

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2544. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543 -2544. กรุงเทพฯ ฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมสุขภาพจิต. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่9 (พ.ศ.2543-2549). นนทบุรี: สยามอินเสิร์ทมาร์เก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ มหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. การให้การปรึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547. คู่มือสำหรับผู้บริหารเพื่อการพัฒนาระบบบริการปรึกษา. นนทบุรี: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546. กรุงเทพฯ มหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กฤตยา แสงวงเจริญ. 2542. การพัฒนาบทบาทการเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 22 (2): 63-67.
- กัลยา โนอินทร์. 2542. การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ มหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. 2543. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2535. การพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. สภาการพยาบาล กันยายน : 32- 37.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่ให้บริการและผู้รับบริการในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าศิริราช ฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพฯ มหานคร: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. 2542. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. วารสารพยาบาล 48 (1): 13- 20.

- จันทร์หา ชีระสมบุรณ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ นารินทร์และรังสิยา นารินทร์. 2544. ทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ 21 (2):19-26.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13: 1-13.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมัษฎพร ทิพย์สุวรรณ. 2543. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ญาณินี ไพบูลย์รัตนกร. 2546. ครอบครัวกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. วารสารโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ 3 (5): 35.
- ดารา ศัตร์ถี,ดวงตา กุรัตนญาณ,สมสกุล สุภัทราพันธุ์. 2539. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.กระทรวงสาธารณสุข.
- ถนอมศรี อินทนนท์. 2536. แผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช. นครศรีธรรมราช : พี.เจ. เพลท.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพมหานคร: มปท.
- นภัตศิริ คำสอน. 2548. การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท. โครงการศึกษาอิสระ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรวิร์ พุ่มจันทร์. 2548. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13 (3): 146 - 156.
- นันทพร พิษะยะ. 2546. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน. 2536. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระยะฟื้นฟู. สงขลานครินทร์เวชสาร 11 (1): 29-40.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (3): 141-149.
- บุญใจ ศรีสติถยน์รากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพศรี บุรณางกูร. 2541. รายงานการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรียศ กิตติธีระศักดิ์. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ศิริเวช. 2545. การดูแลอย่างต่อเนื่องบริการที่เลือกได้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10(1): 1-5.
- โพรยทิพย์ กลิพันธ์. 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. 2544. ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร: ธนรัชการพิมพ์.
- พรชัย พงษ์สงวนสิน จุฬารัตน์ วิระระรัตน์และชุตินา ประทีปะจิตติ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3): 16-24.
- พวงรัตน์ บุญญาณรงค์. 2537. ประเด็นปัญหาการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิ์และคณะ. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 32-44.
- พะยอม อยู่สวัสดิ์. 2537. การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต : ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิชญา ศรีเกื้อนกิจและอุไรวรรณ ชัชชนะวิโรจน์. 2543. ผลของการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 วันที่ 23-25 สิงหาคม 2543.
- พิศสมร เดชดวงและจินตนา ยูนิพันธุ์. 2547. การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2540. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรง 13(1) : 29 – 36
- เพชร คันธสายบัว. 2548. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19(1):1-9.
- เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา. 2547. ตราบาป : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18 (1): 1-9.
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์และคณะ. 2539. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (12): 136-138.
- ภูมมาภิชาดิ แสงเขียว. 2542. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลองดิษขวนิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2543. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2544. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- เมธินันท์ ภิญญชน. 2539. การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2539. แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (1): 43-52
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 :1-9.
- ยวดี ฤาชา. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.

- เขาวลัทธิ กิ่งหอม. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิกร อุปเสน. 2541. การศึกษาบทบาทและการระงับของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลอัมพวา. 2549. สถิติงานบริการในคลินิกจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2549.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. 2542. รายงานการวิจัย : ปัจจัยสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณ คงสุริยะนาวิ. 2542. บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเชิงรุก การใช้ทักษะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 17 (2): 13-23.
- ศิริรัตน์ คุปต์วิวัฒน์. 2545. จิตวิทยาครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวและครอบครัวบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมชาย จักรพันธ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุขะและทิพาพร วงศ์หงษ์กุล . 2543. การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร 27 (2): 29-41.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาล : 45(4) 1-3.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2545. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สารินี ไต่ทอง. 2548. ผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินชัย วสุนธรา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 มิถุนายน - กันยายน 2541, 4 - 14.
- สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2540. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

- สุวัฒน์ มัทนรินทร์กุล และคณะ. 2545. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย.ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. 2548. การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา. ปรินญาการศึกษาคุฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุวิมล สมัตถะ . 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ . 2537. “คุณภาพชีวิต” การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- สุภาพร ดาวดี . 2537 . ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- หงษ์ บรรเทิงสุข . 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และครอบครัวด้วยการให้การปรึกษาที่บ้าน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 32-44.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 15-19.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2548. การให้คำปรึกษา: บทบาทหนึ่งของพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต ปีที่ 19 : 21.
- อรรณพ ทองคำ. 2546. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภา จันทรสกุล. 2535. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษา . พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการ ศึกษาและการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อภา จันทรสกุล . 2531. ทฤษฎีและวิธีการให้คำปรึกษาในโรงเรียน . พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร :ภาควิชาการศึกษาและการแนะแนวคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์.2541. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วีเจพรีนติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2540. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2542. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ . 2544. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์,ชุตติมา ประทีปจิตติและสุคนธ์ คำอ่อน. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีรัชัญญา . วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 5 (3): 58-64.
- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัศราภรณ์ ยลโสภณ . 2547. ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่มีบุตรบกพร่องทางการได้ยิน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษาบัณฑิตวิทยาลัย 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. 4th Ed: Washington DC.
- Antonovsky. 1987. Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey Bass.
- 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 improving 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.Christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm> ChristianSoulCare.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 an adult child with schizophrenia. Family relation. 42 : 205-211.
- Gupta, S.; Kulhara, P.; and Verma, S.K. 1998. Quality of life in schizophrenia and dysthymia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 97: 290-296.
- Hunter, S. 1992. Adult Day Care : Promoting Quality of life for the Elderly. Journal of Gerontological 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.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- 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 Psychiatry Scandinavia 103: 355-361.
- Polit, D.F., and Hunger, B.P. 1995. Nursing research principles and methods .7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., and Becker, C.T. 2004. Nursing research principles and methods.7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ritsner, M.,et al. 2003. Preditors 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 dimentions of quality of life in psychiatric patients: factor analytical approach. Britist Journal of Psychiatry 178 (3): 268-275.
- Ruggeri, M.et al. 2002. Determinants of subjective quality of life in patients attending communitybased mental health services : the South-verona outcome project. Acta Psychiatry Scandinava105: 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 outpatients. 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.
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder : Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- WHOQOL Group . 1996. What quality of life ? World health forum . 17(Nov) : 354 – 356 .
- 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.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา กุลนภาค	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ศูนย์ให้คำปรึกษา โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
นางสาววรรณี พวงลัดดา	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
อาจารย์สาริณี โต๊ะทอง	อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยบรมราชชนนีนนทบุรี

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต คือสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

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

เมื่อ	α	=	ความเชื่อมั่นของแบบวัด
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	S_i	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
	S_t	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

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

\bar{x}	=	ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต
$\sum x$	=	ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน
N	=	จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้

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

S.D	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
-----	---	----------------------

$$\begin{aligned}\sum x &= \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว} \\ n &= \text{จำนวนตัวอย่างของประชากร}\end{aligned}$$

2.3 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร ,2545:355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_{\cdot d} / n}$$

$$\begin{aligned}\bar{d} &= \text{ผลของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง} \\ S_{\cdot d} &= \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง} \\ n &= \text{จำนวนคู่ของคะแนน} \\ df &= n - 1\end{aligned}$$

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
- ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัว

1. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เน้น การรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลา แต่สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งทำให้อาการมีทัศนคติที่ไม่ดี และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะส่งผลถึงคุณภาพที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยจิตเภท(นรวิรุฬห์, 2548) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตเป็นสิ่งที่มีมนุษย์ปรารถนา ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือ โดยการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการให้บริการทางการแพทย์ในลักษณะองค์รวม (Holistic)และยังเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษา ได้สามารถเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ในอดีตมีการพุ่งเป้าไปที่ปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน อย่างไรก็ตามมุมมองดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันมองเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในแง่บริบทไม่ใช่มองบุคคลเพียงลำพัง ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ด้วยการมองบุคคลในบริบทเท่านั้นเราจึงจะเข้าใจบุคคลได้อย่างแท้จริง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของสาริณีไต้ทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ร่วมกับแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) โดยแนวคิดของกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน (Minuchin, 1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุขแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มี กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองในด้านการอยู่กับครอบครัว สังคมและชุมชน

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
 - 1.2 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
 - 1.3 เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง
คือ มีคะแนนระหว่าง 26 - 95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน
 - 1.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
 - 1.5 อ่านหนังสือ- เขียนหนังสือได้
 - 1.6 สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวกและไม่มีอาการทางจิต
2. คุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัว
 - 2.1 เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย (ได้จากการซักถามข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วย)
 - 2.2 เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน
 - 2.3 เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
 - 2.4 มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

4. โครงสร้างของโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ

- ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจนและเหมาะสม
- ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้ายจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี
- ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

5. รายละเอียดการดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมการให้คำปรึกษาคอบครัว

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ขั้นตอนที่ 1.</p> <p>การสร้าง สัมพันธภาพ การประเมิน โครงสร้าง ของ ครอบครัว การสร้าง ข้อตกลง และให้ คำปรึกษา เพื่อให้เกิด ความเข้าใจ ตนเอง</p>	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ กับผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวในลักษณะของ ความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับครอบครัว</p> <p>2. ในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ ลักษณะของกรณีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างครอบครัวกับผู้ศึกษา</p> <p>3. เพื่อประเมิน โครงสร้าง และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในครอบครัว</p> <p>4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการแสดงบทบาทในการให้ คำปรึกษาครอบครัวได้อย่าง เหมาะสม</p>	<p>การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว หรือ joining หมายถึง การที่พยาบาลเข้าสู่ระบบครอบครัวที่รับคำปรึกษา โดยได้รับการยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี ไม่ใช่การทำ ความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่า ผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว และรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็นความสุข ทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวดหรือความปลื้มใจที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว โดยเกิดจากการมีความรู้สึกทางบวกต่อครอบครัว เชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัว และอยากร่วมมือกับ ครอบครัวเพื่อก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้ คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการ ระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการ สร้าง ความสัมพันธ์ โดยมีวิธีการ ดังนี้</p>	<p>การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว หรือ joining หมายถึง การที่พยาบาลเข้าสู่ ระบบครอบครัวที่รับคำปรึกษาโดยได้รับ การยอมรับจากครอบครัวเป็นอย่างดี ไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่ เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัว ทำ ความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ ทำ ให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับ ในตัวสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวและ รับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็น ความสุข ทุกข์ ความลำบาก ความ เจ็บปวดหรือความปลื้มใจที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว โดยเกิดจากการมีความรู้สึก ทางบวกต่อครอบครัวเชื่อมั่นใน ความสามารถของครอบครัว และอยาก ร่วมมือกับครอบครัวเพื่อก้าวไปสู่ชีวิต</p>	<p>1. เครื่อง บันทึกเสียง</p> <p>2. ม้วนเทป บันทึกเสียง</p> <p>3.แบบฟอร์ม โครงสร้าง ครอบครัว</p> <p>4.แบบฟอร์ม บันทึกการ ให้คำปรึกษา</p>	<p>1. ผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวเกิดความ ไว้วางใจ และเปิดเผย ตนเองและเล่าเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว</p> <p>2. ผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวสามารถมี ส่วนร่วมในระหว่าง การให้คำปรึกษา ครอบครัวได้อย่าง เหมาะสม</p> <p>3.ผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวมีความเข้าใจ ตนเองและเข้าใจถึง</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
เวลา 45-60 นาที		<p>ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทุกครอบครัวมีวัฒนธรรมเฉพาะของตน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยายามใช้ภาษาและ style ของครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีผู้บ่าบัดต้องทำความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวและทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ เช่น ขณะสัมภาษณ์ถ้าลูกเรียกพ่อแม่อย่างไรผู้บ่าบัดก็ควรเรียกอย่างนั้น - ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้าแสดงความสนใจ - สนับสนุนให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรมองข้ามไป แต่ควรแสดงให้รู้ว่าผู้บ่าบัดตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น <p>ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรืออยู่ในภาวะสิ้นหวัง ต้องการได้ยินว่า ภายในครอบครัวยังมีสิ่งที่ดีอยู่ เพื่อจะได้เกิดกำลังใจที่จะแก้ปัญหาต่อไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - join กับสมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นพอเพียงแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป 	<p>ที่ดีกว่าเดิม โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำและผู้จัดการ ระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินการสร้างความสัมพันธ์ โดยมีวิธีการ ดังนี้</p> <p>3.สร้างข้อตกลงหรือ contract โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการให้คำปรึกษา ครอบครัว บทบาทหน้าที่ของผู้รับคำปรึกษาและพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่และขออนุญาตในการบันทึกเสียงในการให้คำปรึกษาตลอดโปรแกรม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจกระบวนการในการให้การปรึกษา ครอบครัวและมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้ศึกษาทำความเข้าใจกับครอบครัวว่าผู้</p>		ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>- วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการ join กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้ join กับอีกคนหนึ่งได้ยาก ถ้าคนหลังมีความขัดแย้งกับคนแรก เช่น ถ้าสามีกับภรรยาขัดแย้งกัน เมื่อผู้บำบัด join กับสามี ก็จะทำให้ join กับภรรยาได้ยากขึ้น ดังนั้นต้องพยายาม join ให้สมดุลกัน</p> <p>-อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใด แต่จะทำให้ครอบครัวต่อต้านผู้บำบัดได้</p> <p>การประเมินครอบครัว (Family assessment) คือ การสัมภาษณ์ครอบครัวเพื่อประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไรหรือได้รับผลกระทบจาก</p>	<p>ศึกษาจะเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเองและมีความเจริญงอกงามขึ้นเท่านั้นแต่ไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ป่วย</p> <p>4.ผู้ศึกษาเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เช่น “พยายามลองรู้จักครอบครัวของคุณพอจะเล่าเรื่องของคุณให้ฟังได้ไหม” สนใจฟังและได้ถามสมาชิกทุกคนแต่ละคนจนครบ</p> <p>5.กระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้นโดยการตั้งคำถามแบบ Circular questio หรือ พยักหน้าแสดงความสนใจและยอมรับในความคิดเห็น เช่น “เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คนอื่น ๆ รู้สึกอย่างไร” หรือ “ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตอนนี้แตกต่างจากเมื่อก่อนอย่างไร ”</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ปัญหานั้นอย่างไรบ้าง และคิดว่าครอบครัวจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร สิ่งที่จะต้องประเมิน คือ</p> <p>1.โครงสร้างของครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่าง ๆ เช่น ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย เป็นต้น</p> <p>2.การประเมินกระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่าง พ่อแม่-ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ครอบครัวปัจจุบัน-เครือญาติ รวมทั้งการสังเกตในระหว่างประเมินครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินครอบครัว สิ่งที่ต้องสังเกตในระหว่างการประเมินครอบครัวคือปฏิภิกิริยาที่สมาชิกมีต่อกัน (observation) เช่น ใครขัดคอใคร ใครพูดแทนใคร เป็นต้น</p> <p>การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (nonverbal communication) เช่น หากภรรยาหันหลังให้สามีและพูดกับสามีโดยไม่มองหน้า แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งที่มีต่อกัน เป็นต้น</p> <p>ลำดับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (sequence of interaction) เช่น</p>	<p>6.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัวพร้อมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น ใครพูดแทนใคร ใครขัดคอใคร</p> <p>7.ให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัวตามความเหมาะสม “ เช่น ถึงแม้มันจะบอกว่าลูกสาวกับลูกชายมันจะขัดแย้งกันเป็นประจำแต่วันนี้ดูเค้าสามัคคีกันดีและต่อไปปัญหาที่เขาขัดแย้งกัน ต้องมีทางแก้ไขได้แน่”</p> <p>8.ในขณะที่ให้คำปรึกษาผู้ศึกษาคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>เมื่อลูกขว้างปาข้าวของอยู่ในห้องและถูกแม่ตำหนิ พ่อเข้าไปปกป้องโดยพูดว่า “ ลูกยังเด็ก จะไปหาความอะไรกับเด็ก” และแม่เงิบไป ลำดับเหตุการณ์นี้แสดงว่าพ่อลูกมีความผูกพันกันมากเกินไปและแม่ไม่มีอำนาจเพียงพอ การสังเกตเหล่านี้จะทำให้เข้าใจกฎแห่งความสัมพันธ์และโครงสร้างต่างๆ ของครอบครัว เช่น ขอบเขต ลำดับอำนาจและการเข้าพวก เป็นต้น</p>	<p>บบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค</p> <p>9. ณะให้คำปรึกษาผู้ศึกษาคำนี้ถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่โดยมีการประเมิน โครงสร้างของครอบครัวอย่างครอบคลุม</p> <p>10. ผู้ศึกษากระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้สรุปสาระสำคัญและสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้</p> <p>11. จดบันทึกการให้คำปรึกษาในรูปแบบฟอร์มการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นการประเมินผลการให้คำปรึกษา</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ขั้นตอนที่ 2.</p> <p>สำรวจปัญหา กำหนด เป้าหมาย ร่วมกันและ วางแผนแก้ไข ปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัด โครงสร้าง ขอบเขต ระหว่างระบบ ย่อยให้มีความ ชัดเจนและ เหมาะสม</p> <p>เวลา 45-60 นาที</p>	<p>1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้น ในครอบครัว</p> <p>2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจ รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบ ครอบครัวของตนเองได้ อย่างชัดเจนและถูกต้อง</p> <p>3. เพื่อให้ครอบครัวร่วมกัน กำหนดเป้าหมายในการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกใน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ จัดโครงสร้างใน ครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบ</p>	<p>โครงสร้างของครอบครัว หมายถึง กฎเกณฑ์หรือระเบียบต่าง ๆ ที่ครอบครัวถือเป็นแนวปฏิบัติต่อกันระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวจะเรียนรู้ว่า ครอบครัวของคนมีการปกครองกันอย่างไร จะปฏิบัติต่อใคร อย่างไร เมื่อไร ในครอบครัวจึงเหมาะสมตามกฎเกณฑ์นั้น ๆ รูปแบบสัมพันธ์ในครอบครัวประกอบด้วยกฎเกณฑ์ 2 ลักษณะ ลักษณะแรกเป็นกฎเกณฑ์ทั่ว ๆ ไปของครอบครัว ซึ่งหมายถึง กฎเกณฑ์การปกครองครอบครัวที่ตามลำดับอาวุโสอย่างมี ระเบียบ ตัวอย่างเช่น พ่อแม่มีอำนาจในการปกครองดูแลสร้าง ระเบียบวินัยให้แก่ลูกคนโต คนรองและคนเล็ก มีความ รับผิดชอบและสิทธิพิเศษในสิ่งต่าง ๆ ลดหลั่นกันไปตามอายุ และวุฒิภาวะ ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมี ประสิทธิภาพสูงจะมีกฎเกณฑ์และระเบียบการ ปกครองที่มี ระเบียบและชัดเจน นอกจากนี้สามีภรรยาจะต้องมีหน้าที่ที่มี ความเป็นทวิวิบุรณ์กันนั่นคือทั้งสองจะต้องทำงานร่วมกันเป็น ทีมและต้องพึ่งพาอาศัยกัน ทั้งคู่ต้องรู้ความสามารถและความ ต้องการ ของกันและกันจึงสามารถเติมในส่วนที่ขาดของอีกฝ่าย</p>	<p>1. กล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัวและกระตุ้นให้ครอบครัว ทบทวนเรื่องการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่าน มา</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิก ครอบครัวแสดงความคิด ความรู้สึกถึง สภาพการดำรงชีวิตในครอบครัว เช่น “มี ใครพอที่จะเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้ฟังได้ บ้าง”</p> <p>3. กระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question หรือการพยักหน้าแสดงความสนใจและ ยอมรับในความคิดเห็น เช่น “เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คนอื่น ๆ รู้สึกอย่างไร” หรือ “ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตอนนี้แตกต่างจาก เมื่อก่อนอย่างไร”</p>	<p>1. เครื่อง บันทึกลงเสียง</p> <p>2. ม้วนเทป บันทึกลงเสียง</p> <p>3. แบบฟอร์ม โครงสร้าง ครอบครัว</p> <p>4. แบบฟอร์ม บันทึกลงคำ ปรึกษา</p>	<p>1. ผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวสามารถ รับรู้และเข้าใจ ขอบรับในปัญหาและ ความต้องการของ ครอบครัวตนเอง รู้ว่า ปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อ ปัญหาอาการป่วย รู้ว่า โครงสร้างใน ครอบครัวและ ปฏิสัมพันธ์ใน ปัจจุบันมีความ เหมาะสมหรือไม่และ ต้องแก้ไขอย่างไร</p> <p>2. ผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวสามารถ</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>แบบแผนต่าง ๆ การกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล และขอบเขตในระบบย่อยต่าง ๆ อย่างเหมาะสมในครอบครัว</p> <p>5. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ตามบทบาทขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม</p>	<p>หนึ่งได้อย่างถูกใจและเหมาะสม ความเป็นทวิบริบูรณ์นี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างราบรื่น ในบางครอบครัวจะเห็นว่าสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทต่างกันแต่มีลักษณะที่เอื้อต่อกันที่ทำให้ครอบครัวคงความสมดุลอยู่ได้ ตัวอย่าง เช่น พ่อที่เข้มงวดแม่ที่ขอมตาม เป็นต้น</p> <p>ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่าใครจะเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร เป็นสิ่งที่กันไม่ให้คนอื่นเข้ามายุ่งกับบุคคลนั้นมากเกินไปจนไม่มีความเป็นส่วนตัว ขอบเขตระหว่างคู่สมรสก็เป็นสิ่งที่กันไม่ให้ลูกเข้ามายุ่งในเรื่องของพ่อแม่ถ้าขอบเขตนี้เสียไปหรือไม่ชัดเจนก็อาจเกิดปัญหาได้ เช่น การเข้าพวกันระหว่างแม่-ลูก หรือการล่วงเกินทางเพศระหว่างพ่อ- ลูกสาวได้</p> <p>ปฏิสัมพันธ์บางอย่างเกิดขึ้นแล้วเกิดขึ้นอีกจนเป็นรูปแบบประจำที่ไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิมขอบเขตที่ชัดเจน หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนมั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระและ</p>	<p>4. ใช้เทคนิคBoundary – making เช่น “ถ้าพยาบาลถามใครขอให้คนนั้นเป็นคนตอบห้ามพูดแทนกัน”</p> <p>5. ใช้เทคนิคSculpting เพื่อให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสุขและความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด-เห็นห่าง โดยแสดงออกมาเป็นท่าทาง</p> <p>6. ผู้ศึกษากระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวซึ่งเป็นปัญหารุ่งคว้นมากที่สุดขณะนี้</p> <p>7. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายโดยผู้ศึกษากระตุ้นให้ครอบครัวคิดเป้าหมายเอง และวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว</p> <p>8. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ครอบครัวมีการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลภายใน</p>		<p>ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น</p> <p>และมีส่วนร่วมในการร่วมกันจัดโครงสร้างกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่างๆ การกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคล และขอบเขตในระบบย่อย</p> <p>4. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ตามขอบเขตในครอบครัว ของตนเอง</p> <p>ใหม่ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ในขณะที่เดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจนสมาชิกจะได้รับความอบอุ่นความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในขณะที่ก็ได้รับอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง</p> <p>ครอบครัวที่มีขอบเขตที่ชัดเจนนับเป็นครอบครัวในอุดมคติที่สามารถสร้างความสมดุลระหว่างการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความผูกพันที่ดีที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกและการให้อิสระภาพให้สมาชิกได้ทดลองและเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง</p> <p>ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างของมินูชิน ได้แบ่งระบบย่อยๆ ในครอบครัวออกเป็น 3 ระบบย่อยที่สำคัญ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบสามีภรรยา (The spousal subsystem) 2. ระบบพ่อแม่ (The parental subsystem) 3. ระบบพี่น้อง (The sibling subsystem) 	<p>ครอบครัวของตนเอง ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น</p> <p>9.ใช้เทคนิค Directing ในเรื่องการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้เหมาะสมในบางครอบครัว เนื่องจากบางครอบครัวต้องมีการชี้แนะว่าควรทำอย่างไรแต่ส่วนใหญ่จะกระตุ้น ให้ครอบครัวได้คิดเอง เช่น “พยายามคิดว่าวิธีนี้จะเป็นทางออกที่ดีที่สุดคุณคิดว่าอย่างไร”</p> <p>10.แนะนำปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้ครอบครัวลองปฏิบัติทำให้ครอบครัวมีประสบการณ์ ครอบครัวจะมั่นใจขึ้นและกลับไปทำที่บ้านได้ดีถ้าได้ลองทำใน</p>		<p>5. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีการแสดงปฏิสัมพันธ์</p> <p>6. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการตกลงกิจกรรมที่จะทำร่วมกัน</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>1.ระบบสามีภรรยา (The spousal subsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยคู่สมรส หรือสามีภรรยา ซึ่งถือเป็นระบบย่อยระบบแรกของการเกิดครอบครัว ระบบย่อยนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อสามีภรรยาเอื้อต่อกัน และต่างก็มีอิสระที่จะต่อรองหรือตกลงกัน มีการสื่อสารที่ดี ทั้งคู่สามารถชื่นชมในสิ่งที่ขาดของกันและกันได้ ด้วยความรู้สึกว่าเป็นการทำงานเป็นทีม ที่ทั้งคู่จะต้องพึ่งพาอาศัยกัน</p> <p>2.ระบบพ่อแม่ (The parental subsystem) เป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยพ่อแม่หรือบุคคลที่ทำหน้าที่เหมือนพ่อแม่ที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องกัน และอบรมสั่งสอนเด็กในครอบครัว ระบบพ่อแม่เกิดขึ้นเมื่อสามีภรรยา มีลูกซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว กฎเกณฑ์ บทบาท และความต้องการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระบบพ่อแม่ต้องเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามวัยและพัฒนาการของลูก กฎเกณฑ์ที่ใช้ในครอบครัวที่เหมาะสมกับลูกตอนที่เขาหรือเธออายุ 5-8 ขวบ ต้องเปลี่ยนไปเมื่อลูกเข้าวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ สิ่งที่สำคัญ</p>	<p>ชั่วโมงการให้คำปรึกษา เช่น แม่ที่ไม่กล้าออกคำสั่งกับลูกถึงแม้ว่าลูกจะปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นต้น</p> <p>11.ผู้ศึกษาเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวและกระตุ้น ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษา</p> <p>12.สนับสนุนความสามารถของครอบครัวในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ที่จะทำให้ระบบพ่อแม่มีประสิทธิภาพก็คือ พ่อแม่จะต้องมีขอบเขต ให้ชัดเจนเหมาะสมและยืดหยุ่นเพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีมีอิสระต่อกัน ไม่เกิดความห่างเหินหรือใกล้ชิดกันเกินไป</p> <p>3.ระบบพี่น้องเป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยพี่น้องซึ่งถือว่าอยู่ในรุ่นเดียวกัน ได้แก่ พี่ชาย พี่สาว น้องชาย น้องสาว ในบางครอบครัวระบบพี่น้องประกอบด้วย พี่น้องท้องเดียวกันและพี่น้องที่ต่างมารดาหรือต่างบิดา ระบบพี่น้องที่มีสมาชิกในระบบย่อยนี้มีอายุห่างกันมากก็อาจทำให้เกิดปัญหาได้ถึงแม้ส่วนใหญ่แล้วระบบพี่น้องมักจะประกอบด้วยสมาชิกส่วนใหญ่อายุใกล้เคียงกันก็ตาม</p> <p>ระบบพี่น้องที่มี พี่น้องอายุห่างกันไม่มากประมาณ 2-3 ปี จะทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดกันมากเพราะพี่น้องมีความสัมพันธ์ที่ให้ความรู้สึกเป็นพี่น้องและเป็นเพื่อนด้วย</p>	<p>13. มอบหมายการบ้านโดยให้ครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น อาทิตย์นี้จะมอบหมายให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านด้วยกัน โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบตามบทบาทอย่างเหมาะสม จดบันทึกในแต่ละครอบครัวว่าจะทำกิจกรรมใดร่วมกันและประเมินผลในการพบกันครั้งต่อไป</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาคำเนินการแก้ไขปัญหาคำปรึกษาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด</p>	<p>1. เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาทางด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว ซึ่งมีผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดในระบบครอบครัวของตนเองอย่างเหมาะสม</p> <p>3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีการมองปัญหา</p>	<p>การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสิ่งก่อความเครียด (Stressor) เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในระบบครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีวิธีการจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและเพื่อทำให้ครอบครัวกลับไปสู่ชีวิตประจำวันที่มีระเบียบและสงบสุขอย่างที่เคยเป็นมาก่อน วิธีที่ครอบครัวจัดการกับสิ่งก่อให้เกิดความเครียดนี้เรียกว่า family coping กลยุทธ์ที่ครอบครัวใช้บ่อย ๆ คือ reframing และ Cognitive appraisal</p> <p>reframing หมายถึง การเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ แทนที่จะมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดผลเสียหรือยากต่อการแก้ไข ก็มองเสียใหม่ว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดิขึ้นในที่สุด</p> <p>Cognitive appraisal เป็นการวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด Cognitive appraisal จะช่วยให้ครอบครัวประเมิน</p>	<p>1. ผู้ศึกษาทักทายสมาชิกในครอบครัวและกระตุ้นให้ครอบครัวทบทวนเรื่องการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็นและระบายความรู้สึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว</p> <p>3. ใช้เทคนิค Cognition appraisal โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดที่จะแก้ปัญหาได้</p> <p>4. ใช้เทคนิค Reframing ให้ครอบครัวมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดิขึ้นในที่สุดหรือเป็นไปได้โดยมีจุดมุ่งหมายที่ดี เช่น “การที่สามีคุณโกรธแสดงว่าเขายังรักและ</p>	<p>1. เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>2. ม้วนเทปบันทึกเสียง</p> <p>3. แบบฟอร์มโครงสร้างครอบครัว</p> <p>4. แบบฟอร์มบันทึกการให้คำปรึกษา</p>	<p>1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันบอกถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเอง</p> <p>2. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงลักษณะของการมองปัญหาในแงุ่มใหม่ในทางสร้างสรรค์</p> <p>3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระหว่างการให้คำปรึกษา</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
ได้ ระยะเวลา 45-60 นาที		<p>สถานการณ์ได้เหมาะสมขึ้น มีความรู้สึกสงบขึ้น ควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในขอบเขตและไม่ตกใจ จนทำให้แก้ไขปัญหาล้มเหลว</p> <p>นอกจากวิธีดังกล่าวแล้ว ครอบครัว จะต้องมีวิธีการปรับตัวที่เหมาะสมด้วย การปรับตัวของ ครอบครัว family adaptation หมายถึง ความสามารถที่ จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ บทบาทและ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อ ความเครียดที่เกิดขึ้น กล่าวง่าย ๆ ก็คือ การปรับตัวเป็น ความสามารถของระบบครอบครัวในการที่จะ เปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ นั่นเองเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ครอบครัวจะพยายามลด ความเครียดนั้นร่วมไปกับการปรับเปลี่ยนระบบต่าง ๆ ภายในครอบครัว</p>	<p>เป็นห่วงคุณมากที่สุด”</p> <p>5. สอนและให้คำแนะนำครอบครัวใน การฝึกปฏิบัติ Reframing ใน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว</p> <p>6. ใช้เทคนิค Enactment เพื่อทำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริงๆ ในชั่วโมงการ ให้คำปรึกษา ทำให้ครอบครัวเห็นภาพ ชัดเจนว่าปัญหาเกิดขึ้นที่จุดใด เช่น ในกรณีที่ถูกไม่กล้าบอกแม่ว่าตนเอง อยากที่จะเลือกซื้อเสื้อผ้าด้วยตนเอง เนื่องจากโตแล้ว ก็ให้ลูกมีโอกาสได้ พูดในสิ่งที่ตนเองต้องการในขอบเขตที่ เหมาะสมของตนเอง</p> <p>7. ในขณะที่ให้คำปรึกษาผู้ศึกษา สนับสนุนแนวความคิดโดยใน</p>		<p>4. ผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวสามารถ บอกถึงแนวทางใน การมีส่วนร่วมในการ ดูแลกันเองใน ครอบครัว</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใน ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหาในเรื่องการ สื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพัน และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการควบคุม พฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่ พอเหมาะจะทำให้สมาชิกครอบครัวดำเนินชีวิตไปได้ อย่างมีความสุข การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ จะทำให้ การแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>	<p>ครอบครัวมีส่วนร่วมการทำ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ อย่างเหมาะสม เช่น การส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในเรื่อง กิจกรรม ประจำวัน สำหรับสมาชิกในครอบครัว ผู้ศึกษาสนับสนุนเรื่องการช่วยดูแล เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ทั้งจากอาการ แสดงและจากการรักษาด้วยยาเป็นต้น</p> <p>8. สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมี การดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นบางครั้งตามความเหมาะสม</p> <p>9. จัดบันทึกให้คำปรึกษาเพื่อวางแผน ในกิจกรรมต่อไป</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>การเสริม ทักษะที่ สำคัญใน เรื่อง ความสามารถ ของการ ยืดหยุ่น ขอบเขตใน ครอบครัว อย่าง เหมาะสม และยุติการ ให้คำปรึกษา ระยะเวลา 45-60 นาที</p>	<p>1. เพื่อให้ครอบครัวมีการ ตระหนักถึงความสำคัญในการ ยืดหยุ่นของขอบเขตใน ครอบครัว</p> <p>2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถ จัดการกับความตึงเครียด เกิดขึ้นในครอบครัวโดยนำ ความสามารถในการยืดหยุ่น ขอบเขตมาใช้ได้อย่าง เหมาะสม</p> <p>3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตใน ครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ กับตนเองอย่างเหมาะสม</p>	<p>ความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขต (Boundary permeability) ขอบเขต หมายถึง เส้นแบ่งกันที่มองไม่เห็น ซึ่งกั้นระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ และระหว่างแต่ละบุคคลในครอบครัวขอบเขตเป็นตัวกำหนดปริมาณและชนิดของการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวขอบเขตเกิดขึ้นจากกฎเกณฑ์ในครอบครัวว่าใครจะเกี่ยวข้องกับใครอย่างไร ขอบเขตมี 3 ลักษณะคือ</p> <p>1. ขอบเขตที่ชัดเจน หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนมั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณ ที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระและในขณะที่เดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจน สมาชิกจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ในขณะที่ก็ได้รับอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง ครอบครัวที่มีขอบเขตที่ชัดเจนนับเป็นครอบครัวในอุดมคติที่สามารถสร้างความสมดุลระหว่างการให้ความรัก ความเอาใจใส่ความอบอุ่นความผูกพันที่ดีที่มีต่อกัน</p>	<p>1. ผู้ศึกษาทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พร้อมกับซักถามและทบทวนเรื่องราวการสนทนาในครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. ผู้ศึกษาใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะขอบเขต หรือความเป็นตัวของตัวเองในครอบครัวอย่างอิสระ</p> <p>3. ใช้เทคนิคBoundary – making เช่น “ถ้าพยาบาลถามใครขอให้คนนั้นเป็นคนตอบห้ามพูดแทนกัน”</p> <p>4. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ครอบครัวร่วมกันสรุปเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว โดยผู้ศึกษาร่วมสรุปเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ</p> <p>5. สนับสนุนโดยการให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับ ลักษณะขอบเขตใน</p>	<p>1. เครื่องบันทึกเสียง</p> <p>2. ม้วนเทปบันทึกเสียง</p> <p>3.แบบฟอร์มโครงสร้างครอบครัว</p> <p>4.แบบฟอร์มบันทึกกาให้คำปรึกษา</p>	<p>1.ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการตระหนักถึงความสำคัญของการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว</p> <p>2.ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงแนวทางในการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวโดยนำความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตมาใช้ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>3.ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงประโยชน์ของความสามารถในการยืดหยุ่นใน</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>4. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน</p>	<p>ระหว่างสมาชิกและการให้อิสระภาพให้สมาชิกได้ทดลองและเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง</p> <p>2. ขอบเขตที่เข้มงวด (Rigid Boundaries) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่แบ่งแยกกันเด็ดขาดเข้มงวดไม่มีความยืดหยุ่นทำให้สมาชิกในครอบครัวแยกจากกันและกัน ในครอบครัวที่มีขอบเขตเข้มงวดสมาชิกไม่เคยเรียนรู้ที่จะใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงมีลักษณะห่างเหิน ขาดความผูกพัน ขาดความอบอุ่น มิโนชินเรียกความสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่าเป็นความห่างเหินทางอารมณ์</p> <p>3. ขอบเขตที่ไม่ชัดเจน (Diffuse Boundaries) หมายถึง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่แบ่งแยกกันไม่เด็ดขาด ไม่มีความชัดเจนในกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในระบบย่อยหนึ่งอาจเข้าไปก้าวก่ายกับอีกระบบย่อยหนึ่งจนทำให้บุคคลขาดความเป็นส่วนตัว การ</p>	<p>ครอบครัว ในรูปแบบต่าง พร้อมยกตัวอย่างการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะของการยืดหยุ่นในขอบเขต</p> <p>6. ส่งเสริมให้ผู้ช่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว และให้ครอบครัวร่วมมือกันแสดงความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสม</p> <p>7. แนะนำเรื่องขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนมั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกอยากร่วมมือปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>8. ผู้ศึกษาส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและมี</p>		<p>ขอบเขตที่เหมาะสมและบอกถึงแนวทางในการนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข</p>

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>ให้ความรักความอบอุ่นระหว่างสมาชิกมีมากเกินความต้องการ พ่อแม่เข้าไปเกี่ยวข้องในภารกิจส่วนตัวของเด็ก จนเกินความจำเป็น ส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้ คิดเองไม่เป็นและขาดโอกาสที่จะเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการสร้างความสัมพันธ์ ภายนอกครอบครัว ทั้งนี้เนื่องมาจากการปกครองที่ลดหลั่นตามความเหมาะสมในอาวุโสและบทบาทที่มีความกระจัดกระจาย เช่น ลูกเข้าไปก้าวล่วงเรื่องของพ่อแม่ พ่อแม่ก็ก้าวล่วงเรื่องส่วนตัวของลูก บทบาทที่สลับสับสนกันอย่างง่ายดาย จะเห็นได้ว่าลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีขอบเขตไม่ชัดเจนนี้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากเกินไปซึ่งเรียกว่า การพัวพันทางอารมณ์ (Enmeshment)</p> <p>ลักษณะขอบเขตทั้งสามประการดังกล่าว มีความต่อเนื่องกันเพราะครอบครัวโดยทั่วไปอาจมีความสัมพันธ์แบบพัวพันทางอารมณ์ ช่วงหนึ่ง และแบบห่างเหินในอีกช่วงหนึ่ง ปรับเปลี่ยนไปมาอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงหรือ</p>	<p>การแสดงบทบาท หน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม พร้อมกับสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>9. ผู้ศึกษาคำนึงถึงความครอบคลุมของประเด็นต่าง ๆ ที่ครอบครัวควรจะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุดในการให้คำปรึกษาครอบครัว</p> <p>10. ให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจการรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เป็นบางครั้งตามความเหมาะสม</p> <p>11. ผู้ศึกษาสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมการ</p>		

ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	การดำเนินการ	อุปกรณ์	การประเมินผล
		<p>สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวหากครอบครัวใดยึดอยู่กับการเกี่ยวข้องสัมพันธ์แบบใดแบบหนึ่งระยะยาวค่อนข้างถาวรก็จะเป็นครอบครัวที่มีลักษณะพัวพันทางอารมณ์ หรือครอบครัวที่มีลักษณะห่างเหินทางอารมณ์ (Disengaged Family) ซึ่งทั้งสองลักษณะสามารถก่อให้เกิดความตึงเครียดเกิดขึ้นได้ในครอบครัวได้เท่า ๆ กัน หมายถึง ระดับความยึดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขตยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน และมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมดุล กล่าวคือ ขอบเขตที่ชัดเจนเป็นขอบเขตที่มีความสามารถในการยึดหยุ่นของขอบเขตที่อยู่ในสภาวะสมดุล ในขณะที่ขอบเขตที่เข้มงวดขาดความยืดหยุ่นเกินไปและขอบเขตแบบกระจัดกระจายมีความยืดหยุ่นมากเกินไป</p>	<p>ดูแลตนเองที่จำเป็นในครอบครัวได้ เช่น เรื่องกิจวัตรประจำวันและการรับประทานอาหาร ต่อไปอย่างต่อเนื่อง</p> <p>12. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านในระยะยาว</p> <p>13. ผู้ศึกษาซักถามถึงแนวทางในการดำเนินชีวิตของครอบครัวและซักถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา</p> <p>14. ผู้ศึกษากล่าวสรุป บุติกรให้คำปรึกษาและกล่าวขอบคุณ</p>		

แบบฟอร์มโครงสร้างครอบครัว

ครอบครัวที่.....

บ้านเลขที่.....

.....
.....
.....
.....

แผนที่บ้าน

Genogram

ผลการประเมินโครงสร้างครอบครัว

1. ขอบเขตระหว่างสมาชิก

.....

.....

.....

2. บทบาท

.....

.....

.....

3. ลำดับอำนาจ

.....

.....

.....

4. สัมพันธระหว่างระบบต่างๆ

.....

.....

.....

5. การประเมินกระบวนการ(Process)ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5.1 ลำดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

5.2 ระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก

.....

.....

.....

.....

6. การสังเกตในระหว่างประเมินครอบครัว

6.1 ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกัน(observation)

.....

.....

.....

.....

6.2 การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา(nonverbal communication)

.....

.....

.....

.....

แบบฟอร์มบันทึกการให้คำปรึกษา

ชั้นตอนที่.....

ครอบครัวที่.....

วันที่..... เวลา..... สถานที่.....

ปัญหาและความต้องการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการให้ความช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การประเมินผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. แบบประเมินที่ใช้ในโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต

2. กรุณาเติมคำหรือกาเครื่องหมาย ✓ ให้ครบทุกข้อ

3. กรุณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

4. คำตอบที่ได้รับไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน แต่เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของตัว

ท่านโดยรวมว่าเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผู้ศึกษา

1. เพศ

1.ชาย

2. หญิง

Sex

2. อายุ ปี

Age

3. สถานภาพสมรส

Sta

1 โสด

2 คู่อยู่ด้วยกัน

3 คู่แยกกันอยู่

4 หม้าย

5 หย่า

4. การศึกษา

Edu

1 ไม่ได้เรียนหนังสือ

2 ประถมศึกษา

3 มัธยมศึกษาตอนต้น

4 มัธยมศึกษาตอนปลาย

5 ต่ำกว่าปริญญาตรี

6 ปริญญาตรี

7 สูงกว่าปริญญาตรี

8 อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

occ

1 เกษตรกรรม

2 ค้าขาย

3 แม่บ้าน

4 รับจ้าง

5 รับราชการ

6 รัฐวิสาหกิจ

7 ว่างาน

8 อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

สำหรับผู้ศึกษา

6. ความเพียงพอของรายได้ บาท (ของผู้ป่วยคนเดียว) Inc
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
7. จำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ปี III

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วกาเครื่องหมาย ✓ (ลงในช่องคำตอบเหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งในเรื่องงานหรือเรื่องการค้าเงินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปในแต่ละวัน					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ มามากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา แค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน มากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพรอบๆบ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม)มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำ ให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตนเองหรือการมี เพศสัมพันธ์)					
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	แยะ มาก	แยะ	ปาน กลาง	ดี	ดี มาก
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ใน ระดับใด					

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 ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น					

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย
5.ความผูกพันใกล้ชิดสนิท สนมและเป็นกันเองกับสมาชิก ในครอบครัว					
6.สมาชิกในครอบครัวมีเวลา พบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรม ต่างๆ ร่วมกัน					
7. สมาชิกในครอบครัวของ ท่านสามารถแสดงความ คิดเห็น สื่อสารกันได้ตรงไป ตรงมา					
8.ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับ การดูแลจากสมาชิกใน ครอบครัว เช่น การถามไถ่และ เตือนให้รับประทานยา					
9.สมาชิกในครอบครัวมี กฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่าง สม่ำเสมอ					
10.ถ้าขาดรายได้ หรือมีปัญหา เรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยเหลือท่านได้					
11.ท่านสามารถปรับทุกข์หรือ ระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับ ปัญหาต่างๆกับสมาชิกใน ครอบครัว					
12.สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าระดับของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตัวแปร	ก่อนการใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษาครอบครัว			หลังการใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษาครอบครัว			t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ	
	สัมพันธภาพภายในครอบครัว	2.62	0.34	ปาน กลาง	4.42	0.31	

*p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิต

คนที่	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	คะแนนคุณภาพชีวิต	ระดับ	คะแนนคุณภาพชีวิต	ระดับ
1	65	ปานกลาง	114	ดี
2	64	ปานกลาง	107	ดี
3	69	ปานกลาง	119	ดี
4	67	ปานกลาง	104	ดี
5	72	ปานกลาง	104	ดี
6	54	ไม่ดี	85	ปานกลาง
7	76	ปานกลาง	105	ดี
8	67	ปานกลาง	99	ดี
9	74	ปานกลาง	105	ดี
10	68	ปานกลาง	101	ดี
11	69	ปานกลาง	109	ดี
12	69	ปานกลาง	108	ดี
13	58	ไม่ดี	98	ดี
14	53	ไม่ดี	93	ปานกลาง
15	54	ไม่ดี	85	ปานกลาง
16	69	ปานกลาง	101	ดี
17	72	ปานกลาง	98	ดี
18	59	ไม่ดี	84	ปานกลาง
19	74	ปานกลาง	107	ดี
20	54	ไม่ดี	95	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการใช้โปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและหลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 7 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ในครอบครัวและระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว

คนที่	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ ในครอบครัว	ระดับ	คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ ในครอบครัว	ระดับ
1	2.00	พอใช้	4.25	ดี
2	2.42	พอใช้	4.25	ดี
3	2.50	ปานกลาง	4.33	ดี
4	2.75	ปานกลาง	4.50	ดีมาก
5	2.83	ปานกลาง	4.50	ดี
6	2.33	พอใช้	4.17	ดี
7	3.08	ปานกลาง	4.58	ดีมาก
8	3.00	ปานกลาง	4.83	ดีมาก
9	2.50	ปานกลาง	3.92	ดี
10	2.67	ปานกลาง	4.17	ดี
11	3.08	ปานกลาง	4.58	ดีมาก
12	2.42	พอใช้	4.33	ดี
13	2.42	พอใช้	4.25	ดี
14	2.50	ปานกลาง	4.42	ดี
15	2.75	ปานกลาง	4.33	ดี
16	1.92	พอใช้	4.08	ดี
17	3.00	ปานกลาง	4.33	ดี
18	2.33	พอใช้	4.25	ดี
19	3.00	ปานกลาง	4.67	ดีมาก
20	2.83	ปานกลาง	4.67	ดีมาก

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการใช้โปรแกรมมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ถึงระดับปานกลางและหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนอยู่ในระดับดีถึงระดับดีมากซึ่งแสดงว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลองและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย(Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
จำนวนรายข้อ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

คุณภาพชีวิต	ก่อนให้ โปรแกรม		หลังให้ โปรแกรม		d ⁻
	X ⁻	S.D	X ⁻	S.D	
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	2.45	.686	3.60	.598	1.55
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ท่าน ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด	2.35	.587	4.25	.550	1.90
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม (ทั้งในเรื่องงานหรือเรื่องการค้าเงินชีวิตประจำวัน)	2.55	.605	3.60	.598	1.05
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	2.30	.657	3.60	.598	1.30
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่นมีความสุข ความสงบ มี ความหวัง)มากนักเพียงใด	2.55	.686	4.10	.553	1.55
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด	2.35	.671	3.70	.571	1.35
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจตนเองมากนักแค่ไหน	2.25	.910	4.10	.553	1.85
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	2.50	.946	3.85	.745	1.35
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตก กังวล บ่อยแค่ไหน	2.35	.671	4.35	.745	2.00
10. ท่านรู้สึกพอใจมากนักแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านได้ ในแต่ละวัน	2.20	.894	3.80	.616	1.60
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปในแต่ละวัน	1.80	.768	3.45	.686	1.65
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากนักเพียงใด	2.50	.688	3.80	.696	1.30
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ ไหน	2.70	.470	4.05	.759	1.35
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	2.35	.587	4.05	.759	1.70
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	2.90	.308	4.10	.641	1.20
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักเพียงใด	2.80	.410	4.05	.686	1.25
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักเพียงใด	2.35	.587	3.00	.562	0.65
18. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความ จำเป็นเพียงใด	2.90	.308	4.30	.571	1.40

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ก่อนให้		หลังให้		d ⁻
	โปรแกรม		โปรแกรม		
	X ⁻	S.D	X ⁻	S.D	
19. ท่านได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด	2.60	.598	3.75	.639	1.15
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	2.80	.410	3.60	.503	0.8
21. สภาพรอบๆบ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	2.85	.366	4.00	.795	1.15
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	2.70	.470	4.15	.875	1.45
23. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	2.50	.513	4.25	.716	1.75
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	2.65	.587	4.15	.933	1.50
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตนเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	2.40	.598	3.40	.598	1.00
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	2.70	.470	4.00	.562	1.30

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าหลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม สำหรับข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุดคือข้อที่ 9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน รองลงมาคือข้อที่ 2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
จำแนกรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษา

ข้อความ	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		d
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	
1.สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน	3.00	.324	4.75	.44	1.75
2.เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ	2.25	.967	3.85	.587	1.60
3.เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะรับรู้หรือร่วมกันแก้ไขปัญหา	2.55	.826	3.80	.834	1.25
4.ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้านซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น	2.90	.447	4.70	.571	1.80
5.ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว	2.55	.605	4.25	.639	1.70
6.สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพบปะพูดคุยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน	2.50	.761	4.40	.503	1.90
7. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถแสดงความคิดเห็น สื่อสารกันได้ตรงไปตรงมา	2.70	.571	4.95	.224	2.25
8.ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การถามไถ่และเตือนให้รับประทานยา	2.45	.945	3.60	.754	1.15
9.สมาชิกในครอบครัวมีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตามสม่ำเสมอ	2.50	.889	4.70	.571	2.20
10.ถ้าขาดรายได้ หรือมีปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้	2.35	.875	4.05	.605	1.70
11.ท่านสามารถปรับทุกข์หรือระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆกับสมาชิกในครอบครัว	2.70	.571	4.70	.470	2.00
12.สมาชิกในครอบครัวช่วยให้อ่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าหลังการใช้โปรแกรมให้คำปรึกษา
ครอบครัวทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม สำหรับข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุดคือข้อที่
8. ในยามเจ็บป่วย ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การถามไถ่และเตือนให้
รับประทานยา รองลงมา มี 2 ข้อคือข้อที่ 2. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะ
แสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอและข้อที่ 10. ถ้าขาดรายได้ หรือมี
ปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้

ภาคผนวก จ

ตารางการดำเนินงานกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตาราง การดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่1	5 มีนาคม 2555 12 มีนาคม 2555 19 มีนาคม 2555 26 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	1. การสร้างสัมพันธภาพการประเมินโครงสร้างของครอบครัวการสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด 4.การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา
รายที่2	5 มีนาคม 2555 12 มีนาคม 2555 19 มีนาคม 2555 26 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	“”
รายที่3	5 มีนาคม 2555 12 มีนาคม 2555 19 มีนาคม 2555 26 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	“”
รายที่4	5 มีนาคม 2555 12 มีนาคม 2555 19 มีนาคม 2555 26 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	“”
รายที่ 5	6 มีนาคม 2555 13 มีนาคม 2555 20 มีนาคม 2555 27 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	“”
รายที่ 6	6 มีนาคม 2555 13 มีนาคม 2555 20 มีนาคม 2555 27 มีนาคม 2555	ที่บ้านผู้ป่วย	“”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่7	6 มีนาคม 2550 13 มีนาคม 2550 20 มีนาคม 2550 27 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	1. การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด 4. การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา
รายที่8	6 มีนาคม 2550 13 มีนาคม 2550 20 มีนาคม 2550 27 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่9	7 มีนาคม 2550 14 มีนาคม 2550 21 มีนาคม 2550 28 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่10	7 มีนาคม 2550 14 มีนาคม 2550 21 มีนาคม 2550 28 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่11	7 มีนาคม 2550 14 มีนาคม 2550 21 มีนาคม 2550 28 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่12	7 มีนาคม 2550 14 มีนาคม 2550 21 มีนาคม 2550 28 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด 4. การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยึดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา
รายที่13	8 มีนาคม 2550 15 มีนาคม 2550 22 มีนาคม 2550 29 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่14	8 มีนาคม 2550 15 มีนาคม 2550 22 มีนาคม 2550 29 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่15	8 มีนาคม 2550 15 มีนาคม 2550 22 มีนาคม 2550 29 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่16	8 มีนาคม 2550 15 มีนาคม 2550 22 มีนาคม 2550 29 มีนาคม 25	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
รายที่17	9 มีนาคม 2550 16 มีนาคม 2550 23 มีนาคม 2550 30 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง 2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม 3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด 4. การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา
รายที่18	9 มีนาคม 2550 16 มีนาคม 2550 23 มีนาคม 2550 30 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่19	9 มีนาคม 2550 16 มีนาคม 2550 23 มีนาคม 2550 30 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”
รายที่20	9 มีนาคม 2550 16 มีนาคม 2550 23 มีนาคม 2550 30 มีนาคม 2550	ที่บ้านผู้ป่วย	“ ----- ”

ภาคผนวก ฉ
ใบยินยอมประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมในโครงการศึกษาอิสระ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระชื่อ วิลาสินี คุษฎีเสณีย์ สถานที่
ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างทำโครงการศึกษาอิสระ 25 หมู่ 4 ตำบลบางนกแขวก อำเภอ บางคนที่
จังหวัดสมุทรสงคราม 75120 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวกที่สุด 034-761282 ,0861718168 ซึ่ง
ข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการศึกษาอิสระในเรื่องของ
การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน
อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม วิธีการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระ กิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมใน
โครงการศึกษาอิสระ ระยะเวลาในการดำเนินการ ตลอดจนประโยชน์ของโครงการศึกษาอิสระที่
คาดว่าจะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิที่
จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตามความต้องการซึ่งจะไม่มีผลต่อใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ
ในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้า ได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมด้วยการบันทึกลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....
วันที่/เดือน/ปี

.....
()
ผู้เข้าร่วมโครงการอิสระ

.....
วันที่/เดือน/ปี

.....
(นางวิลาสินี คุษฎีเสณีย์)
ผู้ศึกษาโครงการอิสระ

.....
วันที่/เดือน/ปี

.....
()
ลงนามพยาน

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
(Patient/Participant Information Sheet)

- 1.ชื่อโครงการศึกษาอิสระ การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
- 2.ชื่อผู้ศึกษา นางวิลาสินี คุชฎีเสณีย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข
- 3.สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลอัมพวา อ.อัมพวา จ. สมุทรสงคราม 75110
- โทรศัพท์ที่ทำงาน 034-751846 - 7 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-61718168

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

- 1.โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
 2. วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
 - 3 .การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน – หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน
 - 4.รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาอิสระจะได้รับการปฏิบัติในการศึกษานี้ โดยผู้ศึกษาจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในแหล่งชุมชนดังกล่าว ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ดังนี้
 - 1) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
 - 2) มีภูมิลำเนาในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
 - 3) เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนน ระหว่าง 26 - 95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน
 - 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
 - 5) อ่านหนังสือ- เขียนหนังสือได้
 - 6) สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวกและไม่มีอาการทางจิต
- เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวต้องมีคุณสมบัติดังนี้
- 1) เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย(ได้จากการซักถามข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วย)

2) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน

3) เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและมีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึงพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

5.ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มศึกษาจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนเหมาะสม การสนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหามาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม และการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษาโดยจัดกิจกรรมเป็นรายครอบครัว รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม และทำแบบสัมภาษณ์ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้เข้าร่วมศึกษายินยอมเข้าร่วมการศึกษาและครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์และมีการลบทำลายเทปทิ้งหลัง สิ้นสุดการศึกษา

6.ในการศึกษาครั้งนี้ คาดว่าความไม่สะดวกที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมศึกษา ได้แก่ การใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หากขณะเข้าร่วมงานศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษามีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์ จนได้รับการอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

7.ผู้เข้าร่วมศึกษามีสิทธิ์ปฏิเสธหรือเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้เข้าร่วมศึกษาได้รับแต่ประการใด

8.ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

9. หากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบอย่างรวดเร็ว

10. จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 20 คน

ประวัติผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

นางวิลาสินี คุษฎีเสณีย์ เกิดวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2504 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2533 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548

ปัจจุบันรับราชการ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอัมพวา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม