

ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวดารานี วันวา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY MUTUAL SUPPORT GROUP ON FAMILY FUNCTIONING
AS PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Ms. Daranee Wanwa

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program
in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของ
ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวดารานี วันนภา

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ดาราณี วันวา : ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF FAMILY MUTUAL SUPPORT GROUP ON FAMILY FUNCTIONING AS PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 154 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ เปรียบเทียบ การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เลือกรูปแบบเจาะจง จำนวน 24 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ครอบครัว โดยจับคู่ (matched pair) ด้วยอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแล และแบบประเมิน การทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) เครื่องมือทุกชนิดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงเท่ากับ 1 ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมิน การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยหา Chronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดี กว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา 2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377806036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : MUTUAL SUPPORT GROUP / FAMILY FUNCTIONING /
SCHIZOPHRENIC FAMILY CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENT

DARANEE WANWA : THE EFFECT OF FAMILY MUTUAL SUPPORT GROUP ON
FAMILY FUNCTIONING AS PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN
LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D. 154 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the family functioning as perceived by family caregivers of schizophrenic patients before and after received family mutual support group, and those who received regular caring activities. The 24 families of schizophrenic patients admitted in Srithanya Hospital were purposively selected based on the inclusion criteria. These samples were matched pair by age of caregivers and responsibility duration of caring to experimental group and control group, 12 subjects in each group. The experimental group received family mutual support group, whereas the control group received regular caring activities. Research instruments were family mutual support group program, and the family functioning scale (CFI). These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach' s Alpha coefficients were .90. The statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test. Major results of this study were:

1. The family functioning among family caregivers of schizophrenic patients who received family mutual support group after the experiment was significantly better than before at the .05 level.

2. The family functioning among family caregivers of schizophrenic patients who received family mutual support group was significantly better than those who received regular caring activities at the .05 level.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing

Student's Signature

Academic Year : 2012

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความสามารถจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คอยชี้แนะแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์ สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็ม ความสามารถ ให้สำเร็จลุล่วงได้ ตลอดจนให้ความเมตตาและให้กำลังใจผู้วิจัย ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอันสูงส่งที่ได้รับการประสิทธิประสาทวิชาความรู้จากอาจารย์ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิวัฒนา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ และชี้แนะ แนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจให้เป็นอย่างดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา ของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ให้ มีความเหมาะสมกับงานวิจัย ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาจนจบ หลักสูตรนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีธัญญาที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับ ผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ทุก ท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น นิสิตปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ครอบครัวของผู้วิจัย ที่คอยเป็นกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำอย่างดียิ่งต่อผู้วิจัย คุณค่าและ ประโยชน์อันเกิด จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ทุกๆ ท่านให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.....	29
การทำหน้าที่ของครอบครัว.....	33
การให้การบำบัดครอบครัว.....	44
โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การดำเนินการทดลอง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	96
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	119
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	120
ภาคผนวก ข รายงานผู้ช่วยวิจัย.....	122
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และผลการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	139
ภาคผนวก จ แสดงการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง และ แสดงการทำหน้าที่ของครอบครัวจำแนกเป็นรายบุคคลของ กลุ่มตัวอย่าง.....	146
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	150
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	154

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว.....	84
2	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	88
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	89
4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	90
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	91
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	92
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	93
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	94
9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	95
10	การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power Analysis of Sample Size	147
11	การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....	148
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายบุคคล.....	149

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ การรู้จักตนเอง อารมณ์ พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบมากที่สุด พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) หรือพบความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Norton, Williams, & Owen, 2006; Sadock & Sadock, 2007) พบได้ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 15-35 ปี องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 29 ล้านคน ถึงแม้ว่าจะเป็นอุบัติการณ์ที่ต่ำ (3 : 10,000) แต่เนื่องจากความเรื้อรังของโรคนี้แล้วถือเป็นความชุกที่สูง (WHO, 2010) ในประเทศไทยพบว่ามีประชากรร้อยละ 0.5 – 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2548) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท 389,377 คน (กรมสุขภาพจิต, 2553) โรคนี้เป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง อาการมักเป็นๆหายๆมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มีข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิต ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (Cheng & Chan, 2005) ต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการทำงานที่ของครอบครัว (Michael & Sioban, 1998)

จากแนวคิดและรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ได้มุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลัน เพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ ของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (จันทรา ธีระสมบุญ , 2542) โดยเน้นการให้ความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Falloon et al., 1985) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำครอบครัว ของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการความผิดปกติต่างๆ ทำให้เกิด ประโยชน์ สูงสุดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) ทำให้สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Chien, Norman & Thompson, 2004) ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับสมาชิกของครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (Addington, McCleery & Addington, 2005) ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัว และต้อง

ฟิ่งฟาอาศัยครอบครัวในการดูแล (Sethabouppha & Kane, 2005) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง (สกาวัฒน์ ภูผา, 2543; สมคิด ตีรารักษ์, 2545) เพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัว ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท (Ackerman, 1958 อ้างถึงใน กาญจนานันทไพบูลย์, 2553)

โรคนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Chien, Norman & Thompson, 2004) ตัวผู้ป่วยเองต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการ จนสูญเสียการทำหน้าที่ด้านต่างๆ การงาน ความสัมพันธ์กับทางสังคมเสื่อมลง (Sung-Man et al., 2010) จนในที่สุดไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและรับผิดชอบตนเองได้ (สมภาพ เรืองตระกูล, 2548) ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Kaplan & Sadock, 2000) โดยสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้เกิด ความรู้สึกว่าเป็น ภาระที่หนักของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด ในการจัดการกับพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย ความเครียดภายนอก จากความรู้สึกเป็น トラบাপ และแยกตัวจากสังคม อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น รู้สึกผิดและอ้างว้าง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงอาการ อารมณ์ไม่เหมาะสม (Barrowclough & Tarrier, 1992 cited in Chien, Norman & Thompson, 2004; Chien, Chan & Morrissey, 2007) จากการศึกษาของ Addington et al. (2005) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 24 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23 ภาวะความตึงเครียดของครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการแสดง ออกจากอารมณ์ต่อกันสูง เช่น การแสดงออก ทางอารมณ์ในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความรังเกียจหรือเกลียดชัง ความไม่เป็นมิตร และมีความห่วงใย ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Kaplan & Sadock, 2000) จากการศึกษาของ Raune, Kuipers & Bebbington (2004) พบว่าผู้ดูแลมีการแสดง ออกจากอารมณ์สูง ร้อยละ 44 มีการวิพากษ์วิจารณ์ ร้อยละ 33 แสดงความไม่เป็นมิตร ร้อยละ 30 และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ร้อยละ 22 และพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีอัตรา ความเครียดสูงกว่าครอบครัวปกติ (Trangkasant, 2006) ส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ในกรณีที่มีบุตรเป็นโรคจิตเภท บิดา มารดาจะรู้สึกช็อค เศร้า วิตกกังวล หรือมี ภาวะซึมเศร้า (Phillip, 2001) ขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ (Lim & Ahn, 2003) เกิดการรับรู้ถึงการเป็นภาระที่ต้องทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ตนเองรู้สึกเดือร้อนเกินกำลังความสามารถเหมือนตนเอง กำลังติดกับ (เอื้ออารีย์

สาธิตา, 2543) จากการศึกษาของ Kaplan & Sadock (2000) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวมากกว่าครอบครัวปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ (Trangkasombat, 2006) ที่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 83.3 มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องอย่างน้อยหนึ่งด้าน ด้านที่พบว่ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องในอัตราสูง คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม จากการศึกษาของอรอนพ ทองคำ (2546) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนต่ำในด้านความผูกพันทางอารมณ์ ร้อยละ 38.6 ด้านการควบคุมพฤติกรรม ร้อยละ 71.4 ชุติพร ชูวงศ์ (2546) พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.0 ภรดี ไชยสิน (2545) พบว่า ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.8 เลิศฤทธิ์ ปัญชาการ (2545) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในด้านการแก้ปัญหาที่ไม่ดี โดยใช้ความรุนแรง ร้อยละ 63.7 ดารา การะเกสร (2545) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระด้านบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยทุกร้อยละ 68.7 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การที่ครอบครัวได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวขาดประสิทธิภาพ (Sun & Cheung, 1997)

การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับภารกิจที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวพึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว โดยอาศัยแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (The McMaster Model of Family Functioning) (Epstein et al., 1984) ซึ่งเป็นแนวคิดของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตเป็นผลเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัว

อุมพร ตรังคสมบัติ (2554) ได้อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรสและพี่น้อง แต่ละระบบย่อยมีความเกี่ยวข้องกัน นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ระบบครอบครัวเดี่ยว และระบบครอบครัวขยาย มีความเกี่ยวข้องกัน มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัวทั้งระบบ มีรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ และการจัดองค์กรในครอบครัว กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย,

2554) ซึ่งแนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแก้ปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดี และทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีมักจะมีปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพหรือแก้ไขไม่ได้เลย จากการศึกษาของ Johannes et al. (2003) พบว่า การที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้เกิดความรู้สึกเครียดและมีการเผชิญความเครียดกับปัญหาต่างๆ ตลอดเวลา จนในที่สุดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (Ip & Mackenzie, 1998) ครอบครัวมีความขัดแย้งและไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งนั้นได้ (Goldenberg & Goldenberg อ้างถึงใน พรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาวล, 2542) 2) ด้านการสื่อสารในครอบครัว เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือหรืออ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ไม่ดีมากเท่านั้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) 3) ด้านบทบาทในครอบครัว ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการของโรค และการดูแลที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น การให้การดูแลตามแผนการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและยอมรับการเจ็บป่วย เป็นต้น ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (รัชนีกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวบิดา มารดาแสดงบทบาทไม่เหมาะสม ไม่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตร 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ที่ดีต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งอารมณ์เชิงบวกและเชิงลบ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Addington et al. (2005) พบว่าภาวะความตึงเครียดของครอบครัวทำให้มีการใช้การแสดงทางอารมณ์ต่อกันสูง และจากการศึกษาของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) พบว่า ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งระดับความผูกพันที่เหมาะสมจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและ

ผู้อื่น การศึกษาของ อรรถนพ ทองคำ (2546) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

การทำหน้าที่ของครอบครัวของสมาชิกแต่ละคน มีผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิก การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร มีการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผย สมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ เพื่อให้สมาชิกได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การทำหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมของครอบครัวมีผลต่อความเปราะบางทางชีวภาพในตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว เน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในทุกองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัวให้อยู่ในระดับดี ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตที่ปกติสุข รวมถึงลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (อรรถนพ ลีอนุญธวัชชัย, 2554)

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

- 1) รายได้ของครอบครัว การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระด้านรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบให้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดี (ภรดี ไชยสิน, 2545)
- 2) อายุของผู้ดูแล ในครอบครัวที่อายุแตกต่างกันทำให้การรับรู้ภาระมีความต่างกัน (Cook et al., 1994)
- 3) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง วิธีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมในสังคมการพักผ่อนน้อยลง ทำให้ไม่อยากทำหน้าที่ในครอบครัวต่ออีก
- 4) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะแก้ปัญหาด้วยการเผชิญความเครียดทางลบ (Lim & Ahn, 2003)
- 5) ระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007)
- 6) ภาระในการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษาของ สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ครอบครัวที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูงจะมีบทบาทการทำหน้าที่ไม่ดี (Hanzawa et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ที่พบว่าครอบครัวที่มีปัญหา เป็นภาระหนักที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของครอบครัวด้านการแสดง

ความรู้สึกลึกทางอารมณ์ 7) ความเครียด ภาวะความตึงเครียดของครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการใช้การแสดงทางอารมณ์ต่อกันสูง (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Kaplan & Sadock, 2000) ความเครียดมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Trangkasombat, 2006) 8) การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ในระดับที่สูงขึ้น ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองและการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีมาก (House, 2001)

การศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สภาวะเดือน กลิ่นน้อย (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอรอนพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนต่ำที่สุด สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกันและกัน ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ พบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัด ในรูปแบบต่างๆ มีเป้าหมายเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย (Montero et al., 2001; Pitschel-Walz et al., 2001; Ran et al., 2003; Addington et al., 2005; Pharoah, Rathbone & Wong, 2010) เกิดการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม (Pilling et al., 2001 cited in Lataster et al., 2010) ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแลให้ดีขึ้น (Chien et al., 2004; Chien et al., 2005)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) เป็นการจัดกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว หรือทุกคนที่มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ผู้บำบัดเห็นว่ามีส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัว อยู่กันอย่างมีความสุข และสุขภาพจิตที่ดี

จากการศึกษาของ นุชนาถ ชัยเจริญ (2552) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ Family intervention จำนวน 15 เรื่อง พบว่าการให้การบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมี 5 รูปแบบ ดังนี้

- 1) Multiple-family group intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความกดดันลดลง ลดอัตราป่วยซ้ำ ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น
- 2) Psycho-education family intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติต่อโรคดีขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลง อัตราป่วยซ้ำและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ความร่วมมือในการรักษาและด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น
- 3) Mutual support group for family intervention ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแล และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนลดลง
- 4) Need-base Cognitive-Behavior family intervention ช่วยลดการป่วยซ้ำ ลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น และ
- 5) A program for relapse prevention in schizophrenia ช่วยลดอัตราป่วยซ้ำและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึง มีความสนใจที่จะใช้การบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสามารถลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

จากการศึกษาผลของการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกง ของ Chien, Norman & Thompson (2004) โดยใช้รูปแบบ Mutual support group for family intervention ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิกกลุ่มและ เปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย ระยะที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ความต้องการของตนเองและครอบครัว ระยะที่ 4 พัฒนابทบาทใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย และระยะที่ 5 หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม ภายใต้หลักการสำคัญ 6 ประการ คือ 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล (sharing personal data) 2) การคิดและหาแนวทางในการแก้ปัญหา (fostering dialectical process) 3) อภิปราย พูดคุยในเรื่องที่เป็นความลับและต้องห้าม (encouraging discussion of taboo areas) 4) ความรู้สึกของการลงเรือลำเดียวกัน หรือ ความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (fostering a sense of being 'all-in-the-same boat') 5) การส่งเสริมช่วยเหลือกันและกัน (encouraging mutual support) และ 6) การแก้ปัญหา รายบุคคล การที่กลุ่มช่วยเหลือสมาชิกเป็นรายบุคคลในการแก้ปัญหาที่เฉพาะของบุคคลนั้น

(providing opportunities of individual problem solving) ซึ่งพบว่า กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไข จัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การได้แก่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย พบว่า สามารถลดภาระการดูแลและช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

จากเหตุผลและความสำคัญดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) มาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ในครอบครัว จิตเภท เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและการยอมรับในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ ลดอาการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งกระบวนการกลุ่มของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาล้ำคลั่งกันยังจะเป็นการช่วยสร้างเสริมกำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีแรงจูงใจและความพร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ?
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ?

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับภารกิจที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวพึงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย จากแนวคิดและรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการให้ความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น (Anderson et al., 1980; Fallon et al., 1984) ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและเศรษฐกิจ (Gutierrez-Maldonado et al., 2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวยังขาดประสิทธิภาพ (Sun & Cheung, 1997) ดังเช่น ครอบครัวที่ต้องเผชิญต่อ ภาวะความตึงเครียด ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการแสดง ออกทางอารมณ์ต่อกันสูง เช่น การแสดงออก ทางอารมณ์ในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การตำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความรังเกียจหรือเกลียดชัง ความไม่เป็นมิตร และมีความห่วงใย ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Kaplan & Sadock, 2000) การสื่อสารในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan & Sadock, 2000) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดใน ด้านการแก้ปัญหาที่ไม่ดี (เลิศฤทธิ์ บุญชากร , 2545) ทั้งด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ บทบาทหน้าที่ การสื่อสาร การทำหน้าที่ทั่วไป ล้วนแต่เป็นองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัว ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการทำหน้าที่ ของครอบครัวของ McMaster ที่ระบุไว้ชัดเจนว่า สุขภาพจิตหรือปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผล เนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ (254 0) ได้สร้างแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ปัญหา 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านบทบาท 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ซึ่งในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ช่วย ให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย (Montero et al., 2001; Pitschel-Walz et al., 2001; Ran et al., 2003; Addington et al., 2005; Kuipers, 2006; Pharoah et al., 2010) เกิดการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม (Pilling et al., 2001 cited in Lataster et al., 2010) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ดูแลให้ดีขึ้น (Chien, Norman & Thompson, 2004; Chien et al., 2005)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งพัฒนาแนวคิด นี้มาจากหลายๆ การศึกษา การบำบัดครอบครัวในรูปแบบนี้ เป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกัน สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกและเกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น เป็น การลดความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม ระยะที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ความต้องการของตนเองและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีความเข้าใจ ที่ตรงกัน และเกิดทักษะการสื่อสารในครอบครัว เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้ง หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ระยะที่ 4 พัฒนาทักษะใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ด้านการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การได้แ่คิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และระยะที่ 5 หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม พบว่ากระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวมีศักยภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยยังคงกิจกรรมทั้ง 5 ระยะไว้ และแยกกิจกรรม การสร้างเครือข่าย และพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคม เพิ่มเป็นอีก 1 กิจกรรม ทั้งนี้เพื่อต้องการเน้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดเครือข่ายทางสังคมและเพื่อให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่ม ในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้น เรื่องการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจ ในครอบครัว ให้ ความสำคัญของ การบอกความ

ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) และกิจกรรมที่ 6 รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทำความรู้จัก และความคุ้นเคย ซึ่งกันและกัน รับทราบวัตถุประสงค์ของการบำบัด กฎ กติกาของกลุ่ม ประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น เป็นการ พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยการให้ สมาชิกกลุ่มร่วมกัน อภิปรายถึง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง ฝึกวิธีการผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกกลุ่ม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของ กันและกัน ทั้งของผู้ดูแล ผู้ป่วยและ สมาชิกใน ครอบครัว ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เคยทำผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด โดยบอกผ่านความต้องการนั้นให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้ปัญหา พัฒนารอบบาท และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวเรียนรู้และเข้าใจบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ได้เรียนรู้ปัญหาและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับบทบาท โดยการให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบบ่อยๆ การใช้ทักษะต่างๆ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหา การจัดการความขัดแย้งในครอบครัวที่เคยทำ แล้วได้ผล เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน และฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ และฝึกการพัฒนารอบบาท โดยการให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ กำหนดตัวละครจากสมาชิกใน

กลุ่ม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ได้เรียนรู้บทบาทของการเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวผ่านบทบาทของตัวละคร

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่าย และพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหา เสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เพื่อให้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อเตรียมการยุติกลุ่ม โดยให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และประเมินผลสำเร็จของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จะเห็นได้ว่า การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว เป้าหมายเพื่อมุ่งช่วยเหลือทั้งครอบครัว มิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งในครอบครัวโดยเฉพาะ เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจากกิจกรรมการบำบัดครอบครัวในรูปแบบกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม จะพบว่า กระบวนการกลุ่มจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของปัญหาการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจปัญหาได้ง่ายขึ้น เกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นกันเอง พร้อมทั้งจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลมีทักษะและความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมตามบทบาท แสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design) และติดตามผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยมีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศชายและหญิง

2. กลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 24 ครอบครัว เลือกรูปแบบเจาะจงและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 12 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว

3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากำหนดหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลยังไม่มีโอกาสกลับไปทำหน้าที่ของครอบครัวเมื่อ ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงเป็นการวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เกิดจากการคาดหวังของผู้ดูแล ว่าจะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น

2. แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ใช้ เป็นการวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรม ทาง การพยาบาลที่จัดขึ้น โดยประยุกต์การบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมแบบ กลุ่ม โดยการนำเอาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลายๆ ครอบครัว มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วย เรียนรู้ร่วมกันในการฝึกทักษะต่างๆ และการจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 6 โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็น กิจกรรมที่จัดขึ้น โดยเน้นการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยตนเอง กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย รับทราบวัตถุประสงค์ของการบำบัด กฎ กติกาของกลุ่ม สร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยเน้นการ พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง และ ให้ครอบครัว สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียด ได้เหมาะสมกับสถานการณ์

การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด ด้วยการให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะการสื่อสาร ทั้งทางบวกและทางลบ โดยการบอกความต้องการของตนเอง (I message)

การเรียนรู้ปัญหา พัฒนาบทบาท และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับบทบาท เริ่มจากการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัว วิเคราะห์และประเมินปัญหาของผู้ดูแล และผู้ป่วย การจัดการความขัดแย้งในครอบครัว การจัดการกับปัญหา โดยการใช้ทักษะต่างๆ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์

การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยการเน้น ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหา เสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยการให้ครอบครัวได้ทบทวนถึงประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม และประเมินผลสำเร็จของการเข้าร่วมโปรแกรม

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับ ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค จิตเภท แผนการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างการอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน หรือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเกี่ยวกับกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ โดยอาศัยแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) วัดโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ที่พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ ซึ่งแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา เป็นความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันโดยเน้นการสื่อสารแบบพูดสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า การทำหน้าที่ตามบทบาท เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติกรรมต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ครบถ้วน การตอบสนองอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันรวมทั้งมีการแสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป เป็นการดูแลกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวให้ครอบครัวไม่ขาดตกบกพร่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ เข้าใจปัญหาและจัดการกับปัญหาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจเหมาะสมตามบทบาท และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราวารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวินิจฉัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 การวินิจฉัยโรค
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของครอบครัว
 - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล
 - 3.5 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
4. การให้การบำบัดครอบครัว
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว
 - 4.3 หลักการบำบัดครอบครัว

4.4 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว

4.5 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

5. โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นภาวะความผิดปกติด้านจิตใจที่มีมานานแล้ว เริ่มแรกเพลโต นักปรัชญาชาวกรีก ได้ทำการสังเกต จำแนกและบันทึกความผิดปกติของพฤติกรรมคือพฤติกรรมที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ เรียกว่า “Divine Madness” ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในสมัยของฮิปโปเครติส ได้มีการจำแนกภาวะพฤติกรรมผิดปกติ ประเภทเฉียบเฉย เชื่องช้า ไร้อารมณ์ ไม่มีชีวิตชีวา เรียกว่า Phlegmatic ซึ่งเป็นลักษณะที่อธิบายผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนผู้ป่วยจิตเภท ต่อมา ปี ค.ศ. 1887 Emil Kraepelin จิตแพทย์ชาวเยอรมันได้สังเกตและพบว่าพฤติกรรมผิดปกติชนิดหนึ่งที่รักษาไม่หาย มีแต่จะเลื่อมลงๆ จึงเรียกพฤติกรรมนี้ว่า “Dementia Praecox” เพราะคิดว่าโรคนี้เกิดในวัยรุ่น และเป็นชื่อเดิมที่ใช้เรียกผู้ป่วยจิตเภท ต่อมา ปี ค.ศ. 1911 Eugen Bleuler (ใน เพียร์ดี เบียมมมกคล , 2553) จิตแพทย์ชาวสวิส ได้เปลี่ยนชื่อเรียกใหม่ว่า “Schizophrenia” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า schizin (to split) และ phren (mind) มีความหมายว่า จิตที่แตกแยก (split of mind คือ ภาวะอารมณ์แตกแยกของอารมณ์ ความรู้สึก และสติปัญญา และใช้ชื่อนี้มาจนถึงปัจจุบัน ซึ่ง Bleuler (ใน สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ได้กล่าวว่าโรคนี้จะมีอาการที่เรียกว่า Four A's คือ

Association disturbance มีความผิดปกติด้านการหาความสัมพันธ์ของสิ่งสองสิ่งหรือเหตุการณ์สองเหตุการณ์

Affective disturbance มีความแปรปรวนด้านอารมณ์

Autistic thinking มีความคิดอยู่ในโลกของตนเองโดยไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริง

Ambivalence ความรู้สึกลังเลใจ คือมีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน

ปัจจุบันได้มีการกล่าวว่าโรคนี้มีอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) หมายถึง โรคที่มีลักษณะความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน (WHO, 2007)

โรคจิตเภทตามความหมายของ DSM IV-TR (Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition TR text Revision, 2000) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติที่มีระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีช่วงระยะอาการกำเริบ (active phase) อย่างน้อย 1 เดือน โดยมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป คือ อาการหลงผิด (Delusions) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) พฤติกรรมแบบวุ่นวายสับสน (grossly disorganized behavior) หรืออาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว (catatonic behavior)

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ลักษณะสำคัญของโรคจิตเภทคือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง อารมณ์ และพฤติกรรม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

Sadock & Sadock (2007) กล่าวถึงการเกิดโรคจิตเภทว่า สาเหตุของการเกิดยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ แต่พบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัยสรุปได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors) ได้แก่

1) ด้านพันธุกรรม (Genetic factors) การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การศึกษา ครอบครัว พบว่า บิดา มารดา พี่น้องและบุตรมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า การศึกษานูตริโนกรรม พบว่าบุตรนูตริโนกรรมที่มีมารดาแท้ๆ เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยร้อยละ 9 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะมีโอกาสป่วยร้อยละ

50 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสป่วยร้อยละ 8 ยีนที่ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554)

2) **ด้านสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors)** สมมติฐานเกี่ยวกับสารโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากมีการผลิต สารสื่อประสาทโดปามีน (Dopaminergic hyperactivity) ออกมากระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองในบริเวณต่างๆ ของสมองโดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic receptor ทำให้มี Dopamine ในสมองมากเกินไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ทฤษฎีใหม่ สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง serotonin กับ dopamine ทั้งนี้เป็นเพราะยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ serotonin receptor มากกว่า dopamine D₂ receptor โดยทั้ง Clozapine และ Risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง dopamine และ serotonin antagonist (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) สมมติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษพบว่า ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภท เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี Psychotic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะขวบปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม

1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนั้นการที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว

ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998) ลักษณะสภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) มีผลต่อการกำเริบของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

มีการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี Sadock & sadock, 2003; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

1.2.5 Stress – Diathesis Model แนวคิดนี้เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายประการร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

สรุป สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยที่นิยมมี 2 ระบบ ได้แก่ การวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnosis and Statistical Manual of Disorder, 4th edition (DSM-IV) และการวินิจฉัยตามเกณฑ์ The International classification of Diseases-10 (ICD-10) ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (สุวรรณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.3.1 วินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ DSM-IV จะใช้เกณฑ์อาการและอาการแสดงออกทางจิตที่เป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท เกณฑ์ด้านความรับผิดชอบในหน้าที่การทำงาน เกณฑ์ด้านการสังคม เกณฑ์ด้านระยะเวลาที่เกิดอาการ และต้องแยกแยะให้ได้ว่าอาการทางจิตที่เกิดไม่ใช่อาการจากความผิดปกติด้านอารมณ์หรือการได้รับสารพิษ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

A. ลักษณะอาการ (Characteristic Symptom) ผู้ป่วยต้องมีอาการเฉพาะตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดเป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน โดยมีอาการต่อไปนี้ คือ

1) *อาการหลงผิด (Delusions)* จะเป็นความเชื่อผิดๆ อย่างฝังแน่น โดยไม่มีสาระความเป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดปองร้ายตน (persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าผู้อื่นกล่าวให้ร้ายตน หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เป็นผู้มีความสามารถเหนือธรรมชาติ (grandiose delusion) เป็นต้น

2) *อาการประสาทหลอน (Hallucinations)* เป็นอาการที่เกิดจากการรับรู้ผิด ซึ่งเกิดได้จากประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น รู้สึกว่าอาหารที่รับประทานหรือน้ำที่ดื่มมีรสชาติผิดปกติ รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตอมตามตัว หรือได้กลิ่นเหม็นของซากศพซึ่งผู้อื่นไม่ได้กลิ่น

3) *อาการผิดปกติด้านการพูด (Disorganized speech)* อาการที่พบบ่อยคือ พูดคนเดียวเป็นเรื่องเป็นราวที่ผู้อื่นฟังแล้วไม่เข้าใจ ใช้คำที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ อาจจะสร้างคำหรือสร้างภาษาพูดเป็นภาษาใหม่ขึ้นมาเอง เนื้อหาที่พูดสับสนจับใจความไม่ได้ เนื้อหาหรือสาระที่พูดไม่สัมพันธ์กัน

4) *พฤติกรรมแปลกๆ (Grossly disorganized behavior)* ภาวะพฤติกรรมสับสนที่เห็นเด่นชัดคือ ทำอะไรแตกต่างจากคนอื่นโดยทั่วๆ ไป หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มีท่าทางอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonic)

5) *อาการด้านลบ (Negative symptoms)* คือมีอาการรบกวนเรียบ (affective flattening) พูดน้อยเนื่องจากเนื้อหาความคิดลดลง (alogia) ขาดพลังจิตใจ (avolition) ไม่สามารถหาความสุขความพอใจในชีวิต (anhedonia) มีปัญหาด้านสมาธิ (attention problem) เช่น สมาธิสั้น ไม่มีสมาธิ เป็นต้น

B. ด้านสังคม และหน้าที่การงานเสื่อม (Social/Occupational function) การสังคมเสื่อมลง บกพร่องในหน้าที่การงานจะพบมากในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบในการงานสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานเสีย แยกตัว อยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเองด้านสุขอนามัย ทำให้ผู้อื่นรังเกียจ และถ้าอาการเกิดขึ้นในวัยเด็กหรือวัยรุ่น จะพบว่าผลการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียน

C. ระยะเวลาที่มีอาการ (Duration) อาการผิดปกติจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยต้องมีอาการตามข้อ A อย่างน้อยนาน 1 เดือน หรือน้อยกว่า 1 เดือนถ้าได้รับการรักษาและการรักษานั้นได้ผล

D. ไม่ใช่อาการที่เกิดจากความผิดปกติด้านอารมณ์ (Schizoaffective and Mood Disorder exclusion)

E. ไม่ใช่อาการจากสารพิษ ที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น (Substance/general medical condition exclusion)

F. ความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ (Relationship to a pervasive development disorder) ถ้าผู้ป่วยมีประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน และมีอาการอยู่อย่างน้อย 1 เดือน

1.3.2 วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10

ICD-10 จำแนกโรคเป็นกลุ่มอาการ โดยมีเหตุผลเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ และง่ายในการวินิจฉัย กลุ่มอาการของความแปรปรวนจิตเภท มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) อาการผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ การมีความคิดสะท้อน (thought echo) มีผู้นำความคิดมาใส่ให้หรือมีผู้ถอนความคิดไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป (thought broadcasting)

2) อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หลงผิดว่าตนเองถูกควบคุม มีสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหว หลงผิดว่ามีผู้ควบคุมความคิด การกระทำ หรือการรับรู้ของตน

3) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เกิดจากการรับรู้ผิดปกติ แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆ จากการรับรู้ผิดๆ นั้น เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว หรือทำอะไรแปลกๆ เนื่องจากได้ยินเสียงสั่งให้ทำ

4) มีความหลงผิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา เช่น หลงผิดที่สามารถสื่อสารกับมนุษย์ต่างดาวได้ เป็นต้น

5) มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6) การพูดที่ไม่สอดคล้องกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ (neologisms)

7) มีพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic behaviour) เช่น พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม คือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) เป็นไปเพราะไม่ยอมพูด (mutism) และอาการมึนงง การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

8) อาการด้านลบ (Negative symptoms) คือมีภาวะไร้อารมณ์ไม่สนใจสิ่งใดๆ อารมณ์ราบเรียบ แยกตัวจากสังคม

9) พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นคือ หมดความสนใจสิ่งใดๆ (loss of interest) ไม่มีจุดมุ่งหมาย (aimlessness) แยกตนจากสังคม (social withdrawal) เกียจคร้าน (idleness) หมกมุ่นกับตนเอง (self-absorbed attitude)

ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะต้องมีอาการในข้อ 1-4 ที่ชัดเจน 1 อาการ หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการในข้อ 5-8 ตลอดเวลาอย่างน้อยสองอาการในระยะ 1 เดือน

สรุป ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท ทั้ง DSM-IV และ ICD-10 ต้องอาศัยเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้คือ เกณฑ์ด้านอาการ การรับรู้ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และระยะเวลาการเกิด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลศรีรัฐัญญาใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภท ICD-10

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้

1) อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย (delusion of persecution) และ คิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน (delusion of reference)

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยคือหูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้ายหรือคนประมาท หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาทดตอบโต้ด้วย

3) ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาทางด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องเป็นราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loose of association) หรือผู้ป่วยพูดไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่วุ่นวาย ลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก และพลุ่งพล่านกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก

หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ

พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (catatonia) อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

- a) catatonic stupor ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูดและไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อม
- b) catatonic rigidity แขนขาและลำตัวของผู้ป่วยเกร็งแข็งตลอดเวลา
- c) catatonic negativism ผู้ป่วยจะต่อต้านและทำตรงข้ามกับคำสั่ง
- d) catatonic posturing ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานานๆ
- e) catatonic excitement ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง

1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี ดังต่อไปนี้

- 1) อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง
- 2) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ
- 3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการ ทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

1.5 การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มานิต หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.5.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย มักเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา

ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ

1.5.2 **ระยะอาการกำเริบ (active phase)** เป็นระยะที่มีอาการชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

1.5.3 **ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)** อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสียมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

1.6 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหามากเกินไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.6.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1) ระยะเวลาการเฉียบพลัน จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้คือ ให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น การเลือกชนิดของยามักเลือกยาที่มีอาการข้างเคียงที่น้อยที่สุดและผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาชนิดที่เลือกให้

2) ระยะเวลาการเรื้อรัง จากการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาโรคจิตในขนาดที่ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงที่จะมีอาการกำเริบ โดยทั่วไปผู้ป่วย 2 ใน 3 จะมีอาการกำเริบภายหลังหยุดยา 9 – 12 เดือน การรักษาในระยะนี้จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับยาในขนาดน้อยแต่สามารถป้องกันอาการไม่ให้กำเริบได้

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ร่วมด้วยและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้ามี่ 2 รูปแบบ คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดั้งเดิม (unmodified ECT) คือไม่ใช้ยาและวิธีดมยาสลบ ทำในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว และวิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบดัดแปลง (modified ECT) โดยการให้ยาสลบ โดยให้ยาพวกคลายกล้ามเนื้อช่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักที่ไม่รุนแรง (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.6.4 การบำบัดด้านจิตสังคม

จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวัง ความขัดแย้ง ความกลัว ความหวาดวิตกภายหลังที่อาการทางจิตสงบแล้ว จากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) มี 2 ลักษณะ คือ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ลดความรุนแรงของอาการ และใช้ศักยภาพตนเองให้ได้มากที่สุด

พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมถดถอย และพฤติกรรมไม่สมวัย และพฤติกรรมไม่รับผิดชอบที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท วิธีที่นิยมคือ การใช้หลักการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไข (operant conditioning) เพื่อให้

ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่ต้องการ อีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้คือ การให้รางวัลซึ่งเป็นสัญลักษณ์ว่าผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง เรียกว่า Token economy program (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554)

กลุ่มกิจกรรมบำบัด (group therapy) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเย็บ ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการปรับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554)

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ อาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายสิ่งที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพในขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ในขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นได้ชัดเจนคือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ และอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ไม่ปกติเหล่านั้น ไม่หงุดหงิดหรือขบขัน เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้ว่าการกระทำของพยาบาลนี้อาจจะไม่ประสบความสำเร็จเลยก็ได้

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยหลักการการเรียนรู้ เช่น การให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

1.7.2 การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย,2554)

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา ค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็นการวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรง ตามปัญหาและระยะอาการของผู้ป่วยแต่ละคน

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

3) กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาล

1.7.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล

2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

2.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

The United States Bureau of the Census (1988) แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามว่า ครอบครัว (family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันโดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว” (Poverny & Finch, 1988 อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

คณะกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา” (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

ครอบครัว คือกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะโครงสร้างเกี่ยวกับ บุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางอารมณ์ ความรู้สึก ครอบครัวจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) สร้างความรัก ความอบอุ่น (love and warm) อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดี และความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป (อรพวรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

สรุปได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตหรืออาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลที่มี

ความสำคัญเป็นอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและพาผู้ป่วยไปรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิด ความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญคนอื่น ๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการตอบแทน และให้การดูแลที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน และครบทุกด้านทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลเฉพาะโรค โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเจ็บป่วยทางจิต ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาชื่อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) บางเบาภาระทางบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น
- 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

2.4 การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

แนวทางการช่วยเหลือทางจิตสังคมในครอบครัวและการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าสามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างครอบครัว (นุชนาด ชัยเจริญ, 2552) ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว ครอบครัวบำบัด การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นต้น

2.4.1 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นการบำบัดที่มีความจำเป็นสำหรับครอบครัว มีรูปแบบเฉพาะเป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการป่วย การบำบัดรักษา การช่วยเหลือครอบครัวในภาวะวิกฤติ การฝึกทักษะในการเผชิญและแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของญาติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (Glanville & Dixon, 2005 อ้างถึงใน นุชนาด ชัยเจริญ, 2552) เพิ่มความรู้ ความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและให้กานสนับสนุนระดับประคองครอบครัว (Anderson et al., 1980) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

2.4.2 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาของตน และเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตน เปลี่ยนพฤติกรรม และอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว จากที่เคยสูญเสียหน้าที่ให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม พัฒนาพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว กล่าวง่าย ๆ ก็คือเป็นการทำจิตบำบัดทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยมีเป้าหมายของการบำบัดคือ การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

2.4.3 การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา การจัดการกับอาการ และเพิ่มทักษะต่างๆ ให้ครอบครัว เช่น ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการกับความเครียด เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (MacFarlane et al., 1995) มีหลายรูปแบบ เช่น สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสนับสนุนครอบครัว เป็นต้น

2.4.4 การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นการที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎีและเทคนิค

การให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นและมีความสุข การผสมผสานการปฏิบัติการให้คำปรึกษาที่ดีนั้น ควรเป็นไปอย่างมีระบบ การใช้แนวทางโดยเฉพาะ สัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาอย่างมีขั้นตอนจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

สรุป ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท ดังข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย ” อุมพร ตรังคสมบัติ (2554) กล่าวว่า การบำบัดในโรงพยาบาลโดยมุ่งที่ครอบครัว (family-oriented hospitalization) มีหลักการว่า ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในปัญหาและเป้าหมายของการอยู่ในโรงพยาบาลก็เพื่อแก้ไขให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ดังนั้นสิ่งสำคัญคือ ต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนเข้าอยู่ในโรงพยาบาลไปจนถึงการจำหน่าย

3. การทำหน้าที่ของครอบครัว

3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว (Epstein et al., 1984)

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัวโดย Friedman (Friedman, 2003 อ้างใน อรรณพ ทองคำ, 2546) กล่าวถึงองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้

1) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งการดูแลสุขภาพ และการรับบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

2) หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคง เนื่องจากการได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

3) หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะเพื่อให้สมาชิกนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในชีวิตต่อไปในอนาคต

4) หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ต้องมีการจัดหารายได้ และเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีสถานภาพที่มั่นคง มีเงินไว้สำรองใช้เมื่อจำเป็น

5) หน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม โดยการแต่งงาน มีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

ดังนั้น ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้ ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว

3.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิดที่อธิบายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว มีอยู่หลายแบบ เช่น รูปแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ของเฮ็ฟสทิน บีชอป และบอลด์วิน (Epstein, Bishop & Baldwin, 1982) Process Model ของ Steinhauer (1984) Circumplex Model ของอลสัน และคณะ (Olson et al., 1989) และ Beavers Systems Model ของบีเวอร์ และคณะ (Beavers et al., 1985) แต่ละแนวคิดมีการอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวในแง่มุมต่างกัน ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้นำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

3.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์

คูมาพร ตรังคสมบัติ (2554) ได้อธิบายเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF) ไว้ดังนี้ คือ

รูปแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) เป็นผลที่ได้จากการศึกษาครอบครัว ทั้งปกติและมีปัญหา มาเป็นระยะเวลาเวลานานกว่า 25 ปี โดยเริ่มการศึกษาที่มหาวิทยาลัย McGill ประเทศแคนาดา ในช่วงปี 1950 ในระยะต่อมาแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นมาโดย Epstein, Bishop &

Baldwin (1984) แห่งมหาวิทยาลัย McMaster ประเทศแคนาดา และมหาวิทยาลัย Brown ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นตามลำดับ

แนวคิดแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster) มองครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา เป็นต้น ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้นการบำบัดรักษาจะพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป

สมาชิกมีหน้าที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านชีวภาพ อารมณ์และสังคม โดยจะต้องปฏิบัติภารกิจใน 3 ด้าน คือ

1) ภารกิจพื้นฐาน (basic task) เป็นหน้าที่ลำดับแรกของครอบครัว เป็นการหาปัจจัยสี่ ซึ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้สมาชิกได้รับประทานอาหาร มีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

2) ภารกิจด้านพัฒนาการ (development task) เป็นภารกิจของครอบครัวที่จะช่วยเหลือ และผลักดันให้สมาชิกพัฒนาได้อย่างเหมาะสมตามขั้นตอนของพัฒนาการ ทั้งในด้าน พัฒนาการส่วนบุคคล และพัฒนาของครอบครัว พัฒนาการของแต่ละบุคคล ได้แก่ การดูแลทารก อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถพัฒนาความไว้วางใจพื้นฐาน (basic trust) หรือการช่วยให้ลูกวัยรุ่นได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระ พร้อมที่จะก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ส่วนพัฒนาการของครอบครัว ได้แก่ การที่ครอบครัวเริ่มมีบุตรคนแรก หรือการที่มีบุตรแยกออกจากครอบครัวเดิม ไปมีครอบครัวใหม่ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีจะมีลักษณะที่ไวและเข้าใจต่อความต้องการที่ครอบครัวกำลังดำเนินอยู่ ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดีนั้น จะมีความยืดหยุ่นปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงของวงจรชีวิต จึงทำให้เกิดปัญหาในครอบครัว ปัญหาส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่าน ระยะเวลาแต่ละช่วงวงจรชีวิต เช่น ในช่วงของบุตรเปลี่ยนจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่น เป็นต้น

3) ภารกิจยามวิกฤต (crisis task) เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย การแต่งงาน การประสพภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ความสามารถของครอบครัวที่จัดการกับภาวะวิกฤต เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความเข้มแข็งหรือสุขภาพจิตของครอบครัวนั้น บางครอบครัวสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ได้อย่างสงบ แต่บางครอบครัวเหตุการณ์อย่างเดียวกัน อาจก่อให้เกิดวิกฤตการณ์อย่างรุนแรงในครอบครัวได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามรูปแบบของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) นั้น ได้ใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีในการอธิบาย เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ (system theory) มีสมมติฐานสรุปได้ดังนี้

1) สมาชิกที่อยู่ร่วมกันในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ

2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้น ไม่สามารถกระทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์รวในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) ไม่ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกด้าน แต่เน้นเฉพาะด้านที่สำคัญสำหรับสุขภาพจิต และส่งผลถึงการทำหน้าที่ในปัจจุบันของครอบครัวในด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม และพญ. อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้เพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมสังคมของคนไทย ซึ่งในแต่ละด้านเหล่านี้ มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอยู่เสมอ โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้ คือ (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

3.3.1 การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆได้ “ปัญหา” หมายถึงสิ่งที่มาคุกคามเสถียรภาพ การดำรงอยู่อย่างปกติ หรือประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ปัญหาแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1) ด้านวัตถุ (instrumental) เป็นปัญหาที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น

2) ด้านอารมณ์ (affective) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความโกรธ ความไม่ไว้วางใจ ความเสียใจ เป็นต้น

การแก้ไขปัญหาของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์มีขั้นตอนดังนี้ (Epstein et al., 1984)

1) แยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน พิจารณาว่าอะไรเป็นปัญหา และแยกแยะปัญหานั้นออกมาได้ถูกหรือไม่ เป็นปัญหาที่ขัดแย้งจริงหรือไม่

2) สื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการบอกให้สมาชิกในครอบครัว หรือระบบภายนอก เช่น เครือญาติ เพื่อนฝูง ให้รับรู้ถึงปัญหา เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์

- 3) วางแผนการแก้ปัญหา เป็นการร่วมกันคิดหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ แทนที่จะใช้วิธีที่เคยทำกันมาเป็นประจำโดยไม่ได้คำนึงถึงวิธีอื่นที่อาจได้ผลดีกว่า
 - 4) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม เป็นการตัดสินใจที่แน่ชัดว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใด และถ้าวิธีแรกไม่ได้ผลแล้วจะใช้วิธีใดต่อไป
 - 5) ดำเนินการแก้ปัญหาตามวิธีที่เลือก ทำการแก้ปัญหาตามแผนที่ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวอาจทำตามแผนได้เพียงบางส่วนหรือไม่ได้ทำเลย
 - 6) ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่
 - 7) ประเมินความสำเร็จ ครอบครัวมีการประเมินว่าวิธีแก้ปัญหาที่เลือกนั้น ได้ผลมากน้อยเพียงใด มีการวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้เรียนรู้จากปัญหาดังกล่าว
- การแก้ปัญหาไม่จำเป็นต้องทำเป็นขั้นๆจนครบทุกขั้นตอนที่กล่าวมา ขึ้นอยู่กับลักษณะความซับซ้อนของปัญหา ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี วิธีการแก้ปัญหาโดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย แม้ว่าจะมีบางปัญหาที่แก้ไม่ได้ แต่ปัญหานี้ก็ไม่รุนแรงหรือเรื้อรังจนทำให้การทำงานที่ด้านอื่นๆของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

3.3.2 การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูด (verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารโดยใช้คำพูดเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้นแม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัด แต่ก็ป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้ สีหน้า แววตาและท่าทาง เป็นต้น เนื้อหาของการสื่อสารแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (instrumental) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก (affective) ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุได้ดีอาจสื่อสารทางด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุไม่ดีก็มักจะมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ

การประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสารจะต้องวิเคราะห์ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและด้านจุดหมายปลายทาง การสื่อสารที่ดี เนื้อหาที่สื่อถึงกันจะต้องชัดเจน และสื่อได้ตรงกับบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรง การสื่อสารในครอบครัวอาจแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

- 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and direct)
- 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and indirect)
- 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนแต่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (mask and direct)
- 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (mask and indirect)

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและทำหน้าที่ได้ดีจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่า่นั้น การสื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกัน

3.3.3 บทบาท (roles) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ บทบาททางด้านวัตถุ (instrument) และบทบาททางด้านอารมณ์ (affective) นอกจากนี้ยังแบ่งตามความจำเป็นได้ดังนี้

1) บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก (provision of resource) การฟูมฟักเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก (nurturance and support) การตอบสนองความต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรส (sexual gratification of marital partners) การช่วยพัฒนาทักษะต่างๆ ให้สมาชิก (life skills development) และการบริหารจัดการภายในครอบครัว (systems management and maintenance)

2) บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น ลูกที่เรียนเก่งและได้รับทุนไปต่างประเทศ บทบาทของลูกคือนำชื่อเสียงเกียรติยศมาสู่ครอบครัว บางครอบครัวมีบทบาทของแพะรับบาป คือสมาชิกคนหนึ่งต้องทำหน้าที่เป็นผู้รองรับอารมณ์หรือทัศนคติเชิงลบของสมาชิกคนอื่น บทบาทนี้ช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้ง ไม่ให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียสมดุล ซึ่งบทบาทนี้ก็เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะสมาชิกผู้นั้นจะมีชีวิตอยู่ด้วยความกดดันและรู้สึกถูกรังแกปฏิบัติส่วนครอบครัวเองก็ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งที่มีระหว่างกันได้อย่างแท้จริง

การประเมินว่าบทบาทในครอบครัวเป็นไป得好หรือไม่นั้น ต้องพิจารณา จาก 2 ด้าน คือ

1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (role allocation) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่บางอย่างให้สมาชิก ซึ่งอาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพและทำหน้าที่ได้ดีจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม

2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (role accountability) เป็นวิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตน โดยครอบครัวต้องตรวจสอบว่าสมาชิกแต่ละคนทำหน้าที่ครบถ้วนหรือไม่ และถ้าไม่ทำจะมีบทลงโทษอย่างไร ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้เหมาะสม จะมีการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้สมาชิกแต่ละคน ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่งจะสอดคล้องกับสมาชิกคนอื่นด้วย ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็เกิดจากการมอบหมายหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มีระบบควบคุมให้สมาชิกทำหน้าที่ได้โดยครบถ้วน

3.3.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีหลายแบบทั้งอารมณ์เชิงบวก เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข ความยินดี และอารมณ์เชิงลบ เช่น ความกลัว โกรธ เศร้า เสียใจ ผิดหวัง เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะ แสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมากหรือน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออก เฉพาะอารมณ์เชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้

3.3.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับดังนี้ คือ

1) ปราศจากความผูกพัน (lack of involvement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feelings) สมาชิกมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อย โดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยน้ำใสใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของอีกฝ่ายหนึ่งแทบไม่มีเลย หรือถ้ามีก็เป็นไปเพราะความอยากรู้อยากเห็น อยากรควบคุมอีกฝ่ายหนึ่ง หรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น ต้องแสดงความห่วงใยยามพี่น้องเจ็บป่วย เป็นต้น

3) ผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเอง (egocentric) เพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

4) ผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) ความสนใจผูกพันที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

5) ความผูกพันมากเกินไป (over involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้มากเกินไป จนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นของตัวเองอย่างเพียงพอ

6) ความผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (personal boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

3.3.6 การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิก

ประพฤตินอนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น การควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ ดังนี้

1) การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนเอาไว้แน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ดี สมาชิกแต่ละคนรู้สึว่าตนต้องทำอะไร แต่ผลเสียก็คือ การปรับตัวจะเป็นไปอย่างลำบาก เนื่องจากไม่มีโอกาสต่อรองหรือเปลี่ยนแปลงกฎให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การควบคุมแบบนี้อาจนำไปสู่การต่อสู้ช่วงชิงอำนาจภายในครอบครัว และการต่อต้านแบบตื้อเจียบ

2) การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) ครอบครัวมีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นพอประมาณ มีการพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนกฎไปตามความเหมาะสม การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล โดยมีจุดหมายเพื่อที่จะอบรมให้เกิดระเบียบวินัย ดังนั้นสมาชิกจะเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

3) การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control) ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใดๆเลย ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือการแทรกแซงจากสมาชิกอื่น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทไม่มีความชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร ครอบครัวแบบนี้จะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี เด็กๆจะเติบโตขึ้นด้วยความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ได้ และอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อเรียกร้องความสนใจ

4) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้นๆลงๆ บางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่น และบางครั้งใครจะทำอะไรก็ได้ตามความพอใจ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร การควบคุมแบบนี้เป็นแบบที่ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีคุณสมบัติที่สมควรในการปฏิบัติหน้าที่

3.3.7 **ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป** (General functioning) เป็นพฤติกรรมในภาพรวมทั้งหมดของสมาชิกในครอบครัว ที่แสดงถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวหลายปัจจัย ได้แก่

3.4.1 รายได้ของครอบครัว การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระด้านรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบให้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดี (ภรดี ไชยสิน, 2545)

3.4.2 อายุของผู้ดูแล ในครอบครัวที่อายุแตกต่างกัน จะทำให้การรับรู้ภาวะมีความต่างกัน (Cook et al., 1994) โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าจะรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก (Greenberg, 1993)

3.4.3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล จากการศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมในสังคม การพักผ่อนน้อยลง ทำให้ไม่อยากทำหน้าที่ในครอบครัวต่ออีก

3.4.4 ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะแก้ปัญหาด้วยการเผชิญความเครียดทางลบ (Lim & Ahn, 2003)

3.4.5 ระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Gutierrez-Maldonado et al., 2005)

3.4.6 ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ครอบครัวที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงจะมีบทบาทการทำหน้าที่ไม่ดี สถานะทางสุขภาพแย่ มีความพึงพอใจและการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Hanzawa et al., 2010) ครอบครัวที่มีปัญหาเป็นภาระหนักที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543)

3.4.7 ความเครียด จากการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ (Trangkasombat, 2006) พบว่า ความเครียดมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานๆ นั้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียด ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมแล้วหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ความเครียดหรือปัญหานั้นก็จะสะสมเพิ่มขึ้น จนในที่สุดจะเกิดผลกระทบต่อการทำตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลตามมา

3.4.8 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต (Montgomery, Stull, and Borgtta, 1985) การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่น มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นทางที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดและยังช่วยบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดที่เกิดกับครอบครัวผู้ดูแลและเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าใน

ตนเองให้แก่ผู้ดูแลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomp & Doll (1993; อ้างใน ทีประพิณ สุขเขียว, 2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการตอบสนองต่อความเครียดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะเครียดได้ดียิ่งขึ้นจากการศึกษาของ House (2001) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆและการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆได้ดีมากขึ้นส่งผลดีในการทำหน้าที่ของครอบครัว

3.5 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำได้หลายรูปแบบตามแนวคิดต่างๆได้แก่

3.5.1 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพลกซ์

(Circumplex Model) ของฮอลสันและแมคคัมบีน (Samuel, 2002; Friedman, 2003) แนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้าน คือ 1) ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันและกัน 2) ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท และสัมพันธภาพเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น 3) การสื่อสารภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพลกซ์ชี้ให้เห็นว่าถ้าครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน และการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดี จะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ และในขณะเดียวกันครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เช่นกัน

3.5.2 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ (Beavers System Model)

ของบีเวอร์, แฮมสัน และฮัลกัส (Beavers, Hampson & Hulgus, 1977 อ้างถึงใน Samuel, 2002; Friedman, 2003) จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถ (competence) ของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย 2) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์ (style) ที่ครอบครัวมีต่อกันเอง และมีต่อระบบภายนอก การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ จะใช้ร่วมกับการสังเกตทางคลินิกในการรักษาครอบครัว และงานวิจัยโดยเน้นที่ศักยภาพของครอบครัว เช่น ความสามารถของครอบครัวในการทำหน้าที่ที่จำเป็นในการเลี้ยงดูสมาชิก รวมทั้งภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายในครอบครัว

3.5.3 แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning: MMFF)

ของ เอ็พสทีน และคณะ (Epstien et al., 1984) แนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำหน้าที่ตาม

บทบาท การอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม การประเมินสามารถทำได้โดยการสัมภาษณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคนต่อสิ่งที่ครอบครัวปฏิบัติ และการทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวด้วยวิธีการสังเกต ซึ่งจะทำให้ทราบถึงปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกมีต่อกัน ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อให้การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็นสองแบบ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น แบบสัมภาษณ์ McMaster Structured Interview of Family Function (McSIFF) โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์สมาชิกของครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์ และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำหน้าที่บางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกันได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2) แบบสัมภาษณ์หรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง ได้แก่ แบบวัดการปรับตัวและความผูกพันในครอบครัว (Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scales: FACES) ซึ่งใช้ประเมินการปรับตัวและความผูกพันในครอบครัวกรณีที่มีภาวะวิกฤตในครอบครัว และแบบประเมินครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมของครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ (transaction) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จำนวน 36 ข้อ โดยสมาชิกในครอบครัวตอบแบบสอบถามเอง แบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีและครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดี เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) พบว่าแบบประเมินนี้มีหลายข้อความที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย จึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ดังนี้

ด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 8, 25 และ 26 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 16, 23, 28 และ 31 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9

ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 10, 17, 29

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 4, 11, 34 และ 35 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18

ด้านความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 5 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 12, 21, 24 และ 33

ด้านการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 13 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 6, 27 และ 30

ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 7, 14, 19, 20, 22 และ 32 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 15 และ 36

ลักษณะของข้อคำถาม ทั้ง 36 ข้อ จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36-144 ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาทดลองใช้ในประเทศไทย โดยได้นำไปศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวที่มีเด็กซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้า และได้มีการนำไปหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยมากที่สุด

4. การให้การบำบัดครอบครัว (Family Intervention)

4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว

การบำบัดครอบครัว หมายถึง การจัดกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวหรือทุกคนที่มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้บำบัดเห็นว่ามีส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัว อยู่กันอย่างมีความสุข และสุขภาพจิตที่ดี การบำบัดครอบครัวจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆ กัน เช่น การทำบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

การบำบัดครอบครัว หมายถึง วิธีการที่ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการให้บริการด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ช่วยเหลือ

ทางด้านจิตสังคมเพื่อให้ครอบครัวสามารถมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะการดูแลและการจัดการกับอาการผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด การรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือระดับครอบครัวทางด้านจิตใจและการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2550)

การบำบัดครอบครัว หมายถึง การจัดการกระทำกับสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dixon & Lehman, 1995)

การบำบัดครอบครัว หมายถึง วิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพจิตกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ช่วยให้ความรู้ก่อนอาการทางจิตกำเริบ และช่วยสมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เรื้อรังของโรค ลดความรู้สึกเป็นภาระ (Varghese et al., 2002)

สรุปได้ว่า การบำบัดครอบครัว หมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ที่ดี เกิดความรู้สึกอบอุ่น เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภท และลดความขัดแย้งในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัว

4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการบำบัดครอบครัว มักเป็นแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับครอบครัวและครอบครัวบำบัด (Family Therapy) มีแนวคิดหลักๆ ดังนี้ (อรพวรรณ ลีอนุญัตถ์วิชัย, 2554)

4.2.1 แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Family Therapy)

แนวคิดนี้พัฒนาจากทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ บุคคลที่นำแนวคิดนี้มาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดก็คือ แอคเคอร์แมน (Akerman) ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว (The father of family counseling) แอคเคอร์แมน เป็นจิตแพทย์เด็ก ได้ศึกษาด้านจิตวิเคราะห์ และสนใจอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก

แอคเคอร์แมน กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบหนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกิดได้ทั้งภายในจิตใจ (interpersonal conflict) ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เป้าหมายในการบำบัดคือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยาย

เป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยให้สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ (insight) ในความขัดแย้งของตนเองและช่วยให้สมาชิกสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.2 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดของโบเวน (Bowen Family Therapy)

เมอร์เรย์ โบเวน และไมเคิล เคอร์รี่ (Murray Bowen & Micheal Kerri, 1978 อ้างถึงใน อรรถพรธนะ ลือบุญธวัชชัย, 2554) เป็นผู้นำในการพัฒนาครอบครัวบำบัดจากทฤษฎีระบบ โดย โบเวนเชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพันกันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ความสำคัญของทฤษฎีอยู่ที่การใช้แผนภูมิความสัมพันธ์ของครอบครัวจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดคือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพของครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถเป็นตัวของตัวเองและมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวอย่างอิสระได้

4.2.3 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ผู้นำทฤษฎีนี้คือ มินูชิน (Minuchin, 1974 อ้างถึงใน อรรถพรธนะ ลือบุญธวัชชัย, 2554) โดยเชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมจะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดการยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา

Friedman (1997 อ้างถึงใน อรรถพรธนะ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ได้ศึกษาทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว เสนอว่าครอบครัวประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1) ระบบย่อยในครอบครัว (Subsystem) 2) โครงสร้างบทบาทของสมาชิก (Role structure) 3) โครงสร้างด้านค่านิยม (Value system) 4) กระบวนการสื่อสาร (Communication process) 5) โครงสร้างอำนาจ (Power system)

เป้าหมายของครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือการจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

4.2.4 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยม (Experiential and Humanistic Family Therapy)

คาร์ล ไวท์เทคเคอร์ (Carl Whitaker) ได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีเชิงมนุษยนิยมมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วยจิตเภท ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ปัญหาเกิดจากการที่บุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง หากตระหนักรู้ก็จะเก็บกดอารมณ์นั้น การไม่แสดงความรู้สึกทำให้เกิดบรรยากาศของความเฉื่อยชาทางอารมณ์ก่อให้เกิด

ปัญหาครอบครัว การบำบัดจะเน้นที่การสร้างความตระหนักรู้ อารมณ์ ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม

4.2.5 สจิวต์ และซันดีน (Stuart & Sundeen) ได้พัฒนาแนวคิดทางการพยาบาลโดยเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวเน้นที่การสื่อสารในครอบครัว โดยเชื่อว่าปัญหาในครอบครัวเกิดจากความไม่ชัดเจนในการสื่อสาร การบำบัดเน้นการทำความเข้าใจในการสื่อสารที่ชัดเจน เป้าหมายของการบำบัดเน้นการแสดงความรู้สึกและรับรู้ความรู้สึกของบุคคลในครอบครัว การสื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นทราบ พัฒนาความยืดหยุ่น ความมีชีวิตชีวา และความภาคภูมิใจในตนเอง (Stuart & Laraia, 1998 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4.3 หลักการบำบัดครอบครัว

การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมที่เน้นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจกันและกัน เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามปรับตัวเข้าหากัน มุ่งมั่นในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อการดำรงชีวิตร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข การบำบัดครอบครัว เป็นการจัดกระทำต่อบุคคลในครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งมีหลายรูปแบบ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

4.3.1 การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นและมีความสุข การผสมผสานการปฏิบัติการให้คำปรึกษาที่ดีนั้น ควรเป็นไปอย่างมีระบบ การใช้แนวทางโดยเฉพาะสัมพันธภาพของการให้คำปรึกษาอย่างมีขั้นตอนจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4.3.2 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เน้นการสอนการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย การดูแลและการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

4.3.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่า ตนมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เช่น การสร้าง

สัมพันธภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ การประคับประคอง การฝึกทักษะการจัดการกับตนเองในการเผชิญปัญหา รวมถึงการเสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

4.3.4 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน มีปัญหาหรือมีประสบการณ์ คล้ายๆ กัน เช่น กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ติดยา กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งมีความสนใจ มีความสมัครใจที่จะร่วมกันช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการประคับประคองทางด้านจิตใจ (support) เพื่อลดความตึงเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2550) เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกมีความรู้สึกที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง กลุ่มลักษณะนี้จะไม่ใช้ผู้เชี่ยวชาญ (profession) เป็นผู้นำกลุ่ม แต่จะฝึกให้บุคคลที่สนใจ หรือสมาชิกในกลุ่มบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

4.3.5 กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Mutual support group) เป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม ของบุคคลที่มีปัญหาค้ำกัน หรืออยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เน้นความมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มในการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ รู้จักการให้และรับความช่วยเหลือ และเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง (Chien & Chan, 2005) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการเจ็บป่วย และการสนับสนุน ประคับประคองที่เหมาะสมจากครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสามารถแก้ปัญหาหรือเผชิญกับปัญหาในครอบครัวได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกถึงบรรยากาศของการสนับสนุน ประคับประคองนั้น (Humphreys, 1997 cited in Chien et al., 2004) โดยผู้นำกลุ่ม (a peer leader) จะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยสมาชิกเอง และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานอำนวยความสะดวกระหว่างการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและผู้ประสานภายในกลุ่มต้องดำเนินกลุ่มภายใต้หลักการสำคัญของกลุ่ม กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การได้แก่งคิด มุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย สามารถลดภาระการดูแลและส่งผลช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น (Chien et al., 2004; Chien et al., 2005)

สรุป การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมที่เน้น ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการบำบัดสนับสนุนและประคับประคองทางด้านจิตใจ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for Family Intervention ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) เพื่อช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพของ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.4 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว

ผู้นำการบำบัดครอบครัว คือผู้ที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ทำงานด้านครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมมาโดยตรง ผู้นำบำบัดสามารถประยุกต์แนวคิดของการให้การบำบัดครอบครัวได้ โดยใช้สัมพันธภาพในการประเมิน การวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา และการจัดการที่สภาพปัญหาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติการบำบัดครอบครัว การปฏิบัติสามารถปฏิบัติกับครอบครัวได้หลายรูปแบบ เช่น การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลเมื่อแรกเริ่ม การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้การบำบัดครอบครัวสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2553)

4.4.1 การประเมินสภาพ (Assessment) ในขั้นแรกควรประเมินสภาพปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือว่า ครอบครัวผู้รับการบำบัดมีปัญหาใดเกิดขึ้น การประเมินสาเหตุของปัญหา และความรุนแรงของปัญหา ดำเนินการดังนี้

ข้อมูลที่ต้องรวบรวม ในขั้นรวบรวมข้อมูลนี้ ผู้นำบำบัดจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้มีปัญหาจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้มีปัญหาและครอบครัว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ประวัติทางด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การใช้ยา รวมถึงสารเสพติด
- 2) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวในภาวะปกติและยามที่เกิดปัญหา รวมถึงรวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว
- 3) สภาพปัญหาสุขภาพจิต และการดูแลจัดการของสมาชิกในครอบครัว
- 4) ค่านิยมและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว
- 5) ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว
- 6) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และประวัติการทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัว
- 7) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน
- 8) ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว
- 9) เมื่อเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร
- 10) เอกลักษณะที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกัน เช่น บางครอบครัวคาดหวังว่าลูกต้องเรียนสูงๆ ต้องทำงานที่โดดเด่นจึงจะถือว่าประสบความสำเร็จ ครอบครัวนั้นจะมีลักษณะเข้มงวดกวดขัน เครียด การทราบเอกลักษณ์ของครอบครัวจะนำไปสู่หนทางในการจัดการที่เหมาะสม

เทคนิคการรวบรวมข้อมูล ใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) ใช้เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างความเข้าใจและไว้วางใจกับทุกคนในครอบครัว
- 2) ให้นำบุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาท ภาระหน้าที่ อาจใช้วิธีการเล่นบทบาทสมมติ
- 3) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การยอมรับ การรับฟัง และการสนับสนุนสร้างเสริมกำลังใจ
- 4) สังเกตภาวะรุนแรงในครอบครัว และหาทางเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางสร้างสรรค์

4.4.2 **ขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา** พิจารณาโดยหลักการ ดังนี้

- 1) ปัญหาอยู่ที่ใคร?
- 2) ปัญหาใดจำเป็นต้องเร่งแก้ไขก่อน ดำเนินการก่อน
- 3) กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้
- 4) สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

4.4.3 **การวางแผนเพื่อการดำเนินการ** ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

A. กำหนดเป้าหมายที่สำคัญ เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัดครอบครัว คือ

- 1) พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว
- 2) สร้างความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 3) ขจัด หรือลดความขัดแย้ง และความเครียดปัจจุบัน
- 4) เสริมสร้างความเข้มแข็งในการเป็นครอบครัวที่ดี
- 5) ให้ความรู้สมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว หลักการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การดูแล การจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น

6) ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

B. การลำดับความสำคัญของปัญหา การลำดับความสำคัญของปัญหาจากที่ได้วิเคราะห์ไว้ อาจทำได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

- 1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน ผู้บำบัดกำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรง ก่อให้เกิดความสงบโดยเร็ว บางครั้งอาจต้องใช้ผู้มีอิทธิพล เช่น ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ยให้สงบในขั้นต้น

2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา เช่น ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกัน ความเข้าใจกันและกัน โดยผู้บำบัดอาจต้องการญาติเป็นรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจและพบเป็นกลุ่มของครอบครัว โดยการเตรียมการอย่างมีขั้นตอนและใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

C. การกำหนดกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัว การกำหนดกิจกรรมภายในครอบครัวเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้บำบัดจะต้องตัดสินใจพิจารณาถึงปัญหาของสมาชิกแต่ละครอบครัวว่าต้องการการเปลี่ยนแปลงส่วนไหน ดูความต้องการการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงดำเนินการสู่การเปลี่ยนแปลงนั้นๆทีละขั้นตอน สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงก็คือ แต่ละครอบครัวมีความเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน ไม่มีวิธีการใดวิธีเดียวที่ถูกต้องเหมาะสมกับทุกครอบครัว

4.4.4 การปฏิบัติการบำบัดครอบครัว

หลักการปฏิบัติการ ในการปฏิบัติการบำบัดครอบครัว เน้นหลักการดังนี้

- 1) จัดโอกาสให้มีการบอกข้อมูล บทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว
- 2) เน้นความเข้าใจตนเองของสมาชิกในครอบครัว และเข้าใจสภาพปัญหา
- 3) เน้นการยอมรับตนเองของสมาชิกในครอบครัว และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น
- 4) การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัวอย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงในครอบครัว
- 5) ตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนในครอบครัวในแต่ละสถานการณ์อย่างนุ่มนวล
- 6) พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตนเอง
- 7) กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลกันเอง กระตุ้นและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลกันเอง
- 8) สร้างความแข็งแกร่งให้ครอบครัว

4.4.5 การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวและความก้าวหน้าจากการปฏิบัติการกิจกรรมการบำบัดครอบครัว แต่ละครั้งในการบำบัดควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งๆ และมีการให้การเสริมแรงในกิจกรรมของสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในแต่ละครั้ง การประเมินผลอาจสอบถามจากสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย

4.5 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

การบำบัดครอบครัว ในรูปแบบกลุ่มสนับสนุนครอบครัว (Mutual support group for Family Intervention) ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม (a peer leader) จะเป็นสมาชิกจากกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยสมาชิกเอง และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานอำนวยความสะดวกระหว่างการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มและผู้ประสานภายในกลุ่มต้องดำเนินกลุ่มภายใต้หลักการสำคัญของกลุ่ม 6 ประการ คือ

- 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคล (sharing personal data)
 - 2) การคิดและหาแนวทางในการแก้ปัญหา (fostering dialectical process)
 - 3) อภิปราย พูดคุยในเรื่องที่เป็นความลับและต้องห้าม (encouraging discussion of taboo areas)
 - 4) ความรู้สึกของการลงเรือลำเดียวกัน หรือความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (fostering a sense of being 'all-in-the-same boat')
 - 5) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (encouraging mutual support)
 - 6) การแก้ปัญหารายบุคคล การที่กลุ่มช่วยเหลือสมาชิกเป็นรายบุคคลในการแก้ปัญหาที่เฉพาะของบุคคลนั้น (providing opportunities of individual problem solving)
- แบ่งกิจกรรมเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการเปิดใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เริ่มด้วยการ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ ต่อกัน กำหนดเป้าหมายและกฎ กติกาของกลุ่ม ทำความเข้าใจบทบาทในกลุ่ม ยอมรับบทบาทและความรับผิดชอบต่อกัน จากนั้นเริ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องอาการของผู้ป่วยและผลกระทบต่อครอบครัว

ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้อารมณ์ที่รุนแรง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย และการให้การดูแล ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการป่วย จากนั้นร่วมกันอภิปรายถึงแนวทางการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกด้านลบที่มีต่อผู้ป่วย

ระยะที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว โดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว และร่วมกันหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวอื่นๆ และเพื่อน อภิปรายถึงความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในบ้าน เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ สิ่งแวดล้อม และสุขอนามัย เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม

ระยะที่ 4 ทำบทบาทใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแล การจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วย ฝึกความคิดบวกต่อผู้ป่วย และฝึกการพัฒนาบทบาท โดยการร่วมแสดงละคร

ระยะที่ 5 หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม ประเมินผลประสบการณ์การเรียนรู้จากกลุ่มและผลสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่ม ร่วมกันอภิปรายถึง การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจบโปรแกรมฯ

5. โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for Family Intervention ของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นการเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย ระยะที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ความต้องการทางด้านจิตสังคมของตนเองและครอบครัว สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการที่เป็นความสำคัญของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ระยะที่ 4 ทำบทบาทใหม่และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เรียนรู้จากสมาชิกกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาและการดูแลและจัดการผู้ป่วย และระยะที่ 5 หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ พัฒนา เป็นโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ โดยยังคงกิจกรรมทั้ง 5 ระยะไว้ และแยกกิจกรรมการ หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพิ่มเป็นอีก 1 กิจกรรม เพื่อต้องการให้ผู้ดูแลเรียนรู้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาระบบการสนับสนุนในครอบครัวและระหว่างสมาชิกกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ครอบครัว รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่ม ในกิจกรรมที่ 3 ตามการศึกษาของ Chien, et al., (2004) ซึ่งระยะนี้จะเน้นการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทำความรู้จัก และความคุ้นเคย ซึ่งกันและกัน รับทราบวัตถุประสงค์ของการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มเป็นการสร้างแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Perkin, 2002)

กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น เป็นการ พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่ม ร่วมกัน อภิปรายถึง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง ฝึกวิธีการผ่อนคลาย และการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การลดการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียดจะทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Pharoah et al., 2010)

กิจกรรมที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของ กันและกัน ทั้งของผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้าใจในครอบครัว โดยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เคยทำผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด เพื่อให้มีความเข้าใจ ที่ตรงกัน เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Pharoah et al., 2010)

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ปัญหา พัฒนابทบาท และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ได้เรียนรู้ปัญหาและ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับบทบาท โดยให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบบ่อยๆ และ การจัดการกับปัญหาที่เคยทำได้ผล ฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ เรียนรู้บทบาทและฝึกการพัฒนารูปแบบ โดยทำให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ กำหนดตัวละครจากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ได้เรียนรู้ผ่านบทบาทของตัวละคร การส่งเสริมให้ผู้ดูแล

ได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่า สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี (Solomon, 2000) และเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2554)

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหา เสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เพื่อให้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ และการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลดีในการทำหน้าที่ของครอบครัว (House, 2001)

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาช้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อเตรียมการยุติกลุ่ม โดยให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม การได้แก่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลช่วยให้ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น (Chien et. al., 2004; Chien et. al., 2005) และประเมินผลสำเร็จของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรรณพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า ครอบครัวพบปัญหาและความยากลำบากในการทำหน้าที่โดยปกติของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัวโดยเฉพาะด้าน ความผูกพันทางอารมณ์จะเป็นด้านที่มีปัญหามากที่สุด มีปัญหาที่เด่นชัดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์จะพบปัญหาของการระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวรับฟัง

สรนา มงคล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวตามแนวคิดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของคัลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสามีติดยา ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวที่มีสามีติดสุรา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของครอบครัวที่มีสามีติดสุรากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นุชนาถ ชัยเจริญ (2552) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Family intervention) จำนวน 15 เรื่อง พบว่า การบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบ mutual support group for family intervention ช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและจำนวนวันนอนลดลง

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร (2553) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สกาเวเดือน กลิ่นน้อย (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามรับรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่วนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hall and Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ผลการศึกษา พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อย ๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกทางอารมณ์โดยการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Lim and Ahm (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย โดยผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแล ด้านการแก้ปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะเชิงอัตนัย

King (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ของมารดาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 41 ราย ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะวิกฤตของมารดาเกี่ยวข้องกับกาที่ผู้ป่วยในครอบครัวมีอาการทางจิตรุนแรง มารดามีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Lakthong (2005) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มารับบริการที่คลินิกสถานสัมพันธภาพวัยรุ่น โรงพยาบาลวังสามหมอ อุตรธานี ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวของวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนหลังจากได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Chien, Norman & Thompson (2004) ศึกษาผลของการบำบัดครอบครัวต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกง โดยใช้รูปแบบ Mutual support group for family ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ตั้งเป้าหมายร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความเข้าใจกับความต้องการทางด้านจิตสังคมของครอบครัวและผู้ป่วย และเรียนรู้ในทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการกับอาการผู้ป่วย พบว่าสามารถเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลให้ดีขึ้น และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย

Chien, Chan, Morrissey & Thompson (2005) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group การให้สุขภาพจิตศึกษาและการดูแลตามปกติ พบว่าการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ mutual support group ช่วยให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

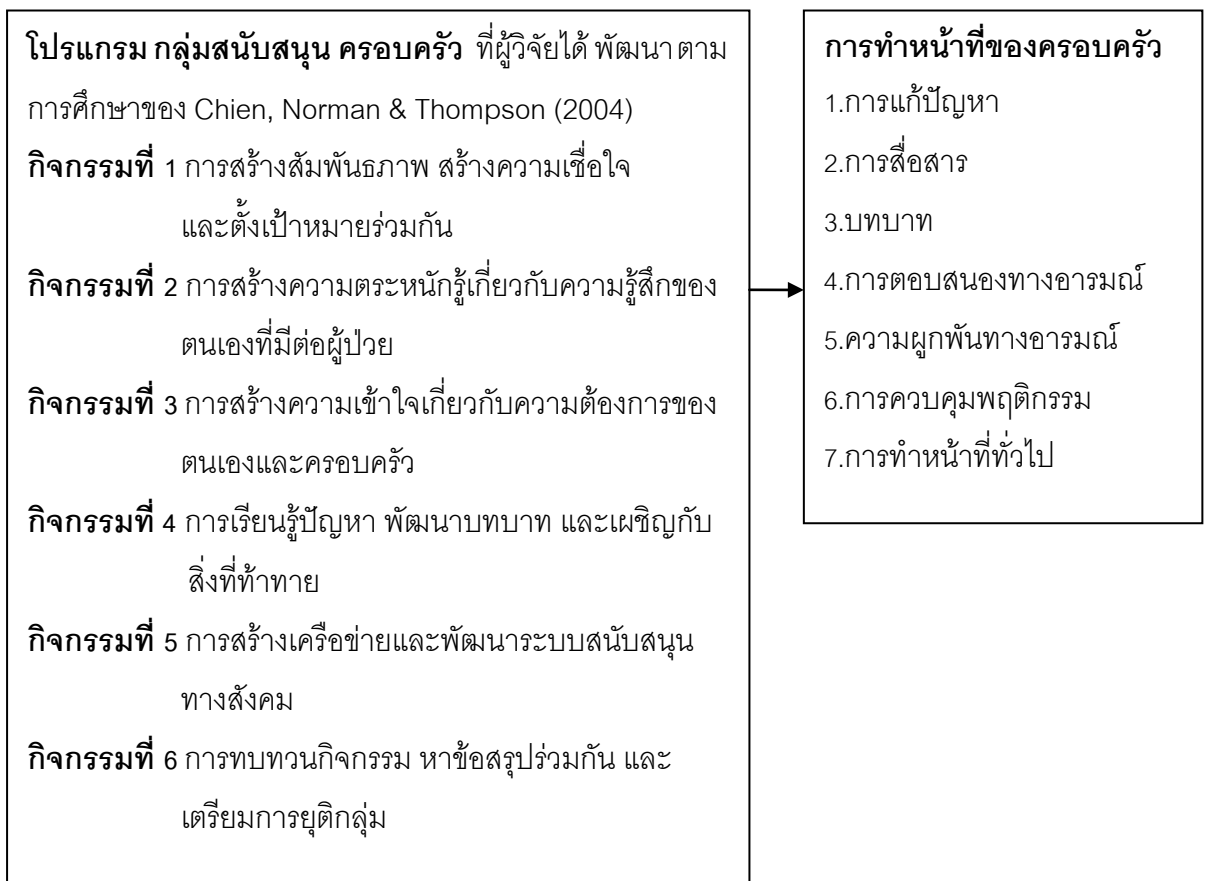
Pharoah et al. (2010) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ปี ค.ศ. 2005-2006 พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการป่วยซ้ำได้ร้อยละ 43 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการกินยา อีกทั้งยังสามารถลดจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ช่วยปรับบทบาททางสังคมและพัฒนาความบกพร่องทางสังคมให้ดีขึ้น ลดความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว การแสดงความผูกพันมากขึ้นไป เพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกล่าวได้ว่า การบำบัดครอบครัวเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว การบำบัดครอบครัวในรูปแบบกลุ่มจะช่วยให้ครอบครัวได้ เรียนรู้ ประสบการณ์ และ ทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการกับ

อาการผู้ป่วย ลดความตึงเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมด้านลบ มีทักษะในการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อครอบครัวได้เรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกัน และมีทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ก็จะสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาเป็นโปรแกรม กลุ่มสนับสนุน ครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X ₁	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃	X ₂	O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

O₂ หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

O₃ หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X₁ หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

X₂ หมายถึง ให้การดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศชายและหญิง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2555 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 24 ครอบครัว

เกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ การคัดเลือก ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Inclusion criteria) ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ครอบครัว ตามคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน ICD-10
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีอายุ 18-60 ปี
3. สามารถอ่านออก เขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆในการดูแลผู้ป่วย
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
4. สามารถอ่านออก เขียนได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สมาชิกในครอบครัว มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเอง เป็นผู้ที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัว มีการพึ่งพากันทางสังคมและเศรษฐกิจ หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
3. สามารถอ่านออก เขียนได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก PASS (Power Analysis of Sample Size) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยได้นำผลการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจทดสอบที่ร้อยละ 83.71 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 9 ครอบครัว (ดังตารางที่ 11 ในภาคผนวก จ) อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 ครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลมีขนาดเพียงพอในการคำนวณทางสถิติ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล การวินิจฉัย และประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริรุธัญญา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pair match) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (ดังตารางที่ 12 ในภาคผนวก จ) หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว ด้วยวิธีจับฉลาก และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งพัฒนาแนวคิดจากหลายๆการศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการทำกิจกรรม โปรแกรมการบำบัดครอบครัวในรูปแบบต่างๆ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 พัฒนาโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) มากำหนดโครงสร้างของกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 จัดทำคู่มือการฝึกกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย 3) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ความต้องการของตนเองและครอบครัว 4) พัฒนาบทบาทและเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย 5) การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และ 6) การทบทวนกิจกรรม หาช้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม (ดังภาคผนวก)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความเหมาะสมและ สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของงาน วิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรม จนครบทั้ง 6 กิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรม ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้ว ซึ่งการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีประเด็นแก้ไขดังนี้

1. ใบบงานที่ 1/1 ปรับเรียงประโยค “กิจกรรมที่ทำเวลาที่ท่านอยู่ร่วมกันส่วนใหญ่” เป็น “กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ทำเวลาที่อยู่ร่วมกัน”
2. สื่อการสอนและอุปกรณ์ ควรเพิ่มเทปเพลงแบบผ่อนคลาย เพื่อเปิดขณะดำเนินกิจกรรม นวดกดจุด และ เพิ่ม เอกสารแผ่นพับ เพื่อแจกให้สมาชิก ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ตามข้อเสนอแนะ
3. ใบบงานที่ 2/1 ควรเพิ่มเติมข้อความ “ การเกิดอารมณ์ของญาติ ในการดูแลผู้ป่วย”
4. กิจกรรมที่ 3 วัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ 1 และข้อ 4 ควรจะรวมเป็นข้อเดียวกัน ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไว้ในข้อ 2 และเพิ่มวัตถุประสงค์ ข้อ 1 ขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม
5. ปรับปรุงเนื้อหาในใบบความรู้ที่ 2/1 และ 2/2 เพื่อให้กระชับและเข้าใจง่าย
6. ใบบงานที่ 6 ข้อ 2 ควรแยกข้อเสนอแนะออกเป็นแต่ละกิจกรรม เพื่อจะประเมินได้ว่ากิจกรรมใดที่สมาชิกเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ และกิจกรรมที่ควรปรับปรุง ผู้วิจัยได้แยกประเด็นไว้ตามข้อเสนอแนะ
7. ควรระบุว่าผู้วิจัยจะใช้สื่ออะไรในการบันทึก เช่น ถ่าย VDO,อัดเสียงพูด หรือมีผู้ช่วยผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 3 คน โดยผลัดเปลี่ยนกันมาช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรม ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้ว พบว่า ผู้ดูแลให้ความสนใจ และเข้าใจการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งได้ดีพอสมควร โดยผู้วิจัยพยายามกระชับเนื้อหาและพูดภาษาที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายๆ ดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด คือ ครั้งละประมาณ 90 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรม ามีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ที่พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย เอ็พสทีน และคณะ (Epstien et al., 1984) ซึ่งแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวนี้ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้านตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ และ พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ ได้เพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมสังคมของคนไทย มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 8, 25 และ 26 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 2) ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 16, 23, 28 และ 31 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9
- 3) ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 10, 17, 29
- 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 4, 11, 34 และ 35 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18
- 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 5 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 12, 21, 24 และ 33
- 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 13 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 6, 27 และ 30
- 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 7, 14, 19, 20, 22 และ 32 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 15 และ 36

ลักษณะของข้อคำถาม 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การแปลผล จะรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ทั้งข้อความทางลบและทางบวก จากนั้นนำผลรวมของคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายด้าน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวของ พญ. อูมาพร ตรังคสมบัติ (อรรณพ ทองคำ, 2546) ดังนี้

- 1.00 – 1.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่การรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวยังไม่ดี
- 1.50 – 2.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่การรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย
- 2.50 – 3.49 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่การรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีพอสมควร
- 3.50 – 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่การรับรู้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมมีลีอินเวนทอรี (CFI) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างต่างๆ เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยด้วยเครื่องมือชี้วัดความสัมพันธ์ในครอบครัวของ อัมไพรัตน์ อักษรพรหม (2537) การทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าของ วิระวรรณ อุปมาน (2538) การศึกษาเรื่องพฤติกรรมของคู่สมรสไทยในเรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัวของ พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาลัย (2542) การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ของ สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) และการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำของ อรรณพ ทองคำ (2546) ซึ่งได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมเท่ากับ 0.92

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมมีลีอินเวนทอรี ที่พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content

validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อข้อคำถาม เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่	4 หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่	3 หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่	2 หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่	1 หมายถึง	คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นราภู ร, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90 (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ในภาคผนวก ฉ)

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จีราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) ใช้ในการวิจัย เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของจีราพร พบว่ามีค่าความเที่ยง .79 โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5

2) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11

4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความเห็น	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	1	5

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุด, 2542 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, 2549)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.50-5.00	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50-4.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.50-3.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50-2.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00-1.49	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป (จิราพร รักการ , 2549) จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับ การสนับสนุนทางสังคม ค่อนข้างดี สามารถส่งผลถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพได้ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้วิจัยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จะ

ร่วมกันทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ คือมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการศึกษา

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้ระดับความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 สอดคล้องเป็นระดับ 4 และไม่สอดคล้องเป็นระดับ 1 คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปรับหัวข้อในด้านต่างๆ ให้ตรงกับคำชี้แจง คือ

“การสนับสนุนด้านทรัพยากร” ปรับแก้เป็น “การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง”

“การสนับสนุนด้านการประเมินค่า” ปรับแก้เป็น “การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า”

ข้อ 7 “ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ โดยไม่หวังผลตอบแทน” ปรับแก้เป็น “ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่หวังผลตอบแทน”

ข้อ 8 “ท่านรู้สึกว่ามีบุคคลอื่นช่วยแบ่งเบาภาระด้านเงินทอง” ปรับแก้เป็น “ท่านรู้สึกว่ามีบุคคลอื่นช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงิน”

ข้อ 19 “ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์” ปรับแก้เป็น “ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการศึกษาที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 (ดังแสดงผลการวิเคราะห์ ในภาคผนวก ฉ)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และทักษะในเรื่องการบำบัดครอบครัว โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม รวมถึงยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และคู่มือโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว เพื่อขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา

1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องทำวิจัย วัตถุประสงค์การทำวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยมีหน้าที่ช่วยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม แจกใบงานกิจกรรม จัดบันทึกข้อมูลจากการทำกลุ่ม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล โดยแต่ละคนจะมาช่วยตามเวลาที่ตนว่าง สลับกัน

1.4 ดำเนินการทางจริยธรรม โดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2555

1.5 ขอเก็บข้อมูล โดยนำหนังสืออนุมัติจริยธรรมไปประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตึกแรกรับชายและตึกแรกรับหญิง รวมทั้งหมด 4 ตึก ได้แก่ ตึกอโคก ชาย 1 หญิง 6 และหญิง 10 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล แจกวัน เวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง และขอความร่วมมือกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยนั้นๆ ในการช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 ครอบครัว อธิบายเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Patient/ Participant Inform Sheet) จากนั้นให้กลุ่ม

ตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 12 ครอบครัวและกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว โดยการจับคู่ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว และทำการจับฉลาก หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ตามโครงสร้างคำถามของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม

1.6.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ตามโครงสร้างคำถามของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐาน จากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค จิตเภท แผนการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างการอยู่โรงพยาบาล การ สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำและ ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน หรือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนัดพบญาติและเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

2.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที โดยมีเวลาพักระหว่างเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่ม ในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้นการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยดำเนินการทดลองในเดือน กันยายน – ตุลาคม 2555 มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทำความรู้จัก และความคุ้นเคย ซึ่งกันและกัน รับทราบวัตถุประสงค์ของการบำบัด กฎ กติกาของกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มเป็นการสร้างแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Perkin, 2002)

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยในเรื่องทั่วไปไปก่อน (small talk) สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส อบอุ่น จริงใจและเปิดเผย แสดงความสนใจในสมาชิกกลุ่มแต่ละคน แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคน แนะนำตนเอง

2. สร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน สิ่งแวดล้อม ชุมชน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ เกิดแรงจูงใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและสร้างความพร้อม ในการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า สมาชิกในกลุ่มแสดงท่าที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้มทักทาย และรู้สึกดีใจที่ได้มาเข้ากลุ่มผู้ดูแล ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน กระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“พอรู้ว่ามีการทำกลุ่มผู้ดูแลก็อยากร่วม เพราะอยากรู้ว่าคนอื่นเค้าเจอปัญหาเหมือนเรา หรือเปล่า แล้วเค้าทำยังไงกันบ้าง”

“ก่อนนี้ไม่กล้าคุยหรือปรึกษาใครเรื่องของผู้ป่วย ไม่รู้จะบอกคนอื่นอย่างไร กลัวเค้าไม่เข้าใจและกลัวผู้ป่วย”

3. ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยชี้แจงให้สมาชิกทราบ ความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ผู้ดูแลจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม ตามใบความรู้ที่ 1/1 และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม

4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับลักษณะ ความสัมพันธ์ในครอบครัวว่าเป็นอย่างไรบ้าง บทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกต ลักษณะสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับสมาชิกกลุ่ม เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ดูแลหลักจะเป็นบิดา มารดา ลักษณะสัมพันธ์ภาพ ส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด อบอุน มีความรับผิดชอบ ต่อผู้ป่วยสูง ผู้ดูแลบางคนรู้สึกผิดต่อการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย คิดกล่าวโทษตนเองว่าเป็นต้นเหตุทำให้ลูกเป็นโรคนี้นี้ มีความสงสารและต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ บางครอบครัวก็รู้สึกวิตกกังวล เครียด กลัวว่าหากไม่มีตนเองแล้วผู้ป่วย จะอยู่อย่างไร กลัวว่าจะไม่มีคนดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“แม่บังคับให้ลูกไปเรียนเมืองนอก แม่ไม่เข้าใจลูก อยู่ไกลบ้านเขาคงเหงาและไม่มีที่พึ่งพา เป็นเพราะแม่ที่ทำให้ลูกต้องเป็นแบบนี้”

“รู้สึกสงสารเขา อยากให้หายจากโรคนี้นี้ ใครว่าที่ไหนรักษาดีก็พาไป ทั้งโรงพยาบาลและพึ่ง ไสยศาสตร์ก็ลองมาหมดแล้ว”

“มีลูกคนเดียว เราเลี้ยงเขามาอย่างดีเหมือนไข่ในหิน ทำให้เขาทุกอย่างมาตลอด พอเป็นแบบนี้เรายิ่งห่วงเขา กลัวว่าถ้าไม่มีเราแล้ว เขาจะอยู่อย่างไร”

มีบางครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพแบบห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่อง ที่น่าเบื่อหน่าย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“รักษามาแล้วนานไม่หายซักที อยู่กับหมอก็คืออยู่ กลัวหมอ พอกลับไปบ้านก็ไม่ยอมกินยา ไม่เชื่อใคร วันดีคืนดีก็ทำร้ายคนในบ้าน รู้สึกเบื่อ ท้อแล้ว อยากฝากไว้โรงพยาบาลนานๆ”

“มีลูก 4 คน ป่วยเป็นโรคนี้นี้หมด ไม่รู้เป็นเวรกรรมอะไร วันดีคืนดีก็ทะเลาะกัน คอยกันไปคน ละเรื่อง อยู่กันคนละมุมบ้าน กินใครกินมัน ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้ว คนโตอาการดีขึ้นพอช่วยหา เงินได้ เพื่อนบ้านก็ไม่อยากจะมายุ่งด้วยแล้ว เหนื่อยมาก”

6. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เรื่องผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ในตัวผู้ป่วย เกิด การยอมรับ ทำให้สามารถใช้ ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พุดคุยให้เกิด แรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการ วางแผนการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจในการทำกิจกรรม ความร่วมมือในการ แสดงบทบาทสมมติและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง พบว่า สมาชิก ในกลุ่มแสดงท่าที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้มทักทาย มีความ กระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมดี

ช่วงแรกๆ ของการดำเนินกิจกรรม ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมานานหลายปีจะเล่าถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจน ระบายความรู้สึกที่อัดอั้นตันใจและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากกว่า ส่วนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี จะยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ต้องกระตุ้นเป็นบางครั้ง อาจเป็นเพราะยังไม่เจอปัญหา แต่ก็ให้ความสนใจและตั้งใจฟัง ประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่นๆ เป็นอย่างดี ช่วงหลังของกิจกรรม สมาชิกกลุ่ม มีความไว้วางใจกันมากขึ้น กล้าแสดงออก และเปิดเผยตนเองมากขึ้น โดยได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและยอมรับในตัวผู้ป่วยมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น เป็นการพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ สมาชิกกลุ่มร่วมกัน อภิปรายถึง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง ฝึกวิธีการผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียด ความวิตกกังวล การวิพากษ์วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การลดการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียดจะทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Pharoah et al., 2010)

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้สมาชิก กลุ่มร่วมกันพูดคุยถึง ความรู้สึก ที่มีในการดูแล ผู้ป่วย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยถามสมาชิกกลุ่มว่า “มีความรู้สึกอย่างไรบ้างในการดูแลผู้ป่วย และเคยแสดงอารมณ์อย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย ” และให้สมาชิกทำกิจกรรมตามใบงานที่ 2/1, 2/2 ซึ่งส่วนใหญ่บอกรู้สึกห่วงใยผู้ป่วย สงสารที่ผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ก็จะคอยให้กำลังใจ ดูแลให้กินยาตามเวลา บางครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป ห่วงมากเกินไป จะดูแลโดยการช่วยทำงานแทนผู้ป่วยทุกอย่าง เพราะกลัวผู้ป่วยจะทำเองไม่ได้ ไม่

เรียบร้อย บางครอบครัวก็มีความรู้สึกเครียด โกรธ หงุดหงิดที่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง พุดกันไม่รู้เรื่อง ตำหนิ ต่อว่าผู้ป่วย เกิดการทะเลาะกัน ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“รู้สึกสงสารเขา (ผู้ป่วย) ไม่รู้ว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ คิดว่าคงเป็นเวร เป็นกรรม จะคอยดูแล ให้กำลังเขาตลอด จะชมเชยเวลาที่เขาคูแลตนเองได้ กินยาเอง หรือทำงานได้”

“ห่วงเขามาก (ผู้ป่วย) ปกติก็จะไม่ให้เขาทำอะไรอยู่แล้ว ยิ่งเขาป่วยแบบนี้ยิ่งไม่ให้ทำอะไรหรอก จะทำให้ทุกอย่าง กลัวเขาทำไม่ได้ ไม่เรียบร้อย แล้วเราก็ต้องทำให้อยู่ดี”

“ตั้งใจมีลูกคนเดียวและจะเลี้ยงเขาให้ดีที่สุด จึงลาออกจากงานมาดูแลเขา ทำทุกอย่างไม่ให้บกพร่อง ไม่ให้ลูกทำอะไร ตามใจเขาทุกเรื่องค่ะ”

“รู้สึกเครียด เหนื่อย เบื่อมาก บอกความรู้สึกไม่ถูกเลย ทำอะไรให้ดีที่สุดแล้ว แต่เขาไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง คือ ไม่ฟังใครเลย ให้กินยาก็ไม่กิน พออาการกำเริบก็ต้องเด็ดรื้อนไปหมด งานการเราก็ต้องทำ ทะเลาะกันบ่อยๆ จนบางทีอยากจะหนีไปให้พ้นๆ แล้ว”

“ก็พยายามจะเข้าใจเขานะ แต่บางครั้งมันก็ทนไม่ไหวจริงๆ ทำตัวไม่มีประโยชน์ คอยหาเรื่องกลุ่มใจมาให้อยู่เรื่อย พุดไม่ฟัง ก็บ่น ด่าไปบ้าง บางครั้งก็ทะเลาะกัน”

2. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกร่วมกันอภิปราย

3. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ เพิ่มเติม เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 2/1 และ 2/2

4. ผู้วิจัยให้สมาชิก กลุ่มร่วมกันพูดคุยถึง ประสพการณ์ความเครียด ในการดูแล ผู้ป่วย ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามใบงานที่ 2/3 ส่วนใหญ่จะบอกว่าเครียดมากเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด จะเดินหนีไปจากสถานการณ์นั้น กลัวต้องทะเลาะกัน บางครอบครัวใช้วิธีคลายเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น บางคนบอกว่าเวลาเครียดมากๆ จะระบายให้คนใกล้ชิดฟัง นั่งสมาธิบ้าง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“หาคนที่ไว้ใจได้และเข้าใจเรารู้สึกคน ระบายความเครียด ความรู้สึกคับข้องใจก็จะช่วยให้ผ่อนคลายได้”

“เวลาเครียดมักจะคิดอะไรไม่ออก เดินหนี ไม่อยากทะเลาะ บางทีก็อยากออกไปให้พ้นๆ สูบบุหรี่ หาเพื่อนดื่มเหล้าจะได้ลืมๆ ไปได้บ้าง”

5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามทีสมาชิกร่วมกันอภิปราย

6. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 2/2 การจัดการและวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามใบความรู้ที่ 2/3

7. ผู้วิจัยสอนเทคนิคในการคลายเครียดให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 2/3 และให้ดู VDO การนวดกดจุดและการหายใจ และ ให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ขณะฝึกปฏิบัติผู้วิจัยเปิดเพลงเบาๆ เพื่อให้สมาชิกได้ผ่อนคลาย จากนั้นผู้วิจัยแจกเอกสารแผ่นพับเรื่อง “กดจุดนวดคลายเครียดด้วยตนเอง” เพื่อสมาชิกกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

8. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

9. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า ระหว่างดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจเล่าประสบการณ์ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันอภิปรายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้าน บวกและด้านลบได้เป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่บอกว่าดีใจที่ได้พบระบาย แบ่งปันความรู้สึกที่อัดอัดมานาน ให้กับคนที่สามารถเข้าใจความรู้สึกนั้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ดีใจที่ได้ระบายความรู้สึก และดีใจที่มีคนเข้าใจ ก่อนนี้ก็ไม่รู้จะเล่าความรู้สึกแบบนี้ให้ใคร ฟังได้ ตอนนี้ไปก็จะพยายามแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกให้มากขึ้น”

จากการฝึกเทคนิคการ ผ่อนคลายความเครียด พบว่าสมาชิกให้ความสนใจและ ร่วมมือใน การฝึกเทคนิคการคลายเครียด เป็นอย่างดี และบอกว่ารู้สึกดี ไม่คิดว่าเรื่องง่ายๆ แค่นี้จะทำให้รู้สึก คลายความเครียดได้จริงๆ บอกว่าจะนำไปใช้ที่บ้านและจะให้สมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านฝึกด้วย หลังจากจบโปรแกรมฯ ผู้ดูแลหลายคนบอกว่า จากการได้ฝึกการคลายเครียด ทำให้อารมณ์นิ่งขึ้น ใจเย็นมากขึ้น สามารถอดทนกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และเข้าใจผู้ป่วยได้มากขึ้น การลดการ แสดงออกทางอารมณ์และความเครียดจะทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัด ขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของ กันและกัน ทั้งของผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว และสามารถบอกผ่านความต้องการนั้นให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจ เป็นการ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้าใจในครอบครัว โดยให้ สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและการ สื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เคยทำผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้แ ละฝึกทักษะเรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด เพื่อให้

มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพิ่มความมั่นใจและเกิดทักษะการสื่อสารในครอบครัว เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Pharoah et al., 2010)

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสื่อสารในครอบครัว ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เคยทำผ่านมา โดยถามสมาชิกว่า “ ที่ผ่านมา เวลาต้องการจะบอกให้ผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวทำอะไร เรามีวิธีการพูดกันอย่างไร” และแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะบอกว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่ลำบากมาก พูดกันไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่เข้าใจกัน พูดแล้วผู้ป่วยไม่ฟังหรือรับฟังแต่ไม่เชื่อ ไม่ทำตาม แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็บอกว่า พูดอะไรแล้วไม่มีใครเข้าใจหรือไม่มีคนรับฟัง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“พูดให้ผู้ป่วยเข้าใจเป็นเรื่องที่ยากมาก ต้องพูดซ้ำแล้วซ้ำอีก บางทีก็ไม่ฟังบ้าง ไม่ฟังบ้าง บางครั้งก็พูดกันไปคนละเรื่องเลย”

“ปกติก็พูดกันไม่ค่อยจะรู้เรื่องอยู่แล้ว ยิ่งถ้าช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ พูดคนเดียว พูดเพื่อตัวเอง ไปกันใหญ่เลย คนดีจะทะเลาะกันเอง”

“เวลาบอกเขา (ผู้ป่วย) ให้กินยาที่จะป่วยเบียง ก็เลยต้องดูว่า ถ้าไม่กินยาเดียวจะพาไปอยู่โรงพยาบาล หรือบอกว่าถ้าไม่กินก็ไม่ต้องหาย”

“ไม่ได้เป็นอะไรแล้ว จะต้องกินยาทำไม บอกว่าไม่ป่วยแล้วก็ไม่มีใครเชื่อ”

“เคยพูดกันแล้วไม่เข้าใจ จนต้องทะเลาะกันทุกที เวลาต้องการอะไรจึงต้องพูดฝากคนอื่นไปบอก จะได้ไม่ต้องทะเลาะกันอีก”

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 3

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะเรื่องของการสื่อสารในครอบครัว ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด โดยฝึก “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ตามประเด็นต่างๆที่กำหนดในใบงานที่ 3 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการฝึกทักษะการสื่อสารตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจกับ การให้ความรู้ เรื่องของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ เป็นอย่างดี เพราะคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวส่วนใหญ่มาจากการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสื่อสารทั้งทางบวก และทางลบที่เคยทำมามากมาย ระหว่างดำเนินกิจกรรม บางครอบครัวมีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันระหว่างบิดา-มารดา ทำให้ลูก (ผู้ป่วย) เกิดความสับสน ไม้มีความมั่นใจในตัวเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“พ่อก็ตามใจลูกเกินไป อยากไปไหนก็พาไป อยากกินอะไรก็ได้กิน ลูกถึงเป็นแบบนี้ อีกหน่อยจะอยู่กับใครไม่ได้”

“แม่ไม่ยอมเข้าใจลูก ไม่เปิดโอกาสให้ลูกไปไหน อับอายที่จะพาลูกออกสู่สังคม อีกหน่อยลูกก็อยู่กับใครไม่ได้เหมือนกัน”

ช่วงแรกๆ ของการ ฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัว โดยการกำหนดสถานการณ์ต่างๆ แล้วให้สมาชิกฝึกการ สื่อสารทางบวก บอกความรู้สึกของตนเอง (I message) สมาชิกบางคนจะรู้สึกเขินอาย ไม่กล้าพูด แต่เมื่อเรียนรู้และเห็นสมาชิกในครอบครัวอื่นพูด และเมื่อได้กำลังใจหรือแรงกระตุ้นจากกลุ่ม ทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกมีดังต่อไปนี้

“แม่รักลูกนะ อยากให้ลูกหายไวๆ จะได้กลับบ้านด้วยกัน ลูกต้องกินยาตามที่หมอสั่งนะ”

“พ่ออยากให้ลูกๆ รักกัน และช่วยเหลือกันและกันได้ ไม่อยากเห็นลูกทะเลาะกัน เราเป็นพี่น้องกันนะ พ่อเชื่อว่าลูกๆ ทำได้”

“ผม (หนู) ไม่อยากกินยา เพราะกินแล้วรู้สึกทรมาน มันง่วงจนไม่อยากทำอะไร บางทีก็ทำให้ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง”

“ผม (หนู) อยากให้พ่อกับแม่เข้าใจและสนใจในสิ่งที่ผมพูดบ้าง ไม่อยากให้ใครมองว่าผมเป็นคนใช้โรคจิต ผมอายุเขา”

หลังจบกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของแต่ละครอบครัว สามารถกล้าบอกความรู้สึกหรือความต้องการของตนเอง ด้วยการสื่อสารทางบวกมากขึ้น ทำให้เข้าใจกันได้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ปัญหา พัฒนารูปแบบและเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

เรียนรู้ปัญหา พัฒนาศักยภาพ และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อประเมินบทบาทและลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของสมาชิกแต่ละคน ได้เรียนรู้ปัญหาและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับบทบาท โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบบ่อยๆ และการจัดการกับปัญหาที่เคยทำได้ผล การใช้ทักษะต่างๆ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหา การจัดการความขัดแย้งในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน และฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ เรียนรู้บทบาทและฝึก การพัฒนา บทบาท โดยการให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ กำหนดตัวละครจากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ได้เรียนรู้บทบาทของการเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวผ่านบทบาทของตัวละคร การพัฒนาบทบาทหรือการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่า สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี (Solomon, 2000) และเมื่อครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2554)

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวพูดคุยถึง ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เคยทำผ่านมา ตามใบงานที่ 4 โดยผู้วิจัยถามสมาชิกว่า “จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ท่านพบปัญหาอะไรบ้าง” สมาชิกจะพูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นมากมาย ส่วนใหญ่จะบอกว่า ปัญหาเรื่องผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเป็นปัญหาที่พบบ่อย และคิดว่าสำคัญที่สุด เพราะจะทำให้อาการกำเริบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจัดยากินเอง หรือบางครั้งครอบครัวก็จัดยาไว้ให้แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยกินเอง เพราะสมาชิกต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแลและไม่มีคนอื่นช่วยดูให้ ปัญหาที่พบบ่อยอีกปัญหาหนึ่งคือ ปัญหาจากอาการของผู้ป่วย ไม่นอน อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว อาละวาด สร้างความเดือดร้อนให้เพื่อนบ้าน บางคนก็ขี้เกียจ ไม่ยอมทำอะไร ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“หลังออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเลย จะบอกว่าตนเองหายแล้ว ใครพูดก็ไม่เชื่อ บางทีก็จะถูกเขาด่าว่าเอา กลางคืนก็ไม่นอน ปลุกคนในบ้านให้ตื่นอีก”

“กลับไปบ้านไม่เหมือนอยู่กับหมอเลย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ขี้เกียจ เอาแต่กินกับนอน ไม่ยอมทำอะไร อยู่โรงพยาบาลยังเห็นช่วยงานหมอได้”

“ที่บ้านผู้ป่วยต้องอยู่กับแม่ที่แก่แล้ว เพราะพี่น้องคนอื่นๆ ต้องไปทำงานนานๆ จะกลับบ้านซะที เวลาเมื่ออาการเขาจะหงุดหงิด และทำร้ายแม่ แม่ก็ยอมให้เขาทำร้าย เพราะไม่มีแรงสู้ และคิดว่าเป็นลูก”

2. ผู้วิจัยให้สมาชิก ได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ยึดถือ ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ โดยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันระดมสมองหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆ เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาก็เคยใช้แล้วได้ผล จากนั้นให้สมาชิกในแต่ละครอบครัวเลือกแนวทางการแก้ปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมกับครอบครัวของตนเองไปใช้

3. ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ความรู้เรื่องการเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตามใบความรู้ที่ 4/1

4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการปัญหาตามใบความรู้ที่ 4/2

5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกการพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ ตามใบงานที่ 4/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงบทบาทนั้น พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการ ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติ ช่วยแสดงความคิดเห็นผ่านตัวละครได้เหมาะสม สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“พอได้มาสวมบทบาทเป็นผู้ป่วยจิตเภทเอง รู้สึกเข้าใจเขามากขึ้น รู้สึกเห็นใจเขา ยิ่งถูกสังคมกล่าวหาว่าเป็นคนบ้า มันยิ่งรู้สึกเสียใจ น้อยใจ ทั้งๆ ที่เขาแค่มีอาการเป็นครั้งคราว แต่ต้องถูกเรียกว่าคนบ้าไปตลอดชีวิต มันไม่ยุติธรรมเลยนะ”

6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องบทบาท ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์

7. ให้สมาชิกกลุ่มสรุปทักษะและสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้

8. นัดหมายวัน และ เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจในกิจกรรมดีและพูดระบายถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลากๆ ครอบครัวก็จะเจอปัญหาที่คล้ายๆ กัน สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่ากิจกรรมนี้ดีมาก เพราะรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจถึงปัญหาที่ตนกำลังเผชิญอยู่อย่างแท้จริง และจากที่เคยคิดว่าปัญหาที่ตนเจอหนักหนาที่สุดแล้ว แต่จริงๆ แล้วยังมีคนอื่นที่มีปัญหามากกว่าตน ทำให้รู้สึกเห็นใจคนอื่น และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“รู้สึกดีใจมากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ รู้สึกมีกำลังใจขึ้น เพราะก่อนนี้เคยคิดว่าปัญหาที่เจอ อยู่มันใหญ่สุดๆ แล้ว พอได้ฟังจากสมาชิกคนอื่นถึงรู้ว่ามีคนเจอปัญหาล้ายๆ กัน และบาง ปัญหาของคนอื่นก็นั่นแหละของตัวเองอีก รู้สึกเห็นใจและจะเป็นกำลังใจให้สมาชิกทุกคน”

หลังจากให้สมาชิกได้ ผึกทักษะการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่เคยทำผ่านมา สมาชิกสามารถบอก ถึงวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ไปได้หลายแนวทาง ทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผล เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกใน ครอบครัวยื่นๆ ได้นำไปใช้ และหลังจากที่ผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของผู้ป่วย จิตเภทและวิธีการจัดการปัญหา สมาชิกบอกว่าได้เรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย คิด ว่าจะสามารถเลือกไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของ สมาชิกต่อไปนี้

“ตอนที่เจอปัญหามักจะคิดอะไรไม่ออก ไม่รู้ต้องทำอะไรดี แต่หลังจากที่ได้ฟังวิธีการ แก้ปัญหาต่างๆ จากคนอื่น ก็คิดว่าถ้าเจอปัญหาอีกจะสามารถแก้ปัญหาได้”

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ สมาชิกกลุ่มร่วมกันค้นหา เสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับ ผู้ดูแล เพื่อให้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อ การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้ บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของ ปัญหา (Montgomery, Stull, and Borgatta, 1985) การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ และการ เชื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลดีในการทำ หน้าที่ของครอบครัว (House, 2001)

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใน ประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้ สมาชิกทำใบงานที่ 5 และส่งเสริมให้สมาชิก ได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น เกิดเครือข่ายกลุ่มผู้ ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถพึ่งพา ช่วยเหลือกันและกันได้ โดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การประคับประคองจากสมาชิกในกลุ่ม

2. ให้สมาชิกกลุ่ม ร่วมพูดคุย ระดมสมอง บอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยถามสมาชิกว่า “ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง รวมไปถึงโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้บริการหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งให้สนับสนุนดังกล่าว สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่า จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ เช่น ประกันสังคม ประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนญาติไม่สามารถดูแลได้ก็จะไปขอความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ตำรวจ หรือเรียกรถของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ถ้าเขาอาการกำเริบก็จะขอให้เพื่อนบ้านและญาติๆ ช่วยกันพามาหาหมอ”

“ป่าอยู่กันสองคน เวลาเขามีอาการกำเริบที่ก็ลำบากมาก ป้าเอาไม่ไหว ต้องจ้างตำรวจมาช่วยจับตัว บางทีก็เรียกรถโรงพยาบาลไปรับ”

“ปกติแล้วก็จะพาเขาไปรับยาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์บัตรทอง เพราะไม่ต้องเสียเงินเองและใกล้บ้าน แต่ถ้ามีอาการมากๆ ก็จะไปขอใบส่งตัวและพามาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเลย เพราะเคยมีประวัติที่นั่นอยู่แล้ว”

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ใกล้บ้าน ตามใบความรู้ที่ 5 จากนั้นเชิญครอบครัวตัวอย่างที่ได้เข้ารับบริการจากศูนย์สายใยครอบครัว (Family link) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นศูนย์บริการที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วยหลายๆ ครอบครัวมาทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และสร้าง เครือข่ายทางสังคม มาแนะนำบริการและกิจกรรมต่างๆ ที่ศูนย์ฯ จัดขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกให้ครอบครัวที่สนใจ

4. ให้สมาชิกร่วมกันทบทวนแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท วิธีขอความช่วยเหลือ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ และได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น ช่วยกันบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนได้ ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยก็ได้รับความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เมื่อได้พูดคุยกัน ทำให้สนิทสนมกันมากขึ้น บางครอบครัวได้รู้ว่าบ้านอยู่ใกล้ๆ กัน มีการแลกเปลี่ยนโทรศัพท์ไว้เพื่อใช้ติดต่อกัน การมีเครือข่ายทาง

สังคม ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่น ในการ ดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดของสมาชิกที่ว่า “การมีเครือข่ายทางสังคม ทำให้รู้สึกว่ามีใครคอยช่วยเหลือ รู้ว่ามีคนที่เข้าใจเรา มีกำลังใจขึ้นเยอะเลย”

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อเตรียมการยุติกลุ่ม โดยให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการร่วมอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม การได้แบ่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลช่วยให้ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น (Chien et. al., 2004; Chien et. al., 2005)

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและ ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ตามใบงานที่ 6
2. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งยุติโครงการ
3. นัดหมายวันเวลา เพื่อทำการประเมินผลการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า สมาชิกทั้งหมดพอใจในผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรม ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เข้าใจผู้ป่วย รู้สึกมีกำลังใจ มีความมั่นใจมากขึ้น และอยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้อีก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“กิจกรรมนี้ดีมาก อยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้อีก เพราะรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจความรู้สึกของเราจริงๆ ได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มีความมั่นใจ มีกำลังใจ”

“เหมือนได้คุยกับคนรู้ใจ เพราะปกติก็ไม่กล้าคุยกับใคร ได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ เยอะเลย”
 “ตอนแรกกลัวจะเสียเวลา แต่หลังจากเข้ากลุ่มแล้วได้อะไรเยอะเลย ได้รู้ประสบการณ์จากเพื่อนๆ ในกลุ่ม ทำให้มั่นใจว่าถ้าเจอปัญหา น่าจะแก้ไขได้ รู้ว่าจะต้องขอความช่วยเหลือจากใคร”
 “การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย รู้ว่าไม่ได้มีเราคนเดียวที่เจอกับปัญหานี้ ได้ช่วยเหลือคนอื่นที่มีปัญหามากกว่า และได้รับความช่วยเหลือจากคนที่มีประสบการณ์มากกว่า รู้สึกพอใจมาก อยากให้จัดกลุ่มนี้อีก”

สรุปผลการดำเนินการทดลอง

ในการดำเนินการทดลอง จบครบทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า สมาชิกในกลุ่มทดลองให้ความสนใจ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มเป็นไปอย่างอบอุ่น บรรยากาศเป็นกันเอง มีการทักทายและกระตุ้นกันเองภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียด สามารถร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเรียนรู้ร่วมกันในการฝึกทักษะต่างๆ มีการสนับสนุน ปรึกษาปรึกษากันระหว่างสมาชิกกลุ่ม และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว (n = 12)

คนที่	คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	ระดับ
1	4.63	สูงสุด
2	4.21	สูง
3	4.15	สูง
4	4.42	สูง
5	4.21	สูง
6	4.26	สูง
7	4.63	สูงสุด
8	4.52	สูงสุด
9	4.47	สูง
10	4.37	สูง
11	4.57	สูงสุด
12	4.31	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลตามโครงสร้างคำถามของ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

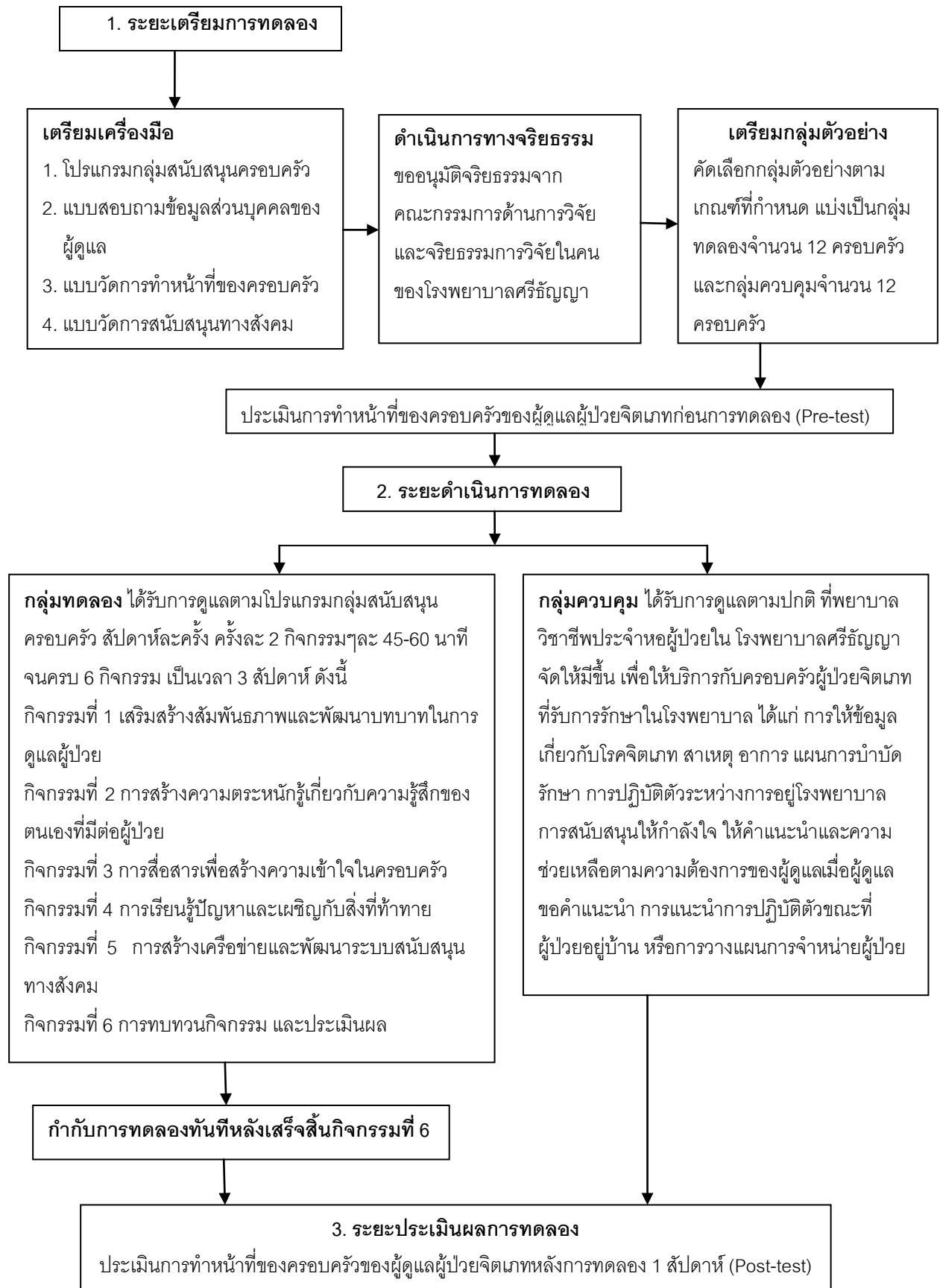
ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 1 คน จำนวน 24 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยวัดคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- | | |
|--------|---|
| ตอนที่ | 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง |
| ตอนที่ | 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม |
| ตอนที่ | 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง |

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	33.3	3	25.0
หญิง	8	66.7	9	75.0
อายุ				
30 - 39 ปี	2	16.7	2	16.7
40 - 49 ปี	2	16.7	2	16.7
50 - 59 ปี	3	25.0	3	25.0
60 ปีขึ้นไป	5	41.6	5	41.6
สถานภาพสมรส				
โสด	2	16.7	1	8.3
คู่	7	58.3	7	58.3
หม้าย/หย่า	3	25.0	4	33.3
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	1	8.3	-	-
ประถมศึกษา	6	50.0	6	50.0
มัธยมศึกษา	2	16.7	3	25.0
อนุปริญญา	2	16.7	1	8.3
ปริญญาตรี	1	8.3	2	16.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 75.0 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.6 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=12)		กลุ่มควบคุม (n=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ว่างงาน	3	25.0	2	16.7
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	25.0	2	16.7
เกษตรกรรม	2	16.7	3	25.0
รับจ้าง	3	25.0	2	16.7
ค้าขาย	1	8.3	3	25.0
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและเหลือเก็บ	3	25.0	1	8.3
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	7	58.3	7	58.3
ไม่เพียงพอ	2	16.7	4	33.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	6	50.0	10	83.8
พี่น้อง	2	16.7	-	-
สามี/ภรรยา	3	25.0	1	8.3
บุตร	-	-	1	8.3
อื่นๆ	1	8.3	-	-
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย				
0-5 ปี	4	33.3	4	33.3
6-10 ปี	2	16.7	3	25.0
11-15 ปี	3	25.0	2	16.7
16 ปีขึ้นไป	3	25.0	3	25.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ เกษตรกรรมและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 83.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน และการ เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของ ครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของ ครอบครัวรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=12)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
การทำหน้าที่โดยรวม	2.56	.34	ดีพอสมควร	3.60	.13	ดีมาก
รายด้าน						
บทบาท	3.08	.53	ดีพอสมควร	3.61	.31	ดีมาก
ความผูกพันทางอารมณ์	2.97	.56	ดีพอสมควร	3.68	.23	ดีมาก
การตอบสนองทางอารมณ์	2.63	.40	ดีพอสมควร	3.75	.15	ดีมาก
การหน้าที่ทั่วไป	2.60	.53	ดีพอสมควร	3.53	.25	ดีมาก
การสื่อสาร	2.43	.29	ดีเล็กน้อย	3.70	.29	ดีมาก
การแก้ปัญหา	2.22	.47	ดีเล็กน้อย	3.65	.29	ดีมาก
การควบคุมพฤติกรรม	2.16	.42	ดีเล็กน้อย	3.23	.29	ดีพอสมควร

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง ระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีพอสมควร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.08 รองลงมาคือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการหน้าที่ทั่วไป ด้านการสื่อสาร ด้านการแก้ปัญหา โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97, 2.63, 2.60, 2.43, 2.22 ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ 2.16 แต่หลังจากการทดลองพบว่า ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.75 รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแก้ปัญหา ด้านบทบาท ด้านการหน้าที่ทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70, 3.68, 3.65, 3.61, 3.53 ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ 3.23

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=12)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
การทำหน้าที่โดยรวม	2.56	.34	3.60	.13	11	12.24	.00
รายด้าน							
การตอบสนองทางอารมณ์	2.63	.40	3.75	.15	11	8.82	.00
การสื่อสาร	2.43	.29	3.70	.29	11	9.84	.00
ความผูกพันทางอารมณ์	2.97	.56	3.68	.23	11	6.44	.00
การแก้ปัญหา	2.22	.47	3.65	.29	11	14.10	.00
บทบาท	3.08	.53	3.61	.31	11	4.18	.00
การทำหน้าที่ทั่วไป	2.60	.53	3.53	.25	11	6.64	.00
การควบคุมพฤติกรรม	2.16	.42	3.23	.29	11	9.92	.00

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ย ของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านบทบาท ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ด้านการสื่อสาร ด้านการแก้ปัญหา และด้านการควบคุมพฤติกรรม หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบด้วย Pair t-test พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ในแต่ละด้านสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว สูงขึ้นเช่นกัน เมื่อ เปรียบเทียบ ด้วย Pair t-test พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=12)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
การทำหน้าที่โดยรวม	2.76	.30	ดีพอสมควร	2.88	.26	ดีพอสมควร
รายด้าน						
บทบาท	3.33	.32	ดีพอสมควร	3.44	.26	ดีพอสมควร
การตอบสนองทางอารมณ์	3.18	.51	ดีพอสมควร	3.33	.30	ดีพอสมควร
ความผูกพันทางอารมณ์	3.06	.54	ดีพอสมควร	3.08	.44	ดีพอสมควร
การทำหน้าที่ทั่วไป	2.62	.33	ดีพอสมควร	2.80	.34	ดีพอสมควร
การแก้ปัญหา	2.68	.42	ดีพอสมควร	2.74	.40	ดีพอสมควร
การควบคุมพฤติกรรม	2.47	.48	ดีเล็กน้อย	2.50	.48	ดีพอสมควร
การสื่อสาร	2.31	.22	ดีเล็กน้อย	2.52	.20	ดีพอสมควร

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับดี พอสมควร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาท มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.33 รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18, 3.06, 2.68, 2.62, 2.47 ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านการสื่อสาร เท่ากับ 2.31 แต่หลังจากการทดลอง พบว่า ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีพอสมควร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาท มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.44 รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33, 3.08, 2.80, 2.74, 2.52 ตามลำดับ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม เท่ากับ 2.50

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=12)

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
การทำหน้าที่โดยรวม	2.76	.30	2.88	.26	11	2.36	.04
รายด้าน							
บทบาท	3.33	.32	3.44	.26	11	1.48	.17
การตอบสนองทางอารมณ์	3.18	.51	3.33	.30	11	1.62	.13
ความผูกพันทางอารมณ์	3.06	.54	3.08	.44	11	.14	.90
การแก้ปัญหา	2.68	.42	2.74	.40	11	.57	.58
การทำหน้าที่ทั่วไป	2.62	.33	2.80	.34	11	2.70	.02
การควบคุมพฤติกรรม	2.47	.48	2.50	.48	11	1.17	.27
การสื่อสาร	2.31	.22	2.52	.20	11	4.06	.00

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ในด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม ส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรม เพิ่มขึ้นจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับดีพอสมควร เมื่อเปรียบเทียบด้วย Pair t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการสื่อสาร เพิ่มขึ้นจากระดับดีเล็กน้อยเป็นระดับดีพอสมควร เมื่อ เปรียบเทียบด้วย Pair t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการทำหน้าที่ทั่วไป และการทำหน้าที่โดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม แต่เมื่อ เปรียบเทียบด้วย Pair t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n_1=n_2=12$)

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
การทำหน้าที่โดยรวม	3.60	.13	2.88	.26	22	8.54	.00
รายด้าน							
การตอบสนองทางอารมณ์	3.75	.15	3.33	.30	22	2.93	.01
การสื่อสาร	3.70	.29	2.52	.20	22	11.67	.00
ความผูกพันทางอารมณ์	3.68	.23	3.08	.44	22	.45	.66
การแก้ปัญหา	3.65	.29	2.74	.40	22	6.39	.00
บทบาท	3.61	.31	3.44	.26	22	1.42	.17
การทำหน้าที่ทั่วไป	3.53	.25	2.80	.34	22	5.94	.00
การควบคุมพฤติกรรม	3.23	.29	2.50	.48	22	4.52	.00

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีค่าเท่ากับ 3.60 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการสื่อสาร ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป และด้านการควบคุมพฤติกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านบทบาท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n_1=n_2=12$)

การทำหน้าที่ครอบครัว	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.56	.35	ดีพอสมควร	22	1.52	.14
กลุ่มควบคุม	2.76	.30	ดีพอสมควร			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.60	.13	ดีมาก	22	8.54	.00
กลุ่มควบคุม	2.88	.26	ดีพอสมควร			

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (ระดับดีพอสมควร) และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (ระดับดีพอสมควร) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ย ของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม กลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีค่าเท่ากับ 3.60 (ระดับดีมาก) และกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (ระดับดีพอสมควร) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มี ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว สูงขึ้นเป็นระดับดีมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มี ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับดีพอสมควร

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศชายและหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 24 ครอบครัว เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพียงคนเดียวคนที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย ไม่มีอาการทางสมอง มีอายุ 18-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลรอง ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัว มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก PASS (Power Analysis of Sample Size) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยได้นำผลการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจทดสอบที่ร้อยละ 83.71 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 9 ครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกในครอบครัว จำนวน 24 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลมีขนาดเพียงพอในการคำนวณทางสถิติ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ตามการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัว ในรูปแบบกลุ่ม ที่มีลักษณะของการ สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ความต้องการของตนเองและครอบครัว หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เรียนรู้ทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหาการดูแลและจัดการผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่ากระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆในการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การได้แก่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความ

เหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน
- กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย
- กิจกรรมที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว
- กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ปัญหา พัฒนابทบาท และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย
- กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม
- กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ที่พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning) มีข้อความจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 24 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือ ที่ผู้วิจัย ประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่ม

ตัวอย่างได้รับ การสนับสนุนทางสังคม ค่อนข้างดี สามารถส่งผลถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และทักษะในเรื่องการบำบัดครอบครัว โดยศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลจำนวน 3 คน

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศรีธัญญา

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติ จริยธรรม ผู้วิจัยจึงดำเนินการ นำหนังสืออนุมัติจริยธรรมไปประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุญาตในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 ครอบครัว แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 12 ครอบครัวและกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง โดยการจับคู่ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว และทำการจับฉลาก

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐาน จากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวแผนกผู้ป่วยใน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวในกลุ่มทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มเฉพาะกิจกรรมที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้นการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองระดับ การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ที่ทั่วไปสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ที่ทั่วไป สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีผลทำให้ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 75.0 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.6 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีการประกอบอาชีพ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพ เกษตรกรรมและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 83.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 33.3 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al. (2006

อ้างถึงใน นภาภรณ์ พึ่งเกษมทรัพย์, 2553) และการศึกษาของ สมส่วน สำราญพันธ์ (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นมารดา และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 70 จากการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 ครอบครัว สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบทั้งผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว อาจเนื่องจาก ครอบครัวให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย การทำกิจกรรมแบบกลุ่มทำให้สมาชิกมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน และวันที่ดำเนินกิจกรรมเป็นวันเสาร์และวันอาทิตย์ ซึ่งเป็นวันหยุดของกลุ่มคนส่วนใหญ่ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ความขัดแย้งด้านการสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์สูง การแสดงบทบาทที่ไม่เหมาะสม การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวขาดประสิทธิภาพ

ตอนที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

จากการศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการ วิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มสนับสนุนครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ใน ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว หลังการทดลอง ดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการ วิจัยข้อที่ 1

อภิปรายผลได้ว่า กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ ประยุกต์การบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ตาม การศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) การบำบัดครอบครัวในรูปแบบนี้ เป็นการ บำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้มีทักษะในการดูแล ผู้ป่วย ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่า กระบวนการบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกลุ่ม ทำให้สมาชิกใน ครอบครัวเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่าน กระบวนการจากกลุ่ม ในเรื่องของทักษะต่างๆ ในการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขจัดการ กับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย การได้แ่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับ

ปัญหาของผู้ป่วย สามารถลดภาระการดูแลและ ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถอภิปรายผลกิจกรรมต่างๆ ได้ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น พบว่า ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มจะเป็นการสร้างแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษา (Perkin, 2002)

การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อ

ผู้ป่วย เป็นการฝึกทักษะการลดการแสดง ออกทาง อารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง ฝึกวิธีการผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การลดการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียดจะทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Pharoah et al., 2010)

การสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับความต้องการของตนเองและ

ครอบครัว เป็นการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร เป็นการฝึกให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว สื่อสารบอกความต้องการของตนเอง (I message) ทำความเข้าใจกับความต้องการของกันและกัน เพิ่มความมั่นใจและเกิดทักษะการสื่อสารในครอบครัว เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Pharoah et al., 2010)

การเรียนรู้ปัญหา พัฒนابทบาทและเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย

เป็นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ และทำความเข้าใจแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาต่างๆ จากกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน จะทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เมื่อครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ 2554) เรียนรู้บทบาทและฝึก การพัฒนาบทบาท โดยการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (fostering a sense of being 'all-in-the-same boat') ได้เรียนรู้บทบาทของการเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวผ่านบทบาทของตัวละคร การพัฒนาบทบาทหรือการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่า

สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี (Solomon, 2000)

การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การ

สนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ และการเอื้อประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและแก้ไข ปัญหาต่างๆ ได้ดีมากขึ้น ส่งผลดีในการทำหน้าที่ของครอบครัว (House, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะนำมาซึ่งความสุขของชีวิตเกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ลดความตึงเครียดในชีวิตลงได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (Cohen and Will, 1985 อ้างถึงใน สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554)

การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกันและเตรียมการยุติกลุ่ม การ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในตนเองได้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่ม การได้แง่คิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกหลายๆ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลช่วยให้ผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น (Chien et. al., 2004; Chien et. al., 2005)

โดยสรุป จากการดำเนินการทดลองทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับดีพอสมควร เป็นระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.75 รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแก้ปัญหา ด้านบทบาท ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป และด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70, 3.68, 3.65, 3.61, 3.53, 3.23 ตามลำดับ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มีระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ในครอบครัวสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบ Mutual support group for family intervention ของ Chien, Norman & Thompson (2004) ซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวในรูปแบบกลุ่มจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย 3) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและ ครอบครัว 4) การเรียนรู้ปัญหา พัฒนาบทบาทและเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย 5) การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และ 6) การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม ส่งผลให้ระดับ การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวสูงขึ้น ดังเหตุผลที่อธิบายไว้ในสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ถึงแม้ว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จะแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อพิจารณาตามระดับ การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า อยู่ในระดับดี พอสมควรเท่าเดิม และเมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่า ระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค จิตเภท แผนการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวระหว่างการอยู่โรงพยาบาล การ สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำและ ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน หรือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท อาการ การบำบัดรักษา และเข้าใจอาการของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบในการให้คำแนะนำที่ชัดเจน อาจทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ

หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่ง ผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ของครอบครัวเหมือนในกลุ่มทดลอง ทำให้การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมากนัก

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมของผู้ดูแล ในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว มี ระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแล ในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลให้กลุ่มทดลองมี ระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ไปใช้ในการ เพิ่มประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไปใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครอบครัวบำบัด เป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดย การติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ของครอบครัวระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ไปถึงในชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเป็นการ ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ และเป็นการ กระตุ้นให้ ครอบครัวของ ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปีหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละครอบครัว

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา นันทไพบุลย์. (2553). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 24(2): 26-38.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา** 4(3): 167-178.
- จันทร์หา ถิระสมบุญ. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 8(1): 49-58.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารการพยาบาลศาสตร์** 7(3): 147-154.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** 14(2): 30-39.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูลีพร ชูวงศ์. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 21(2): 46-58.
- ดารา การะเกสร. (2545). ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทานตะวัน แย้มบุญเรือง. (2540). **ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา นุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยชำนาญ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณี พึ่งเกศสุนทร. (2553). **ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชนาท ชัยเจริญ. (2552). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรธณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินัชชาวล. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมของคู่สมรสไทยในเรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัว**. กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขภาพจิต.
- พริยาภรณ์ เชื้อหอม. (2548). **พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). **หลักการ แนวคิด และรูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต**

เวชชุมชน. เอกสารประกอบการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูงในชุมชน. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภรดี ไชยสิน. (2545). **การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท:กรณีศึกษา**

โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของ**

ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มนตรี อมรพิเชษฐ และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย**

จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2.**

กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของ**

ผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี**

พยาบาลสาร 1: 84-94.

รัชนีกร อูปลเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.**

วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1.**

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. (2545). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัว
ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์
 ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.
 วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิระวรรณ อุปมาณ. (2538). การทำหน้าที่ครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า
และไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์,
 บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวทีนี สุขมาก และคณะ. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตของญาติ.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 46(2): 107-116.
- ศิริยุพา นันสุนานนท์. (2544). โรคจิตเภท. **วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 15(2):**
 139-155.
- สกาเวื่อน กลิ่นน้อย. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม
 การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว .** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- สกาวรรตน์ ภูผา. (2543). **ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแล
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศิริราช
 พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). **ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์
- สมส่วน สำราญพันธ์. (2547). **การศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.**
(ออนไลน์). แหล่งที่มา: [http://www. Klb.dmh.go.th/modules](http://www.Klb.dmh.go.th/modules) (28 พฤศจิกายน 2555)
- สุภาพจิตกรม, กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการ
วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ภาคผนวก)**. นนทบุรี: ดิจิตอลเว็ลด์ ก็อปปี.
- สุภาพจิตกรม, กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช 8 โรค.**(ออนไลน์).
แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp>. (September
23, 2011).
- สุพัตรา สุภาพ. (2536). **สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี**.
กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท
ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรณา มงคล. (2550). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวต่อการทำหน้าที่
ของครอบครัวที่มีสามีติดสุรา.** วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). **ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถใน
การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรถวรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- อรรถวรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถวรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคม สำหรับโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- อรรถนพ ทองคำ. (2546). **การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ กลับเป็นซ้ำ**. การค้นคว้าอิสระปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Adamac, C. (1996). **How to live with mentally ill person**. New York: John Wiley and Sons.
- Addington J., McCleery and Addington D., (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1): 107-116.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision (4th ed.)** Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. and Reiss, D.J., (1980). Family treatment of adult schizophrenia patient: Psychoeducation approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3): 490-505.

- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing**, 27: 31-35.
- Chan, S. (2011). Global perspective of burden of family caregivers of persons with schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing**, 25(5): 339-349.
- Cheng, L.Y. and Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. **Western Journal of Nursing Research**, 27(5): 583-599.
- Chien, W.T., Chan, S., Morrissey, J. and Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing**, 51(6): 595-608.
- Chien, W.T., Chan, S. W. C. and Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. [Article]. **Journal of Clinical Nursing**, 16(6): 1151-1161.
- Chien, W.T., Chan, S. and Thompson, D. (2006). Effects of mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia: 18-Month follow-up. **British Journal of Psychiatry**, 189: 41-49.
- Chien, W.T. and Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support group for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. **International Journal of nursing studies**, 46: 1604-1623.
- Chien, W.T., Norman, I. and Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patient with schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies**, 41: 637-649.
- Chou, K.R., Lamontagne, L.L., and Hepworth, J.T. (1999). Burden experienced by caregivers with dementia in Taiwan. **Nursing Research**, 48: 206-214.

- Clinton, M. and Nelson, S. (1998). **Advanced Practice in Mental Health Nursing**. London: Blackwell Science L.th.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. and Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric**, 64: 435-477.
- Dixon, L., Adams, C. and Lucksted, A. (2000). Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 26(1): 5-19.
- Dixon, L.B. and Lehman, A.F. (1995). Family Interventions for Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 21(4): 631-643.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. **Archives of Psychiatric Nursing**, 16(1): 39-46.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing**, 9(2): 77-84.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S., and Baldwin, L.M. (1984). **The McMaster Model of Functioning** (Online). Available from: <http://www.EPSTEIN.htm.com>. (January 3, 2003)
- Falloon, I.R.H. et al. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Glanville, N.D., and Dixon, L. (2005). Caregiver burden family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. **Israel Journal of Psychiatric and Related Sciences**, 42(4): 15-22.
- Geenberg et al. (1993). **The effects of subjective burden on maternal health**. Family Relations.
- Gutierrez-Maldonado, J. and Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. **Quality of Life Research**, 16: 739-747.

- Hall, M. J. and Docherty, N. M. (2000). **Parent coping styles and schizophrenia patient behavior as predictors of Expressed Emotion.** *Family Process*.
- Hanzawa, S., et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. ***Psychiatry and Clinical Neurosciences***, 64(4): 377-386.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenia: A test of a resource deterioration model. ***Community Mental Health Journal***, 33: 387-398.
- Horowitz, A.V. and Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illness. ***Journal of Health and Social Behavior***, 36(6): 138-150.
- Ip, G. S. H. and Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Care in Hong Kong. ***Archives Psychiatric Nursing***, 12(5): 288-294.
- Johannes, J. et al. (2003). Subjective Burden Over 12 Months in Parent of Patient With Schizophrenia. ***Archives of Psychiatric Nursing***, 17(3):126-143.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1998). **Kaplan and Sadock' synopsis of psychiatric** (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (2000) **Kaplan and Sadock' synopsis of psychiatric** (9th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- King, S., and Dixon, J.M. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. ***Schizophrenia Bulletin***, 25(2): 377-386.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. ***Journal of Family Therapy***, 28(1): 73-80.
- Lakethong, P. (2005). **Effect of family counseling on family functioning in families of adolescent methamphetamine abuse.** The degree of master of nursing science (Psychiatric and mental health nursing) Faculty of graduate studies, Mahidol University.

- Lataster, T. et al., (2010). Evidence for a familial correlation between increased reactivity to stress and positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5): 395-404.
- Lim, Y.M. and Ahn, Y.H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2): 110-117.
- Martyn-Yellowe, I.S. (1992). The burden of Schizophrenia on the family: a study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 161: 779-782.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., et al. (1995). Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*. 52: 679-687.
- Montero, I. et al. (2001). Two Strategies for Family Intervention in Schizophrenia: A Randomized Trial in a Mediterranean Environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4): 661-670.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E. and Borgatta, E. F. (1985). **Measurement and analysis of burden**. *Research on Aging*,
- Muela, J.A., and Godoy, J.F. (2002). Family intervention programme in schizophrenia: two-year follow up of the Andalusia study. *Psychology in Spain*, 6(1): 56-60.
- Murphy, N. (2007). Development of family interventions: 9 – month pilot study. *British Journal of Nursing*, 16(15): 948-952.
- Norton, N., Williams, H.Y., and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(March 2006): 158-164.
- Parker, B. A. (1993). Living with Mental Illness: The Family as Caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(3): 19-21.
- Perkin, D.O. (2002). Predictors of Noncompliance in Patient with Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1127.

- Pharoah F, M. J., Rathbone, J. and Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. **The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010** (9).
- Phillip W. L. (2001). Basic Facts About Schizophrenia (Online). Available from: <http://www.mentalhealth.com>. (December 20, 2000)
- Pitschel-Walz, G. et al. (2001). The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia- a meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin**, 27: 73-92.
- Ran, M.S. et al. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol**, 38: 69-75.
- Raune, D., Kuipers, E. and Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. **The British Journal of Psychiatry**, 184(4): 321-326.
- Robinson, K. (1994). The relationships between social skills social support self-esteem and burden in adult caregivers. **Journal of Advanced Nursing**, 15: 788-795.
- Sadock, J.B., and Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J.B., and Sadock, A.V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J.B., and Sadock, A.V. (2007). **Concise Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sethabouppha, H. and Kane, C. (2005). Caring for the seriously mentally ill in Thailand; Buddhist family caregiving. **Archives Psychiatric Nursing**, 19(2): 44-57.

- Solomon, P. (2000). Interventions for Families of Individuals with Schizophrenia: Maximising Outcomes for their Relatives. **Disease Management and Health Outcomes**, 8(4).
- Sullivan, G. et al. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case control study of serious mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry**, 152(12): 1749-1756.
- Sun, Y.K.S. and Cheung, S.K. (1997). Family Functioning, Social Support to families, and symptom remittance of Schizophrenia. **Hong Kong Journal of Psychiatry**, 7(2): 19-25.
- Sung-Man B. et al. (2010). Predictive Factors of social functioning in patients with schizophrenia. **Psychiatry Investig**, 7: 93-101.
- Trangkasombat, U. (2006). Family Functioning in the Family of Psychiatric Patients: A Comparison with Nonclinical Families. **Journal Medicine Association Thai**, 89(11): 1946-1953.
- Varghese, M. et al. (2002). **Family intervention and support in schizophrenia: A manual on family intervention for the mental health professional**. Bangalore: WHO/NIMHANS.
- World Health Organization. (2006). **Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas**. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems** (Online). 10th Revision Version. Available from: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/10online/> (April 9, 2009)
- World Health Organization. (2010). **Schizophrenia** (Online). Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/. (10 January 2010)
- Wuerker, A.K., Haas, G.L., and Bellack, A.S. (2001). Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia : Change Over Time. **Schizophrenia Bulletin**, 27(4): 671-685

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1. แพทย์หญิงนฤมล จินตพัฒน์นากิจ	นายแพทย์ชำนาญการ/โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางนุชนาท ชัยเจริญ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช/โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. นางณัฐกานต์ ใจบุญ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช/โรงพยาบาลศรีธัญญา
4. อาจารย์ ดร. จันทวรรณ วงศ์อารีย์สวัสดิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช
5. นางสาวิณี ไต่ะทอง	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ช่วยวิจัย

รายนามผู้ช่วยผู้วิจัย

1. นางสาวกัญญาวรรณ ระเบียบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/โรงพยาบาลศรีรัษฎา
2. นางสาวปติตตา เชื้อทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/โรงพยาบาลศรีรัษฎา
3. นางอารียา เตชไพสิฐวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/โรงพยาบาลศรีรัษฎา

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คู่มือ

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท



จัดทำโดย

นางสาวดารานี วันวา

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย

การดำเนินโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างความพร้อมให้สมาชิกกลุ่มเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
4. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. มีความเชื่อใจและไว้วางใจกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กล่าวแสดงออก เปิดเผยตนเอง มากขึ้น
2. บอกถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย
3. บอกถึงลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ลักษณะบทบาทที่พบในครอบครัว
3. ใบความรู้ที่ 1/1 โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 1/2 บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส อบอุ่น จริงใจและเปิดเผย แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้ผู้ดูแลและสมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. สร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้ใจกัน กำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยชี้แจงให้สมาชิกทราบ ความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ผู้ดูแลจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม ตามใบความรู้ที่ 1/1
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนิน โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
5. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว บทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกตลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว และให้ตัวแทนสมาชิกรายเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว
7. ผู้วิจัยบรรยายสรุปเรื่อง ลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว บทบาทการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความเข้าใจ ตามใบความรู้ที่ 1/2
8. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ ทำให้สามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการแสดงบทบาทสมมติ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 2 สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทราบและตระหนักรู้ ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และทราบถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ฝึกทักษะวิธีผ่อนคลายความเครียด ด้วยความเข้าใจ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยท่าทางเป็นมิตร

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรม สมาชิกกลุ่มสามารถ

1. บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ด้านลบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
2. บอกปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ได้
3. อธิบายถึงการเกิดความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. เทปเพลงคลายเครียด
2. คู่มือคลายเครียด และเอกสารแผ่นพับ เรื่อง “กอดจุดนัดคลายเครียดด้วยตนเอง”
3. ใบงานที่ 2/1 การแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
5. ใบงานที่ 2/3 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 2/1 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความเครียด
8. ใบความรู้ที่ 2/3 การจัดการและการผ่อนคลายความเครียด
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยและประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึก
3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 2/1 และ 2/2

5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิก เขียนประสบการณ์ความเครียด ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามใบงานที่ 2/3

6. ให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว

7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า

8. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 2/2 การจัดการและวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามใบความรู้ที่ 2/3

9. ผู้วิจัยสอนเทคนิคในการคลายเครียดให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 2/3 และให้ดู VDO การนวดกดจุดและการหายใจ และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ขณะฝึกปฏิบัติผู้วิจัยเปิดเพลงเบาๆ เพื่อให้สมาชิกได้ผ่อนคลาย

10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการฝึกเทคนิคการคลายเครียด และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้และเข้าใจเรื่องการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจและเกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว และบอกความต้องการนั้นโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบได้
2. บอกถึงความต้องการของตนเองผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3 ทักษะการสื่อสารในครอบครัว
2. ใบความรู้ที่ 3 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและการสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เคยทำผ่านมา และแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ตามประเด็นต่างๆที่กำหนดในใบงานที่ 3

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 3

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารในครอบครัว ทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด โดยฝึก “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ตามประเด็นต่างๆที่กำหนดในใบงานที่ 3 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมมือในการฝึกทักษะการสื่อสารตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ปัญหา พัฒนابทบาท และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องวิธีการจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากจบกิจกรรม ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้
2. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
4. บอกถึงบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้เหมาะสม
5. เข้าใจบทบาทและแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 4/2 การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วย
3. ใบความรู้ที่ 4/1 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหา
4. ใบความรู้ที่ 4/2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการปัญหา
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวพูดคุยถึง ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เคยทำผ่านมา ตามใบงานที่ 4/1
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันระดมสมองหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามันเรื่องต่างๆ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมาที่เคยใช้แล้วได้ผล

3. ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ความรู้เรื่องการเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ตามใบความรู้ที่ 4/1
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการปัญหา ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกการพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานที่ 4/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงบทบาทนั้น
6. ให้สมาชิกกลุ่มสรุปทักษะและสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้
7. นัดหมายวัน และ เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5

1. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้

2. สมาชิกกลุ่มได้รู้จักกันมากขึ้น และเกิดเครือข่ายในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5 ระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
2. ใบความรู้ที่ 5 ระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ โดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การประคับประคองจากสมาชิกในกลุ่ม

2. ให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ และให้สมาชิกทำใบงานที่ 5

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5

4. ให้สมาชิกร่วมกันทบทวนแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนความรู้ ทักษะต่างๆ และประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. เพื่อประเมินผลภาพรวมของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อยุติการดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย และสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ
2. สมาชิกกลุ่มบอกถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
3. สมาชิกสามารถให้ข้อเสนอแนะ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6 การทบทวนกิจกรรม โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
2. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและ ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยตามใบงานที่ 6
 2. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งยุติโครงการ
 3. นัดหมายวันเวลา เพื่อทำการประเมินผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
- การประเมินผล** ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 20 - 29 ปี 30 - 39 ปี
 40 - 49 ปี 50 - 59 ปี
 60 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส โสด คู่
 หย่า แยกกันอยู่
 หม้าย
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ปวช. / อนุปริญญา
 ประถมศึกษา ปวส. / ปริญญาตรี
 มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ ว่างาน รับจ้าง / ลูกจ้าง
 ค้าขาย / ธุรกิจ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 ไม่เพียงพอกับรายจ่าย เป็นหนี้
 ไม่มีรายได้ อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

 บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร อื่นๆ ระบุ.....

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

 0 - 5 ปี 6 - 10 ปี 11 - 15 ปี 15 - 20 ปี 21 ปีขึ้นไป

9. มีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย

 มี ระบุจำนวน คน ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory: CFI

ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้ 2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่ 3. เมื่อคุณขอให้สมาชิกในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่ 4. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว 5. 6..... 7..... 34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้ 35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก 36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ สอบถามเกี่ยวกับชนิด และความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ สิ่งของ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าคุณสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2. มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ					
3. ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน					
5.					
6.....					
.....					
18. ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์					
19. ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษา เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์					

ภาคผนวก ง

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ผลการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดารานี วันวา

ที่อยู่ติดต่อ 47 ม. 4 ถ.ติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี โทรศัพท์ 081-2494940

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้
อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย** จากผู้วิจัย
จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ** เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการทำหน้าที่ของ
ครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน
ครอบครัว จำนวน 6 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว** ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้ง**
เหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 ม. 4 ถ.ติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์
0-2528-7800

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ป่วย)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ดูแลหลัก)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ดูแลรอง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....
ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....
พยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Patient/ Participant Informed Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวดารานี วันวา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 ม.4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี (ที่บ้าน) 211/200 หมู่บ้านพฤกษาวิลล์ 35 ซ.วัดสังฆทาน ถ.นครินทร์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5287800 ต่อ 57418 โทรศัพท์มือถือ 081-2494940

วันที่ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

เป็นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วย ใน โรงพยาบาล ศรีธัญญา ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเอง มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

สถานที่ในการทำโครงการวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 24 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัว

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ครอบครัว 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 2 กิจกรรมๆละ 45-60 นาที โดยมีเวลาพักระหว่างจบกิจกรรม โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้นการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์

ความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยมีอะไรบ้าง

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลอันตรายต่อผู้ถูกวิจัย แต่อาจต้องเสียเวลาในการดำเนินกิจกรรมจนครบ 3 สัปดาห์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ท่านจะได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้วยกัน สามารถรับรู้เข้าใจปัญหาและจัดการกับปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แสดงบทบาทได้เหมาะสม ช่วยให้ การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปอย่างดี ลดการเกิดอาการกำเริบ และมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจาก เป็นการ ขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เท่านั้น ซึ่งท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ ระหว่างดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจะจัดเลี้ยงอาหารว่างและเครื่องดื่ม และมีอาหารกลางวันให้หลังจบกิจกรรม และท่านจะได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หากท่านมีเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การรับการรักษา ของท่าน หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ ตลอดระยะเวลาการวิจัย

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ 47 ม. 4
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5287800 ต่อ 57243-4

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

.....
ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ
.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ป่วย)	ลายมือชื่อ
.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ดูแลหลัก)	ลายมือชื่อ
.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ผู้ดูแลรอง)	ลายมือชื่อ
.....
พยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ

ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๒/๒๕/๒๕๕๕



โรงพยาบาลศิริราช กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

ชื่อโครงการ	:	ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
รหัสโครงการ	:	Q 14/2555
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	:	นางสาวดารานี วันวา / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำวิจัย	:	โรงพยาบาลศิริราช
เอกสารที่รับรอง	:	<ol style="list-style-type: none"> ๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๕๕ ๒. โครงร่างการวิจัย ๓. แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	:	วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๕
วันหมดอายุ	:	วันที่ ๔ กันยายน ๒๕๕๖
<p>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศิริราช ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)</p>		
ลงนาม	วันที่.....๕.....กันยายน ๒๕๕๕
	(นางอรรรณ ศิลปกิจ)	
	ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	
	โรงพยาบาลศิริราช	
ลงนาม	วันที่.....๗.....กันยายน ๒๕๕๕
	(นายศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล)	
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช	

ภาคผนวก จ

แสดงการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

แสดงการทำหน้าที่ของครอบครัวจำแนกเป็นรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 10 การกำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่าง จาก Power Analysis of Sample Size (รัตนศิริ ทาโต, 2551) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 โดยได้นำผลการศึกษาของ Chien, Norman & Thompson (2004) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Two-Sample T-Tests Power Analysis

Page 1

Time/Date 16:45:12 13-08-2012

Numeric Results for Two-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean1=Mean2 Alternative Hypothesis: Mean1<>Mean2

The sigmas were assumed to be known and equal. The N's were forced to be equal.

Power	N1	N2	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	Sigma1	Sigma2
0.84171	9	9	0.01000	0.15829	13.35	19.91	3.89	3.89
0.83171	6	6	0.05000	0.16829	13.35	19.91	3.89	3.89
0.84651	5	5	0.10000	0.15349	13.35	19.91	3.89	3.89

จากตารางที่ 10 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ ร้อยละ 83.71 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 9 ครอบครัวยังไงก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 ครอบครัวยังไงก็ตาม เพื่อให้ข้อมูลมีขนาดเพียงพอในการคำนวณทางสถิติ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัย โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ครอบครัวยังไงก็ตาม และกลุ่มควบคุม 12 ครอบครัวยังไงก็ตาม

ตารางที่ 11 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุของผู้ดูแล (ปี)	ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วย (ปี)	อายุของผู้ดูแล (ปี)	ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วย (ปี)
1	35	3	33	2
2	38	3	38	3
3	43	4	45	3
4	45	4	44	4
5	56	8	55	7
6	57	6	56	7
7	55	11	57	8
8	65	13	65	12
9	68	13	66	14
10	69	16	68	18
11	73	20	72	19
12	75	25	74	21

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกเป็นรายบุคคล

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	2.91	3.55	0.64	2.27	2.66	0.39
2	2.25	3.38	1.13	2.97	3.05	0.08
3	2.94	3.63	0.69	2.86	3.00	0.14
4	3.00	3.69	0.69	2.33	2.58	0.25
5	1.94	3.61	1.67	2.69	2.69	-
6	2.22	3.38	1.16	3.05	3.08	0.03
7	2.42	3.61	1.19	3.25	3.36	0.11
8	2.39	3.66	1.27	2.72	2.58	-0.14
9	2.83	3.80	0.97	2.61	2.55	-0.06
10	2.89	3.75	0.86	2.50	2.97	0.47
11	2.58	3.61	1.03	3.00	3.02	0.02
12	2.36	3.47	1.11	2.88	3.02	0.14
\bar{X}	2.56	3.60	1.04	2.76	2.88	0.12
SD	0.35	0.13	0.22	0.30	0.26	0.04
ระดับ	ดีพอสมควร	ดีมาก	เพิ่มขึ้น	ดีพอสมควร	ดีพอสมควร	เท่าเดิม

จากตารางที่ 12 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยรวมของผู้ดูแล ในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ทั้งของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับดีพอสมควรเท่ากัน หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว สูงขึ้นเป็นระดับดีมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มี ค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม

ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ

- แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
- แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.904	36

	Scale Mean if Items Deleted	Scale Variance if Items Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Items Deleted
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 1	92.8333	142.6954	.8285	.8950
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 2	93.5667	153.0816	.5582	.9008
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 3	92.7333	170.1333	.3886	.9145
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 4	92.5667	152.3920	.6006	.9002
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 5	92.6667	155.9540	.3375	.9039
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 6	92.9667	160.7920	.1289	.9060
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 7	92.7000	149.4586	.7960	.8976
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 8	92.8000	144.8552	.7619	.8965
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 9	93.3333	156.7126	.3987	.9030
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 10	92.3333	146.5057	.6494	.8986
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 11	92.7333	161.3747	.0636	.9074
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 12	92.4667	144.5333	.6908	.8976
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 13	92.7000	147.4586	.5174	.9016
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 14	92.3000	152.5621	.6569	.8998
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 15	93.4667	153.2920	.5929	.9005
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 16	92.7667	159.2195	.2094	.9053
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 17	91.4667	158.7402	.4660	.9032
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 18	92.8667	162.6023	-.0085	.9084
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 19	92.2333	158.5989	.2329	.9051
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 20	92.4000	149.6966	.7003	.8985
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 21	92.0333	158.3782	.1607	.9076
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 22	92.4667	151.3609	.7215	.8989
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 23	93.1667	160.8333	.2020	.9050
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 24	92.7333	147.3057	.6243	.8991
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 25	92.8667	148.1885	.7985	.8971
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 26	92.9000	148.1621	.7516	.8975
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 27	93.2333	158.1161	.3269	.9038
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 28	92.8333	164.1437	-.1004	.9091

การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 29	92.6000	157.0759	.5004	.9024
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 30	93.4000	156.9379	.4376	.9027
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 31	92.6000	160.8000	.0936	.9071
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 32	92.3333	145.0575	.8152	.8958
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 33	91.7667	167.9782	-.2520	.9143
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 34	92.8000	148.0966	.7097	.8979
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 35	92.2000	151.0621	.6801	.8991
การทำหน้าที่ของครอบครัวข้อ 36	92.8333	154.6954	.6297	.9008

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.883	19

	Scale Mean if Items Deleted	Scale Variance if Items Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Items Deleted
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 1	74.2000	25.4069	.4197	.8803
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 2	73.9000	26.5759	.3058	.8828
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 3	73.3000	25.4586	.5846	.8751
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 4	73.5000	21.9828	.8830	.8600
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 5	74.1000	23.4724	.6639	.8708
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 6	74.2000	26.2345	.2655	.8860
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 7	74.9000	25.7483	.5111	.8772
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 8	74.3000	27.5276	.0775	.8889
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 9	75.2000	26.2345	.2655	.8860
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 10	73.3000	25.4586	.5846	.8751
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 11	74.1000	24.3000	.7843	.8682
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 12	73.3000	25.0448	.6910	.8721
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 13	73.3000	25.0448	.6910	.8721
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 14	73.8000	26.8552	.1970	.8867
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 15	74.3000	24.8379	.7449	.8705
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 16	74.0000	23.7931	.7357	.8682
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 17	74.7000	25.6655	.4180	.8800
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 18	74.0000	26.2759	.2579	.8862
การสนับสนุนทางสังคมข้อ 19	73.4000	25.0759	.5851	.8745

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดารานี วันวา เกิดวันที่ 4 มิถุนายน 2520 สถานที่เกิด จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน่าน ลำปาง จังหวัดลำปาง ปีการศึกษา 2541 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีการศึกษา 2552 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ประวัติการทำงาน รับราชการ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ ปี 2542 จนถึงปัจจุบัน ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่ตึกแรกรับหญิง 10 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ