

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกร่างกายและเชาวิปัญญาผิดปกติ (WHO, 1992) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542) ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sandock & Sandock, 2005) ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและเรื้อรัง ถึงแม้จะมีการพัฒนาการรักษาโรคจิตไปมากแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ทำให้มีผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Sandock & Sandock, 2000) ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) โรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการบริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) โดยมีการให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทน เน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่างๆของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับไปสู่ชุมชนของตนเอง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ มักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถ ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ บางรายมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากออกจากโรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลาแต่

สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้น เมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย โดยมีการศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 40 ส่วนการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อหยุดยานั้น จะพบถึงร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยาอาจพบการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 30 (Gaultiere, 1999) ซึ่งปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำนั้น ทำให้สมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามมา (หงส์ บันเทิงสุข, 2545)

นอกจากนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (Mercier et al, 1998; Bobes & Gonzalez, 1997; Lehman et al, 1986) ในประเทศไทยก็ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2546) ในเรื่องคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2548) โดยทำการศึกษาคูณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ สารีณี โต้ะทอง (2548) ได้ทำการศึกษารื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lubkin (1986) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

จากปัญหาที่พบในการศึกษางานวิจัยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางนั้น เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่และเป็นอุปสรรค ไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินชีวิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของพยาบาลที่ทำงานกับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลกระทู้มแบน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง การบริการที่ให้ผู้ป่วยจิตเวช เป็นในด้านการส่งตัวผู้ป่วยไปรับยา ต่อเนื่องและการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติเท่านั้น และยังไม่มีการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง อีกทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ผู้ศึกษาได้รวบรวมสถิติผู้ป่วยจิตเวชของอำเภอกระทู้มแบน พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีจำนวน 197, 217 และ 238 คน ในปี พ.ศ. 2549–2551 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการมากที่สุดในโรคจิตเวชทั้งหมด และสำหรับข้อมูลปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 156 ราย มีการป่วยซ้ำ 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.38 (โรงพยาบาลกระทู้มแบน, 2551) จากปัญหาที่พบในการศึกษาเบื้องต้น ผู้ศึกษาจึงได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเหล่านี้ จำนวน 32 ราย ระหว่างเดือนเมษายน–พฤษภาคม 2552 ผู้ศึกษาทำการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI ในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 32 ราย โดยพบว่าในภาพรวมผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.37 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.37 และมีเพียง 2 ราย ซึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 6.25 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย (Physical domain) มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 62.50 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 31.25 ด้านจิตใจ (Psychological domain) พบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 56.25 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.50 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) พบว่า มีคุณภาพชีวิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 59.38 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.37 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 62.50 และคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.37 สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอกระทู้มแบน ในภาพรวม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลกระทู้มแบนพบว่ามีสาเหตุ ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น ตัวแข็ง ง่วงนอน ปากและคอแห้ง อ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อยล้า ท้องผูก และในผู้ชายประสิทธิภาพทางเพศเสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ซึ่งการหยุดยาเองจะทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
2. ทางด้านจิตใจ พบว่า การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานานทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และการที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งคนอื่นหรือบุคคลในครอบครัว ผลที่ตามมา คือ ทำให้รู้สึกเครียด ท้อแท้ และไม่มีความสุขในชีวิต เป็นผลให้เกิดการป่วยซ้ำอีก

3. ทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ไม่มีเพื่อน นิสยการกินไม่เรียบร้อย ไม่กินอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชอบนั่งเฉยๆ จึงทำให้มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาด้านอารมณ์ เช่น สมาชิกบางคนในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย วิศวกรวิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย ไม่มีความรักความสงสาร ความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ร้อนมีการกำเริบของโรค และเกิดการป่วยซ้ำ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ภายในบ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย รกรุงรังมาก อับทึบอากาศไม่ถ่ายเท และผู้ป่วยจะนอนในส่วนที่คับแคบ เนื่องจากญาติไม่ต้องการให้มาวุ่นวาย เพราะจะรบกวนครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย คือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตก็จะแสดงอาการหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำได้อีก

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่า สาเหตุที่ทำให้มีปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ นั้น ส่วนใหญ่เกิดจากอาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและเกิดป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้ง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ก่อให้เกิดผลกระทบหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่นหรือบุคคลในครอบครัว และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งจำเป็นทางจิตใจ (Rose, 1997) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) โดยการป่วยแต่ละครั้ง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง (American psychiatric Diagnosis, 1994) และไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากความพร่องด้านความสามารถ ประกอบกับความรู้สึกเป็นตราบาปและรู้สึกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (Wulf R. et al, 2005)

จากการศึกษาปัจจัยเสริมและสาเหตุของโรคจิตเภทในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (downward drift

hypothesis) หรือการที่สถานภาพสังคมบีบบังคับทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) เมื่อมีการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเนื่องจาก สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท (นรวิทย์ พุ่มจันทร์, 2548) อาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ซึ่งการหยุดยาในผู้ป่วยจิตเภทมีผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดต่ำลง (Greenberg et. al, 1993) เนื่องจากทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและยังส่งผลต่อชุมชน ทำให้บุคคลอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างไม่มีความสุข (พะยอม อยู่สวัสดิ์, 2537) ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง เรือร้ง และมีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำบ่อยครั้งนี้ทำให้มีการสูญเสียงบประมาณของประเทศชาติ (พิศสมร เดชดวง และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2547) จะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีนั้น จะส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและต่อประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตเป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนา ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับความช่วยเหลือ โดยการสนับสนุนจากรอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ในการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุด ครอบครัวมีส่วนกำหนดว่าเมื่อใดควรจะนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีส่วนร่วมกำหนดหรือตัดสินใจว่า จะนำผู้ป่วยมารักษาในสถานรักษาเดิมหรือไม่ และครอบครัวยังเป็นผู้มีความสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในเรื่องของการสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่จะสามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและความรู้สึกที่เป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าแห่งตน มีผลต่อความพึงพอใจและความรู้สึกผาสุกในชีวิต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ฉะนั้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของการพยาบาล คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ WHO (1996)

การให้คำปรึกษาครอบครัว ถือเป็นลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญวณิชชัย, 2542) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่องตามบทบาทอิสระของพยาบาล การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการหนึ่งของการพยาบาล ในการที่ช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้สามารถนำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ที่มีความเหมาะสมต่อตนเองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

นอกจากนี้ การให้การปรึกษาครอบครัวยังช่วยให้คนเกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Arbunckle, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของ สารีณี โตะทะทอง (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภายหลังจากการได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น และส่งผลให้มีคุณภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น การให้คำปรึกษาครอบครัว จึงเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย การให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกัน และกันในช่วงให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเอง ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัด การเฝ้าสังเกตอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค การสนับสนุนส่งเสริม การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และสนับสนุนให้ครอบครัว ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย

2. ด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลและสังคมรอบข้าง ทำให้รู้สึกตนเองมั่นคงปลอดภัย มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (ศิริรัตน์ คุปติวุฒ, 2545) จึงเป็นการป้องกันกรณีอาการทางจิตมากขึ้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ และสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและมีการยอมรับกันมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษา ในการที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทักษะคิด การปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วยและในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วย ถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (ญาณินี ไพบูลย์-รัตนกร, 2547) การให้คำปรึกษาครอบครัว ยังเป็นการให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ใน

ชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

ฉะนั้น ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนของตนเองได้อย่างปกติสุข

คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หลังสิ้นสุดโปรแกรม จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

แนวเหตุผล และสมมติฐานการศึกษา

การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ใช้ชีวิตกับครอบครัว และชุมชน ได้ดีขึ้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) อีกทั้งเป็นการให้บริการที่เป็นลักษณะองค์รวม หรือที่เรียกว่า Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาในลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่ปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว โดยการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัว ก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg & Goldenberg, 1985)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์การให้คำปรึกษาครอบครัวมาจากโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของ สาริณี โต้ะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) โดยแนวคิดของ Minuchin (1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่

มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตอย่างปกติสุข สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างไม่มีความสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายที่จะปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Sub-system) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว (เมธินันท์ ทัศนุชน, 2539) นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังได้ประยุกต์แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) โดยสอดแทรกเข้าไปในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว สร้างข้อตกลง และให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าผู้ศึกษามีการยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการที่จะก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม จากนั้นผู้ศึกษาจะทำการประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การนำข้อเสนอแนะตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ (WHO, 1996) มาใช้ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้ศึกษาทำการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อที่ผู้ศึกษาและครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ครอบครัวสามารถก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม อีกทั้งในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษายังคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันและร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อย ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีการร่วมกันสำรวจปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการร่วมกัน

วางแผนจัดโครงสร้างที่เหมาะสมในครอบครัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ การนำข้อเสนอแนะตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) มาใช้ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้างขอบเขตภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยกันเหลือซึ่งกันและกันในการหาแนวทางที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต ทั้งปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สำหรับการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการยืดหยุ่นในครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และการประยุกต์แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ WHO (1996) ในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย การกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ดูแล การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เรื่องการรับประทานยา และการสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่างๆในชุมชนของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอคำแนะนำ และขอความช่วยเหลือ

เหลือตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง จากนั้นดำเนินการยุติการให้คำปรึกษา

ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึก เห็นใจ สงสาร เข้าใจ และยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายเรื่องที่ไม่สบายใจให้กันและกันฟัง ได้อย่างเปิดเผย ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นนี้ จะมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หลังสิ้นสุดโปรแกรมจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน
2. โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยปรับจาก โปรแกรมให้คำปรึกษาของ สารีณี โต๊ะทอง ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ซึ่งทำการศึกษาร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรายครอบครัว ดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนที่บ้านของผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษา

เป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และสมาชิกในครอบครัว 2 ราย ทั้งหมด 4 ครั้ง
ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างของครอบครัว การสร้าง
ข้อตกลงและให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเองและมีกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนา
คุณภาพชีวิต โดยการที่ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ การประเมิน
ครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
และครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และมีกิจกรรม
ซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วม
ของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้าง ขอบเขต
ภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกัน
และกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่องและการ
สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน สามารถปรับเปลี่ยน
สภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อปรับตัวได้ติด
ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิด
ความเครียด และมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต
โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกัน
และกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้
วางเอาไว้ร่วมกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่
จำเป็นได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวร่วมสนับสนุนการดูแลตนเองด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตใน
ครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา และมีกิจกรรมซึ่งเป็นแนวทางในการสนับสนุน
ให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกัน
ในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้
กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม
การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
ตลอดจนเรื่องการรับประทานยา และสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว
ร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถ

ขอคำแนะนำและความช่วยเหลือได้ ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ ด้านร่างกายเป็นการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจเป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก การรับรู้ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจของตนเอง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น การรับรู้ถึงความช่วยเหลือทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การประเมินระดับคุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลก้ำกั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณ

ได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายโดยตรง หรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและมีการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม และเศรษฐกิจที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเอง มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในการดูแลผู้ป่วย โดยการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวมาประยุกต์ใช้