย

เน้นที่การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนี้

สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ Davis ,1974 อ้างใน คารา ศัตรูลีและคณะ, (2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลก ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อยและจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิก คนอื่นถ้าจะไปก็ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการไม่รับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว ทำให้ญาติต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านความคิด กิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจและการทำงาน

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ ,อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวต้องประสบกับปัญหา เมื่อนุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบ หวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหว่และรู้สึกว่าคุณมีความคิดเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อนุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว

จากการศึกษาของ สุวิมล สมัคตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพ

กับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งคนหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาว่ามีความคับข้องใจในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวในปัจจุบันนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ คือ การยอมรับจากสังคมและปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันหรือการมีอาการหลงเหลืออยู่ รวมถึงการขาดการยอมรับจากญาติผู้ดูแลซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่ง พบว่าเป็นปัญหาในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย มีการแสดงความรักความสงสารน้อย อีกทั้งยังไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัวและยังพบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับญาติในเรื่องพฤติกรรม การรับประทานยา ผู้ป่วยมักหุดยาเอง ญาติไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา ปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำ

1.4 ระบบบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งนั้น ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบจากการรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน มีการจัดระบบการส่งต่อและจัดบริการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการในการผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและทำให้ลดการเจ็บป่วยลงได้ (ปีทมา ศิริเวช, 2545) นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยในลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอก ในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพดังต่อไปนี้ (ปีทมา ศิริเวช, 2545; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

1) การประเมินทางจิตสังคม การคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษา จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด การให้การพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา

2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในกรณีมีโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน

และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านและมีการติดตามต่อเนื่องนี้จะช่วยลดโอกาสขาดยาหรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานบริการ โดยการจัดทีมฉุกเฉินเข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้าน วันเว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉินจะช่วยลดความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลงได้

5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วยฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพง่าย ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน

6) ให้บริการในรูปแบบของคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกคลายเครียด แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้น ๆ การฟื้นฟูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.4.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น มีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาลแต่เป็นลักษณะการดูแลที่ไม่สลับซับซ้อน สำหรับในประเทศไทยการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมานานแล้วในรูปแบบของการดูแลกันเองในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสมัยใหม่ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทย เกือบ 50 ปี โดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไปที่จัดให้มีการเยี่ยมบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด โดยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมป้องกัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ขยายระบบบริการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุม พัฒนาองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2540) กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงผลักดันให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2544) จึงนับว่าเป็นภารกิจอันสำคัญของบุคลากรทางจิตเวชที่จะให้บริการและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลเบื้องต้นในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุดถ้ามีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนควรได้รับการรักษาพยาบาลจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขาซึ่งจะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้านตำบลและอำเภอไปสู่ระดับจังหวัด สำหรับการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัดหรืออำเภอแล้วมีอาการทุเลาลงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่

ยังต้องการการดูแล ต่อเนื้อหรืออาจส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุด ซึ่งจะเป็นการประหยัดงบประมาณของรัฐบาลและยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น โดยระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กัลยาณี โนอินทร์ (2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

- 1) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 2) เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทรมาน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 5) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- 6) เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่
- 7) เป็นการบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลีอนุช วัชชัย, 2545)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความ พิกัดของผู้ป่วยให้น้อยลง
- 2) ลดอัตราการการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้และให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนและผู้ป่วยกับผู้นำ

- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นรวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า สำหรับรูปแบบการพัฒนาการให้บริการต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยในลักษณะบริการแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานทั้งรูปแบบให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพนั้น เน้นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาศัยระบบบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นจึงมีรูปแบบการรักษาพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นการอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่หน่วยบริการทุติยภูมิ การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นสังคมเดิมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสภาวะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึกที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้น การสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว
- 4) สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎี การให้คำปรึกษา

รายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

6) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาส ที่เหมาะสม การ
 ปรึกษาประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนใน
 ครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์
 ที่เกิดขึ้นและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย

8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ

9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะ ๆ

สิ่งที่ควรคำนึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญ คือ การผสมผสานแนวคิดและ
 หลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ
 ควรยึดหลักการดังนี้

1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของคนที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมาย
 และความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว

2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ยอมรับและดูแล
 อย่างเหมาะสม

3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่ง
 สำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ

4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ

6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับ
 บริการและสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่น ได้ จะช่วย
 ให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

1.5.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

1) การเยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริม
 สุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนให้ทำการ แก้ไขทันที

2) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ
 ของผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกของชุมชน

3) การเยี่ยมบ้านและการให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น
 การให้การปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้
 เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว การเพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชเป้าหมาย เพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ ทุกเรื่องและผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหาคลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่ามุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

โรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข หลักการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดในเชิงทฤษฎีการดูแล หลักการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องอาศัยความเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไปได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตในความหมายต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) , ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง ส่วนมากมีความหมายคล้ายคลึงกันหรือมีความสอดคล้องกันจะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียดหรือจุดเน้นตามศาสตร์หรือสาขาวิชานั้น ๆ เห็นว่ามีความสำคัญ

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางเป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำคือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Ferrans & Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกละเอียดของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

Hughes (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล คล้ายกับ มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ที่ว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุก

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Spiker (1990 cite in Oliver et al. 1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิตได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3) สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (Psychological status and well-being) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) 5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic status)

พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตได้หลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้อและประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินใจได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตนั้นคือภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

โดยสรุป จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่าคำว่า คุณภาพชีวิตเป็นคำซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นลักษณะของการรวมหลายมิติ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงพอจะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans & Power (1985, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George & Bearon แล้วสรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นประสบการณ์ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้ องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพเป็น 6 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การรับรู้ถึงความคิด การเรียนรู้ ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3) ด้านความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน การใช้ยาหรือการรักษาความสามารถในการทำงาน

4) ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

5) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การดูแลทางสุขภาพและสังคม โอกาสการได้รับข้อมูลข่าวสาร

6) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้นจะเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตและองค์ประกอบที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Power(1985) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความ

หลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ

ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล เป็นต้น 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย(subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์ และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1980 ; Zhan et al., 1992; Meeberg , 1993)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของแฟรงค์ - สตรอมเบอร์ก (Frank- Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ

1) การประเมินเชิงปริมาณ โดยผู้อื่น (objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรืออาชีพและประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ เป็นต้น โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก หัสนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับสภาพความเป็นจริง (Campbell, 1976; Frank-Stromberg, 1984; Meeberg, 1993) โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมิน แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแคนทิล (Cantril, 1960 cited in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียวเป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้งบันได

คุณภาพของเครื่องมือก่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไรซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่น ๆ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Power เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Power มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.4 กิจกรรมการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

โรคจิตเภทเป็น โรคทางจิตที่เรื้อรังและเป็น โรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็น โรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความคิดผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจรวมทั้งสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของโรคและใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดังต่อไปนี้ (จริยวัตร คมพักษ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จินตนา บุญพันธ์, 2542)

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกัน ในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการ ที่จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วย ให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6) ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน (Lubkin,1986)

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยคือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ต้องราคาถูกและมีประโยชน์

2) การพยาบาลยึดแนวทางในการป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาล โดยอาศัยผลงานวิจัยเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาล ทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

วิมาพร มาพบสุข (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาล การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไขปัญหาทุกด้านที่เกิดขึ้นในประเทศ โดยเน้นการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไทยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ

2. การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยบุคคลและครอบครัววิธีการปฏิบัติคนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพและปฏิบัติคนเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือรักษาสุขภาพอนามัย การมีแนวคิดและเจตคติที่ดีในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรม จริยธรรม การให้ความร่วมมือ การสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตนเอง พัฒนาคอร์ปครัว พัฒนาชุมชนและพัฒนาสังคม

3) พยาบาลต้องยึดปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีสำหรับการประเมินการวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่า ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมเกี่ยวข้องกับพัฒนาคุณภาพชีวิต

สรุป การพัฒนาคุณภาพชีวิตจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยที่พยาบาลจะต้องมีการตระหนักถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลกันเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายสำคัญในการที่ผู้ป่วยสามารถจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข

2.5 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.5.1 ประเด็นเกี่ยวกับการศึกษาในลักษณะการสำรวจคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยอื่นและกลุ่มคนปกติสรุปได้ดังนี้ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย(Mercier et al 1998; Bobes & Gonzales, 1997; Lehman et al, 1986) และมีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (Bobes, 1996 cited in Katsching et al. 1997) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 84-85 ที่ประเมินว่าไม่พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ จันทรา ชีระสมบุรณ์ (2539) ได้ทำการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ตามกรอบแนวคิดของ Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่าไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านความปลอดภัย เศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและภายในครอบครัว ความสามารถในการทำหน้าที่และการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ความพอใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความอิสระ ความสนุกสนานและความรัก ปัญหาด้านสุขภาพจิต ความรู้และการศึกษา ศาสนาและสุขภาพร่างกาย (Meltzer et.al. 1990; Skanze et al. 1992; Sullivan et al. 1992; Katsching, 2000)

2.5.2 ประเด็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ใช้ในการพิจารณาคุณภาพชีวิต

Barry & Crosby (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 34 ราย เป็นการศึกษาระยะยาว โดยทำการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Lehman et.al. (1982) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตทั้งหมด 8 ด้าน คือ สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพทางสังคม กิจกรรมเวลาว่าง การเงิน ความปลอดภัย สุขภาพ

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันวิจัยทางการแพทย์ ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Endicott et al.(1993) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือ สุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรม เวลาว่างและการเรียน

Caron et al. (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล Quebec ประเทศแคนาดาจำนวน 60 ราย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Baker and Intagliata (1982) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นอิสระ การทำกิจกรรมเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และสัมพันธภาพทางสังคม

Norman et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในรัฐ ออนตาริโอ ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Heinrichs et al. (1984) แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 4 มิติ คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานภายในจิตใจ

Green et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 344 คน โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Biglow et.al. (1991) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิต 10 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจทางจิตใจ ความผาสุกทางใจ ความอดทนต่อความตึงเครียด ความพอใจกับความต้องการพื้นฐาน ความเป็นอิสระ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การทำงาน ความสามารถในการทำงาน การใช้เวลาว่าง

Ruggeri et al. (2001) ที่ได้ทำการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 285 คน โดยใช้กรอบของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ

สรุปได้ว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นในปัจจุบันมีการศึกษาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในองค์ประกอบด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำตามบทบาทหน้าที่ สภาพทั่วไปในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจ ซึ่งสิ่งที่คล้ายคลึงกันของการศึกษา คือ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน

ระดับปานกลาง สำหรับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Power (1985, 1992) นั้น ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) ด้านครอบครัวและมีอีกหลายแนวคิดซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การศึกษาของผู้วิจัย อีกทั้งยังเป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยจิตเภท

2.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ คือ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sullivan et al, 1992 ; Mercier & King, 1994) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล (Bobs & Gonzalaze, 1997; Browne et al, 1996) อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต รวมทั้งลักษณะอาการ การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tardive dyskinesia) (Browne et al, 1996) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (นิคยา ตากวิริยะนันท์และชื่นสมน สุยะชีวิน, 2535) การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้น (Katsching, 2000) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและจากการศึกษาของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิง อีกทั้งยังพบว่าระบบการให้บริการของโรงพยาบาล (Ruggeri et al, 2002) และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Caron et al (1998) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 78.8 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงกับคุณภาพชีวิตด้านความมีอิสระ เพื่อนบ้านและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จากการศึกษาของ Browne et al (1996) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho et al. (1998) ที่พบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ สัมพันธภาพกับเพื่อน ความสนุกสนานในการทำหน้าที่ และจากการศึกษาของ Barry & Croby (1996) และจากการศึกษาของ Lehman et al. (1997) พบว่าเชื่อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญก็คือ ครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขถ้าหากปราศจากครอบครัวที่ดี ซึ่งในอดีตมีการเพ่งเล็งไปที่ปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้นมีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นเมื่อรับไว้ใน

โรงพยาบาลแต่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการแย่ลง เนื่องจากเป็นการแก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่ได้คำนึงถึงบริบททั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ และปัญหาของผู้ป่วยก็ไม่ได้เกิดมาเองตามลำพังแต่เกิดขึ้นมาในบริบทของครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ คอยดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและการพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยสรุปคือครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในเรื่องของการให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลจิตเวช เป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้คือ

3.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986) นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้การดูแลผู้ป่วย ในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุนการประทับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

3.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นก็จะต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของ

ระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอมสุวรรณ์ โฉม, 2542)

3.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต

3.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการและให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่าง ๆ เข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา เช่น ทฤษฎีการพัฒนามนุษย์ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการประทับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ฐนิพันธุ์, 2542)

พยาบาลจิตเวชควรมีการนำเอาทักษะในการให้คำปรึกษามาใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชนเพราะทักษะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนทำงานด้วยความมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจมากขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ตามความต้องการ โดยทักษะที่นำมาช่วยเหลือในการให้คำปรึกษามีดังต่อไปนี้คือ (วรรณภา กงสุริยะนาวิน, 2542)

4.1 การเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องแสดงให้เห็นแก่ผู้รับรู้ว่า พยาบาลเป็นผู้ที่รับรู้ เข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเขา ตั้งใจฟังและร่วมแบ่งปันความรู้สึกและปัญหาพร้อมคล้ายกัน ก็จะยิ่งเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น

4.2 การให้เกียรติ (Respect) โดยต้องมีการแสดงการให้เกียรติ ยอมรับ โดยมีความเชื่อในศักยภาพของมนุษย์ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การแนะนำคน เข้าไปทำความเข้าใจกักตักหาบุคคลในชุมชนก่อน กล่าวยกย่องชมเชย การประสานสายคาและตั้งใจฟังด้วยความเอาใจใส่

4.3 ความจริงใจ (Genuineness) โดยการแสดงความจริงใจด้วยการเปิดเผยตนเองอย่างเป็นธรรมชาติ มีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำพูด สามารถแสดงความคิดเห็นได้ในระดับลึก โดยปราศจากการทำร้ายความรู้สึกผู้อื่น พยายามหลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเองเร็วเกินไปและไม่แสดงว่าพยาบาลต้องการจัดการให้คำแนะนำหรือใช้อิทธิพลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของพยาบาลเอง

4.4 ปฏิกริยาตอบสนอง (exploratory responding) ส่วนใหญ่ทักษะที่สำคัญของพยาบาล คือ การฟัง การใช้เทคนิคการทวนซ้ำ การสะท้อนความรู้สึก การแสดงความกระฉ่างของคน และการสรุป

3.5 บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้คือ

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้นต้องราคาถูกและมีประโยชน์

2) การพยาบาลยึดแนวทางในการป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลคุ้มค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้าน และครอบครัว สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้านได้ มีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อ โรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น สัมพันธภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยให้

พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพไปเรื่อย ๆ สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ จึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมินการวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมซึ่งผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล อีกทั้งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีที่สุด หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแล้วจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากนี้การนำผู้ป่วยและครอบครัวมามีส่วนร่วม จะสามารถทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นแนวคิดใหม่ที่เริ่มขึ้นปี ค.ศ 1950 (อุมาพร ตรีภคสมบัติ, 2542)เป็นทั้งแนวคิดและเทคนิคที่ได้พัฒนาขึ้นจากที่มีการให้คำปรึกษาเป็นเฉพาะรายบุคคลต่อมามีการนำการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเข้ามาใช้ เพื่อให้กลุ่มช่วยในการแก้ปัญหาและพัฒนา

บุคคล พบว่าหลายคนมีปัญหาเมื่อกลับไปสู่สภาพแวดล้อมเดิม ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวคิด การให้คำปรึกษาครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืน ปรับตัวกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด โดยการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น การแก้ไขข้อโต้แย้ง การแก้ไขปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร ภายในครอบครัวและกับระบบภายนอก เช่น เครือญาติ เพื่อนฝูงและที่ทำงาน จากการ ทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่าผู้ให้คำจำกัดความของการให้คำปรึกษาครอบครัวดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

อุมาพร ตรีงสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็น การให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามิ ภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย

การให้คำปรึกษาครอบครัวไม่ได้เป็นเพียงการนำคนทั้งครอบครัวมานั่งพร้อมกัน และทำการแทรกแซงโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เท่านั้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็น แนวความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับและนำมาซึ่งความเข้าใจใหม่ ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของ มนุษย์ แนวความคิดดังกล่าวนี้แตกต่างไปจากสมัยก่อนที่เคยมองว่า ปัญหาที่อยู่ “ ภายใน ” ตัว บุคคล และต้องแก้ไขเฉพาะบุคคลนั้นจิตบำบัดครอบครัวมองว่า ปัญหาอยู่ที่ “ ภายนอก ” ตัวบุคคล คือ ที่ บริบท (context) และต้องแก้ที่นั่น คำว่า บริบท หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง ฯลฯ เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

เมธินันท์ ภิณูชน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือครอบครัวบำบัดว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่เฉพาะสมาชิก คนใดคนหนึ่งที่ถูกกล่าวว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหา ที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่ จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่าง มีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

Okun & Rappaport (1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้ คำปรึกษาประเภทหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว โดยมีการปฏิบัติกับ

ครอบครัวในลักษณะเป็นระบบระบบหนึ่ง และมองสภาพปัญหาหรือความบกพร่องของครอบครัวที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเกิดจากระบบครอบครัว มิใช่จากสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง

Bruno (1989) ได้กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ไม่ใช่บุคคลเพียงคนเดียวในครอบครัวที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าร่วมในการบำบัด เพื่อประเมินครอบครัวนั้น ๆ ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Biggs (1994) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counselling) คือ การให้คำปรึกษาที่เน้นที่จะปฏิบัติต่อครอบครัวโดยส่วนรวม การให้ความช่วยเหลือจึงมีเป้าหมายที่จะพยายามปรับเปลี่ยน เพื่อปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย กล่าวง่าย ๆ ก็คือ เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยคนเดียว ครอบครัวในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดซึ่ง ได้แก่ พ่อแม่ สามีนี หรือภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งอาจหมายรวมถึงเพื่อนด้วย นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่บริบท ซึ่งหมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วยโดยเฉพาะบริบทของครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4.2 แนวคิดพื้นฐานของการให้คำปรึกษาครอบครัว

มีแนวคิดพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ ดังนี้

1. เน้นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายนอกจิตใจมากกว่าภายในจิตใจ

การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลถือว่า ความรู้สึกนึกคิดและความขัดแย้งต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งปวงและเป็นจุดที่ต้องแก้ไข แต่จิตบำบัดครอบครัวถือว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นตามลำพังในใจแต่เกิดขึ้นมาในบริบท ในชีวิตจริงเราแยกสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (intrapersonal) ออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (interpersonal) ไม่ได้เพราะทั้งสองสิ่งนี้มีอิทธิพลต่อกัน เมื่อปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นมาตามลำพังแต่เกิดขึ้นมาในบริบทเราจึงไม่สามารถเข้าใจปัญหาได้เลยถ้าเราไม่วิเคราะห์บริบทร่วมไปด้วยและเราจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เลยถ้าเราไม่เปลี่ยนแปลงบริบทด้วย

2. พังเสี้ยนที่ระบบทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะหน่วยย่อยบางหน่วย

การให้คำปรึกษามองบุคคลจะพังเสี้ยนที่หน่วยย่อย คือ ผู้ป่วยหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นเมื่อทฤษฎีระบบเกิดขึ้น วิธีการมองปัญหาก็ตีเปลี่ยนไปโดยจะมองระบบใหญ่ทั้งระบบ รวมทั้ง

มองความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยย่อยแต่ละหน่วยในระบบ ดังนั้นแทนที่จะมองเฉพาะผู้ป่วยและ
แก้ไขเฉพาะตัวผู้ป่วยก็จะมามองและแก้ไขผู้ป่วยรวมไปกับครอบครัวด้วย

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาแห่งความสัมพันธ์ (therapy of relationship) คือ ไม่ได้มองเฉพาะบุคคลใด ๆ แต่มองทุกส่วนที่สัมพันธ์กับบุคคล เหมือนการพยายามต่อชิ้นส่วนของภาพแต่ละชิ้นเข้าด้วยกัน ชิ้นส่วนทุกชิ้นมีความสำคัญเท่าๆ กัน และสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การกิจของผู้ให้คำปรึกษา คือ พยายามจัดให้ทุกชิ้นต่อกันได้อย่างเหมาะสมเจาะเพื่อจะให้ภาพที่สมบูรณ์

การมองที่ความสัมพันธ์ระหว่างระบบด้วยกันเอง เช่น ครอบครัวกับโรงเรียน หรือระหว่างระบบกับระบบใหญ่ เช่น ครอบครัวกับชุมชน และระหว่างระบบย่อยด้วยกัน เช่น พ่อแม่กับลูก เป็นการมองในหลายระดับ ซึ่งจะทำการให้คำปรึกษาเกิดประโยชน์สูงสุดเพราะผู้ให้คำปรึกษาจะเข้าใจได้ถ่องแท้ มีวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลายและเป็นไปอย่างครบถ้วนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3. มองปัญหาแบบวงจรไม่ใช่แบบเส้นตรง

การมองปัญหาไม่ได้เพิ่งเล็งว่าจะอะไรเป็นเหตุหรืออะไรเป็นผล เช่นเหตุการณ์ A ทำให้เกิดเหตุการณ์ B ซึ่งเป็นการมองแบบเส้นตรง (linear causality) แต่การให้คำปรึกษาครอบครัวจะมองปัญหาแบบวงจร (circular causality) คือ มองว่าปัญหาคำเนินอยู่เรื่อย ๆ ก็เพราะปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างระบบย่อย เช่น A ทำให้เกิด B B ทำให้เกิด C และขณะเดียวกัน C ก็มีผลกระทบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับ A อีก ตัวอย่าง เช่น กรณีเด็กที่ถูกพ่อแม่ลงโทษอย่างรุนแรง ถ้ามองแบบ linear causality ก็เห็นเพียงว่าพ่อแม่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้จึงตีลูกหรืออีกนัยหนึ่งลูกเป็นเพียงบุคคลเคราะห์ร้ายที่ “ถูกพ่อแม่กระทำ” แต่ถ้าพิจารณาตาม circular causality แล้วจะพบว่าเด็กเองก็เป็นตัวกระตุ้นให้พ่อแม่เกิดอารมณ์โกรธ โดยการจนมากและอยู่ไม่นิ่งหรือเด็กก็ “กระทำต่อพ่อแม่” เช่นกัน นอกจากปัญหาอยู่ที่เด็กและพ่อแม่แล้วยังมีอิทธิพลของปัจจัยอื่นด้วย เช่น ความยากจน ความตึงเครียดเพราะพ่อตกงาน และแม่ขาดทักษะในการเลี้ยงลูก เป็นต้น การมองแบบ circular causality จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้อย่างกว้างขึ้น เช่น ช่วยหางานให้พ่อทำ ฝึกสอนแม่ให้มีทักษะในการดูแลลูกมากขึ้น แทนที่จะพยายามช่วยพ่อแม่ให้ควบคุมอารมณ์โกรธของคนเท่านั้น

4. สนใจว่าปัญหาคำเนินอยู่ได้อย่างไรและมีบทบาทอย่างไรในครอบครัว

ในปฏิสัมพันธ์ที่เป็นวงจรมันบ่อยครั้งที่เราไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นได้เพราะการที่เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุมันเกิดขึ้นมานานแล้วและไม่อาจจะรื้อฟื้นขึ้นมาแก้ไขใหม่ได้ การให้คำปรึกษาครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน “ที่นี่และขณะนี้” (here and now) คือ พยายามมองหาว่าในขณะที่มีปัจจัยอะไรที่ทำให้ปัญหาคำเนินอยู่เรื่อย ๆ เพราะถือว่า

สามารถค้นหาและแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ได้ง่ายกว่า พยายามค้นหาและแก้ไขปัจจัยในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน

5. มุ่งที่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมมากกว่าความเข้าใจตนเอง

ผู้ให้คำปรึกษารอบคร้วถือว่า ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนเกิดขึ้นในช่วงโม่งบำบัดแล้วก็จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อทุกคนกลับไปใช้ชีวิตร่วมกันที่บ้าน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองจึงไม่เพียงพอ สิ่งที่สำคัญคือ ช่วยให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมองเห็นได้ในช่วงโม่งการให้คำปรึกษา ประสพการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนรวมทั้งของผู้ป่วย โดยออต โนมัต

4.3 เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารอบคร้ว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด

กล่าวอีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษารอบคร้วก็คือ การสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม บริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่ช่วยยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงแต่ทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อที่ครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้หรือเป็น healing environment ให้แก่ผู้ป่วยนั่นเอง

การสร้างพลังให้ครอบครัวนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง โดยทั่วไปเป้าหมายสำคัญในการให้คำปรึกษา 4 ประการ ซึ่งมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน ต่างกันตรงที่วิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นว่าจะเน้นจุดใดและใช้เทคนิคอย่างไร

4.4 หลักการให้คำปรึกษารอบคร้ว

อุมพร ครังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบคร้วมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ

4.4.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยความสมัครใจและต้องการความช่วยเหลือเพื่อตนเอง ผู้รับคำปรึกษาจึงมีแรงจูงใจที่จะร่วมมือในการบำบัดแต่ในการให้คำปรึกษารอบคร้วนั้นแตกต่างกันไป ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิด

ว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ยากกว่า ดังนั้นสิ่งแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำคือ สร้างแรงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษา กลางคันหรือต่อต้านการให้การปรึกษาได้

4.4.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง

ทำความเข้าใจปัญหาอย่างต้องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครเป็นผู้มีส่วนในการเกิดปัญหาหรือทำปัญหาคำเนินอยู่ การแก้ปัญหานั้นได้ผลหรือไม่ถ้ามีปัญหามากอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมุติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

4.4.3 พงษ์เสียงปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่า มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างจะเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้น ๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว

การที่จะมองเห็นรูปแบบปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ได้นั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องฟังเสียงที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่า พงษ์เสียงที่เนื้อหา (content) หรือรายละเอียดปลีกย่อยที่ครอบครัวเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่ใช่เฉพาะกับคนเพียงคนเดียว เช่น ไม่ใช่เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วย-แม่เท่านั้น แต่ต้องมีภาพชัดเจนเกี่ยวกับผู้ป่วย-พ่อ และพ่อ-แม่ ด้วย

4.4.4 ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่

การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่า ๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม ไม่ใช่ฟังเสียงไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น การมองปัญหาในแง่ใหม่โดยเฉพาะแง่ของวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์จะทำให้การแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.4.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด

การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาดังจุดใดหรือให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรนั้นจะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลานาน และการแก้ปัญหา ก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

4.4.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว

ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำตนเป็นระบบปิด (close system) ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ลำบาก หากเครือข่ายระดับประคองและมีความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่น ๆ การให้

คำปรึกษาจะเกิดผลดีต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษาคึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

อุมาพร ตรีงคสมบัติ (2544) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

1) ระยะสั้น

สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ ประการที่หนึ่งคือ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษาและเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ประการที่ 2 คือ วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ และ ประการที่ 3 คือ แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้ความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักเป็นสัปดาห์ละครั้งถ้ามีความรุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) ระยะกลาง

ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้ให้คำปรึกษาได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้วเวลาส่วนใหญ่จะใช้ไปในการแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในตอนท้ายของระยะนี้เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ปัญหาด่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง ในขณะที่บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจะลดลง โดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

3) ระยะสุดท้าย

ในระยะนี้ปัญหาด่าง ๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นและแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเดือนละครั้งหรือสองเดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำการให้คำปรึกษา ในแต่ละครั้งที่พบกันก็จะมีประเมินว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอ คือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้ให้คำปรึกษาคงไม่รับเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวก็จะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้ให้คำปรึกษาเสมอและแก้ไขปัญหายด้วยตัวเองไม่ได้

การให้คำปรึกษาครอบครัวมักสิ้นสุดลงง่ายกว่าการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล บางครั้งเมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้ว อาจมีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะคู่ต่อไป

Glick,Clarkin & Kessler (1987) ได้เสนอเป้าหมายและวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการให้คำปรึกษาครอบครัวดังนี้

เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาความเครียดได้ดี สร้างทักษะที่สำคัญและช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ

ตนเอง โดยมีวิธีการ คือ การทำขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจนและเหมาะสม สร้างความผูกพันให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ ช่วยให้มองปัญหาในแงุ่มใหม่ ให้ความรู้โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิตแต่ละช่วง เพื่อจะปรับตัวให้ถูกต้อง ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างยืดหยุ่น ฝึกทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสารและการสนองทางอารมณ์ การอบรมลูกสามารถวิเคราะห์ความเป็นมาของปัญหาว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อปัญหาและรู้ว่าปฏิสัมพันธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่และต้องทำการแก้ไขอย่างไร

4.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1) Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตถิภาวนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

2) Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้กล่าวถึง ในปี ค.ศ 1980 การให้คำปรึกษาครอบครัวได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี 7 ลักษณะดังนี้

4.5.1 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ (Psychoalytic Family Therapy)

บุคคลที่นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์มาใช้ในการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ แอคเคอร์แมน ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) Ackerman เป็นจิตแพทย์เด็กได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

Ackerman กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ (interpersonal conflict) ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเองและช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5.2 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy)

เมอร์เรย์ โบเวน และไมเคิล เคอร์ (Murray Bowen และ Micheal Kerr) เป็นผู้ นำในการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โบเวนเชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัวจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเองและมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

4.5.3 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy)

ผู้นำทฤษฎีก็คือ มินูชิน (Minuchin, 1974) มินูชิน เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยากและขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา

เป้าหมายของครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

4.5.4 ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

กาล ไวท์เทคเคอร์ (Carl Whitaker) ได้นำเอาแนวความคิดทฤษฎีเชิงมนุษยนิยม มาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยมมีความเชื่อว่า บุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้น การไม่แสดงความรู้สึก ทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การบำบัดจะเน้นมีการสร้างความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของคน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม การให้คำปรึกษาจะเน้นสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) เน้นที่นี้และปัจจุบันนี้ (Hear and Now)
- 2) อีสรภาพในการแสดงออกของแต่ละบุคคล
- 3) การตระหนักถึงความเป็นไปที่เกิดขึ้นภายในตนเอง

4) การทำให้ตนเองบรรลุถึงจุดเป้าหมายที่ตั้งไว้
 5) ความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว
 6) ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ให้เปิดเผยต่อกันและกันมากขึ้น มีความยืดหยุ่นในกฎระเบียบของครอบครัว มีการสื่อสารที่เหมาะสม เทคนิคที่ใช้ ได้แก่ เทคนิคแบบ gestalt การสมมุติบทบาท และ sculpting รวมทั้งการบำบัดโดยใช้ศิลปะเป็นต้น

4.5.5 **สจิวต์ และซันดีน (Stuart & Sundeen)** เชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสารการให้คำปรึกษาเน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจน เป้าหมายของการให้คำปรึกษา เน้นการแสดงความรู้สึกและรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวา และความภาคภูมิใจในตนเอง

4.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลากหลายเทคนิค ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวเฉพาะเทคนิคที่สำคัญของ Structural family therapy ดังต่อไปนี้คือ

4.6.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้างความสัมพันธ์นี้ว่า joining ซึ่งหมายถึง การที่ผู้บำบัดเข้าสู่ระบบครอบครัวที่มาขอรับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี joining ไม่ใช่การทำความรู้จักแบบผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนและรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็นความสุข ความทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัว

1) พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่น ขณะสัมภาษณ์ ถ้าลูกเรียกพ่อแม่อย่างไร ผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

2) ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ

3) สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ใน

ภาวะสิ้นหวังต้องการ ได้ยินว่าภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจในการที่จะ แก้ปัญหาต่อไป

4) join สมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียง แล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

5) วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่งอาจ ทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้ง กัน เมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join กับทั้งสองคนให้สมดุลกัน

6) อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ไม่ว่าจะ เป็นพ่อ แม่ ผู้ป่วยหรือสมาชิกคนอื่น ครอบครัวเคยถูกตำหนิมาตลอดเวลา ทั้งจากระบบภายนอกและภายในครอบครัวด้วยกันเอง ซึ่ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ที่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและยินดีต้อนรับ ครอบครัวอย่างไม่มีเงื่อนไข

7) อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาใน วงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทใน การเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิด ประโยชน์แต่อย่างใดแต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ให้คำปรึกษาได้

4.6.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

การสร้างข้อตกลงหรือ contract เป็นสิ่งจำเป็นก่อนที่จะเริ่มการให้คำปรึกษา ข้อตกลงในที่นี้หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะนาน กี่นาทีใครจะต้องมาร่วมในชั่วโมงการให้คำปรึกษาบ้าง การให้คำปรึกษาจะมีทั้งหมดกี่ครั้ง เป็น เวลานานกี่เดือน ฯลฯ

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

- 1) ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มขึ้นแล้ว
- 2) ครอบครัวรู้ระยะเวลาแน่นอนที่จะใช้ในการให้คำปรึกษา ทำให้ไม่รู้สึกว่า การ ให้คำปรึกษาจะไม่มีวันสิ้นสุดหรือเป็นภาระหนัก ครอบครัวจะร่วมมือในการให้คำปรึกษามากขึ้น
- 3) เป็นการกำหนดว่าสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทอย่างไร และผู้ให้คำปรึกษามี บทบาทอย่างไรอย่างชัดเจนไม่เกิดความสับสน

ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวบางคนอาจให้มีการเขียนข้อตกลง เป็นลายลักษณ์อักษร วิธีนี้สำหรับครอบครัวที่ยุ่งเหยิงมาก และมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด

4.6.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาคอบครัวที่ได้ผลดีต้องมีเป้าหมายชัดเจน คอบครัวต้องตกลงกับ ผู้ให้คำปรึกษาว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในคอบครัวบ้าง

หลักสำคัญในการตั้งเป้าหมาย คือ

1) ช่วยให้คอบครัวตั้งเป้าหมายให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้นการให้คำปรึกษาคอบครัว การตั้งเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวชี้ว่าการให้คำปรึกษาจะเกิดผล เพราะคอบครัวที่ รู้ว่าตนต้องการอะไรนั้น จะรู้ว่าตนต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้ได้สิ่งนั้นเป็นจริง ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้คอบครัวปรึกษาหารือหรือตั้งเป้าหมายร่วมกันให้ได้ แม้จะเป็นการยากเพราะในระยะแรกคอบครัว มักมีความขัดแย้งกันมาก แต่การพยายามตกลงกันจะทำให้คอบครัวเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างเพิ่มขึ้น

2) ต้องให้คอบครัวตระหนักว่าตนเป็นคนกำหนดเป้าหมายและเป็นเจ้าของ เป้าหมายนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้คอบครัวเป้าหมายเอง ไม่ใช่คิดแทนคอบครัว เช่น อาจ ตั้งคำถามสมาชิกแต่ละคนว่า

“ ถ้าคุณสามารถเปลี่ยนแปลงคอบครัวของคุณได้คุณอยากเปลี่ยนอะไรมากที่สุด ”

“ คุณต้องการให้ชีวิตคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ”

เป้าหมายของคอบครัวควรสอดคล้องกับเป้าหมายซึ่งผู้ให้คำปรึกษาได้จากการ ประเมินคอบครัว ถ้าเป้าหมายของคอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้ไปด้วยกัน ก็ควรวิเคราะห์ให้ กระจ่างว่าเพราะอะไร และผู้ให้คำปรึกษาต้องอธิบายเหตุผลของตนให้คอบครัวเข้าใจก่อน เช่น คอบครัวมีเป้าหมายว่าต้องการแก้ไขพฤติกรรมเกรของลูก แต่ผู้ให้คำปรึกษาพบว่าพ่อแม่มีความ ขัดแย้งเกี่ยวกับลูกอย่างรุนแรงและความขัดแย้งนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ลูกมีพฤติกรรมเกร ผู้ให้คำ ปรึกษาควรเสนอแนะให้กับพ่อแม่ว่า การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ควรเป้าหมายเป็นอันดับ แรกและการแก้ไขพฤติกรรมของลูกน่าจะเป็นเป้าหมายอันดับต่อไป เป็นต้น

3) เป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมาย สำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง มีความชัดเจน เป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ เช่น เป้าหมายไม่ ควรเป็น “เพื่อให้ลูกเป็นเด็กดี” เพราะคำว่า “ดี” เป็นนามธรรม ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ นอกจากนี้ ความหมายยังแตกต่างกันในแต่ละคอบครัว บางคอบครัวอาจหมายถึงการที่ลูกขยันเรียนหนังสือ และประพฤติเรียบร้อยแต่บางคอบครัวอาจคิดว่าเพียงลูกไม่สอบตกและไม่ไปก่อเรื่องเดือดร้อนกับ ใครก็ดีพอแล้ว นอกจากนี้ในเด็กเล็กถ้าตั้งเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน เด็กอาจไม่เข้าใจว่าพ่อแม่คาดหวัง ว่าให้ตนทำอะไร ฉะนั้นเป้าหมายควรเป็นสิ่งที่ชัดเจนวัดได้และประเมินได้ เช่น “ให้ลูกพูดจาสุภาพ” แทนที่จะบอกเป็นนามธรรมว่า “ให้ลูกทำตัวดี” หรือควรตั้งเป้าว่า “ให้ลูกช่วยคุณแม่ทำความสะอาด บ้านในวันเสาร์” แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกเป็นคนที่มีน้ำใจ” เป็นต้น ไม่กว้างเกินไป แต่มีขอบข่าย ชัดเจนว่าต้องการให้เกิดอะไร ที่ไหน เมื่อไร เช่น เป้าหมายว่า “ให้ลูกช่วยงานบ้าน” เป็นเป้าที่กว้าง เกินไป เพราะงานบ้านมีหลายอย่างตั้งแต่ล้างจาน กวาดบ้าน ไปจนถึงรดน้ำต้นไม้ การบอกกว้าง

เช่นนี้ทำให้กระทำตามเป้าได้ยากจึงควรกำหนดพฤติกรรมให้ชัดเจน เช่น “ให้ลูกช่วยกวาดบ้านในตอนเย็นเมื่อกลับจากโรงเรียนทุกวัน และช่วย ภูบ้านในวันเสาร์” เป็นต้น

4) ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ เพื่อจะวัดได้ว่าการบำบัดก้าวหน้าหรือไม่ เช่น เป้าหมาย “ให้ภรรยาไม่อารมณ์เสีย” เป็นเป้าหมายที่สังเกตได้ก็จริง แต่จะวัดได้ยาก เนื่องจากอารมณ์มักจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม เป้าหมายจึงควรเป็น “ให้ภรรยาพูดกับสามีโดยไม่โมโห” หรือแทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกขยันเรียนกว่านี้” ก็ควรตั้งว่า “ให้ลูกทบทวนบทเรียนเป็นเวลา 1 ชั่วโมงทุกวันตั้งแต่สองทุ่มถึงสามทุ่ม” เป็นต้น เป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ ไม่ใช่ตั้งขึ้นมาอย่างเพ้อฝัน เช่น ถ้าลูกมีสติปัญญาในระดับที่เรียนซ้ำ ก็ต้องตั้งเป้าว่าให้ลูกสอบผ่านเท่านั้น ไม่ใช่ให้ได้ที่ 1 เป็นต้น

5) ควรเป็นการทำสิ่งใหม่ขึ้นมา ไม่ใช่ให้เลิกทำสิ่งเก่า ๆ กล่าวง่าย ๆ คือ ควรตั้งเป้าหมายในเชิงบวกแทนที่จะเป็นเป้าหมายในเชิงลบนั่นเอง เช่น แทนที่จะตั้งเป้าว่า “ให้ลูกไม่พูดหยาบคายกับพ่อแม่” ก็ตั้งเป้าว่า “ให้ลูกพูดไพเราะกับพ่อแม่” หรือตั้งเป้าหมายว่า “ให้ลูกไปโรงเรียนทุกวัน” ไม่ใช่ “ให้ลูกหนีโรงเรียน” การเน้นพฤติกรรมเชิงบวกจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขาก็ทำสิ่งที่ดีได้และทุกคนให้ออกาสเขาเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ครอบครัวก็จะมีกำลังใจและมองผู้ป่วยในแง่ที่ดีขึ้นการตั้งเป้าหมายในเชิงบวกมีผลที่แตกต่างจากเป้าหมายในเชิงลบ

6) เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก แทนที่พฤติกรรมทางลบที่ เคยทำอยู่เป็นประจำ ช่วยให้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียดและชัดเจน เช่น ครอบครัวมีเป้าหมายว่า “ต้องการมีความสุขขึ้น” ก็ควรกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยกันให้ชัดเจนว่าความสุขหมายความว่าอะไร แต่ละคนควรเป็นอย่างไรจึงจะเรียกว่ามีความสุข ครอบครัวจะต้องทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้าง สมาชิกแต่ละคนอาจมีความเห็นแตกต่างกันได้อย่างมากมายแม้ว่าทุกคนจะยอมรับเป้าหมายในตอนแรกก็ตาม การช่วยให้ครอบครัวเจรจาต่อรองกันเกี่ยวกับความต้องการที่แตกต่างกันนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ถ้ามีความแตกต่างกันมากครอบครัว อาจตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้นอีกข้อหนึ่ง นั่นคือ ให้ครอบครัวสามารถเจรจาตกลงในความต้องการที่แตกต่างกันได้

7) เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างรีบด่วนและอะไรที่รอได้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป้าหมายที่รีบด่วน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาต้องจัดให้มีการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ นั้น เป็นเป้าหมายอันดับรองลงมา

8) ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ในการให้คำปรึกษาแต่ละระยะจะต้องประเมินว่าเป้าหมายแต่ละข้อนั้นสำเร็จตามที่วางแผนไว้มากน้อยเพียงใดมีอะไรเป็นอุปสรรคเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตลอดการให้คำปรึกษาอาจมีการตั้งเป้าหมายได้หลายครั้ง ผู้ให้คำปรึกษาต้องย้ำให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ไม่ใช่ของผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องเป็นผู้ทำเป้าหมาย

นั้นให้สำเร็จลุล่วง ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่เพียงช่วยให้คำแนะนำและช่วยคิดแก้ปัญหาในกรณีที่มีอุปสรรคเกิดขึ้นเท่านั้น

4.6.4 การตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว คำถามแต่ละแบบจะให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

1) คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไร ที่ไหน เช่น คำถามแบบนี้จำเป็นในการรวบรวมข้อมูลแต่ถ้าใช้คำถามแบบนี้เท่านั้นผู้ให้คำปรึกษาก็จะไม่เข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นชัดเจนพอ เช่น “สัปดาห์ที่ผ่านมามีปัญหาอะไรหรือไม่?”

2) คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจมีลักษณะเป็นวงกลมที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้เริ่มต้นการตั้งคำถามแบบวงกลมขึ้นมา (Selviniparazzoli et al., 1978) ลักษณะจะพุ่งถึงความแตกต่างใน 3 ด้านคือ

2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “ใครเป็นทุกข์มากที่สุดในบ้าน?”

2.2) ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มิต่อกัน เช่น

“พ่อปฏิบัติต่อลูกสาวแตกต่างจากลูกชายอย่างไร?”

2.3) ความแตกต่างในระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต เช่น

“ความรู้สึกของคุณต่อภรรยาตอนนี้แตกต่างไปจากเมื่อแต่งงานใหม่ๆ อย่างไร?”

ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวชัดเจนขึ้น

3) คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิดคำถามปิด เพื่อให้ครอบครัวมีอิสรภาพในการตอบ แต่ก็ควรมีกรอบไว้ให้ด้วย เพื่อมิให้ตอบนอกประเด็น เช่น “คุณจะทำเรื่องการเรียนของลูกให้ดีขึ้นสักนิดได้ไหม?” เพราะถ้าใช้คำถามที่เปิดกว้างเกินไป เช่น “เล่าเรื่องของคุณให้ฟังสักนิดซิคะ” ก็จะได้คำตอบที่กว้างและอาจไม่ตรงประเด็น บางทีบางครอบครัวอาจย้อนถามผู้ให้คำปรึกษาว่า “จะเอาเรื่องอะไรล่ะครับ มันมีหลายเรื่องไม่รู้จะเล่าอะไรดี”

การให้ครอบครัวเป็นฝ่ายหยิบยกเรื่องขึ้นมาพูดคุยกันนั้น บางครั้งอาจไม่เหมาะสม เพราะครอบครัวอาจพูดถึงเรื่องที่เพิ่งเกิด หรือเรื่องที่ง่ายแต่ไม่มีความสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษาเลย ผู้ให้คำปรึกษาจึงควรบอกให้แน่ชัดว่าต้องการรู้เรื่องอะไร

4.6.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังข้อมูลและตอบสนองกับคนหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีประสบการณ์และข้อมูลมากมาย ที่ต้องการ ผู้ให้คำปรึกษารับรู้แต่บ่อยครั้งที่ข้อมูลเหล่านั้นเป็นรายละเอียดปลีกย่อยมาก ไม่ตรงประเด็นหรือไม่ มีประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะต้องมุ่งเน้นอยู่ที่ประเด็นสำคัญ ที่เรียกว่า focusing มิฉะนั้นก็อาจจะ “หลงทาง” คือ ดูครอบครัวนำไปยังเรื่องอื่นที่ไม่มีความสำคัญ ผลที่ตามมาคือชั่วโมงการให้คำปรึกษานั้นจะมีความสับสนวุ่นวาย เมื่อจบชั่วโมงแล้วก็ไม่รู้ว่ามีวันนี้มาพูดคุยกันเรื่องอะไรเป็นการสิ้นเปลืองเวลาและทำให้การให้คำปรึกษาไม่ก้าวหน้า

บางครั้งครอบครัวอาจนำเรื่องอื่นที่ไม่ใช่ประเด็นสำคัญหรือปัญหามาพูด ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเองมีปัญหาหลายประการ จึงเกิดความสับสนว่าอะไรเป็นปัญหาสำคัญกันแน่ บางครั้งครอบครัวอาจมีความขัดแย้งกันมาก จึงพยายามลดความตึงเครียด โดยเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหาที่แท้จริงแต่ยกเรื่องอื่นที่ไม่สำคัญมาพูดคุยก็ได้

4.6.6 การทำให้กระจ่าง

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงกัน สมาชิกแต่ละคน โดยเฉพาะสามีภรรยาต่างต้องอาศัยอีกคนหนึ่งเป็นผู้ทดแทน หรือ “เติม” สิ่งที่ตนขาดไปให้เต็ม ดังนั้นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงสื่อสารกันอย่างกระจ่างชัดจึงเป็นสิ่งที่ยาก เพราะแต่ละฝ่ายมักเกรงว่า ถ้าแสดงความรู้สึกออกมาตรงๆ อาจทำให้อีกฝ่ายโกรธ เสียใจ ไม่รัก หรือตีจากไปในที่สุด ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา เราจึงได้ยินสามีภรรยาถั่วถึงกันอย่างคลุมเครือ เพราะไม่กล้าบอกว่าตนเองต้องการอะไร หน้าที่สำคัญของผู้ให้คำปรึกษา ก็คือ ต้องทำความเข้าใจความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่นั้นกระจ่างชัด

การทำให้กระจ่างมีประโยชน์ 2 อย่าง คือ ผู้พูดเองก็มีความชัดเจนว่าตนรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็จะมีใจความชัดเจนว่า อีกฝ่ายหนึ่งบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรบ้างเพื่อจะตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

4.6.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

กุญแจสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวเติบโตขึ้นก็คือ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึกต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยได้มากขึ้น เข้าใจความรู้สึกของคนชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาเป็นการกระทำที่เหมาะสม

4.6.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

Watzlawick และคณะ (1974) เป็นผู้ใช้คำว่า reframing เป็นครั้งแรก โดยหมายถึง การเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหา ได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม

โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ในอดีตแต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและ หาทิศทางออกไม่ได้ การ reframe คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหา หรืออาการป่วยในแง่ มุมมองที่ไม่เคยมองมาก่อน วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม ผู้บำบัดจะ reframe อย่างไหน ขึ้นอยู่กับว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในชั่วโมง การ reframe คล้ายคลึงกับการ ตีความ (interpretation) แต่ต่างกันตรงที่การ reframe มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม แต่การตีความนั้นก็เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight)

วิธีการที่ครอบครัวมองปัญหานั้นมีผลต่อการให้คำปรึกษา เช่น ถ้ามองว่าปัญหาที่ เกิดขึ้นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ครอบครัวก็จะไม่ร่วมมือเท่าที่ควร ในกรณีนี้การให้คำปรึกษา มักจะ reframe ปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมอง ว่าเป็นเรื่องยากและไม่มีทางแก้ไขได้ ครอบครัวก็จะรู้สึกหมดหวัง ซึ่งจะต้อง reframe ปัญหาใหม่ให้ ครอบครัวรู้สึกว่ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

4.6.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

การให้คำปรึกษาจะต้องมีความเข้มข้นทางอารมณ์ หรือ emotional intensity ที่ เหมาะสมความเข้มข้นที่มากเกินไปโดยเฉพาะเมื่อมีความขัดแย้ง จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้ ลำบากและครอบครัวจะสื่อสารกันไม่ได้ แต่ความเข้มข้นที่น้อยเกินไปจะทำให้การให้คำปรึกษา เชื่องช้าและขาดเป้าหมาย ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงอารมณ์อย่างอิสระในขอบเขตที่ พอเหมาะ โดยอาจใช้วิธีต่อไปนี้

- 1) ใช้คำอุปมาหรือคำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์ เมื่อสมาชิกเริ่มกล่าวถึง ความรู้สึกของตน ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้แสดงความรู้สึกมากขึ้น โดยเปรียบเทียบความรู้สึก ดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ
- 2) ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ภาษาที่ผู้ป่วยใช้นั้นมักมีความหมายเป็นพิเศษ สำหรับตัวผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่มาแทนเพราะจะทำให้ ความเข้มข้นทางอารมณ์ลดลง และจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับคำพูดของผู้ป่วยใหม่ ซึ่งบางทีอาจไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการสื่อทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่นและผู้ป่วยรู้สึกว่ผู้ให้ คำปรึกษาไม่เข้าใจความรู้สึกของตน

3) การคงอยู่ที่ประเด็นเดิม ถ้าครอบครัวมองไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้การกล่าวซ้ำ ๆ และคงอยู่ที่ประเด็นนั้นโดยไม่เปลี่ยนไปเรื่องอื่น จะช่วยเพิ่มความเข้มข้นของการแทรกแซงและทำให้มีการแสดงอารมณ์ออกมาชัดเจนยิ่งขึ้น

4.6.10 การท้าทาย

การท้าทาย หรือ challenging เป็นวิธีกระตุ้นให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จะท้าทายให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ใหม่ ประเมินความเป็นไปในปัจจุบันใหม่และเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาจากวิธีเก่าที่ใช้ไม่ได้ผลเป็นวิธีใหม่ที่ดีกว่าเดิม การท้าทายคือการตั้งคำถามว่า “จริงหรือที่.....?” เช่น “จริงหรือที่ทุกอย่างล้มเหลวแล้ว?”

“จริงหรือที่คุณทั้งสองพยายามทำเต็มที่แล้ว?”

1) จะต้องท้าทายวิธีการไม่ใช่บุคคล นั่นคือ ท้าทายวิธีการที่ครอบครัวเคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้วอย่าท้าทายบุคคลเพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกถูกดูหมิ่นและเกิดการต่อต้านได้

2) การท้าทายครอบครัวจะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และตั้งคำถามอยู่ในใจเสมอว่าครอบครัวนี้ควรก้าวไปในทิศทางใด มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้ครอบครัวพัฒนาไปมากกว่านี้ และครอบครัวนี้มีจุดคืออะไรบ้างที่ควรได้รับการพัฒนา

3) การท้าทายเป็นการผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า แทนที่จะยึดติดอยู่กับวิถีปฏิบัติเก่า ๆ ซึ่งไม่ได้ผล การท้าทายเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การท้าทายจะได้ผลก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี และในทำนองเดียวกัน การ join ที่ดีก็จะต้องมีการท้าทายอยู่ด้วย ทั้งสองสิ่งนี้เป็นการก้าวเข้าไปภายในระบบครอบครัว เชื่อมกับความสัมพันธ์กับครอบครัวและดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ ทั้งการท้าทายและการ join เป็นผลมาจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น เชื่อมมั่นในส่วนของครอบครัว และมุ่งมั่นที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.6.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา

เทคนิคที่สำคัญมากอันหนึ่งของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ enactment ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ การได้เห็นปัญหาว่าเกิดขึ้นอย่างไร ใครทำอะไรกับใครและใครตอบสนองอย่างไร จะทำให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดมากกว่าการฟังสมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน เพราะแต่ละคนมีมุมมองต่างกัน enactment อาจทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจำวันให้เห็นใน session

เมื่อเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์อย่างชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะแทรกแซงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์

ใหม่เพื่อให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ โดยทั่วไปครอบครัวจะมั่นใจขึ้นแล้วกลับไปทำที่บ้านได้ คิซึนถ้าได้ทดลองทำ

4.6.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมุติที่แยกความเป็นไประหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร (Minuchin 1974) เช่น ขอบเขตของบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่กันไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งกันไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหา เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ-ลูกสาวได้ เป็นต้น

การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman 1981) ถ้าสมาชิกคู่ใดใกล้ชิดกันมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจนจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจจะนำเอาบุคคลที่สามที่เคยห่างเหินเข้ามาแทน เช่น ถ้าแม่กับลูกใกล้ชิดกันมากเกินไปและพ่อจะถูกกีดกันออกไป แยกแม่กับลูกให้ห่างจากกันมากขึ้น และนำพ่อให้เข้ามาใกล้ชิดกับลูกมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต หรือ boundary-making

4.6.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directing การทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น หลายครั้งต้องมีการแนะนำว่าครอบครัวควรทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ให้คำปรึกษาจะพยายามกระตุ้นให้ครอบครัวคิดเอง โดยจะเพียงช่วยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ให้วิเคราะห์ ถ้าครอบครัวยังหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ผู้ให้คำปรึกษาก็จะให้คำแนะนำว่าควรทำอะไร

ไม่ควรให้คำแนะนำในลักษณะที่แสดงว่าตนรู้อะไร ๆ ดีกว่า หรือมีอำนาจมากกว่า ควรให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามคำแนะนำหรือไม่

4.6.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริงต่อเมื่อเขามีประสบการณ์ใหม่ที่ชัดเจนไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น การช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากในอดีต นอกจากจะทำในชั่วโมงโดยใช้เทคนิค enactment แล้วยังจะต้องทำที่บ้านด้วย โดยวิธีให้การบ้านกลับไปทำนั้นเองเมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องทบทวนว่าการบ้านที่มอบหมายไปนั้นทำได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้าง

จุดมุ่งหมายของการบ้านนอกจากเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังเพื่อให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เป็นต้น ทั้งยังช่วยให้ครอบครัวมีจุดสนใจหรือเป้าหมายที่ต้องทำให้สำเร็จ แทนที่จะมาเสียเวลาสนใจอยู่แต่ปัญหาหรืออาการป่วย หากครอบครัวทำการบ้านได้ดีก็ควรให้คำชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจมากขึ้น คำชมอาจมาจากผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวหรือจากสมาชิกด้วยกันเอง บางครั้งสมาชิกอาจตั้งระบบการให้รางวัลขึ้นมาเองก็ได้

4.6.15 เทคนิคการแสดงมุมมองของคนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

Sculpting เป็นเทคนิคที่ให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เหินห่างหรือลำดับอำนาจ โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน ผู้บำบัดจะมอบหมายให้สมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประติมากร คือเป็นคนจัดตำแหน่งหรือท่าทางต่าง ๆ

sculpting มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดน้อยลง ช่วยให้ครอบครัวสัมผัสกับความรู้สึกของคนได้ดีขึ้น และสุดท้ายคือเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษากำลังคิดอะไรไม่ออกหรือไม่รู้ว่าจะแทรกแซงอย่างไร

4.6.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

Paradox หรือ Paradoxical intervention หมายถึงการออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป เทคนิคนี้เป็นเทคนิคสำคัญของ Strategic family therapy

Paradox มีประโยชน์ในกรณีที่เทคนิคอื่นใช้ไม่ได้ผลแล้ว การจะใช้เทคนิคนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้อง reframe ความหมายของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่ และให้ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมจึงต้องทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อไป

4.6.17 การควบคุมความรุนแรง

Control violence ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้มากกว่าจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่มีความขัดแย้งกัน ความรู้สึกโกรธในบุคคลที่หนึ่งอยู่ตรงหน้าย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ คือให้แสดงอารมณ์ได้แต่ต้องไม่รุนแรงจนเกิดความก้าวร้าวทำร้ายร่างกายหรือทำลายสิ่งของ ตัวอย่าง เช่น ลูกที่คิดยาเสพติด เป็นสิทธิของพ่อแม่ที่จะโกรธเพราะลูกทำผิดจริง และลูกจำเป็นต้องรับรู้ว่าการผิดกรรมของคนทำให้พ่อแม่รู้สึกอย่างไร แต่อย่าให้ความโกรธทวีขึ้นเรื่อย ๆ จนพ่อควบคุมตนเองไม่ได้แล้วทำร้ายลูก

วิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง คือ ต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านั้นตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาจใช้วิธีต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ตัดบทก่อนที่จะมีการดำเนินคดีหรือมีอารมณ์โกรธมากขึ้น
- 2) ตั้งคำถามให้แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น เช่น อาจถามว่า “ตกลงเราจะแก้ปัญหาด้วยการดำเนินกันแบบนี้หรือ?”
- 3) คึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้มาฟังเสียงอารมณ์อื่น ๆ ที่อยู่ลึกกว่า เช่น “เรื่องนี้คงเป็นภาวะที่น่าลำบากใจมากสำหรับทุกคน”
- 4) เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่ เช่น “ดิฉันขอให้คุณพูดทีละคน เมื่อคนหนึ่งพูด อีกคนหนึ่งต้องฟัง ไม่ใช่แข่งกันพูด”
- 5) ออกคำสั่งที่ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ ชิงครอบครัวมีอารมณ์รุนแรงมากเท่าใด ผู้บังคับต้องเข้าไปควบคุมมากเท่านั้น อย่างกลัวว่าจะเป็นการไม่สุภาพที่จะออกคำสั่ง บางครั้งการช่วยให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงก็จำเป็นต้องทำอย่างหนักแน่นและตรงไปตรงมา เพื่อตัดวงจรแห่งปัญหาให้สิ้นสุดลงก่อนที่จะมีการทำร้ายกันทางกายหรือทางวาจา

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาคครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้นโครงสร้าง

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวช หรือการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาคครอบครัวได้ในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น การพบผู้ป่วยและญาติที่ โรงพยาบาลเมื่อแรกรับ การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่พยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้คือ (อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย, 2545)

1) การประเมินสภาพ

ขั้นรวบรวมข้อมูล พยาบาลจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประวัติทางด้านจิตเวชและอายุรกรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร อาการของบุคคลในครอบครัว

เทคนิคการรวบรวมข้อมูล เริ่มต้นประเมินโดย

1.1) ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว

1.2) ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัวแต่ละครอบครัว มีเป้า

หมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวหวังว่าลูกต้องเรียนสูง ๆ หรือบางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกทำแล้วประสบความสำเร็จ

1.3) ให้นักกลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้การเล่นบทบาทสมมุติ (Role play)

1.4) สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงเราต้องหาทางเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางสร้างสรรค์

2) ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา จะพิจารณาดังนี้

2.1) ปัญหาอยู่ที่ใคร

2.2) จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

2.3) กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

2.4) สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

3) การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1) เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัวก็คือ

3.1.1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

3.1.2) ขจัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต

3.1.3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

3.2) การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไว้อาจทำได้ 2 ลักษณะ

3.2.1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน เรากำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในชั้นต้น

3.2.2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกัน ความเข้าใจกันและกัน โดยพยาบาลอาจต้องการญาติเป็นรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอนและใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่า จะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

3.3) การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว กำหนดกิจกรรมภายในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม พยาบาลจะต้องตัดสินใจพิจารณาตั้งแต่ครอบครัวว่า ต้องการการเปลี่ยนแปลงส่วนไหน ดูความต้องการการเปลี่ยนแปลง จากนั้นดำเนินการสู่การ

เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงก็คือ ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้องเหมาะสมกับทุกครอบครัว

4) การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว

ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว จะเน้นหลักการดังนี้

- 4.1) ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง
- 4.2) มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจชัดเจน
- 4.3) การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว
- 4.4) เราต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัวแต่ละ

สถานการณ์

- 4.5) พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตัวเอง
- 4.6) กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลตนเอง
- 4.7) กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลตนเอง

4.8) เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ เน้นการเข้าใจและการยอมรับ รับรู้ความรู้สึก สนับสนุนและให้กำลังใจทุกฝ่ายโดยเฉพาะผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา เช่น ปัญหาอาจเกิดจากความสามารถของบุคคลในครอบครัวสูงเกินไป เราก็ใช้ความสามารถของบุคคลนั้นในทางที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ สังเกตและให้การเรียนรู้ ควบคุมตนเอง สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ควรมีกฎเกณฑ์ให้ครอบครัวด้วย ครอบครัวจะเน้นหน้าที่ ระบบ บทบาทให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

5) การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและความก้าวหน้าจากการปฏิบัติกิจกรรมครอบครัวบำบัด แต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2545)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะแต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยายามผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของกลุ่มเน้นโครงสร้าง มีบทบาทที่เด่นชัดคล้ายเป็นผู้กำกับการแสดงที่ต้องมีความคล่องแคล่ว ว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัว ทั้งในฐานะผู้สังเกตและผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเข้าไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้คำปรึกษา ในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำ หากพบว่าครอบครัวคาดหวังความเป็นผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ความช่วยเหลือ อาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือทั้งครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทตัวเองมา

เป็นผู้สังเกตดูแลวัดที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิคย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542) เป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา , 2547) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าจากการศึกษาของ นิตยา ดากวิริยะนันท์และชินสุมน สุยะชีวิน (2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตใจจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา ธีระสมบุรณ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษาของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) ในเรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาของ นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2548) โดยทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีมากนั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่และเป็นอุปสรรคและไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้

โดยปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มี ความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน

มักไม่หายขาด เพียงแค่อาการทุเลาแต่สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการกำเริบได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมาขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรกผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน (มานิตศรีสุภานนท์ และจำลอง คิษยวณิช, 2542) รวมทั้งอาการข้างเคียงของยา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชูติมา ประทีปจิตติ และสุคนธ์ คำอ่อน, 2541) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัวและลักษณะส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาคืออยู่ในโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลงและเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้คำปรึกษา เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นลักษณะองค์รวม หรือ Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งการให้คำปรึกษารอบครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มปัญหาในบริบทของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัว ก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ซึ่งให้ความสำคัญในระดับครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์และรังษิยานารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษารอบครอบครัว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วยและในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วยถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณีณี ไพบูลย์รัตนกร, 2547) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วยความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว (Ackerman, 1958)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการประยุกต์แนวความคิดการให้คำปรึกษารอบครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของ Lubkin (1986) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัว เชื่อว่า ครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์

ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวยุคใหม่ที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความชัดเจนในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีการดำเนินชีวิตครอบครัวอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่ม โครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้น ความเป็นตัวของตัวเองแต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินีทร์ ภิณูชน, 2539) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้แนวคิดของ Lubkin (1986) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสอดคล้องไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้วิจัยมีการให้ความสำคัญกับการจัดระเบียบ โครงสร้างในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Rosenfield, S., 1992) ดังนั้นกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่ม โครงสร้างครอบครัว จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัวให้มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจนมากขึ้นมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจน (Clear boundaries) มากขึ้น เนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เป็น healing environment ในการช่วยรักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่ส่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ถึงระดับดีที่สุด ตลอดจนแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Salvatore Minuchin (1974) และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของ Lubkin (1986) ดำเนินการเป็นกิจกรรม ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ

การประเมินโครงสร้างและขอบเขตของครอบครัว การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ชั้นวิเคราะห์สภาพ ปัญหา การวางแผนเพื่อดำเนินการให้คำปรึกษา การปฏิบัติการให้คำปรึกษาและการประเมินผลปรับ เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยให้ คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย สมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอน ที่บ้านของผู้ป่วย ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะตามกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวและ ดำเนินการให้คำปรึกษาครั้งละประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน โดยกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลง และการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง การสร้างสัมพันธภาพในกิจกรรมแรกนี้เพื่อสร้างความไว้วางใจและพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวจะดำเนินไปได้ด้วยดีก็ต่อเมื่อได้รับความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ Joining ซึ่งไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ เพื่อให้ เกิดการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี จากนั้นจึงดำเนินการประเมินครอบครัวซึ่งเป็นขั้นตอน เบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีการประเมินในส่วนของโครงสร้างของ ครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ และการประเมินกระบวนการที่ เกิดขึ้นในครอบครัวโดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่าง ครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่าง พ่อแม่-ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ครอบครัวปัจจุบัน เครือญาติ เพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร หรือได้รับ ผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้างและดูว่า ครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร ตลอดจนผู้วิจัยยังได้ผสมผสานแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) เข้ามาร่วมใน ขั้นตอนนี้ คือ การที่ผู้วิจัยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น การดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ความชอบ และความไม่ชอบ เป็นต้น ซึ่งสิ่ง ต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งและมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่าง ค่อนข้างดี นอกจากนี้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุม ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทมีกิจกรรมร่วมกัน และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดี ต่อกันซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้ง
ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

กิจกรรมนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของโครงสร้าง
ขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัวหรือปัญหาที่มีความเกี่ยวข้อง โดยการสนับสนุนและ
กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและ
กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้
เป็นไปในทางที่ดีซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมองเห็นบริบทใน
ครอบครัวของตนเองได้ชัดเจน โดยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการ
สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการร่วมกันจัดโครงสร้างที่
เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของตนเองเพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์
ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-
system) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีขอบเขตที่ชัดเจนซึ่งหมายถึง
ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคงและมีความยืดหยุ่น
พอประมาณจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวได้อย่างอิสระและในขณะเดียวกันก็มีความ
ผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจน
สมาชิกในครอบครัวจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จากการศึกษาวิจัย
ให้ความสำคัญกับการจัดโครงสร้างในครอบครัวเนื่องจากโครงสร้างมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้ง
ทางบวกและทางลบ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีโครงสร้างที่เป็นระเบียบแบบแผน มีการปกครองที่
เป็นลำดับ ช่วยให้ผู้สมาชิกในครอบครัวรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน
ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และผู้วิจัยยังได้นำแนวทางการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาร่วมในขั้นตอนนี้โดยเน้น การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ
ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวในการแสดงศักยภาพของตนเองในการกำหนดขอบเขต
ภายในครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและ
กันในระหว่างการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ป่วย
และครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของครอบครัว ตลอดจนมีการแสดงความคิดเห็น
ต่าง ๆ ในบทบาทของตนเองในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
ยังผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต
ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการแนวโน้มของการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ตนเองได้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหามาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหา
ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี
ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและ

สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งการช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่าง ยืดหยุ่นจะทำให้ครอบครัวช่วยกันปรับตัวกับปัญหา ได้ดี ทั้งทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีสิ่งก่อความเครียด (Stressor) เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในระบบ ครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้คือนั้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มใหม่ที่แตกต่างกันทางสร้างสรรค์ซึ่งจะทำให้ครอบครัวช่วยกันปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์คือเทคนิค reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแงุ่มใหม่ในลักษณะท้าทาย และใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ในครอบครัวและเป็นการสร้างบริบทใหม่ในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าบริบทเดิม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพึงพอใจและให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตนเองส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องการสนับสนุนความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว เนื่องจากการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว เป็นระดับความยืดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขตจะยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพันกัน เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีการยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกันและมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมควร (Minuchin, 1974) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวได้นั้น เมื่อต้องมีการเกี่ยวพันกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก็จะสามารถรักษาสภาวะของขอบเขต

ในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกในการดำเนินชีวิต อยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการช่วยเหลือดูแลกันเองอย่างต่อเนื่อง การแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนในชุมชนและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากนั้นผู้วิจัยซักถามถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับจากการให้คำปรึกษาครอบครัว และบุคลากรให้คำปรึกษา

สรุป จากการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยของ Lubkin (1986) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน การร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสมและการสนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขต การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะทำให้มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทิศทางบวก (นรวิทย์ พุ่มจันทร์, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น โดยสัมพันธภาพที่ดีขึ้นนี้จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในประเทศ

นิตยา ดากวิริยะนันท์และชินสุมน สุยะชีวิน (2536) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลประสาทสงขลาจำนวน 122 คนและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จำนวน 130 คนโดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Ferrans & Power (1992) ซึ่งวัดความพึงพอใจในองค์ประกอบชีวิต 4 ด้านคือด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านครอบครัว เครื่องมือเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิด Ferrans & Power (1992) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพมีระดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3

อันดับแรกคือคุณภาพชีวิตในเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช การรักษาพยาบาลและการนอนหลับตามลำดับและมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ คุณภาพชีวิตในเรื่องอาชีพการงาน สถานะทางการงาน สถานะทางการเงินและการศึกษาตามลำดับและส่วนใหญ่ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตจะอยู่ในระดับดีมาก เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและยังพบว่าความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 14.5 และเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าเพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิงและพบว่าทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3

จันทร์หา ชีระสมบุญ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คน โดยใช้กรอบแนวคิด Bruckhardt (1982) ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ความพึงพอใจเฉพาะเรื่องของชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยรวมเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 41.81 สมรรถภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 12 และยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48.34 และสมรรถภาพการดำรงชีวิตสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 12 และยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 48.34 และสมรรถภาพการดำรงชีพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.64 และร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.32

พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับและยัง พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลและพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชัยพร ทิพย์สุวรรณ (2543) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล จำนวนกลุ่มละ 57 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับคุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

พิชญา ศรีเกลื่อนกิจและอุไรวรรณ ชัชชนะวิโรจน์ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม และได้รับการรักษาเสริมด้วยการให้เคมีบำบัด อย่างน้อย 1 ครั้งมาแล้ว ที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรีและศูนย์ควบคุมป้องกันมะเร็งชลบุรี โดยเป็นผู้ซึ่งมารับการให้บริการปรึกษารายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดของเฟอร์เรลและคณะ ประกอบด้วยความสุขชีวิต 4 ด้าน คือ ความสุขด้านร่างกาย ความสุขด้านจิตใจ ความสุขด้านสังคมและความสุขด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาคือดีกว่าก่อนได้รับการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05 < 0.001$) ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นกลวิธีที่เป็นประโยชน์ใช้ส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

หงส์ บรรเทิงสุข (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 140 คน โดยตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน อาการทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของ Ferrans and Power ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญ ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางลบ เพศหญิงและความเพียงพอของรายได้

นันทพร พิษะยะ(2546) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยใช้ระยะของโรค สุครยาเคมี อายุและระดับการศึกษาเป็นตัวแปรควบคุม จากการศึกษาพบว่าเมื่อให้คำปรึกษาทางสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิพย์วิมล คังชูทวีทรัพย์ (2546) ได้ทำการศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และมารับบริการเป็นผู้ป่วยศูนย์มะเร็ง จังหวัดชลบุรี ที่พบว่า มีความหวังในคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 12 ราย แบ่งเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับคู่ 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความหวังในคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองมีค่าคะแนนความหวังในคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนความหวังในคุณภาพชีวิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) ซึ่งทำการศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการได้รับรังสี โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษา แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน คือ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยระหว่างการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น

นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติในช่วง 5 ปีซ้อนหลัง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 72 ราย จากผลการศึกษา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้จากการศึกษายังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

นภัสศิริ คำสอน (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โดยได้ทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยในต่างประเทศ

Lehman (1983) ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 278 คนเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตใน 8 ประเด็น คือสภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางลบ การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงินความปลอดภัยและสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่อง การเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม

Mercier & King (1994) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 152 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมเวลาว่าง บ้านหรือที่อยู่อาศัย การเงิน การทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สุขภาพ ความปลอดภัย ศาสนา ผลการศึกษาพบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อายุเริ่มมีอาการครั้งแรก จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Koivumaa-Hongkanen ,et al. (1996) ได้ทำการศึกษาว่าตัวแปรลักษณะทางสังคมของประชากรและอาการทางคลินิก มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวชหรือไม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกจิตเวช ในโรงพยาบาล Kupio ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,204 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ คือ ภาวะซึมเศร้าและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดี นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะทางสุขภาพและสภาพทางการเงินที่แย่ลง

Browne et al. (1996) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรคและกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ติฟดิสไคนีเซียในผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน ที่เข้าตามเกณฑ์ DSM-III-R พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางถึงแย่ โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิตระยะเวลา การเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไร้ที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ของอาการทาร์ติฟดิสไคนีเซียที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงอีกด้วย

Voruganti et al. (1998) ได้ศึกษาถึงการวัดความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 63 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่ แล้วทำการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษามากกว่า 4 สัปดาห์ โดยใช้ Sickness Impact Profile Social Performance Scheduling และ Global Assessment Scale of Functioning และยังศึกษาในทางคลินิก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ขนาดของยา

และผลข้างเคียงจากยา จากผลการวิจัยพบว่าระดับความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการประเมินคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินโดยแพทย์และตัวพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการผลข้างเคียงและขนาดของยาต้าน โรคมืดแต่ความเชื่อมั่นในส่วนนี้ยังจะมีผลมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย

Gapta et al. (1998) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 90 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น โรคมืดที่ป่วยน้อยกว่า 2 ปี จำนวน 30 คนและผู้ป่วยที่เป็น โรคมืดมากกว่า 2 ปี มีจำนวน 60 คนซึ่งอาศัยในชุมชนที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันวิจัยทางการแพทย์ประเทศอินเดีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Edicott et al.(1993) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 8 ด้าน คือสุขภาพร่างกาย การรับรู้ความผาสุก กิจกรรมเวลาว่าง สัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมทั่วไป การทำงาน การทำกิจกรรมเวลาว่าง และการเรียน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 85 และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า 2 และมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย การทำกิจกรรมเวลาว่างและความพึงพอใจในการรักษาด้วยยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า 2 ปี

Ruggeri et al. (2001) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในบริการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 285 รายโดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ ด้านการทำงาน การศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพในสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในการให้บริการ อาการทางบวก และความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ruggeri et al. (2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิกและลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลี จำนวน 268 ราย โดยผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver (1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Ritsner, M. (2003) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 148 ราย และกลุ่มโรคจิตทางอารมณ์ จำนวน 51 ราย ผลการวิจัย พบว่าการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะหวาดระแวง ความไม่สุขสบายจากอาการทางกาย และรวมถึงการเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ให้สูงขึ้นด้วย

Clareci et.al (2005) ทำการศึกษาในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 123 คน จาก Divinopolis center ในประเทศบราซิล โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเพศชาย สถานภาพโสด รายได้ต่ำ การศึกษาค่ำ การใช้ยารักษาอาการทางจิตตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และการ Follow - up บ่อยๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่เป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน ประกอบไปด้วยหลายองค์ประกอบ และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวยังไม่ถึงระดับดีที่สุด อีกทั้งในประเทศไทยยังมีผู้ที่ศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการในการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว	
ขั้นตอนที่ 1	<p>การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์ หรือJoining สร้างความไว้วางใจ - สร้างข้อตกลงหรือ contract โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ - ประเมิน โครงสร้างของครอบครัว ประกอบไปด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ และขอบเขต (boundary)ในครอบครัว - คำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
ขั้นตอนที่ 2	<p>สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้ครอบครัวสำรวจปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการวางแผนร่วมกัน - สร้างขอบเขตในครอบครัวให้เหมาะสม Boundary – making - แนะนำการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้เหมาะสม - สนับสนุนและส่งเสริมในเรื่องการแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวให้เหมาะสม และกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและดูแลกันเอง - สนับสนุนความสามารถในการประเมินสภาพแวดล้อมและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม
ขั้นตอนที่ 3	<p>สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ ตีต่อปัญหา ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัว ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเฝ้ามองปัญหาในแง่มุมใหม่ - ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจริง ๆ ในการให้คำปรึกษา - แนะนำทักษะการแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพ - สนับสนุนให้ครอบครัวมีดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจในครอบครัว
ขั้นตอนที่ 4	<p>การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่น ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตในครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ - สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสม - สนับสนุนให้ครอบครัวมีการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น - สนับสนุนการรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของตนเอง - สนับสนุนให้ครอบครัวมีการให้กำลังใจให้คำปรึกษาตนเองในครอบครัว - ยุติการให้คำปรึกษา

คุณภาพชีวิต

- 1.สุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning)
2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic)
- 3.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual)
- 4.ด้านครอบครัว (Family)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) โดยดำเนินการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest- posttest control group design) (Polit & Hungler,1999:187) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากได้ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โดยมีรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้



- O₁ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
- O₂ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังการเข้า โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
- X หมายถึง โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
- O₃ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยอยู่ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
5. อ่านหนังสือ- เขียนหนังสือได้
6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

Exclusion criteria

1. มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต ร่ำรวย มีอำนาจพิเศษเหนือกว่าบุคคลอื่น
2. มีอาการหูแว่วอย่างเห็น ได้ชัด โดยมีการโต้ตอบกับสิ่งที่ได้ยิน
3. มีอาการก้าวร้าว โดยแสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรมความคิดสับสน
4. ดิ้นเด่นกระวนกระวาย ไม่อยู่สุขมีท่าทีระมัดระวังตัว หวาดระแวงว่ามีคนทำร้าย

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

Inclusion Criteria

1. เป็นผู้ที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (ได้จากการซักถามข้อมูล โดยตรงจากผู้ป่วย)
2. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน
3. เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
4. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

Exclusion criteria

1. เป็นผู้ที่ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย
2. ไม่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยและไม่มีส่วนในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย
3. ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
4. ไม่มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำการศึกษาของ นันทพร พิชัยยะ (2546) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็น จำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชน ที่ทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินงานในการวิจัย โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี โดยดำเนินการระหว่าง วันที่ 24-27 กุมภาพันธ์ 2549 โดยดำเนินการตั้งแต่เวลา 9.00-16.00 น.

2. หลังจากผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกหรือไม่

3. โดยหากมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมวิจัย และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

4. ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล โดยการออกแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนน ระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน

5. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่โดยการ (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน

(Mann, 2001) ในด้านเพศและอาการทางลบ (American Psychiatric Diagnosis, 1994; Lehman, 1983; Caron et al., 1998; Norman et al. 2000; หงส์ บรรเทิงสุข, 2545; พรชัย สงวนสินและคณะ, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการจับคู่ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่างจนครบ 20 คู่

6. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้สามารถจับคู่ทั้ง เพศ และอาการทางลบ ได้ครบทั้ง 20 คู่ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือคะแนนระหว่าง 06.01-12.00 คะแนน มีจำนวน 1 คู่ และมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง คือ มีคะแนน ระหว่าง 12.01-18.00 คะแนน มีจำนวน 19 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากนั้นแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lopkin (1986) โดยมีขั้นตอนการสร้าง โปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการของการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ที่เลือกใช้แนวคิดนี้เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับลักษณะสภาพปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ราบรื่น โดยมีการให้ความสำคัญกับการจัดโครงสร้างในระบบครอบครัว มุ่งให้ความช่วยเหลือในด้านการปรับกฎเกณฑ์ในการเกี่ยวข้องกับสัมพันธกันภายในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการที่จะติดต่อเกี่ยวข้องกันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายในการปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ชีวิตครอบครัวดำเนินไปอย่างปกติสุข นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) เข้ามาร่วมอยู่ในขั้นตอนของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในครั้งนี้

2. สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษา ทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา โดยนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ (Minuchin,1974) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของ โปรแกรมวิธีการดำเนินการและการประเมินผลเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดของMinuchin(1974) และจากแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของLubkin(1986) ให้ครอบคลุมประเด็น

สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity)ดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้จากการสร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีคุณสมบัติดังนี้

1. จิตแพทย์ 1 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการให้การรักษากับผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 10 ปี นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2. อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการสอนในรายวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และเป็นผู้ที่ได้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรการให้คำปรึกษาและครอบครัว

3. พยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษารอบครัว คือ พยาบาลประจำตึกจิตเวชวัยรุ่น 1 ท่าน และพยาบาลฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน โดยมีประเด็นแก้ไขดังนี้ คือ

1. ปรับซ็อกกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 เป็น สนับสนุนให้ครอบครัวปรับตัวได้ดีต่อ ปัญหาทางด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด จากนั้นผู้วิจัยนำ โปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

2. ทำการศึกษานำร่อง โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จสมบูรณ์หลังจากที่ปรับปรุงแก้ไขจากคำแนะนำของท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้ว โดยผู้วิจัยนำ โปรแกรมมาให้คำปรึกษาครอบครัวไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 คน เพื่อดำเนินการให้คำปรึกษาตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษาจนครบทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่ม ตัวอย่างความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

ปัญหาที่พบในการทดลองใช้โปรแกรม คือ ในขั้นตอนที่ 4 เป็นเรื่องระยะเวลาในการ ดำเนินการ ในการที่ผู้วิจัยให้ความรู้และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบขอบเขตในครอบครัวประเภท ต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยมีการอธิบายเนื้อหาค่อนข้างมาก จึงได้ทำการปรับให้กระชับ ไม่ยืดเยื้อเกินไปให้ เหมาะสมกับเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยเน้นในเรื่องรูปแบบขอบเขตที่ยืดหยุ่นซึ่งเป็นขอบเขตที่เหมาะสม ที่สุดที่ครอบครัวจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงอย่างเหมาะสม ที่เหลือเป็นทักษะส่วนบุคคลของผู้วิจัยในด้านการรักษาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวซึ่งผู้วิจัยสามารถแก้ไขสถานการณ์ ต่าง ๆ และสามารถดำเนินการตาม โปรแกรมไปได้ด้วยดี

จากนั้นนำแผนการให้คำปรึกษาครอบครัวมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และ นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Ferrans & Power (Epilepsy version III) ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาจาก สัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถาม ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ ส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งในประเทศและ

ต่างประเทศ รวมถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วย เพียงลำพังแต่รวมถึงบริบทของครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก

2. ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) ซึ่งได้ใช้ในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. โดยลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ (1,2,3,4,5,6,7,8,16,17)
- 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (13,14,19,20,21,22,23,24)
- 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ (15,18,25,26,27,28,29)
- 4) ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ (9,10,11,12)

โดยแต่ละข้อคำถามผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องตอบ 2 ด้าน คือด้านความพึงพอใจและด้านความสำคัญซึ่งมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
พึงพอใจมากและสำคัญมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	6
พึงพอใจมากและสำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	5
พึงพอใจมากและสำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	4
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญเล็กน้อย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	3
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง	2
ไม่พึงพอใจมากและไม่สำคัญมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก	1

วิธีคิดคะแนน โดยการแปลงค่าคะแนนความพึงพอใจให้เป็น $-2.5 + 2.5$ ($6 = 2.5$, $5 = 1.5$, $4 = 0.5$, $3 = -0.5$, $2 = -1.5$, $1 = -2.5$) แล้วนำค่าคะแนนความพึงพอใจที่ได้มาคูณกับคะแนนคิบัติด้านความสำคัญในข้อเดียวกัน โดยนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง -1.5 ถึง 15 จึงต้องนำมาบวกด้วย 15 เพื่อให้ค่าคะแนนมีค่าเป็นบวกคะแนนที่ได้โดยรวม คือ $0-30$ แล้วแบ่งคุณภาพชีวิต ไว้ 5 ระดับ (Ferrans & Power ,1985) คือ

24.01-30.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูงสุด
18.01-24.00	ระดับคุณภาพชีวิตสูง
12.01-18.00	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
06.01-12.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
00.00-06.00	ระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตจากแนวคิดของ Ferrans & Power (1992) Epilepsy version III ซึ่งได้พัฒนาโดย สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

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

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมได้เท่ากับ .84 ด้านความพึงพอใจ .82 ด้านการให้ความสำคัญ .86 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

- ให้เพิ่มข้อความในข้อคำถามแต่ละข้อเข้าไปให้เป็นประโยคคำพูดที่จะสามารถสัมภาษณ์ได้อย่างสะดวก ดังนี้ ด้านความพึงพอใจ ปรับเป็น ท่านพึงพอใจ.....มากน้อยเพียงใด ด้านการให้ความสำคัญ ปรับเป็น ท่านให้ความสำคัญกับ.....มากน้อยเพียงใด

ข้อ 3 ความสำคัญในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง เป็นคำถามที่ยากที่จะเข้าใจ ปรับเป็น ท่านมีความพึงพอใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด

ข้อ 7 ผลกำลังของท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นคำถามที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ปรับเป็น ท่านพึงพอใจในความสมบูรณ์ของร่างกายที่พอจะทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด

ข้อ 10 ชีวิตในเรื่องเพศของท่าน ปรับเป็น ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศมากน้อยเพียงใด

ข้อ 23 จากปฏิกิริยาที่บุคคลอื่นมีต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท ปรับเป็น ท่านพึงพอใจในการที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท

ข้อ 28 บุตรหลานของท่าน ปรับเป็นท่านพึงพอใจที่ท่านมีญาติพี่น้อง

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงขั้นทดลองใช้เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .94 และรายด้าน ด้านการให้ความพึงพอใจเท่ากับ .92 และด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .89 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของปรีช กิตติธระศักดิ์ (2547) โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลย

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เป็นจริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.49	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	ไม่ดี
"	1.50-2.49	"	พอใช้
"	2.50-3.49	"	ปานกลาง
"	3.50-4.49	"	ดี
"	4.50-5.00	"	ดีมาก

โดยกำหนดเกณฑ์การกำกับการทดลอง คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินต้องได้ตั้งแต่ 2.50 - 3.49 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ปรีช กิตติธีระศักดิ์, 2547) หากคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและผู้วิจัยจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมกระบวนการในการให้คำปรึกษารอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรึกษาอาจารย์เพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .83 โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 4 ได้รับความวางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในบ้าน ปรับเป็น ได้รับความวางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้าน

ข้อ 8 ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ปรับเป็น ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการถามไถ่ เตือนให้กินยา

ข้อ 9 สมาชิกในครอบครัวมีระเบียบวินัยที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครอบครัว ปรับเป็น สมาชิกในครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำเครื่องมือมาทดลองใช้จริง

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงขั้นทดลองใช้เครื่องมือเท่ากับ .74 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ ในระดับปริญญาโท จำนวน 2 หน่วยกิต ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับ หลักการทฤษฎีการให้คำปรึกษา ปรึกษา เป้าหมาย จรรยาบรรณของผู้ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่าน เอกสาร ตำรา งานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

1. เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาครบถ้วน
2. มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาหรือการทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม
3. เป็นพยาบาลในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหรือเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 เตรียมตัวด้านทักษะการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการทดลองจนเทคนิคในการให้คำปรึกษารอบคอบแล้ว เพื่อการดำเนินการตามโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.4 เตรียมติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากหัวหน้าสถานีอนามัย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวันเวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นจึงนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังกล่าวตามแผนในโปรแกรม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปที่บ้านของผู้ป่วยตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง(Pre-test) และประเมินคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินการตาม โปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 5 (Post-test)

1.5.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ในครั้งแรกที่พบผู้ป่วยและนัดประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง (Post-test) เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 5 สัปดาห์

1.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะการดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้โปรแกรมการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลจิตเวชในชุมชน คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการกับความเครียดในขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ทั้ง 4 ขั้นตอน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษารอบครัว ตามกำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วยตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยมีบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับคำปรึกษาดังนี้ โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 24 มีนาคม 2549 โดยให้คำปรึกษา เวลา 9.00-16.00 น. โดยมีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา
3. เพื่อประเมิน โครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในครอบครัว
4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษารอบครัวได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ (joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว
2. สร้างข้อตกลงหรือ (contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการให้คำปรึกษารอบครัว บทบาทหน้าที่ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้คำปรึกษาและการบันทึกเสียง
3. กระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อประเมิน โครงสร้างของระบบครอบครัวของผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกรอบอุ้มและไว้วางใจ มีการเปิดเผยตนเองและเล่าเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของตนเองให้ผู้วิจัยฟังด้วยความเป็นกันเอง นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองและเข้าใจถึงลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง
3. เพื่อให้ครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัด โครงสร้างในครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ การกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล และขอบเขตในระบบย่อยต่าง ๆ อย่างเหมาะสมในครอบครัว
5. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ตามบทบาท ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
2. เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิด โดยใช้เทคนิคCircular question
3. ใช้เทคนิคBoundary – making โดยห้ามตอบแทนกัน
4. กระตุ้นให้ครอบครัวมีการกำหนดขอบเขตภายในครอบครัวด้วยตนเอง
5. ใช้เทคนิค Enactment เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจริงๆ ในการให้คำปรึกษา
6. เน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวและกระตุ้นสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและดูแลกันเอง
7. สนับสนุนความสามารถในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถรับรู้และเข้าใจ ขอบรับในปัญหาและความต้องการในครอบครัวตนเอง ซึ่งมารดาสามารถประเมินได้ว่าครอบครัวของตนเองไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กันเท่าที่ควร โดยเฉพาะปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งใน session นี้มารดาและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น แต่ละคนตระหนักว่าการได้มาพูดคุยกันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวของตนเอง นอกจากนี้ยังรู้ว่าโครงสร้างในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่และต้องแก้ไขอย่างไร นอกจากนี้ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการร่วมกันจัดโครงสร้างในครอบครัวไปในทางที่ดีขึ้น มีการแสดงปฏิสัมพันธ์ใหม่ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา โดยการที่มารดากล้าที่จะพูดบอกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองให้ผู้ป่วยรับรู้

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว ซึ่งมีผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดในระบบครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสม

3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีการมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์

วิธีดำเนินการ

1. เริ่มต้นการให้คำปรึกษาโดยการทบทวนการให้คำปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา
2. ใช้เทคนิค Reframing ให้ครอบครัวมองปัญหาว่า เป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายที่ดี
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
4. ใช้เทคนิค Enactment ให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติถึงสภาพความสัมพันธ์ใหม่ที่ต้องการ
5. ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความคิดเห็นเพื่อที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว สามารถบอกถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในครอบครัวของตนเอง อีกทั้งยังสามารถบอกถึงลักษณะของการมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์ตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว ซึ่งในระหว่างการให้

คำปรึกษาครอบครัวมีการแสดงปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเข้มแข็งต่อกันมากขึ้นและสามารถบอกถึงแนวทางในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีการตระหนักถึงความสำคัญในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวโดยนำความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตมาใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตในครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองอย่างเหมาะสม
4. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยเริ่มต้นในการให้คำปรึกษาทบทวนเรื่องราวการสนทนาในครั้งที่ผ่านมา
2. ใช้เทคนิคBoundary – making เช่น “ถ้าพยาบาลถามใครขอให้คนนั้นเป็นคนตอบห้ามพูดแทนกัน”
3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวร่วมกันสรุปเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว โดยผู้วิจัยร่วมสรุปเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ
4. สนับสนุนโดยการให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับ ลักษณะขอบเขตในครอบครัว ในรูปแบบต่าง ๆ พร้อมยกตัวอย่างการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในลักษณะของการยืดหยุ่นในขอบเขต
5. ให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่สนับสนุนให้กำลังใจ
6. แนะนำแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ภายในชุมชนของครอบครัว
7. ยุติการให้คำปรึกษาและกล่าวขอบคุณ

ประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการตระหนักถึงความสำคัญของการยืดหยุ่นของขอบเขต โดยให้ความสนใจซักถามเพิ่มเติม นอกจากนี้ครอบครัวสามารถบอกถึงประโยชน์ของการที่ครอบครัวมีความสามารถในการยืดหยุ่นในขอบเขตอย่างเหมาะสมว่าจะช่วยให้ไม่เกิดปากเสียงกัน

ในครอบครัวและบอกถึงแนวทางในการนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ โดยมีอะไรก็จะพยายาม พุดคุยกันดี ๆ ไม่ใช่อารมณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวของตนเองได้อย่างมีความสุข

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตและประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวในกลุ่มทดลองหลังจากเสร็จสิ้นตาม โปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอ นายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ทดลองจนขั้นตอนและกระบวนการในการ วิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลจิตเวชชุมชน
4. ผู้วิจัยทำการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบ ผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ มีอายุ ระหว่าง 20-59 ปี
5. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

5.1 ผู้วิจัย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยชี้แจง การพิทักษ์สิทธิในกลุ่มควบคุม โดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ใน ครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มควบคุมสามารถ ออกจากการเป็นกลุ่มควบคุมได้และกลุ่มควบคุมจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็น ความลับและนำเสนอในภาพรวม

5.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือ ในการเซ็นยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยอธิบายวิธี สัมภาษณ์จนกลุ่มควบคุมเข้าใจแล้วจึงตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (Pre-test)

5.3 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าต่อไปจะมาพบกับผู้ป่วยอีกครั้งใน สัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต (Post-test) ซ้ำอีกครั้งในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจาก พยาบาลจิตเวชชุมชนตามปกติ ได้แก่ คำนแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงของยา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

5.4 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

6. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

6.1 ผู้วิจัย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้งตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในกลุ่มควบคุม โดยชี้แจงให้ทราบว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มควบคุมสามารถออกจากกรเป็นกลุ่มควบคุมได้ และกลุ่มทดลองจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

6.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือในการเซ็นยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยอธิบายวิธีสัมภาษณ์จนกลุ่มทดลองเข้าใจแล้วจึงตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (Pre-test)

6.3 ภายหลังจากตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวในขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรายครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การดำเนินการทดลองใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน กิจกรรมในทุกขั้นตอนดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับคำปรึกษาลอดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

6.4 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใช้วิธีคิดคะแนนคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Ferrans & Powers (1985)
 - 2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที(Dependent t-test)
 - 2.2 คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
3. ข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำมาวิเคราะห์โดย คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แวนเป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 33 ปี เรื่องที่นำมาปรึกษาเป็นเรื่องที่ครอบครัวอยากจะหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็มีเป้าหมายเดียวกับครอบครัวว่าอยากที่จะทำงานด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 27 ปี และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองได้และช่วยแม่และน้องสาวชายของที่บ้านได้ อาการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี แต่จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยมักจะมีปากเสียวกับมารดาเป็นประจำ ต่อไปนี้เป็น ขั้นตอนที่ 1 ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ป่วย มารดา และน้องสาวของผู้ป่วย

ผู้ให้คำปรึกษา: สวัสดิ์ละ ดิฉันชื่อ นางสาวสาริณี โติะทอง เป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยนะละละ ดิฉันเป็นพยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชรู้สึกดีใจนะละละที่ครอบครัวเห็นความสำคัญของการให้ดิฉันได้มีโอกาสมาพูดคุยด้วยใน ลักษณะของการให้คำปรึกษาแบบนี้ ก่อนอื่นนะละละอยากจะให้แต่ละคนแนะนำตัวซักนิดนะละละเพื่อที่เราจะได้รู้จักกันมากขึ้น ขอชื่อเล่นด้วยนะละละ

น้องสาว: ชื่อปริมา ละ เรียก นา ก็ได้นะ

ผู้ป่วย : หนูชื่อแวนดาว ชื่อเล่นดาวละ (ยิ้มให้ผู้ให้คำปรึกษา)

แม่ : แม่ชื่อนิตยาจะเรียกแม่นิดก็ได้ (ยิ้ม)

ผู้ให้คำปรึกษา : ละแม่นิด แล้วปกติเวลาแบบนี้แม่นิดกับลูก ๆ ทำอะไรกันบ้างละ

ผู้ให้คำปรึกษาพยายามเข้าสู่ระบบครอบครัวของผู้ป่วยโดยการ ใช้รูปแบบของครอบครัวในการเรียกชื่อมารดาว่าแม่นิดเพื่อที่จะได้สามารถเข้าสู่ระบบครอบครัวได้ง่ายขึ้น

แม่ : ส่วนใหญ่แม่ก็จะกวาดบ้าน ถูบ้าน แล้วก็ไปดูร้านข้าง

น้องสาว : ส่วนนาก็ดูแลดาวเค้า ดูแลหมา แล้วก็ค่อยไปดูร้านเหมือนแม่

ผู้ป่วย : ส่วนดาวก็อยู่บ้านดูแลหมา แล้วก็ไปออกร้านให้

ผู้ให้คำปรึกษา เริ่มต้นด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ในลักษณะ joining กับครอบครัว ซึ่งบรรยากาศที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นลักษณะอบอุ่นเป็นมิตรและเป็น กันเอง นอกจากนี้ผู้ให้คำปรึกษายังมีการคำนึงถึงวิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวว่ามีการ ใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างไรในแต่ละวัน

ผู้ให้คำปรึกษา : ก่อนอื่นคงต้องชี้แจงให้ทุกคนทราบนะละละว่าวันนี้ที่เราจะมาพูดคุยกันเนี่ย เรามีวัตถุประสงค์กันยังงี้บ้าง สำหรับวันนี้ละละก็นับเป็นครั้งแรกที่เราได้มาพบกัน ในลักษณะนี้

นะคะ อยากให้ทุกคนทำตัวสบาย ๆ ไม่ต้องกังวล สำหรับวันนี้ก็อยากจะมาทำความรู้จักกับพวกเรามากขึ้น อาจจะมีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวเพื่อที่พยาบาลจะได้รู้ว่าครอบครัวของเราจะช่วยกันอย่างไรเพื่อทำให้ครอบครัวของเราดีขึ้นและอยู่กันอย่างมีความสุข ซึ่งทุกคนจะต้องช่วยกันแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สำหรับระยะเวลาที่เราจะพบกันนะคะเราจะพบกันทุกวันจันทร์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สรุปก็คือเจอกันสัปดาห์ ละ 1 วัน (ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค สร้างข้อตกลงหรือ contract โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว บทบาทหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษาและพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวและมีส่วนร่วม จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาเริ่มต้นการให้คำปรึกษาดังนี้

ผู้ให้คำปรึกษา : ที่นี้ใครจะเล่าให้คิดนึกฟังก่อนคะว่า ครอบครัวของเรามีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน

ยังงี้บ้าง

น้องสาว: ค่ะ ก็ไม่มีอะไรมาก อยู่ที่บ้านนี้ก็มิหนุ มิพี มิพ้อมิแม่ แล้วก็บางครั้งน้องชายที่อยู่ต่างจังหวัดก็จะกลับมาอยู่ด้วยบ้าง

ผู้ให้คำปรึกษา: สรุปก็คือ สมาชิกในครอบครัวของเราก็จะมี พ้อมิแม่ มีคุณนาและก๊อณดาวที่อยู่ด้วยกันตลอด แล้วแต่ละคนมีหน้าที่อะไรในบ้านบ้างลองเล่าให้ฟังนิดนึงนะเริ่มจากใครดี

แม่นิด : แม่ก็เป็นคนดูแลเรื่องต่าง ๆ ในบ้านเกือบจะทั้งหมด

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วในครอบครัวของเรามีกฎเกณฑ์ที่บ้านเราปฏิบัติไปในทางเดียวกันบ้างมั้คะ เช่น ต้องเข้าบ้านก่อน 6 โมงเย็น ดึนนอนก่อน 6 โมงเช้าทำนองนี้

ผู้ป่วย : ก็ไม่ค่อยได้กำหนดเท่าไรหรอก ใครอยากทำอะไรก็ทำ เลขทำให้บ้านไม่ค่อยเป็นบ้าน

ผู้ให้คำปรึกษา: ที่บอกว่าบ้านไม่ค่อยเป็นบ้านหมายความว่าอย่างไรคะ

ผู้ป่วย : ก็ใครจะทำอะไรก็ทำตามอำเภอใจ ไม่สนใจจิตใจคนอื่น ต่างคนต่างอยู่

ผู้ให้คำปรึกษา: “เรื่องนี้นักอื่น ๆ รู้สึกอย่างไรคะ”

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค การตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)

แม่: แม้ว่าจริง ๆ ก็ไม่ถึงขนาดนั้นหรอก แต่ส่วนใหญ่ คาวเค้าจะไม่ค่อยพูดกับใครมากกว่า

ผู้ป่วย : ทำไมจะไม่พูด พอพูดก็ชอบทำหน้าทำตากันยังงี้ก็ไม่รู้ ไม่ชอบเลย

(ในช่วงนี้ผู้ป่วยและมารดาเกิดการขัดแย้งทางความคิด โดยครอบครัวมีการดำเนินผู้ป่วยว่า รู้สึกไม่ดีไปเองคนเดียว ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการจัดการกับแนวโน้มของการเกิดความรุนแรงทางอารมณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยการดำเนินการประเมิน โครงสร้างในครอบครัวต่อเพื่อให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น)

ผู้ให้คำปรึกษา: ต่อไปอยากให้แต่ละคนบอกถึงหน้าที่ในครอบครัวที่แต่ละคนทำกันในแต่ละวันให้

ฟังหน่อย อย่างแม่นิดบอกว่าคุณทุกอย่างในบ้านนี้ดูแลอะไรบ้างคะ
 แม่นิด : ก็ดูแลทำความสะอาดบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้านอะไรอย่างนี้แหละ แล้วก็ทำกับข้าวให้พ่อกับ
 ลูกเค้ากิน บ้างครั้งเหนื่อยทำไมไหว ก็ซื้อกับข้าวสำเร็จรูปมากินบ้าง

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วนาละคะ

น้องสาว: ส่วนใหญ่น่าจะเป็นคนดูแลร้าน เพราะเรามีลูกจ้าง ก็คอยไปดูบ้างปล่อยบ้าง ส่วนเรื่อง
 งานบ้านก็ช่วยแม่เค้าบ้าง

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วดาวละมีหน้าที่อะไรในครอบครัวบ้าง

ผู้ป่วย : ก็ช่วยเปิดร้าน แล้วก็ช่วยดูแลหมา หมาที่บ้านมีเยอะมาก

ผู้ให้คำปรึกษา: พูดถึงหมาเยอะแยะขนาดนี้ เก่งนะคะที่ช่วยดูแลกันได้ โดยที่ไม่เป็นภาระของ
 ครอบครัวเลย

(ผู้ให้คำปรึกษาให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัวตามความ
 เหมาะสมกับสถานการณ์ในการให้คำปรึกษาโดยพิจารณาจากความสำเร็จที่ครอบครัวร่วมกันดูแล
 เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าแต่ละคนมีส่วนร่วมในความสำเร็จที่เกิดขึ้น)

จากการประเมินโครงสร้างครอบครัวของผู้ป่วยรายนี้ พบว่า

1. ขอบเขตระหว่างสมาชิก

1.1 ขอบเขตระหว่างแม่กับผู้ป่วย คือ มารดาไม่สามารถที่จะพูดอบรมสั่งสอนผู้ป่วยได้

ขอบเขตระหว่างผู้ป่วยกับมารดามีลักษณะห่างเหินกัน มักพูดขัดคอกันเป็นประจำ

1.2 ขอบเขตระหว่างผู้ป่วยกับน้องสาว ซึ่งมีอายุไล่เลี่ยกัน จึงทำให้มีความรู้สึกใกล้ชิดกัน
 มาก เนื่องจากพี่น้องมีความสัมพันธ์ที่ให้ความรู้สึกเป็นที่น้องและเป็นเพื่อนด้วย

1.3 ขอบเขตระหว่างน้องสาวกับมารดา มีขอบเขตที่ชัดเจนตามขอบเขตที่ควรจะเป็นโดย
 มารดาสามารถอบรมสั่งสอนและสั่งการให้น้องสาวปฏิบัติตามคำสั่งได้ โดยที่น้องสาวก็เชื่อฟังและ
 ปฏิบัติตามเป็นอย่างดี

2. บทบาท บทบาทในครอบครัวยังไม่ชัดเจน ภาระในครอบครัวส่วนใหญ่ตกอยู่ที่น้องสาว
 เป็นส่วนใหญ่

3. ลำดับอำนาจ แม่เป็นใหญ่ที่สุดในบ้าน พ่อป่วยไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวในเรื่อง
 ต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะในเรื่องเศรษฐกิจภายในครอบครัว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่าง ๆ ในละแวกบ้านเป็นที่ ๆ น้อง ๆ กันทั้งหมดแต่ไม่ค่อย
 มีสัมพันธ์ภาพกันเท่าที่ควร ต่างคนต่างอยู่

5. การประเมินกระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5.1 ลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว

- เมื่อไหร่ที่ผู้ป่วยพูด มารดาจะแสดงความคิดเห็นคัดค้าน และเมื่อมารดาคัดค้าน ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิดขึ้นมาทุกครั้ง และจะแสดงคำพูดที่บ่งบอกถึงอารมณ์โกรธออกมา

- มารดามักจะโทษว่าความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นสิ่งที่ผิดอยู่เสมอ ไม่ให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยเท่าที่ควร ยังคงมองว่าผู้ป่วยคือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และมักจะก่อกวนความเดือดร้อนอยู่เสมอ แต่ก็ยังคงต้องการให้ผู้ป่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวโดยการช่วยทำงาน

5.2 ระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก ครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กับสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ น้องสาวจะเป็นผู้ดูแลในเรื่องนี้

6. การสังเกตในระหว่างประเมินครอบครัว

6.1 ปฏิบัติการที่สมาชิกมีต่อกัน(observation)

- บางครั้งทั้งผู้ป่วยและมารดามีลักษณะพูดสื่อสารผ่านคนกลาง คือ น้องสาว บ่งบอกให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างมารดากับผู้ป่วย

6.2 การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา(nonverbal communication)

- ในขณะที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและมารดามักจะไม่ค่อยมองหน้ากัน

- มารดามักจะแสดงพฤติกรรมกระซิบกระซาบกับผู้อื่นให้คำปรึกษาเพื่อให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (เป็นลักษณะของการจ้องจับผิดผู้ป่วย)

ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการประเมิน โครงสร้างในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องบทบาท ขอบเขต ลำดับอำนาจ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถ ร่วมกันกับครอบครัวในการนำศักยภาพของครอบครัวมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 สสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้ง ร่วมกันจัด โครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง
3. เพื่อให้ครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัด โครงสร้างในครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ การกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล และขอบเขตในระบบย่อยต่าง ๆ อย่างเหมาะสมในครอบครัว

5. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ตามบทบาท ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาในขั้นตอนที่ 2

ผู้ให้คำปรึกษา: สวัสดีคะทุก ๆ คนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้างคะ
น้องสาว: ก็ไม่มีอะไร ใช้ชีวิตกันตามปกติ

ผู้ให้คำปรึกษา: ปกติแล้วเคยมานั่งคุยกันในลักษณะแบบนี้บ้างมั๊ยคะ

แม่นิด : ปกติไม่ค่อยมานั่งคุยกันในลักษณะแบบนี้หรอก วัน ๆ แทบจะไม่ได้พูดคุยอะไรกันเลขต่างคนต่างทำงานของตัวเองไป

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วแม่นิดรู้สึกยังไงคะ

แม่นิด : ไซ้ ก็ดีคะ จะได้พูดคุยกันมากขึ้น

(แสดงให้เห็นถึงว่ามารดาที่มีความรู้สึกว่าการได้พูดคุยกันในลักษณะของการให้คำปรึกษามีประโยชน์สำหรับครอบครัวของตนเอง ซึ่งจะทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วแววละคะ ดิมัยที่มานั่งคุยกันแบบนี้)

ผู้ป่วย : จะว่าดีมันก็ดี แต่ต้องพูดคุย ๆ กัน ถ้าพูดไม่เข้าหูมันก็มีอารมณ์

ผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าการพูดคุยร่วมกันในครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ยังรู้สึกไม่ติดต่อกันอยู่

ผู้ให้คำปรึกษา: งั้นตกลงว่าเราจะพูดคุยกันดี ๆ ทุกครั้งนะคะ ครอบครัวของเราจะได้มีความสุขมากขึ้น

(ผู้ให้คำปรึกษาเน้นย้ำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยกันทำให้ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น)

ผู้ให้คำปรึกษา: ทีนี้พยาบาลอยากให้ครอบครัวของเราลองสำรวจดูซิคะว่า เราต้องการให้ครอบครัวของเราเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นในเรื่องอะไร

(ผู้ให้คำปรึกษากระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการสำรวจปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกัน)

น้องสาว : อยากดั่งหลายอย่างคะ ผู้ป่วย : ไซ้

ผู้ให้คำปรึกษา: ขอให้พลัดกันพูดทีละคนนะคะ ถ้าคนไหนพูดอยู่อีกคนต้องอย่าพูดแทรกนะคะ
นาก่อนละกันนากอยากให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงอย่างไร

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค Boundary – making ในการกำหนดขอบเขตของผู้ป่วยกับน้องสาว เนื่องจากความใกล้ชิดของทั้งสองคนทำให้ขอบเขตมีความใกล้ชิดมากเกินไป โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้กำหนดขอบเขตของแต่ละคนในการแสดงความคิดเห็นตามลำดับก่อนและหลัง โดยพิจารณาจากลำดับการพูด)

น้องสาว : อยากให้มีอะไรช่วยเหลือกัน เช่น เรื่องงานในบ้าน

แม่นิด : ไซ้ แม่ก็อยากจะให้ช่วย ๆ กันทำงานหน่อย เพราะบ้านเรามีร้านที่ต้องช่วยกันดูแล

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วดาวละคะ อยากให้ครอบครัวเป็นอย่างไร

ผู้ป่วย : อะไรก็ได้ ไม่เรื่องมากอยู่แล้ว ช่วยกันทำงานก็ดี

ผู้ให้คำปรึกษา: สรุปก็คือ ครอบครัวของเราต้องการให้มีการช่วยเหลือกันเรื่องการทำงานในครอบครัวใช่ไหมคะ (ผู้ป่วยและครอบครัวพยักหน้าพร้อมกัน)

(ผู้ให้คำปรึกษาพยายามที่จะสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการนำไปสู่การร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่ครอบครัวคิดว่าน่าจะทำให้ครอบครัวมีความสุขขึ้น)

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วที่นี่แต่ละคนจะมีส่วนให้เราช่วยเหลืองานในครอบครัวกันอย่างไร

แม่นิด : ก็ต้องแบ่งหน้าที่กันออกมาให้ชัดเจน)

ผู้ให้คำปรึกษา: แต่ละคนลองคิดซิคะว่า เราจะแบ่งหน้าที่ในครอบครัวให้ชัดเจนได้อย่างไร

แม่นิด : อย่างดาวก็ต้องช่วยแบ่งเบาภาระน่าบ้าง (พูดแล้วหันมาที่ผู้ให้คำปรึกษา)

ผู้ให้คำปรึกษา: แม่ลองบอกดาวเองซิคะว่าจะให้ดาวทำอะไรบ้าง ดาวเต็มใจรับฟังมั๊ย

ผู้ป่วย : ค่ะ

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค enactment โดยแนะนำปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้แม่ลองปฏิบัติ โดยให้แม่กล้าที่จะสั่งสอนอบรมผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจกรรมในครอบครัว ซึ่งจะทำให้แม่มีประสบการณ์และมีความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นถ้าได้ลองทำในช่วงเวลาให้คำปรึกษา ซึ่งก่อนจะใช้เทคนิคนี้ผู้ให้คำปรึกษาได้มีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนว่าเต็มใจที่จะรับฟังแม่ของตนเองหรือไม่เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแม่ไม่ค่อยดีเท่าที่ควร)

แม่นิด : แม่ไม่รู้ว่าวัน ๆ นึงดาวพอจะอยู่ดูแลลูกข้างกับดูแลร้านได้บ้างหรือเปล่า

ผู้ป่วย : ทำไมจะไม่ได้ ดูออกบ่อยไป (น้ำเสียงแสดงความไม่พอใจที่แม่ไม่ไว้ใจตัวเอง)

แม่นิด : แล้วถ้าแม่จะให้ดาวอยู่ซัก 2-3 ชั่วโมงจะได้มั๊ย จะได้เปลี่ยน ๆ กันกับนา

ผู้ป่วย : ทำไมจะไม่ได้

(ผู้ป่วยพูดด้วยน้ำเสียงแข็ง ๆ แต่การรับปากว่าตนสามารถทำได้ก็เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเริ่มฟังแม่มากขึ้น และยอมรับในสิ่งที่แม่พูด แต่ยังติดตรงความรู้สึกที่ปกติไม่เคยพูดคุย ๆ ต่อกัน นอกจากนี้มารดาที่มีความรู้สึกยอมรับในศักยภาพของผู้ป่วยมากขึ้นว่าผู้ป่วยน่าจะมีความสามารถในการทำงานได้ดีขึ้น)

ผู้ให้คำปรึกษา: ความเก่งขึ้นเยอะเลยนะคะแม่นิด นา พยายามเอาใจช่วยด้วยนะ แม่กับนาก็คงจะเอาใจช่วยด้วย

(ผู้ให้คำปรึกษาทำการสนับสนุน โดยให้กำลังใจกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าที่จะแสดงศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองได้อย่างเต็มที่เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น)

น้องสาว : ยืม ไซ้ด้านาเค้าเองจริงเค้าก็ทำได้ดี)

ผู้ป่วย : ยืม

ผู้ให้คำปรึกษา: นั่นก็ต้องลองดู แล้วแม่ละคะเป็นกำลังใจให้ดาวด้วยหรือเปล่า

แม่นิด : แม่เป็นกำลังใจให้เค้าตลอดแหละ แต่เค้าไม่เคยรู้หรือกว่าแม่เป็นห่วง

ผู้ให้คำปรึกษา : งั้นแม่ก็บอกดาวซิคะ ตอนนี้ดาวก็อยู่ตรงนี้แล้ว

แม่นิด : แม่ไม่กล้า

ผู้ให้คำปรึกษา : บอกอย่างที่แม่พูดเมื่อกี้ละ

แม่นิด : แม่ก็เป็นห่วง รักเค้ามาก และก็เป็นกำลังใจให้เค้าตลอด

ผู้ป่วย : (มองหน้าแม่ และแอบยิ้ม)

ผู้ให้คำปรึกษา : คิดใจมั้ยะที่แม่พูดแบบนี้

ผู้ป่วย : ไม่รู้พูดจริงหรือเปล่า

ผู้ให้คำปรึกษา : แม่บอกดาวซิคะว่าแม่พูดจริงหรือเปล่า

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค enactment อีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับแม่เพิ่มขึ้นไปอีก เพื่อลดความรู้สึกอกตากับแม่)

แม่นิด : พูดจริงซิคะ

ผู้ป่วย : (มองหน้าแม่ แล้วยิ้ม)

น้องสาว : มองทั้งผู้ป่วยและแม่แล้วยิ้ม

(ใน session นี้ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับแม่ ซึ่งมีความขัดแย้งกันมาเป็นเวลานาน โดยที่แต่ละคนไม่ได้มีโอกาสบอกความรู้สึกที่มีต่อกัน สำหรับน้องสาวของผู้ป่วยเองก็รู้สึกปลื้มใจและดีใจกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพี่สาวและแม่ของตนเอง)

ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วนาละคะจะช่วยดาวยังไงบ้าง

(ผู้ให้คำปรึกษาเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวและกระตุ้นครอบครัวมีการช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษา)

น้องสาว : ก็จะช่วยทุกอย่างที่ช่วยได้ แต่ก็พยายามให้เค้าทำเองให้ได้ก่อน ถ้ามีปัญหาเราค่อยเข้าไปช่วยเหลือ

ผู้ให้คำปรึกษา : คีมากคะนา

(ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความชื่นชมน้องสาวผู้ป่วย เพื่อให้ให้น้องสาวเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็ยังเป็นบุคคลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยอยู่เสมอ)

ผู้ให้คำปรึกษา : วันนี้พยาบาลมีการบ้านที่จะให้ครอบครัวของเราช่วยกันทำด้วยนะคะแล้วสัปดาห์หน้าเราจะมาเจอกันอีกครั้ง แล้วพยาบาลจะดูว่าเราได้ช่วยกันหรือเปล่า พยาบาลจะให้เราลองสำรวจว่าบ้านเรามีตรงไหนที่ยังไม่สะอาดหรือไม่น่าอยู่ ก็จะให้เราช่วยกันจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านของเราให้น่าอยู่มากขึ้น แต่ต้องช่วยกันนะคะแล้วแบ่งหน้าที่กันด้วยว่าใครทำอะไร

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ครอบครัวมีกิจกรรมที่จะต้องทำร่วมกันในครอบครัวเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ติดต่อกันมากขึ้นและจะทำการประเมินถึงผลลัพธ์ของกิจกรรมที่ครอบครัวทำร่วมกันใน session ถัดไป)

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้คือ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว ซึ่งมีผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดในระบบครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีการมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาในขั้นตอนที่ 3

ผู้ให้คำปรึกษา: สวัสดีคะ ครึ่งนี้เป็นครั้งที่เท่าไรแล้วนะคะที่เราเจอกัน

ผู้ป่วย: ครึ่งที่ 3 แล้วพี่

ผู้ให้คำปรึกษา: ยังจำได้มั๊ยคะว่าครั้งที่แล้วพยายามมอบหมายการบ้านอะไรไว้ เป็นยังไงบ้าง ไหนลองเล่าให้ฟังซิคะว่าทำอะไรกันยังงัยบ้าง

น้องสาว: ก็ช่วยกันทำ ช่วยกันคิดว่าจะจัดบ้านยังไงให้ไม่รก สรุปลูกย้ายโต๊ะรับแขกไปไว้ โกลี่ ๆ กับหน้าต่างเพราะมันเย็นดี แล้วก็ช่วยกันทำความสะอาด คาวเป็นคนย้ายโซฟา ส่วนนาก็เช็ดฝุ่นแล้วก็ถูบ้าน

แม่นิด: ส่วนแม่ก็กวาดบ้านให้

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วผลเป็นยังไงบ้างคะ

ผู้ป่วย: ก็สะอาดเอี่ยมเลยพี่ หนูชอบมากเลยบ้านสะอาดแบบนี้

ผู้ให้คำปรึกษา: ดีจังเลยคะ เห็นมั๊ยคะว่าถ้าเราช่วยกันเองในครอบครัวอะไรก็สามารถสำเร็จได้ง่าย จากครั้งที่แล้วที่ครอบครัวของเราบอกว่าอยากให้เราช่วยกันทำงาน นี่ก็น่าจะเป็นนิมิตรหมายอันดีว่า เราสามารถช่วยกันทำงานตรงนี้สำเร็จได้ด้วยดี ต่อไปเราก็จะช่วยกันในเรื่องอื่น ๆ ได้ต่อไปอีก โดยเฉพาะเรื่องปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของเรา พยายามมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เราต้องช่วยกันฝ่าฟันไปให้ได้ ถ้าเราร่วมมือกัน

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค Reframing ให้ครอบครัวมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด)

ผู้ป่วย : อืม

ผู้ให้คำปรึกษา: ตอนนี้ใครรู้สึกว่าคุณเหนื่อยกับงานที่รับผิดชอบอยู่บ้าง

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิค circular question เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)

แม่นิด: คงจะเป็นนา เพราะนาต้องรับผิดชอบหลายอย่าง

ผู้ให้คำปรึกษา: เพราะอะไรนาถึงต้องทำอยู่คนเดียวละคะ

(ผู้วิจัยใช้เทคนิค Cognition appraisal โดยกระตุ้นให้ครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดที่จะแก้ปัญหาได้)

น้องสาว : ก็แม่ก็ต้องดูแลพ่อ แล้วก็ดูแลร้านอีกร้าน ใช้งานที่เหลือนาก็เลยต้องช่วยทำทั้งหมด

ผู้ให้คำปรึกษา: อย่างปัญหาในเรื่องนี้แต่ละคนมองว่ายังไงคะ

น้องสาว : ก็ต้องพยายามมองว่าเราจะต้องช่วยกันแก้ไขไปได้

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วดาวละคะ

ผู้ป่วย : มันไม่ยากเกินความสามารถของเราหรอก

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วแม่ละคะ

แม่นิด: เหมือนกันแหละ ถ้าช่วยกันทุกอย่างก็จะดีขึ้น

ผู้ให้คำปรึกษา: ถูกต้องคะแล้ว แล้วอย่างปัญหาเรื่องที่น่าต้องดูแลและรับผิดชอบอะไรเยอะแยะไปหมดตรงนี้น่าคิดว่าจะมีวิธีแก้ปัญหายังไงบ้าง

น้องสาว : ก็อยากให้ดาวช่วยดูแลพ่อด้วยเวลาไปร้าน เพราะปกตินาก็จะดูแลพ่ออยู่ อยากให้ช่วยกายภาพบำบัดให้พ่อด้วย เพราะบางทีนาออกไปที่ร้าน งานมันเยอะ กลับมาบ้านก็ยังต้องมาทำงานบ้านอีกบางครั้งก็ไม่มีเวลาดูแลพ่อเท่าที่ควร

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วดาวกับแม่ละคะคิดว่าจะแก้ปัญหารื่องที่น่าต้องรับผิดชอบงานที่มากแบบนี้ยังไง

แม่นิด: แม่เองคงช่วยอะไรนาไม่ได้มากเพราะต้องดูแลอีกร้าน

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วดาวละคะ จะช่วยเรื่องนี้ได้ยังไง

ผู้ป่วย : ดาวก็พอช่วยนาได้ แต่นาต้องบอกว่าจะให้ทำยังไงบ้างเพราะว่าดาวทำไม่เป็น

น้องสาว : ได้จ้ะ

ผู้ให้คำปรึกษา: ตอนนี้ความรู้สึกเป็นยังไงบ้างที่ ดาวจะช่วย

น้องสาว : ก็รู้สึกดี รู้ว่าดาวเค้าทำได้ ต่อไปเค้าจะได้เก่ง ๆ นาจะได้ไม่ห่วงมาก

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วนาจะให้ดาวช่วยอะไรบ้าง นาต้องกำหนดให้ชัดเจนนะ เพื่อจะได้รู้ด้วยว่าดาวทำได้หรือเปล่าในช่วงแรก ถ้าดาวทำได้ดีต่อไปก็ให้ใจไว้ด้วยได้เลย

ผู้ให้คำปรึกษา: แล้วแม่ละคะ

แม่นิค: แม่ก็ต้องดูแลพวกเค้าทั้งหมดนั่นแหละ เพราะตอนนี้แม่มก็เหมือนผู้นำครอบครัว ต้องคิด
ต้องทำคนเดียวทุกอย่าง

ผู้ให้คำปรึกษา: แต่แม่มก็เก่งนะคะที่สามารถดูแลทุกคนในครอบครัวได้

แม่นิค: จ๊ะ

ผู้ให้คำปรึกษา: แต่ยังไง แม่มอย่าลืมนะคะว่าแม่มก็ยังมี พ่อ มีดาว มีนา ที่คอยช่วยเหลือแม่มอยู่อย่าคิดว่า
ตัวเองอยู่คนเดียวตามลำพัง แล้วเวลามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นในครอบครัวของเราก็ต้อง
ปรึกษาหารือกันนะคะ หลายคนที่หลายทางออก ที่สำคัญจะต้องเป็นที่ปรึกษาให้กันและกัน
ด้วย

(ผู้ให้คำปรึกษาสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจ
รับฟังปัญหากันภายในครอบครัว)

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นของขอบเขตใน
ครอบครัว อย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีการตระหนักถึงความสำคัญในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวโดยนำ

ความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตในครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ และ
สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองอย่างเหมาะสม

4. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวให้อยู่ในสภาวะ
สมดุลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาในขั้นตอนที่ 4

ผู้ให้คำปรึกษา: สำหรับครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 แล้วนะคะที่เราจะได้คุยกันในลักษณะอย่างนี้ ต่อไปทุก
คนก็จะเป็นที่ปรึกษาของกันและกันได้ เพราะเราคือคนในครอบครัวเดียวกัน ในครั้งที่แล้ว
ครอบครัวของเราช่วยกันแก้ไขปัญหาก็ได้เป็นอย่างดีแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็น
ยังไงบ้างคะ ยังมีปัญหาอะไรอีกหรือเปล่า

ผู้ป่วย : ก็มีบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่ก็ช่วยกันได้

ผู้ให้คำปรึกษา: ดีมากคะ ในครั้งนี้นะคะพยาบาลจะมาแนะนำในเรื่องการยืดหยุ่นของขอบเขตใน
ครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อที่ครอบครัวของเราจะได้นำกลวิธีนี้ไปใช้ประโยชน์ใน
ครอบครัวของเรา ปกติครอบครัวของเราคิดว่าเรามีการยืดหยุ่นกันในครอบครัวอย่างไร

บ้าง หรือแต่ก่อนเรามีการยึดหยุ่นแตกต่างจากปัจจุบันนี้อย่างไร ให้แสดงความคิดเห็นที่ละคนนะคะ

(ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกายยึดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวตามความคิดเห็นของตนเองอย่างอิสระพร้อมกับใช้ เทคนิค Boundary – making เพื่อสร้างขอบเขตที่ชัดเจนระหว่างระบบย่อย)

ผู้ป่วย : คิดว่าแต่ก่อนไม่ค่อยมีเท่าไร เพราะไม่ค่อยได้พูดกัน พอพูดกันมากขึ้นก็รู้สึกว่าจะไร ๆ

ก็ดีขึ้น อย่างแต่ก่อนเวลาออกไปเที่ยวแม่ก็ชอบค่าทั้งก่อนไป กลับมาแล้วก็ยังไม่เลิกค่า แต่พอเราบอกเล่าก่อนไป เล่าก็ไม่ค่าอะไร

ที่ดาวพูดก็ถูกต้องนะคะเนื่องจากทั้งดาวและแม่นิด ก็มีการยึดหยุ่นด้วยกันทั้งคู่เลยทำให้ไม่เกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว โดยการที่ดาวก็รู้ว่าควรจะขออนุญาตแม่นิด ส่วนแม่นิดเองพอดาวมาขออนุญาตเป็นกิจจะลักษณะก็จะไม่ตำหนิดาว ซึ่งตรงนี้จะเหมือนกฎเกณฑ์ในครอบครัวของเราไปโดยอัตโนมัติ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวของเรามีระเบียบมากขึ้น เพราะบทบาทของแม่ก็คือผู้อบรมสั่งสอน และดูแลลูก ส่วนลูกก็ต้องเชื่อฟังพ่อแม่ หากมีเหตุผลอะไรก็ให้พูดคุยและชี้แจงให้แต่ละคนรับรู้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมาก

(ผู้ให้คำปรึกษาสรุปเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตในลักษณะยึดหยุ่นในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงระหว่างมารดากับผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมองสถานการณ์ได้ชัดเจน ตลอดจนมีการสอดแทรกเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแม่และดาว)

ผู้ให้คำปรึกษา : ตอนนี้ครอบครัวของเราพอจะมีแนวทางในการอยู่ร่วมกันเพื่อให้เรามีความสุขขงใจบ้างคะ

น้องสาว : ก็อยู่กันอย่างมีเหตุผล มีอะไรก็ต้องพูดคุยกัน อย่าคิดไปเองคนเดียวว่าคนนั้นต้องเป็นอย่างนี้ และคนนี้ต้องเป็นอย่างนั้น

(เนื่องจากน้องสาวของผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระทั้งในส่วน of แม่และส่วนของผู้ป่วย บางครั้ง ความรู้สึกบางอย่างของตนเองก็ถูกกดดันไว้ในจิตใจสำนึก ซึ่งวันนี้ก็นับว่าเป็นวันที่น้องสาวได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นคนกลางระหว่างความขัดแย้งของแม่กับผู้ป่วย โดยสิ่งที่น้องสาวพูดออกมา เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่แท้จริงของน้องสาว)

ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วแม่นิดล่ะคะ

ก็คงต้องอยู่กันอย่างยึดหยุ่น มีอะไรก็ต้องให้อภัยซึ่งกันและกัน

ผู้ให้คำปรึกษา : ดาวล่ะคะ

ผู้ป่วย : ดาวก็จะดูแลตัวเองให้ดี ๆ แล้วก็ช่วยทำงานเท่าที่ทำได้ สงสารนาแม่ ที่ต้องเหนื่อย

ผู้ให้คำปรึกษา : พยายามรู้สึกประทับใจในความคิดครั้งนี้ของครอบครัวของเรามากนะคะ เพราะการที่เราจะเข้าใจกันได้นั้นจริง ๆ แล้วไม่ใช่เรื่องยาก ถ้าเรารู้จักเข้าหากัน กล้าเผชิญหน้า

กล้าที่จะบอกความรู้สึก ความต้องการที่มีที่แท้จริงของเราให้คนในครอบครัวของเรารับรู้
ต่อไปไม่ว่าจะเกิดปัญหาอะไรในครอบครัวเราก็จะช่วยกันฝ่าฟันไปได้

(ในช่วงโมฆะการให้คำปรึกษานี้ ยุติลงเมื่อปัญหาของครอบครัวได้คลี่คลายลงไปในทางที่ดี
ขึ้น โดยที่ครอบครัวรู้จักและเข้าใจถึงการปิดหูปุ่นในขอบเขตภายในครอบครัวของตนเอง
นอกจากนี้ครอบครัวยังแสดงเจตนารมณ์ว่ามีความต้องการที่จะให้ครอบครัวของตนเองมีการใช้
ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งในขณะนี้ครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่
ร่วมกันแล้วว่าครอบครัวต้องการอะไร และจะใช้ชีวิตในครอบครัวต่อไปอย่างไรและผู้ให้คำปรึกษา
มีการเข้าถึงแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวให้ดีขึ้น)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนและกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้จิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษารอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินลักษณะข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 2 ผลการประเมิน วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพภายในครอบครัวก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ตอนที่ 3 ผลการประเมิน วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่าง ๆ ผู้วิจัยได้กำหนดด้วยย่อแทนสัญลักษณ์ทางสถิติ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์ทางสถิติ

n	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
P	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ
Z	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละกลุ่ม

ตอนที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และ การศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	15	75	15	75	30	75.00
หญิง	5	25	5	25	10	25.00
อายุ						
20-29 ปี	3	15	6	30	9	22.50
30-39 ปี	14	70	7	35	22	55.00
39-49ปี	2	10	6	30	7	17.50
49-59 ปี	1	5	1	5	4	5.00
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	14	70	22	55.00
คู่	11	55	6	30	17	42.50
ม่าย/หย่า/แยก	1	5	-	-	1	2.50
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	20	6	30	10	25.00
ประถมศึกษา	7	35	5	25	12	30.00
มัธยมศึกษา	9	45	8	40	17	42.50
อนุปริญญา	-	-	-	-	-	-
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	5	1	2.50

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 โดยมี อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 55 ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.5 และรองลงมาคือระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	3	15	8	40	17	42.50
รับราชการ	-	-	1	5	1	2.50
ค้าขาย/ธุรกิจ	8	40	3	15	11	27.50
เกษตรกรกรรม	-	-	1	5	1	2.50
ว่างงาน	9	45	7	35	10	25.00
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	11	55	14	70	26	65.00
ไม่เพียงพอ	9	45	6	30	14	35.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 5 ปี	6	30	11	55	17	42.50
มากกว่า 5 ปี	14	70	9	45	23	57.50
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	1	5	17	85	36	90.00
มากกว่า 5 ครั้ง	19	95	3	15	4	10.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัวและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 65 และมี รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 35 นอกจากนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภท นั้นส่วนใหญ่จะ มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.5 และน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 สำหรับ จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1.สุขภาพและการทำหน้าที่	13.99	1.64	ปานกลาง	14.34	1.25	ปานกลาง	.756
2. สังคมและเศรษฐกิจ	14.08	13.68	ปานกลาง	13.68	1.22	ปานกลาง	.880
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	13.85	1.69	ปานกลาง	13.58	1.24	ปานกลาง	.565
4. ครอบครัว	13.52	2.02	ปานกลาง	13.95	1.33	ปานกลาง	-.796
รวม	13.91	1.32	ปานกลาง	13.92	0.94	ปานกลาง	-.026

*p< .05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ	
1.สุขภาพและการทำหน้าที่	14.34	1.25	ปานกลาง	22.55	1.04	สูง	-29.73*
2. สังคมและเศรษฐกิจ	14.08	1.22	ปานกลาง	22.28	1.28	สูง	-26.68*
3. จิตใจและจิตวิญญาณ	13.85	1.24	ปานกลาง	21.87	1.16	สูง	-35.14*
4. ครอบครัว	13.52	1.33	ปานกลาง	24.65	2.62	สูงที่สุด	-16.55*
รวม	13.92	0.92	ปานกลาง	22.60	0.85	สูง	-42.40*

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายด้านก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับระดับปานกลางและภายหลังที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัว อยู่ในระดับสูงและด้านครอบครัวอยู่ในระดับสูงที่สุด

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน คือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและ ด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตรายด้าน	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)			t
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	
1.สุขภาพและการทำหน้าที่	14.03	2.03	ปานกลาง	22.55	1.04	สูง	-16.64*
2. สังคมและเศรษฐกิจ	13.91	2.12	ปานกลาง	22.28	1.28	สูง	-15.09*
3.จิตใจและจิตวิญญาณ	14.26	2.35	ปานกลาง	21.87	1.16	สูง	-12.94*
4. ครอบครัว	13.45	2.09	ปานกลาง	24.65	2.62	สูงที่สุด	-14.90*
รวม	13.97	1.86	ปานกลาง	22.60	0.85	สูง	-18.81*

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูงและในด้านครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงที่สุด ส่วนในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวหลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวหลังสิ้นสุด โปรแกรมจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติดังนี้ คือ

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่าง 06.01-18.00 คะแนน

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
5. อ่านหนังสือ-เขียนหนังสือได้
6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำการศึกษาของ นันทพร พิชัยยะ (2546) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็น จำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยการจับฉลาก โดยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีเพศและอาการทางลบ เหมือนกัน เนื่องจากมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) โดยมีกิจกรรมตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้คือปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ ปรีศ กิตติระศักดิ์ (2547) โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต จากแนวคิดของ Ferrans & Power (Epilepsy version III) ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาจาก สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ซึ่งได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถาม ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ จำนวน 29 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านความสำคัญ จำนวน 29 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีโดยรวมเท่ากับ .84 ด้านความพึงพอใจเท่ากับ .82 และด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .86 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งแล้ว จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ .94 ด้านความพึงพอใจเท่ากับ .92 และด้านการให้ความสำคัญเท่ากับ .89

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การให้คำปรึกษา ทักษะการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการทดลองจนเทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

เตรียมติดต่oprสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้โปรแกรมการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลจิตเวชในชุมชน คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการกับความเครียดในขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 4 ขั้นตอน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว ตามกำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วยตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยมีบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับคำปรึกษาดังนี้ โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 24 มีนาคม 2549 โดยให้คำปรึกษา เวลา 9.00-16.00 น. โดยมีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมดังนี้

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างว่าเมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ใน สัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) ในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของข้อมูล แล้วเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย 2 ประการคือ

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

จากผลของการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณและด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สำหรับคุณภาพชีวิตในด้านครอบครัวภายหลังการทดลอง พบว่าอยู่ในระดับสูงที่สุด

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดการให้คำปรึกษารอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในด้านครอบครัวมีระดับสูงที่สุด เนื่องจากการให้คำปรึกษารอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษา ตลอดจนการได้เปิดเผยความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นภัตศิริ คำสอน (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท พบว่าภายหลังจากการได้รับ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (นรวิวี พุ่มจันทร์ 2548)

ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำให้ครอบครัวสามารถรับรู้และประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาและสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Antonovsky, 1987) ทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการนำเอาสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Martin, 1994) การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับ อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) จากการให้คำปรึกษาครอบครัวจะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาหรือเกิดความเครียดขึ้นจะไม่มีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและหลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหานอกจากนี้ยังมักเก็บปัญหาเอาไว้แต่เพียงผู้เดียว ยกตัวอย่างจากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

“พูดไป บอกไป แม้ก็ว่าเราคิดไปเองคนเดียว มองเป็นอย่างนั้น ไปอีก สู้ไม่บอกซะยังดีกว่า”

“เวลาไม่สบายใจไม่อยากไปปรึกษาใครหรอก เพราะเค้าก็ยุ่ง ๆ กันหมด พูดไปเดี๋ยวก็ถูกบ่นยาวอีก”

“ผมไม่เห็นว่าคุณที่บ้าน จะช่วยอะไรผมได้เลย มีแต่คอยจ้องจับผิดอยู่ตลอด ก็เลยไม่ค่อยพูดคุยกับคนในบ้านเท่าไร”

ซึ่งในการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้วิจัยมีการสอดแทรกให้สมาชิกในครอบครัวได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยตลอดจนมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระหว่างการให้คำปรึกษา เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น อีกทั้งยังให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำมาใช้ได้ในช่วงที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชนอีกด้วย ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณเองได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนรอบข้างและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามมา (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณเองมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี อีกทั้งผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการและไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยวก็นจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเองและให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยนั้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการที่ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาตุษะ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.33$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มนี้ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว อีกทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกที่ครอบครัวมีต่อตนเองได้รับฟังข้อมูลและปัญหาจากครอบครัว รวมทั้งได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของตนเองในที่สุด

นอกจากนี้ การให้คำปรึกษายังเป็นวิธีการที่ช่วยในการเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้ กระบวนการให้การปรึกษาช่วยทำให้คนเกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ช่วยกระตุ้นในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลพร้อมทั้งช่วยให้คนสามารถปรับตัวได้ในภาวะวิกฤตเพื่อให้เขาสามารถเผชิญปัญหา ลดความรุนแรงของปัญหา หรือหาวิธีแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง (Arbunckle D.S, 1975)สรุปได้จากผลการวิจัยที่คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว เนื่องจากการให้คำปรึกษาครอบครัว มีเป้าหมายมีเป้าหมายที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดเป็นกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมแรกของกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ Joining เป็นอย่างมาก เนื่องจากไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผินเท่านั้น แต่เป็นการเข้าถึงระบบครอบครัวของ

ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการพยายามใช้ภาษาหรือ style ของครอบครัว การรับฟังอย่างตั้งใจและการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าผู้วิจัยมีการยอมรับในตัว ของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากครอบครัวครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ในการที่จะก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม จากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมิน โครงสร้างครอบครัวเพื่อทำ ความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุม นอกจากนี้การนำข้อเสนอแนะตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มา ใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยการที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้วิจัยทำการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้วิจัยและ ครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ครอบครัวสามารถก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งในระหว่าง การให้คำปรึกษาครอบครัวในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เช่น ในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีการปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของ สถานการณ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการ ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 สํารวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และร่วมกันจัด โครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยใน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีการร่วมกัน สํารวจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ทั้งในเรื่องสุขภาพและการทำหน้าที่ ปัญหาด้าน จิตใจและจิตวิญญาณ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัญหาด้านครอบครัว โดยการสนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและ กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าบริบทเดิม โดยการนำ แนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการร่วมกันวางแผนจัด โครงสร้างที่เหมาะสมในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบไปด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับ ขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยใช้เทคนิค boundary-making ซึ่งการส่งเสริมให้ครอบครัวมีโครงสร้างที่เป็นระเบียบแบบแผน จะช่วยให้ สมาชิกในครอบครัวรู้ว่าควรจะทำปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและ ชุมชนได้อย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และมีการใช้เทคนิคมอบหมายการบ้าน โดยมอบหมายให้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน นอกจากนี้การนำข้อเสนอแนะตาม แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้าง ขอบเขตภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการ

ช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องและ การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และปรับเปลี่ยน สภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพ กว่าบริบทเดิม โดยบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยาผู้ป่วยจิตเภทจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัวซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในเรื่องของการสนับสนุนให้ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยกัน เหลือซึ่งกันและกันในการหาแนวทางที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต ทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยการใช้เทคนิค reframing ในการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีการมองปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลเสียหรือยากต่อการแก้ไข ก็มองเสียใหม่ว่าปัญหานั้นเป็น สิ่งที่ทำหายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้ หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด การมองปัญหา ในแง่มุมมองใหม่ จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้นและเทคนิค enactment ซึ่งเป็นการช่วยให้ เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาจริง ๆ ในช่วงของการให้คำปรึกษา จะทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544) ซึ่งการ ช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะช่วยให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นของผู้ป่วย และการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตาม เป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรมการดูแล ตนเองที่จำเป็นได้โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย ซึ่งเป็นการสร้างบริบท ใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยการที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีการพึ่งพากันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่า ตนเองเป็นที่ยอมรับของครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมาย มากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการยืดหยุ่นในครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น การยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกันและมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมดุล (Minuchin, 1974) ซึ่งจะส่งผลเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง เนื่องจากเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าได้ รับความสนใจเอาใจใส่จากครอบครัว มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นก็จะช่วยบรรเทาภาวะความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยลงได้และผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) และการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตลอดจนเรื่องการรักษาและสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชน ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม กับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองและยุติการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยผู้วิจัยบอกกล่าวยุติสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยมีแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและร่วมมือกันในการดูแลตนเองภายในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ากิจกรรมตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 4 ขั้นตอน จะช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ราบรื่น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงเป็นการปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยให้ดำเนิน ไปอย่างปกติสุข

จากการศึกษา พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังทางกายซึ่งโรคจิตเภทก็นับว่าเป็น โรคเรื้อรังประเภทหนึ่งในทางจิตเวช ซึ่งมีความคล้ายคลึงในลักษณะของการเป็น โรคที่รักษาไม่หายขาดกลับเป็นซ้ำ ได้อีก ส่งผลให้เกิดความทุกข์

ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกสูญเสียการพึ่งพาตนเอง กลัวเป็นที่รังเกียจของสังคม รู้สึกไม่มั่นใจและไม่มั่นคงในชีวิต นอกจากนี้จากผลข้างเคียงของยาที่ยังส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านต่าง ๆ จากการศึกษาของ นันทพร พิชะยะ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาคีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จากผลสรุปงานวิจัยทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนเดิมของตนเองได้อย่างมีความสุข

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกัน สอดคล้องกับจริยวัตร คมพักษณ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จินตนา บุญพันธ์ุ, 2542) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในบริบทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัคราภรณ์ ชลโสภณ (2547) ที่พบว่าภายหลังจากการให้คำปรึกษาครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548) จากคำกล่าวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

“ปกติไม่เคยมานั่งคุยกันแบบนี้หรอก ต่างคนต่างอยู่ หนูไม่เคยรู้ว่าแม่เค้ารู้สึกยังไงกับหนูและแม่เค้าก็ไม่เคยรู้ด้วยว่าหนูรู้สึกยังไงกับเค้า แต่ตอนนี้หนูรู้แล้วว่าแม่เป็นห่วง และอยากให้หนูหาย”

“ ตอนนี้ผมรู้สึกดีใจนะที่พ่อเข้าใจผม แต่ตอนแรกผมคิดว่าพ่อไม่เข้าใจผม คิดว่าพ่อเข้าใจคนอื่นที่มากกว่าผมกับพ่อแล้วพ่อก็เชื่อ ก็เลยรู้แล้วว่าพ่อเชื่อใจเรา เข้าใจเรามากกว่าคนอื่น”

“ ไม่เคยพูดเคยคุยกับแม่มานานแล้ว เพราะคิดว่าพ่อเข้าไปหาที่โดนค่ากลับมา ก็เลยไม่ยอมเข้าไป แต่จริง ๆ แล้ว เราคิดไปเองทั้งนั้นว่าต้องโดนค่า แม่ไม่ได้เกลียดเราซักหน่อย”

“ต่อไปเวลาไม่สบายใจ ก็จะพูดออกกับพ่อกับพี่ เพราะคงไม่มีใครหวังดีกับเราเท่ากับคนในบ้าน”

“ผมไม่เคยคิดมาก่อนว่าแม่เป็นห่วง เพราะส่วนใหญ่แม่ก็คิดแต่คำดีแต่บ่น นำรำคาญไปวัน ๆ ตอนนี่รู้แล้วว่าที่แม่บ่นก็เพราะรักและเป็นห่วงเรา”

นอกจากนี้ คำกล่าวที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว มีดังนี้

“ที่ไม่เคยพูดหรือบอกอะไรเค้า เพราะกลัวเค้าจะรำคาญ พอเห็นเค้าเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียวก็คิดว่าเค้าคงไม่อยากพูดหรือคุยกับใคร ตอนนี่ก็รู้แล้วว่าลูกน้อยใจ คิดว่าแม่กับน้องรังเกียจ ”

“ ก็ต้องดูแลกันไป อันไหนที่เค้าพอช่วยทำได้ก็ให้เค้าทำไป เค้าจะได้ไม่เบื่อ และไม่รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประโยชน์”

อีกทั้งยังมีตัวอย่างการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ตัวอย่างที่ 1

ครอบครัว : “อยากบอกกับลูกว่า แม่กับน้องไม่ได้รังเกียจลูกนะ ยังรักและเป็นห่วงเหมือนเดิม มีอะไรให้บอกแม่ได้ทุกเรื่อง อย่าคิดว่าแม่เป็นคนอื่น”

ผู้ป่วย : “ผมไม่เคยคิดว่าแม่เป็นคนอื่น แต่ผมไม่รู้ว่าแม่คิดอะไรยังไง เพราะแม่ไม่เคยบอก ตอนนี่ก็รู้แล้ว ว่าแม่รักและยังเป็นห่วงผมเหมือนเดิม”

ตัวอย่างที่ 2

ผู้ป่วย : “ ไม่อยากคุยกับแม่ เพราะคนละพิวส์ กันเลย อีกอย่างแม่ก็คิดแต่บ่นอย่างเดียว”

ครอบครัว : “ที่แม่บ่นก็เพราะแม่เป็นห่วง หนูเคยรู้หรือเปล่า”

ผู้ป่วย : “หนูจะรู้ได้ยังไง เพราะแม่ไม่เคยพูดจะที่ว่าแม่ห่วง”

ครอบครัว : “ก็บอกอยู่ี่ไงว่าแม่เป็นห่วง อยากให้หนูดูแลตัวเองดี ๆ แม่เองก็จะคอยช่วย หนูด้วย”

ผู้ป่วย : มองหน้ามารดาแล้วยิ้ม “ ก็ได้”

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเกิดการปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การดำเนินชีวิตในครอบครัวเป็น ไปอย่างราบรื่น(Biggs, 1994) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการประเมินว่าพึงพอใจและให้ความสำคัญในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิตของตนเองดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะเห็นได้จากการพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงและคุณภาพชีวิตในด้านครอบครัว พบว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวในครั้งนี้ จะมีการพัฒนาในเรื่องการดำเนินชีวิตของตนเองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านครอบครัวซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ถือว่าเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมในครอบครัว ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่ช่วยยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่มีความสุขในชีวิต เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมก็จะมีการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุขขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวยังมีโอกาสรับฟังความรู้สึกร่วมกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ ก็จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แสดงว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวที่จัดกระทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนำเอาแนวคิดของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับที่ยังไม่ดีที่สุดที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนได้รับโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (6.01-12.00) ถึงปานกลาง (12.01-18.00) และหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (18.01-24.00)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีการสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา มีความเข้าใจกันในครอบครัว มีความจริงใจ แสดงความรัก ความห่วงใยและการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจาก สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการประเมินว่ามีความพึงพอใจและมีการให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับ การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ การแนะนำเรื่องการรับประทานยา การได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับความเครียด โดยพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ไม่มีการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ทำให้ยังคงมีความขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการวิพากษ์วิจารณ์คำหามิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน การไม่มีโอกาสได้บอกถึงความรู้สึกหรือความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นลักษณะของการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ดังนั้นจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (นรวิรี พุ่มจันทร์, 2548) ซึ่งนอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวยังได้รับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้นำมาร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของโปรแกรม ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ทัศนคติที่ประ โยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้วิจัยทำการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้วิจัยและครอบครัว จะได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ครอบครัวสามารถก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิมและการคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการระคับระคองทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจและการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนและให้กำลังใจกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) การร่วมกันประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัว การปรับปรุงสภาพแวดล้อมร่วมกัน ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีการประเมินว่าไม่พึงพอใจและไม่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมไม่เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมบางคนบอกว่า เมื่อพยาบาลได้ให้คำแนะนำ “ได้ความรู้ว่าตัวเองมีความผิดปกติของสมอง ต้องกินยาต่อไปเหมือนคนเป็น โรคเบาหวาน ความดัน”

“ได้ความรู้ว่าเราต้องกินยาไปตลอด ถ้าไม่กิน ก็จะเครียด หงุดหงิด”

“ปกติไม่ค่อยได้พูดคุยกับคุณพยาบาลในลักษณะแบบนี้หรอก ยิ่งถ้าไปเอายาที่โรงพยาบาลแทบจะไม่ได้คุยกันเลย ที่นี้คนไข้เยอะ”

“คนที่บ้านก็ดูแลให้กินยาดลอนั้นแหละ แต่ที่ต้องคอยบังคับเราก็เพราะว่าหมอสั่งมา”

“ไม่ค่อยอยากอยู่บ้านหรอก แต่ก็ไม่รู้จะไปไหน ออกไปข้างนอกก็มีแต่คนมองแปลก ๆ เลยไม่ค่อยอยากจะไปไหน ทนแข็งพ่อแข็งแม่อยู่ที่บ้านดีกว่า”

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (18.01-24.00) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (12.01-18.00)

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามียานวิจัยที่นำรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่พบงานวิจัยที่ได้มีการบูรณาการการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้แนวคิดของ โบเวน ได้แก่ การศึกษาของ สุขอรุณ วงษ์ทิม (2548) พบว่าภายหลัง

จากการให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการ โดยมีการนำเอาทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร พิษะยะ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาคีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังมีการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวของ Minuchin (1974) มาใช้ในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช ได้แก่ การศึกษาของ นภัสศิริ คำสอน (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท พบว่าภายหลังจากการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับนรวิวี พุ่มจันทร์ (2548) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (นรวิวี พุ่มจันทร์ , 2548) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีก็แสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2) สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3) สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี 4) การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม และยุติการให้คำปรึกษา รวมทั้งยังมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเข้ามาร่วมในแต่ละขั้นตอน โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ นับได้ว่าเป็นวิธีการในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาวะที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความพึงพอใจและให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิตและเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางการแพทย์ ดังนั้นการนำโปรแกรมนี้เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีความพึงพอใจในองค์ประกอบในชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังเป็นการลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากการมุ่งเน้นแก้ไขที่ตัวผู้ป่วยตามลำพังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขในส่วนของบริษัทที่ผู้ป่วย

ดำเนินชีวิตอยู่นั้นก็ คือ ครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติที่เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกัน มีส่วนสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่และรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกันเองภายในครอบครัว สังคมและชุมชนของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพชีวิตยังเป็นเป้าหมายสำคัญของการบริการสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีที่สุดนั้น สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีเท่าที่ควรได้ ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนที่พยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้นเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาลและเป็นไปตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นไปที่การให้บริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาแนวทางในการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในครอบครัว

1.3 การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการให้คำปรึกษา หรือการให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของ โปรแกรมตามที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ติดตามผลระยะยาว ทุก 1,3, 6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของคุณภาพชีวิตที่คืออย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของผู้ป่วย

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกสู่ชุมชนในเรื่องความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยเมื่อต้องประสบกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นว่ามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค

3. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปใช้

3.1 ในการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น พยาบาลจำเป็นต้องดำรงความสัมพันธ์อันดีไว้ตลอดระยะเวลาของการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

3.2 ในระหว่างการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว พยาบาลต้องระมัดระวังความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลต้องรู้จักการควบคุมสถานการณ์และควบคุมอารมณ์ให้เป็น ไปอย่างพอเหมาะตามวิธีการควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรง

3.3 บุคลากรทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรให้ความสำคัญของการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อในการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นการจัดกลุ่มญาติเพื่อให้ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของกันและกัน โดยการประคับประคองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการร่วมมือกันในการดูแลช่วยเหลือกันเองที่บ้าน ซึ่งเป็นการครึ่งผู้ป่วยไว้ในชุมชนไว้ให้นานที่สุดและเป็นการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3.4 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีขั้นตอนชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ นับเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่พยาบาลมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติและไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้พยาบาล เป็นการมองผู้ป่วยในบริบทของครอบครัวซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ครอบคลุมบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง
ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ ฯ องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การให้การปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี:
สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. คู่มือสำหรับผู้บริหารเพื่อพัฒนาระบบบริการ
ปรึกษา. นนทบุรี: วิทยอนต์ พับลิชชิ่ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546. กรุงเทพฯ ฯ: องค์การ
รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กฤตยา แสงเจริญ. 2542. การพัฒนาบทบาทการเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทาง
คลินิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 22 (2): 63-67.
- เกษม ดันดิผลาชีวะ. 2536. คำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. 2543. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับ
ผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2535. การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. สภาการพยาบาล :
32-37.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการและผู้รับ
บริการในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าศิริราช ฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อ
พัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุข
สุขาเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. 2542. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล 48 (1): 13-20.
- จันทร์ ชีระสมบุญ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
จิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ นารินทร์และรังสียา นารินทร์. 2544. ทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9. วารสาร
พยาบาล สงขลานครินทร์ 21 (2):19-26.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร ฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.

13: 1-13.

- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัชวาลย์ ทิพย์สุวรรณ. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ญาณิณี ไพบูลย์รัตนกร. 2546. ครอบครัวกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนกปริทัศน์ 3 (5): 35.
- ถนอมศรี อินทนนท์. 2536. แผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช. นครศรีธรรมราช : พี เจ. เพลท.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ: มปท.
- นภัสศิริ คำสอน. 2548. การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท. โครงการศึกษาอิสระ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรวิวี พุ่มจันทร์. 2548. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13 (3): 146 - 156.
- นันทพร พิษะยะ. 2546. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา ดากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. สงขลานครินทร์เวชสาร 11 (1): 29-40.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (3): 141-149.
- บุญใจ ศรีสถิตชัยนรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพศรี นูรนางกูร. 2541. รายงานการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรียศ กิตติธีระศักดิ์. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมือง.

จิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปีพามา ศิริเวช. 2545. การดูแลอย่างต่อเนื่องของบริการที่เลือกได้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10 (1): 1-5.

โปรยทิพย์ กสิพันธ์. 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2544. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพฯ: ธนัชการพิมพ์.

พรชัย พงษ์สงวนสิน จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์และชุติมา ประทีปะจิตติ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณี โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3): 16-24.

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. 2537. ประเด็นปัญหาการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษ หน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงเพ็ญ เข็มปัญญารัชและคณะ. 2542. พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 32-44.

พะยอม อยู่สวัสดิ์. 2537. การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต : ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชญา ศรีเกลื่อนกิจและอุไรวรรณ ชัชชนะวิโรจน์. 2543. ผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 วันที่ 23-25 สิงหาคม 2543.

พิศสมร เดชดวงและจินตนา ชูนิพันธ์. 2547. การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญภา แดงด้อมบุษย์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา. 2547. คราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18 (1): 1-9.

เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (12): 136-138.

กุนมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย

- จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลองศิษยนิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- เมธินินทร์ ภิญโญชน. 2539. การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2539. แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาล ศาสตร์ 14 (1): 43-52
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ พยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 :1-9.
- ยูวดี ฤชา. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.
- เขวลักษณ์ กลิ่นหอม. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิกร อุปเสน. 2541. การศึกษานันทนาการและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัย โชติ. 2542. รายงานการวิจัย: ปัจจัยสัมพันธ์กับการมารักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิณ. 2542. บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเชิงรุก การใช้ทักษะให้ประชาคม เข้ามามีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 17 (2): 13-23.
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. 2545. การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย จักรพันธุ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สมบัติ ไชยวัฒน์ ,ยุพิน กลิ่นขจร,ดวงฤดี ลาสุขะและทิพาพร วงศ์หงษ์กุล . 2543. การสนับสนุน ทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง . พยาบาลสาร 27 (2): 29-41.
- สินชัย วสุนธรา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. 2548. การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก มคลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. ปริญญาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำ ปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุวิมล สมัตตะ . 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ . 2537. “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- สุภาพร คาวดี . 2537. ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หงษ์ บรรเทงสุข . 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย . 2542. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้การปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 32-44.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย . 2542. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 15-19.
- อรพรรณ ลีอนุชวิชัย . 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อรรณพ ทองคำ . 2546. การทำหน้าที่ของครอบครัวความการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภา จันทรสกุล . 2535. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษาและการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อาภา จันทรสกุล . 2531. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษาและการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุมาพร ด้รงค์สมบัติ . 2540. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้า พรินคิง.
- อุมาพร ด้รงค์สมบัติ . 2544. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, สุติมา ประทีปจิตติและสุคนธ์ คำอ่อน. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 5 (3): 58-64.
- อังฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ . 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัศราภรณ์ ยลโสภณ . 2547. ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มี

บุตรบกพร่องทางการได้ยิน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาการให้
คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภาษาอังกฤษ

- Ackerman, N. 1958. The Psychodynamics of family life. New York: Norton.
- Allan , F.,Michael ,F., Scheir and Arnold H. B. 1975. Public and Private Self-consciousness: Assessment and Theory. Journal of Counseling and Clinical Psychology 43: 522-527.
- American psychiatric Diagnosis. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder. 4thEd : washington DC.
- Antonovsky. 1987. Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey Bass.
- Arbunckle, D.S. 1975. Counseling and psychotherapy. 3rd ed. Boston: allyn and Bacon : 15.
- Bethesda, D. 1999. Schizophrenia retrieved. [Online] Available From : nimh.nih.gov/publicat/chizoph. Cfim National institute of Mental Health (2005, June 15).
- Berkowitz, L. 1987. Mood,Self-awareness, and Willingness to help. Journal of Personality and Social Psychology 52: 721-729.
- Bobes, J., and Gonzalez,M.P. 1997. Quality of life. In : Kastching,H.Freeman,H.&Satorious N.editor. Quality of life in mental disorders. New York: John Wiley & sons.
- Breier, A., Schreiber,J.L Dyer,J. and Pickar,D. 1991. National institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. Archive General Psychiatry 48: 239-246.
- Browne, S., et al . 1996. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta psychiatr Scand 94: 24-118.
- Campbell, A. 1976. Subjective measures of well-being. American Psychologist 32: 88-103.
- Caron, J.,et al. 1998. Component of social support and quality of life in severely mentally,low income and a general population group. Community Mental Health Journal 34 (5): 459-475.
- Carboni, G.P.,Botti ricciarda. 2004. Counseling may improve quality of life in chronic heart failure in spite of lack of improvement in left ventricular dysfunction after medical therapy. Congestive heart failure 13: 195.
- Clareci et.al . 2005. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. Cad.Saude publica, Rio de Janeiro 21(5): 1338-1348.
- Cobb, S. 1979. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38:300-314.

- Coehran and Cox. 1992. Experimental Designs. 2 nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Corey, G. 1996. Theory and Practice of Group Counseling (5 Ed) . Pacific Grove CA: Book Cole.
- Dickerson, F.B., Pratt,F ., and Ringle, N. 2000 . The relationship among three measures of social functioning in outpatients with schizophrenia. Journal of Clinical psychology 56:1509-1519.
- Flanagan, J.C. 1978. A research approach to improting of quality of Life. American Psychologies 31(2): 138-147.
- Ferrans, C.E., and Powers, M.J . 1985. Quality of life index: development and psychometric properties. Advances in nursing Science 8(1): 15-24.
- Ferrans, C.E., and Powers, M.J . 1992. Psychometric assessment of the Quality of life index. Research nursing health 15: 29-38.
- Frank-Stromberg, M. 1984. Selecting an Instruments to Measure quality of Life. Once Nurse Forum. 11 (5): 88-91.
- Gaultiere, B. 1999. Understanding and help for schizophrenia. [Online]. Available from: <http://www.Chritiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm>CheistianSoulCare.com [2005, August 18]
- Glick, I.D., Clarkin, J.F., and Kessler, R. 1987. Farital and family therapy 3 rd ed. Orland : Rune & Stratton.
- Goldenberg, I.,and Goldenberg,H. 1985. Family therapy : An overview. Pacific Grove,CA: Brooks Cole.
- Gokey, A., Suleymam, O., Cem, K., Cengiz , B. 2002. Neurocognitive deficit and Quality of life in outpatients with schizophrenia. Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry 26: 1217-1219.
- Gomez,G.E. & Gomez, E.A. 1991. Chronic schizophrenia : the major mental health problem of the century. Perspectives in Psychiatric Care 27 (1):7-9.
- Greenberg,J.S., et al. 1993. Mother caring for on adult child with schizophrenia. Family relation.42 : 205-211.
- Gupta, S.; Kulhara,P.; andVerma,S.K . 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. Acta Psychiatry Scandinava. 97: 290-296.
- Hunter, S. 1992. Adual Day Care : Promoting Quality of life for the Elderly. Journal of Gerontolo gical Nursing 18: 17-20.
- Kaplan, H.I.& Sadock,B.J. 1998. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science

- and clinical psychiatry (8th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Katschnig, H., Freeman, H., Satorious, N. 1997. Quality of life in mental disorder. New York: Johnson Wiley & Sons.
- Katschnig, H. 2000. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatrica Scandinavica 102: 33-37.
- Koivumaa-Hongkanen HT, et al. 1996. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 94: 372.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Lehman, A.F. 1982. Chronic mental patients: the quality of life issue. American Journal of Psychiatry 139 (10): 1270-1275.
- Lehman, A.F. 1983. The well-being of chronic mental patient : assessing their quality of life. Archives of General Psychiatry 40: 369-373.
- Lehman, A.F., Possidente, S., and Hawker, F. 1986. The quality of life of patients in a state hospital and in community residences. hospital community psychiatry 37: 901-907.
- Lubkin, L.M. 1986. Chronic illness: impact and intervention. Boston. Jones and Bartlett Publisher, Inc.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. Sample Size Tables for clinical Study, 2nd ed. Malden: Blackwell Science.
- Martin, K.M. 1994. Loss without death : Dilemma for the head-injured patients family. Journal of neuroscience Nursing 26 (6):134-139.
- Meeberg, G.A. 1993. Quality of life : a concept analysis. Journal of advanced Nursing: 32-38.
- Meltzer, H.Y., et al. 1990. Effects of six months of clozapine treatment on the Quality of life of chronic schizophrenic patients. Hospital and community psychiatry 41 (8): 892-897.
- Mercier, C.; Peladeau, N.; and Tempier, R. 1998. Age gender and Quality of life. Community mental health journal 34 (5):487-499.
- Minuchin, S. 1974. Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Norman, R.M., et al. 2000. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and Quality of life index client version. Acta Psychiatrica Scandinavica 103: 355-361.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. 1995. Nursing research principles and methods .7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., and Becker, C.T. 2004. Nursing research principles and methods, 7th ed. Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins.

- Ritsner, M., et al. 2003. Predictors of quality of life in major psychosis: a naturalistic follow-up study. Journal clinical psychiatry 64 (3): 308-315.
- Rose, E.L. 1997. Families of Psychiatric Patient : a critical review and future research direction. Archives of Psychiatric Nursing 31: 19-21.
- Rosenfield, S. 1992. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. Journal of Health and Social Behavior 33: 299-315.
- Ruggeri, M., et al. 2001. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients : factor analytical approach. British Journal of Psychiatry 178 (3): 268-275.
- Ruggeri, M. et al. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services : the South-verona outcome project. Acta Psychiatrica Scandinavica 105: 131-140.
- Schulz, B., & Angermeyer, M.C. 2003. Subjective experiences of stigma : A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine. 56 (2): 299-312.
- Skanze, K., et al. 1990. Comparison of Quality of life with standard of living in schizophrenia out-patients. American Journal of Psychiatry 161: 797-801.
- Sullivan , G., Wells, K., and Leaker, B. 1992 . Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hospital and community psychiatry 43 (8):794-798.
- Tabachnick, B., and Fidell, L. 1998. Using Multivariate Statistics. Harper Collins. 10 East 53d Street, NY: 1022.
- UNESCO. 1980. Evaluation the Quality of life in Belgium. Social Indicators Research 83 :12-319.
- Voruganti ,L., et al . 1998. Quality of life measurement in schizophrenia : reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. Psychol Med 28:72-165 .
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder : Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Wulf , R., et al. 2005. Size of burden of schizophrenia and psychiatry disorders. European neuropsychopharmacology 15 (4):399-409.
- Wynne, L.C., Ryckoff I.M., Day ,J., and Hirsh S.I. 1958. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics . Psychiatry 21: 205-220.
- Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing 17: 795-800.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. น.พ นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์ 8
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. อาจารย์ดร.ศิริพร โอภาสวัฑฒย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
3. อาจารย์วรวิวัฒน์ ประทานวรกิจญา ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. นางจันทรรจก บำเหน็จพันธ์ุ พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางสุคนธ์ ชมชื่น พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลศรีธัญญา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. กำหนดหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก (Cronbach's alpha coefficient) (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum Si^2}{Si^2} \right]$$

α	=	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก
n	=	จำนวนข้อสอบทั้งหมดในแบบสอบถาม
$\sum Si^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
Si^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้

1. ค่าร้อยละใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

2. กำหนดค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

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

\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	=	จำนวนตัวอย่าง

3. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร

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

S.D.	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	=	ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง
N	=	จำนวนตัวอย่าง

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โดยใช้สูตร Dependent t-test (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$t = \frac{\bar{D} - \mu_D}{S_D}$$

$$df = N - 1$$

\bar{D} = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

μ_D = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

S_D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

df = องศาแห่งความเป็นอิสระ

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สูตร Independent t-test (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \sum X_2^2}{N(N-1)}}}$$

df	$=$	$2N - 2$
\bar{X}_1	$=$	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1
\bar{X}_2	$=$	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2
ΣX_1^2	$=$	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 1
ΣX_2^2	$=$	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 2
df	$=$	องศาแห่งความเป็นอิสระ
N	$=$	จำนวนตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

2.แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

เวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของความสัมพันธ (Joining) ที่ดีกับครอบครัว

2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้วิจัยในระหว่างการให้คำปรึกษา

3. เพื่อประเมิน โครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษารอบครัวได้อย่าง

เหมาะสม

เนื้อหา

การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว หรือ joining หมายถึง การที่พยายามเข้าสู่ระบบครอบครัวที่รับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี ไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวและรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะมีความสุข ทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวดหรือความปมใจที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเกิดจากการมีความรู้สึกทางบวกต่อครอบครัว เชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัว และอยากร่วมมือกับครอบครัวเพื่อก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพ ทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างความสัมพันธ์ โดยมีวิธีการดังนี้

- พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน ผู้บำบัดต้องทำความเข้าใจกับวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่น ขณะสัมภาษณ์ ถ้าถูกเรียกพ่อแม่อย่างไรผู้ให้คำปรึกษาก็ควรเรียกอย่างนั้น

- ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดง ความสนใจ

- สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จ ก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้รู้ว่าผู้บำบัดตระหนักถึง

ความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวัง ต้องการได้เห็นว่า ภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจที่จะแก้ปัญหาต่อไป

- join กับสมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป

- วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้งกัน เมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join ให้สมดุลกัน

- อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหาจึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใด แต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้ได้

การประเมินครอบครัว (Family assessment) คือ การสัมภาษณ์ครอบครัวเพื่อประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไรหรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้าง และคิดว่าครอบครัวจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร สิ่งที่จะต้องประเมิน คือ

- 1.โครงสร้างของครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆ เช่น ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย เป็นต้น

- 2.การประเมินกระบวนการ(Process) ที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่าง พ่อ แม่- ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ครอบครัวปัจจุบัน-เครือญาติ

รวมทั้งการสังเกตในระหว่างประเมินครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินครอบครัว สิ่งที่ต้องสังเกตในระหว่างการประเมินครอบครัว คือ ปฏิกริยาที่สมาชิกมีต่อกัน (observation) เช่น ใครขัดคอใคร ใครพูดแทนใคร เป็นต้น การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (nonverbal communication) เช่น หากภรณานั่งหันข้างให้สามีและพูดกับสามีโดยไม่มองหน้า แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งที่มีต่อกัน เป็นต้น ลำดับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (sequence of interaction) เช่น เมื่อลูกขว้างปาข้าวของอยู่ในห้องและถูกแม่ตำหนิ พ่อเข้าไปปกป้องโดยพูดว่า “ ลูกยังเด็ก จะไปหาความอะไรกับเด็ก” และแม่เงียบไป ลำดับเหตุการณ์นี้แสดงว่าพ่อลูกมีความผูกพันกันมากเกินไป และแม่ไม่มีอำนาจเพียงพอ การสังเกตเหล่านี้จะทำให้เข้าใจกฎแห่งความสัมพันธ์และโครงสร้างต่างๆ ของครอบครัว เช่น ขอบเขต ลำดับอำนาจและการเข้าพวก เป็นต้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ (joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวโดย ทักทาย แนะนำตัว สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น มีการประสานสายตา แสดงความสนใจใน สมาชิกครอบครัวแต่ละคนและพยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว เช่น พุดคุยในเรื่องที่ ผู้วิจัยและครอบครัวมีความสนใจร่วมกัน เช่น ถามเรื่องงานอดิเรก หรืออาจถามในเรื่องทั่ว ๆ ไป เช่น “เมื่อเช้าจะทำอะไรให้คุณทานบ้าง?”
2. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแนะนำตนเอง เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ผ่อนคลายและเป็นกันเอง join กับสมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้น พอเพียงพอแล้วจึงค่อยพุดคุยกับคนต่อไป
3. สร้างข้อตกลงหรือ contract โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว บทบาท หน้าที่ของผู้รับคำปรึกษาและพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่และขออนุญาตในการบันทึกเสียงในการให้คำปรึกษาลดโปรแกรม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ กระบวนการในการให้การปรึกษาครอบครัวและมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับ ครอบครัวว่าผู้วิจัยจะเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเองและมีความเจริญงอกงามขึ้นเท่านั้นแต่ ไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เช่น “พยาบาลอยากรู้จักครอบครัวของคุณพอจะเล่าเรื่อง ของคุณให้ฟังได้ไหม” สนใจฟังและได้ถามสมาชิกทุกคนแต่ละคนจนครบ
5. กระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question หรือ พักหน้าแสดงความสนใจและยอมรับในความคิดเห็น เช่น “เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คนอื่น ๆ รู้สึก อย่างไร” หรือ “ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตอนนี้แตกต่างจากเมื่อก่อนอย่างไร”
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่ เป็น ปัญหาของครอบครัวพร้อมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น ใครพูดแทนใคร ,ใคร จัดคอใคร
7. ให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัวตามความเหมาะสม “ เช่น ถึงแม้จะบอกว่าลูกสาวกับลูกชายมักจะขัดแย้งกันเป็นประจำแต่วันนี้ดูเค้าสามัคคีกันดีและต่อไป ปัญหาที่เขาขัดแย้งกัน ต้องมีทางแก้ไขได้แน่”
8. ในขณะที่ให้คำปรึกษาผู้วิจัยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เช่น การดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค
9. ขณะให้คำปรึกษาผู้วิจัยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวจะ ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่โดยมีการประเมินโครงสร้างของครอบครัวอย่างครอบคลุม

10. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้สรุปสาระสำคัญและสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้

11. จุดบันทึกการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. ม้วนเทปบันทึกเสียง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยตนเองและเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
2. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจตนเองและเข้าใจถึงลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความแล้วใส่เครื่องหมาย \surd ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 1 ชุด คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () ม้าย () หย่า/ร้าง
4. การศึกษา
() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
() รับราชการ () ค้าขาย () เกษตรกรรม () รับจ้าง ()ว่างงาน
6. ความเพียงพอของรายได้
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท.....
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

1. ข้อความต่อไปนี้กล่าวถึงสภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของท่านในขณะนี้ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมดแบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ท่านมีความพึงพอใจกับสภาพดังกล่าวมากน้อยเพียงใดและตอนที่ 2 สภาพดังกล่าวมีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลขที่ตรงกับคำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

2. โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใดซึ่งคำตอบแต่ละข้อไม่มีความหมายเชิงถูกหรือผิด พึงพอใจและสำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก พึงพอใจและสำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง ไม่พึงพอใจและไม่สำคัญมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

พึงพอใจมาก = 6

พึงพอใจปานกลาง = 5

พึงพอใจเล็กน้อย = 4

ไม่พึงพอใจเล็กน้อย = 3

ไม่พึงพอใจปานกลาง = 2

ไม่พึงพอใจมาก = 1

ตอนที่ 1 ด้านความพึงพอใจ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านมีความพึงพอใจในสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
2. ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพของท่านขณะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด						
3. ท่านมีความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
4. ท่านมีความพึงพอใจที่สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						
5. ท่านมีความพึงพอใจในความสามารถในการดูแลครอบครัวมากน้อยเพียงใด						
6. ท่านมีความพึงพอใจที่ทำให้คนเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
7. ท่านมีความพึงพอใจในความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด						
8. ท่านมีความพึงพอใจว่าท่านสามารถรู้ว่าเมื่อใดมีอาการของโรคเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
9. ท่านมีความพึงพอใจความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
10. ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศมากน้อยเพียงใด						
11. ท่านมีความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนหรือที่อยู่อาศัยของท่านมากน้อยเพียงใด						
12. ท่านมีความพึงพอใจการศึกษาของท่านมากน้อยเพียงใด						
13. ท่านมีความพึงพอใจในการประกอบอาชีพของตนเองมากน้อยเพียงใด (กรณีประกอบอาชีพ)						
14. ท่านมีความพึงพอใจเพื่อนของท่านมากน้อยเพียงใด						
15. ท่านมีความพึงพอใจในการหารายได้และการใช้จ่ายเงินของตนเองมากน้อยเพียงใด						
16. ท่านมีความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด						
17. ท่านมีความพึงพอใจความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านมากน้อยเพียงใด						
18. ท่านมีความพึงพอใจกับสถานะของตนเองถึงแม้ว่าขณะนี้ท่านจะไม่ได้ประกอบอาชีพมากน้อยเพียงใด (กรณีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ)						
19. ท่านมีความพึงพอใจในการศรัทธาเชื่อถือในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากน้อยเพียงใด						
20. ท่านมีความพึงพอใจกับความสุขในชีวิตมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
21. ท่านมีความพึงพอใจกับความสงบสุขทางใจของท่านมากน้อยเพียงใด						
22. ท่านมีความพึงพอใจภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด						
23. ท่านมีความพึงพอใจในการที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากน้อยเพียงใด						
24. ท่านมีความพึงพอใจว่าท่านได้ดำเนินชีวิตสำเร็จตามเป้าหมายของตนเองมากน้อยเพียงใด						
25. ท่านมีความพึงพอใจในการเกิดความรู้สึกวิตกกังวลในชีวิตมากน้อยเพียงใด						
26. ท่านมีความพึงพอใจความสุขในชีวิตครอบครัวของตนเองมากน้อยเพียงใด						
27. ท่านมีความพึงพอใจสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมากน้อยเพียงใด						
28. ท่านมีความพึงพอใจญาติพี่น้องมากน้อยเพียงใด						
29. ท่านมีความพึงพอใจคู่ครองหรือคนรักของท่านมากน้อยเพียงใด						

ตอนที่ 2. ด้านการให้ความสำคัญ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านให้ความสำคัญในสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						
2. ท่านให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของท่านขณะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด						
3. ท่านให้ความสำคัญในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด						
4. ท่านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
5. ท่านให้ความสำคัญในความสามารถในการดูแลครอบครัวมากน้อยเพียงใด						
6. ท่านให้ความสำคัญกับการทำตนเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นมากน้อยเพียงใด						
7. ท่านให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากน้อยเพียงใด						
8. ท่านให้ความสำคัญกับการที่ท่านสามารถรู้ว่าเมื่อใดมีอาการของโรคเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
9. ท่านให้ความสำคัญกับความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด						
10. ท่านให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเพศของท่านมากน้อยเพียงใด						
11. ท่านให้ความสำคัญกับสภาพบ้านเรือนหรือที่อยู่อาศัยของท่านมากน้อยเพียงใด						
12. ท่านให้ความสำคัญกับการศึกษาของท่านมากน้อยเพียงใด						
13. ท่านให้ความสำคัญในการประกอบอาชีพของตนเองมากน้อยเพียงใด (กรณีประกอบอาชีพ)						
14. ท่านให้ความสำคัญกับเพื่อนของท่านมากน้อยเพียงใด						
15. ท่านให้ความสำคัญในการหารายได้และการใช้จ่ายเงินของตนเองมากน้อยเพียงใด						
16. ท่านให้ความสำคัญกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด						
17. ท่านให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนบ้านมากน้อยเพียงใด						

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					
	1	2	3	4	5	6
18. ท่านให้ความสำคัญกับสถานะของตนเองถึงแม้ว่าขณะนี้ท่านจะไม่ได้ประกอบอาชีพมากนักเพียงใด (กรณีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ)						
19. ท่านให้ความสำคัญในการศรัทธาเชื่อถือศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มากนักเพียงใด						
20. ท่านให้ความสำคัญ กับความสุขในชีวิตมากนักเพียงใด						
21. ท่านให้ความสำคัญกับความสงบสุขทางใจของท่านมากนักเพียงใด						
22. ท่านให้ความสำคัญกับภาพพจน์ของท่านที่ปรากฏต่อบุคคลอื่นมากนักเพียงใด						
23. ท่านให้ความสำคัญกับการที่ผู้อื่นปฏิบัติต่อท่านเมื่อรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมากนักเพียงใด						
24. ท่านให้ความสำคัญว่าท่านได้ดำเนินชีวิตสำเร็จตามเป้าหมายของตนเองมากนักเพียงใด						
25. ท่านให้ความสำคัญกับความรู้สึกริดก้างวลในชีวิตมากนักเพียงใด						
26. ท่านให้ความสำคัญกับความสุขในชีวิตครอบครัวของตนเองมากนักเพียงใด						
27. ท่านให้ความสำคัญกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมากนักเพียงใด						
28. ท่านให้ความสำคัญกับญาติพี่น้องมากนักเพียงใด						
29. ท่านให้ความสำคัญคู่ครองหรือคนรักของท่านมากนักเพียงใด						

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย / ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของหรือความคิดของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1.สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน					
2.เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ					
3.เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะได้รับความรู้หรือร่วมกันแก้ไขปัญหา					
4.ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น					
5.ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว					

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
<p>6.สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน</p> <p>7. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถแสดงความคิดเห็น สื่อสารกันได้ตรงไปตรงมา</p> <p>8. ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การถามไถ่และเตือนให้รับประทานยา</p> <p>9. สมาชิกในครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตามสม่ำเสมอ</p> <p>10. ถ้าขาดรายได้ หรือมีปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้</p> <p>11. ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต</p>					



ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศของผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 2 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต
- ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smimov test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
- ส่วนที่ 4 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smimov test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
- ส่วนที่ 5 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง
- ส่วนที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองรายชื่อก่อนและหลังการทดลอง
- ส่วนที่ 8 ค่า Corrected Item total Correlation

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศของผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศของผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	อาการทางลบ	เพศ	อาการทางลบ
1	หญิง	-	หญิง	-
2	ชาย	-	ชาย	-
3	ชาย	-	ชาย	-
4	ชาย	-	ชาย	-
5	หญิง	-	หญิง	-
6	ชาย	-	ชาย	-
7	ชาย	-	ชาย	-
8	ชาย	-	ชาย	-
9	ชาย	-	ชาย	-
10	ชาย	-	ชาย	-
11	ชาย	-	ชาย	-
12	หญิง	-	หญิง	-
13	ชาย	-	ชาย	-
14	ชาย	-	ชาย	-
15	หญิง	-	หญิง	-
16	ชาย	-	ชาย	-
17	หญิง	-	หญิง	-
18	ชาย	-	ชาย	-
19	ชาย	-	ชาย	-
20	ชาย	-	ชาย	-

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิง จำนวน 5 คน มีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการทางลบ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิง จำนวน 5 คน มีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการทางลบ จำนวน 20 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิต

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	คะแนนคุณภาพชีวิต	ระดับ	คะแนนคุณภาพชีวิต	ระดับ
1	13.19	ปานกลาง	12.60	ปานกลาง
2	11.22	ต่ำ	11.76	ต่ำ
3	12.78	ปานกลาง	12.91	ปานกลาง
4	12.17	ปานกลาง	12.93	ปานกลาง
5	12.26	ปานกลาง	12.95	ปานกลาง
6	13.47	ปานกลาง	13.00	ปานกลาง
7	13.67	ปานกลาง	13.12	ปานกลาง
8	13.79	ปานกลาง	13.47	ปานกลาง
9	13.97	ปานกลาง	13.67	ปานกลาง
10	13.89	ปานกลาง	13.79	ปานกลาง
11	14.00	ปานกลาง	13.98	ปานกลาง
12	14.19	ปานกลาง	14.19	ปานกลาง
13	14.50	ปานกลาง	14.50	ปานกลาง
14	14.55	ปานกลาง	14.31	ปานกลาง
15	14.59	ปานกลาง	14.60	ปานกลาง
16	14.81	ปานกลาง	14.28	ปานกลาง
17	15.24	ปานกลาง	14.72	ปานกลาง
18	15.34	ปานกลาง	15.31	ปานกลาง
19	15.64	ปานกลาง	15.66	ปานกลาง
20	16.40	ปานกลาง	15.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 19 คน และมีผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน และในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 19 คน และมีผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 1 คน

ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

		Total score of pretest VAS (exp. Gr.)	Total score of post VAS (exp. Gr.)
N		20	20
Normal Parameter ^{a,b}	Mean	13.9265	22.6060
	Std. Deviation	.94844	.85484
Most Extreme	Absolute	.152	.083
Differences	Positive	.152	.079
	Negative	-.094	-0.83
Kolmogorov-Smirnov Z		.681	.371
Asymp. Sig. (2-tailed)		.743	.999

a. Test distribution is Normal

b. Calculated from data

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ

ส่วนที่ 4 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .05

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

		Total score of pretest VAS (con. Gr.)	Total score of post VAS (con. Gr.)
N		20	20
Normal Parameter ^{a,b}	Mean	13.9216	13.9733
	Std. Deviation	1.32238	1.86553
Most Extreme	Absolute	.125	.154
Differences	Positive	.096	.154
	Negative	-.125	-.065
Kolmogorov-Smirnov Z		.560	.688
		.912	.731
Asymp. Sig. (2-tailed)			

a. Test distribution is Normal

b. Calculated from data

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ

ส่วนที่ 5 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 11 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Two-Sample T-Test Power Analysis

Allocation									
Power	N1	N2	Ratio	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0.80880	27	27	1.000	0.01000	0.19120	22.3	2.8	2.59	1.37
0.80411	18	18	1.000	0.05000	0.19589	22.3	2.8	2.59	1.37

จากตารางที่ 11 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง

คู่ที่	คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง		คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	1	13.19	12.60	22.88
2	11.22	11.76	21.00	11.40
3	12.78	12.91	22.26	11.03
4	12.17	12.93	21.98	12.17
5	12.26	12.95	22.57	12.26
6	13.47	13.00	23.31	13.47
7	13.67	13.12	22.19	12.16
8	13.79	13.47	21.55	13.79
9	13.97	13.67	21.34	13.97
10	13.89	13.79	22.76	13.98
11	14.00	13.98	22.41	14.00
12	14.19	14.19	24.52	14.19
13	14.50	14.50	22.14	14.19
14	14.55	14.31	22.72	14.36
15	14.59	14.60	23.45	12.59
16	14.81	14.28	22.00	14.81
17	15.24	14.72	22.62	16.29
18	15.34	15.31	23.59	17.03
19	15.64	15.66	23.59	15.64
20	16.40	15.45	23.24	14.95
รวม	124.5	127.2	101.3	151.3
Mean	13.92	13.91	22.60	13.97
S.D.	0.94	1.32	0.85	1.86

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	X	S.D	X	S.D
1.สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน	3.18	.874	4.10	.553
2.เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ	3.10	.841	4.45	.510
3.เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะได้รับความรู้หรือร่วมกันแก้ไขปัญหา	2.73	.905	4.05	.510
4.ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น	3.05	.677	4.30	.571
5.ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว	3.00	.934	4.00	.553
6.สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน	2.55	.876	4.00	.562
7. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถแสดงความคิดเห็นสื่อสารกันได้ตรงไป ตรงมา	2.83	.747	4.05	.394
8.ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การถามไถ่และเตือนให้รับประทานยา	3.20	.939	4.10	.641
9.สมาชิกในครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	2.25	1.14	4.15	.489
10.ถ้าขาดรายได้ หรือมีปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้	3.03	1.02	4.00	.489
11.ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆกับสมาชิกในครอบครัว	3.00	.810	4.25	.550
12.สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต	3.00	.917	4.00	.489

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ถึงระดับปานกลาง และหลังการทดลองคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ส่วนที่ 8 ค่า Corrected Item total Correlation รายข้อมีดังต่อไปนี้

ด้านความพึงพอใจ

ข้อ 1 = .6862	ข้อ 11 = .6372	ข้อ 21 = .7387
ข้อ 2 = .7037	ข้อ 12 = .0147	ข้อ 22 = .7542
ข้อ 3 = .4830	ข้อ 13 = .4190	ข้อ 23 = .7385
ข้อ 4 = .7683	ข้อ 14 = .1122	ข้อ 24 = .8335
ข้อ 5 = .8816	ข้อ 15 = .4188	ข้อ 25 = .7187
ข้อ 6 = .5013	ข้อ 16 = .1976	ข้อ 26 = .6804
ข้อ 7 = .4092	ข้อ 17 = .2035	ข้อ 27 = .7312
ข้อ 8 = .7515	ข้อ 18 = .1841	ข้อ 28 = .8008
ข้อ 9 = .8188	ข้อ 19 = .1546	ข้อ 29 = .3130
ข้อ 10 = .3153	ข้อ 20 = .7684	

ด้านการให้ความสำคัญ

ข้อ 1 = .4873	ข้อ 11 = .6883	ข้อ 21 = .6273
ข้อ 2 = .6511	ข้อ 12 = .0536	ข้อ 22 = .4511
ข้อ 3 = .4116	ข้อ 13 = .6488	ข้อ 23 = .0378
ข้อ 4 = .4378	ข้อ 14 = .2128	ข้อ 24 = .3197
ข้อ 5 = .6540	ข้อ 15 = .4586	ข้อ 25 = .0755
ข้อ 6 = .4612	ข้อ 16 = .2589	ข้อ 26 = .3554
ข้อ 7 = .6409	ข้อ 17 = .5951	ข้อ 27 = .7636
ข้อ 8 = .3651	ข้อ 18 = .1749	ข้อ 28 = .7441
ข้อ 9 = .2940	ข้อ 19 = .2807	ข้อ 29 = .6625
ข้อ 10 = .3153	ข้อ 20 = .4290	

จากการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ค่า Corrected Item total Correlation ทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวกและมีข้อคำถามบางข้อที่มีความสัมพันธ์น้อยกว่า .20 จำนวน 8 ข้อ ได้นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยปรับด้านภาษาก่อนนำไปใช้จริง



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมพัทธ์คุณภาพชีวิต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการคิดคะแนนแบบสัมพัทธ์คุณภาพชีวิต

1. แปลงคะแนนในส่วนของความพึงพอใจดังนี้

$$6=2.5 \quad 5=1.5 \quad 4=0.5 \quad 3=-0.5 \quad 2=-1.5 \quad 1=-2.5$$

ส่วนคะแนนด้านความสำคัญมีค่าคะแนนคงเดิมคือ

$$6=6 \quad 5=5 \quad 4=4 \quad 3=3 \quad 2=2 \quad 1=1$$

2. การคิดคะแนนรายด้าน

2.1 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,16,17

$$= \{ [(i1 \times s1) + (i2 \times s2) + \dots + (i17 \times s17)] \div 10 \} + 15$$

2.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 13,14,19,20,21,22,23,24

$$= \{ [(i13 \times s13) + (i14 \times s14) + \dots + (i24 \times s24)] \div 8 \} + 15$$

2.3 ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15,18,25,26,27,28,29

$$= \{ [(i15 \times s15) + (i18 \times s18) + \dots + (i29 \times s29)] \div 7 \} + 15$$

2.4 ด้านครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 9,10,11,12

$$= \{ [(i9 \times s9) + (i10 \times s10) + \dots + (i12 \times s12)] \div 4 \} + 15$$

3. การคิดคะแนนโดยรวม

$$= \{ [(i1 \times s1) + (i2 \times s2) + \dots + (i29 \times s/i)] \div 29 \} + 15$$

หมายเหตุ

i = คะแนนด้านความสำคัญ

s = คะแนนด้านความพึงพอใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการดำเนินงานกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินงานกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่ 1	27 กุมภาพันธ์ 2549 6 มีนาคม 2549 13 มีนาคม 2549 20 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้คือปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด 4. การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา
รายที่ 2	27 กุมภาพันธ์ 2549 6 มีนาคม 2549 13 มีนาคม 2549 20 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	"....."
รายที่ 3	27 กุมภาพันธ์ 2549 6 มีนาคม 2549 13 มีนาคม 2549 20 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	"....."
รายที่ 4	27 กุมภาพันธ์ 2549 6 มีนาคม 2549 13 มีนาคม 2549 20 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	"....."
รายที่ 5	28 กุมภาพันธ์ 2549 7 มีนาคม 2549 14 มีนาคม 2549 21 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	"....."
รายที่ 6	28 กุมภาพันธ์ 2549 7 มีนาคม 2549 14 มีนาคม 2549 21 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	"....."

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่ 7	28 กุมภาพันธ์ 2549 7 มีนาคม 2549 14 มีนาคม 2549 21 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 8	28 กุมภาพันธ์ 2549 7 มีนาคม 2549 14 มีนาคม 2549 21 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 9	1 มีนาคม 2549 8 มีนาคม 2549 15 มีนาคม 2549 22 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 10	1 มีนาคม 2549 8 มีนาคม 2549 15 มีนาคม 2549 22 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 11	1 มีนาคม 2549 8 มีนาคม 2549 15 มีนาคม 2549 22 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 12	1 มีนาคม 2549 8 มีนาคม 2549 15 มีนาคม 2549 22 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 13	2 มีนาคม 2549 9 มีนาคม 2549 16 มีนาคม 2549 23 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 14	2 มีนาคม 2549 9 มีนาคม 2549 16 มีนาคม 2549 23 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่ 15	2 มีนาคม 2549 9 มีนาคม 2549 16 มีนาคม 2549 23 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 16	2 มีนาคม 2549 9 มีนาคม 2549 16 มีนาคม 2549 23 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 17	3 มีนาคม 2549 10 มีนาคม 2549 17 มีนาคม 2549 24 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 18	3 มีนาคม 2549 10 มีนาคม 2549 17 มีนาคม 2549 24 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 19	3 มีนาคม 2549 10 มีนาคม 2549 17 มีนาคม 2549 24 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”
รายที่ 20	3 มีนาคม 2549 10 มีนาคม 2549 17 มีนาคม 2549 24 มีนาคม 2549	ที่บ้านผู้ป่วย	“.....”



๙ กองบรรณาธิการ: วรชดา พงษ์อนันต์ ไร่ และวรมณ์ แสงสารี ๒๕
 ๑๐ บรรณาธิการ: วรชดา พงษ์อนันต์ ไร่ และวรมณ์ แสงสารี ๒๕

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน		
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสาริณี โค๊ะทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี		
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-5253136	โทรศัพท์ที่บ้าน	038-539636
โทรศัพท์เคลื่อนที่	01-5549279	E-mail:	sarineco@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. มีวัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในแหล่งชุมชนดังกล่าว ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับในชุมชน โดยผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจากพยาบาลวิชาชีพ สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยจิตเภทยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนเหมาะสม การสนับสนุนให้

ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัว และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการ ยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา โดยจัดกิจกรรมเป็นราย ครอบครัว รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม และทำแบบ สัมภาษณ์ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ และมีการลบทำลายเทปทิ้งหลัง สิ้นสุดการวิจัย

5. ในการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าความไม่สะดวกที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ การใช้เวลาเข้าร่วม กิจกรรม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หากขณะเข้าร่วมงานวิจัย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัย มีปัญหาในด้านการ ติดต่อสื่อสาร จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์ จนได้รับการอนุญาตจาก แพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการทุกขณะ โดยการ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการ ได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแต่ ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 40 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง“ผลของโปรแกรมการให้
คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ตลอดจนผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของการ
วิจัยนี้เป็นอย่างดีและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้โดยไม่
ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยจะไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่จะได้รับ ผู้วิจัยรับรอง
ว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วม
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้นจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
ต่อหน้าพยาน

.....
สถานที่/เวลา ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/เวลา (นางสาวสาริณี โค๊ะทอง)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/เวลา (.....)
(พยานลงนาม)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสาริณี โต๊ะทอง เกิดเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2521 ที่อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัด
จันทบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ปีการศึกษา 2543 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547

ปัจจุบันเป็นอาจารย์ในภาควิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย