

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยา  
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นายธงรบ เทียนสันต์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING AND PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON  
MEDICATION ADHERANCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS IN THE COMMUNITY



Mr. Thongrob Thiensan

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้  
สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ  
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นายธรรบ เทียนสันต์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จรงบ เทียนสันดี : ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING AND PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERANCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 142 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรม กับกลุ่มที่ให้การพยาบาลการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 4 เครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับได้เท่ากับ 0.89, 0.74 และ แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตร KR-21 ได้เท่ากับ 0.75 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1.ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5477166036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: FAMILY COUNSELING AND PSYCHOEDUCATION / MEDICAL ADHERANCE BEHAVIORS / SCHIZOPHRENIA PATIENTS

THONGROB THIENSAN: THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING AND PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERANCE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE COMMUNITY. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 142 pp.

The purposes of this study were : 1) to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community before and after their participation in family counseling and psychoeducation program, and 2) to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community who received routine nursing care. The Participants were 40 schizophrenic patients living in community, Public Health Service Department 4st, who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group with 20 subjects and control group with 20 subjects. Four instruments were tested for content validity by five experts. The instruments consisted of family counseling and psychoeducation program developed by the researcher. The reliability of Medication Adherence Scale and Family Relationship Scale were test for the Cronbach's alpha coefficient of the scales were 0.89, 0.74 and The Knowledge of daily practice schizophrenic patients were test for the KR-21 of the scale was 0.75, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follow:

1. Medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community after using family counseling and psychoeducation program were significantly higher than that before using program, at p .05 level.

2. Medication adherence behaviors of schizophrenic patients in the community who received family counseling and psychoeducation program were significantly higher than those of patients who participated in regular caring activities, at the p .05 level.

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงต่อม ยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้พร้อมให้คำแนะนำในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำชี้แนะ พร้อมทั้งเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการดำเนินการให้ตรงต่อเวลาที่วางแผนงานไว้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่าน และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมา และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ สำหรับนิสิต ในการทำวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จ

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก อาจารย์สา ริณี โตะทอง คุณกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม คุณยุพาภรณ์ มีหนองหว้า และคุณวรางคณา บุปผา ที่ กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ขอบพระคุณ คุณกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในการ ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งดูแลผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย รวมทั้ง ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกฟ้าใส งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามโคกทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์กับผู้วิจัยมา ณ โอกาสนี้

ขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทุกครอบครัว ที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน ให้ความ ร่วมมือในการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานตามลำดับ ขั้นตอนการวิจัยที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ซึ่งถือเป็นส่วน หนึ่งของความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่านโดยเฉพาะ คุณนที เชี่ยวสุวรรณ ที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนประสบผลสำเร็จ ตามที่ตั้งใจไว้

ขอบคุณมารดา คุณศรีจันทร์ วงษ์รอด และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่สนับสนุนให้ผู้วิจัย ได้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนสำเร็จ ในการดำเนินงานวิจัยด้วยดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ในตัวผู้วิจัยเสมอมา ครอบครัวจึงถือเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เชื่อมั่นในความคิดที่ ดี จนประสบความสำเร็จที่มุ่งหวังไว้

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	12
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท.....	19
3. แนวคิดครอบครัว.....	26
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	32
5. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	34
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากร.....	46
กลุ่มตัวอย่าง.....	47
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	47

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	48
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	49
ขั้นการดำเนินการทดลอง .....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	72
สรุปผลการวิจัย .....	77
ข้อเสนอแนะ .....	87
รายการอ้างอิง .....	89
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	98
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	100
ภาคผนวก ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูล .....	116
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	132
ภาคผนวก จ หนังสือคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) .....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	142



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภท .....	66
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ของสมาชิกในครอบครัว .....	68
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	70
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	71
ตารางที่ 5	ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวในระหว่างได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	117
ตารางที่ 6	จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศและอายุของผู้ป่วยจิตเภท.....	118
ตารางที่ 7	คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจำแนกตามกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง .....	119
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นรายข้อ ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามก่อนและหลังการให้โปรแกรม .....	120
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ...	121
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นรายข้อ ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามก่อนและหลังการให้โปรแกรม .....	122
ตารางที่ 11	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นรายข้อ ในกลุ่มควบคุม จำแนกตามก่อนและหลัง.....	124

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 45



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทมีความสูญเสียความสามารถในเรื่องของการทำหน้าที่ การดำเนินชีวิต และบุคลิกภาพสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (Norton, Williams and Owen, 2006) ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Sullivan et al, 1995) สถิติในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าร้อยละ 26 หยุดรับประทานยาในระหว่างปีแรกของการรักษา และร้อยละ 30 หยุดรับประทานยาในระหว่างที่มีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งแรก อันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Gillmer et al, 2004) ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทรุนแรงขึ้น (O' Donnell et al., 2003) อีกทั้งยังพบสถิติการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20-59 ปี ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 2,001 ราย จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 29,204 รายและเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี เนื่องด้วยปัญหาหลักการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

ในปัจจุบันการปฏิรูประบบสุขภาพเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นลง เฉลี่ย 2 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2553) อีกทั้งปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้นโดยพยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัวรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ์ พึ่งเกษสุนทร, 2553) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Hou et al., 2008) เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (อรวรรณ ช้องต้อ, 2550) รวมทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (แววดาว วงศ์สุรประกิจ, 2549) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญต่ออาการกำเริบของโรคอย่างมากผู้ป่วยที่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษาดี และมีประสิทธิภาพ (Haynes et al., 2005) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และผู้ดูแลในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถ

ดำเนินชีวิตอยู่ได้ขณะที่มีอาการกำเริบหรืออยู่ในระยะฟื้นฟู (Loukissa, 1995) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า ครอบครัวในสังคมไทยเป็นสถาบันที่สำคัญในการช่วยเหลือเกื้อกูลในสังคม ถือเป็นหน่วยทางสังคมที่มีความผูกพันกันด้วยความรักความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นที่พึ่งกันทั้งทางวัตถุและจิตใจ ช่วยทำให้คนในครอบครัวมีความอบอุ่นและมีความมั่นคงในชีวิต เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเดือดร้อนหรือเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือคู่สมรส จำเป็นต้องเข้ามาช่วยเหลือดูแลเท่าที่จะทำได้ (จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุขคนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื้อเลื่อม และดุชนิ ดามี, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) เช่นเดียวกับความรู้สึกรบกวนต่ออาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา (Marder, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumer and Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในกลุ่มของผู้ป่วย คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ โดยอาการข้างเคียงที่พบ คือ กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มือสั่น ตัวแข็ง เป็นต้น ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะทนต่ออาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นไม่ไหว (วันชัย กิจจรุณชัย, 2548) ปัญหาอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มือสั่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา เกิดการแยกตัว จนเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (นภาพรณ พึ่งเทศสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) รวมทั้งทัศนคติของครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีอาการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

ปัจจุบันสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคบ่อยๆ จากการที่มีการใช้อารมณ์ต่อการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีที่ทำไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสภาพเดิม หรือการที่สังคมบีบคั้นทำให้มีการป่วยซ้ำมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) เมื่อมีการป่วยซ้ำทำให้ครอบครัวมีทัศนคติและสัมพันธภาพที่ไม่ดีจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช (นรวีร์ พุ่มจันทร์, 2548) อีกทั้งการที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม รวมทั้งการรับรู้ถึงอาการทางจิตมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ จึงไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Adams and Scott, 2000) และปฏิเสธการรักษาทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Marder, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชนไม่ยอมช่วยเหลือตนเองจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมเสื่อมลงมาก (Laidlaw et al., 2002) เช่นเดียวกับสมภพ เรื่องตระกูล (2554) ความสัมพันธ์กับอาการป่วยซ้ำคือ การมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและผู้ป่วย เช่น ทำที่ไม่เป็นมิตร การวิจารณ์ และเข้ามายุ่งเกี่ยวทางอารมณ์มากเกินไป ซึ่งการรักษาโดยครอบครัวบำบัดให้ผลดีกับ

ผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) (สมรภัท ชูวานิชวงศ์, 2549)

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายหลักเพื่อลดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (NHS Center ,2000) ที่มีสาเหตุมาจากการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hegde, Rao and Raguram (2007) เรื่องการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) พบว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้นส่งผลให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ การศึกษาของ De Leo et al (2005) พบว่าการส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาและการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตนและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้องจะทำให้ครอบครัวมีกำลังใจและความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการบำบัดทางจิตใจผสมผสานกับการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ จะเพิ่มทักษะในการเผชิญภาวะโรค กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สามารถวางแผนแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2551) การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) คือ กลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช้ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนเชิงปฏิบัติการที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบ โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ (emotional aspects) เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับอาการป่วยนั้นได้ (พิเชษฐ อุตมรัตน์, 2552) ดังนั้นการให้ความรู้ครอบครัว และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยส่งเสริมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การศึกษาของ Pitscel-Walz et al. (2006) พบว่าการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน เพราะครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (Addington J., McCleery and Addington D., 2005) กล่าวได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการสนับสนุนทางสังคมและไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน (Lim and Ahn, 2003)

จากการศึกษาของ Hegde, Rao and Raguram (2007) พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ

สังเกตอาการทางจิต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวอีกทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาจะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สมลักษณ์ เขียวสวด, 2550)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องการดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท การพัฒนาศักยภาพของระบบโครงสร้างครอบครัว ให้สามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆในครอบครัวอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวที่ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทไม่ดี ด้วยการพัฒนาสัมพันธภาพของระบบโครงสร้างของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดูแลเอาใจใส่กันและกันด้วยสัมพันธภาพที่ดี ดูแลเอาใจใส่กันและกันในการดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา ในการดูแลรักษาโรคจิตเภทที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว ทั้งการดูแลด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสมจะสามารถดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่ไม่มีกฎระเบียบที่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผน ความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาด

ประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และการนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น โดยแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การประคับประคองใจ และการให้การปรึกษาด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Abramowitz and Coursey, 1980) โดยเฉพาะการให้คำปรึกษากลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดีขึ้น (สาริณี ไต่ะทอง, 2548) อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านยายังสามารถลดอัตราการกลับกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท ซึ่งเกิดจากการให้คำปรึกษาครอบครัวและการได้รับการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาจากครอบครัว Razali and Yahya (1995) ร่วมกับ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนพบว่าสุขภาพจิตศึกษานอกจากจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิต และการรักษาแล้ว ยังทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและป้องกันการป่วยซ้ำ เห็นได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมนำมาผสมผสานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (Ran, Xiang and Chan, 2003) เพื่อให้โครงสร้างครอบครัวมีความชัดเจนในดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินโครงสร้างครอบครัว 2) การวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายแก้ไขปัญหาและการปรับโครงสร้างครอบครัว 3) การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา 4) การเสริมสร้างความรู้โรคจิตเภท และ 5) การเสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหาโรคจิตเภท ดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Minuchin (1974) ให้เกิดความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจและแสดงความจริงใจในการมาช่วยเหลือครอบครัว เพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างครอบครัวของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้วยความจริงใจ (Caring behavior) จะ

เกิดการยอมรับจากครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างดี จากนั้นผู้วิจัยประเมินโครงสร้างระบบครอบครัว ซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยประเมินความสัมพันธ์ของแต่ละระบบในครอบครัว เพื่อเข้าใจในบริบทของครอบครัวผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของผู้ป่วยและครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้วิจัยสามารถรับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาสัมพันธภาพของระบบต่างๆในครอบครัว ที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวต่อไป

**ขั้นตอนที่ 2** สสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยสนับสนุนให้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวหรือญาติ จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร, 2553) จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่จำเป็นต้องมีส่วนในการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว (รัชนิกร เกิดโชค, 2553) ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกันร่วมกันจัดการปัญหาโครงสร้างระบบครอบครัวที่เป็นต้นเหตุของพฤติกรรมการใช้ยานั้นๆ จนส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3** ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น การเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น ผู้วิจัยใช้เทคนิค Reframing ส่งเสริมให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหานั้น เกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหานั้นได้ดีที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง และปัญหาจากการใช้ยารักษาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ขั้นตอนที่ 4** การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยผู้วิจัยให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งประยุกต์พัฒนาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและ



ครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้วิจัยเน้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้องโดยคำนึงถึงปัญหา และบริบทปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของตนเอง Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา หลังจากได้รับความรู้ที่ผู้วิจัยให้แล้วทั้งเรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการดูแลรักษาเรื่องยา ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดความตระหนักว่าตนเองต้องปฏิบัติตามอะไรที่จะทำให้อาการดีขึ้น ให้ความตระหนักในการรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5** การพัฒนาทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ การรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้อาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้วิจัยจึงดำเนินการให้ความรู้และทักษะกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การจัดการกับข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ผู้วิจัยให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ในการจัดการเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Montgomery., 1985) จากเหตุผลดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัวขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม รวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัวอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขตของครอบครัว การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการผสมผสานรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้านในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบไปด้วย พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และ นครนายก ผู้วิจัยเจาะจงเลือก โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) โดยมีเป้าหมายคือการจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม การพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการให้คำปรึกษา (enactment) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมสานสัมพันธ์** ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อให้เกิดการยอมรับ ความไว้วางใจจากครอบครัวของผู้ป่วย และการประเมินโครงสร้างระบบครอบครัว เพื่อเข้าใจในความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ** ผู้วิจัยร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตของระบบครอบครัวผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ครอบครัวมีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกันส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา** ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง กระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้ดีที่สุด

**ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว** ผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

**ขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา** ผู้วิจัยพัฒนาทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมนุรุษภาพจิต ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาทางจิตอย่างถูกต้อง ซึ่งแสดงออกในลักษณะ 5 ด้าน คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดการใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิต หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมนุรุษภาพจิตได้ถูกต้อง

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามแนวทางการวินิจฉัยการจำแนกโรค ICD-10 (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision) (2006) ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และการรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางด้านร่างกายและสมอง โดยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้านด้วยยา ได้รับการติดตามนัดรักษาเป็นระยะ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับครอบครัวที่มีผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งเรื่องการรักษา และสุขภาพอนามัยทั่วไป

**ครอบครัว** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกันที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมครใจ ยินดีให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มที่ 2 มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี สมครใจ ยินดีให้ความร่วมมือและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย การซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การประเมินคัดกรองเฝ้าระวังภาวะกำเริบรุนแรงของโรคในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรคจิตเภท การรักษา โรคทางกายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การให้คำปรึกษาทั่วไป การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล และติดตามให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยนำไปสู่การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น และลดอาการป่วยซ้ำ
2. ได้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวิชาการ วารสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการ และการดำเนินโรค
  - 1.2 การรักษาโรคจิตเภท
  - 1.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. แนวคิดครอบครัว
  - 3.1 ความหมายของครอบครัว
  - 3.2 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว
  - 3.3 แนวคิดและหลักการให้คำปรึกษาครอบครัว
  - 3.4 บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัว
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
  - 4.2 แนวคิดและหลักการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.3 บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษา
5. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับแรก ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD 10 คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซวาร์ปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียด้านการรับรู้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการ และการดำเนินโรค

#### 1.1.1 ความหมาย

สมภพ เรืองตระกูล (2549) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด ความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่เป็นสาเหตุ และความผิดปกติเหล่านี้ต้องเป็นติดต่อกันต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้คำนิยามโรคจิตเภทตามการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) (1995) คืออาการที่มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ลดลง ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติทางการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม อาการทางลบแสดงออกในลักษณะของอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดเลย รวมทั้งการขาดความสนใจในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการทางบวกและทางลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

ICD-10 (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision) (2006) ได้ให้คำจำกัดความว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะ และเซวาร์ปัญญาดีอยู่ อาการแสดงทางจิตที่สำคัญได้แก่ การได้ยินเสียงสะท้อนในความคิด (thought echo) มีผู้อื่นนำความคิดมาใส่ให้หรือดึงความคิดของตนเองออกไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นรู้ว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) มีความผิดปกติด้านการรับรู้และหลงผิดว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมคนอื่นได้ (delusional perception and delusions of control) มีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือได้รับอิทธิพลจากคนอื่น (influence or passivity) หูว่าได้ยินเสียงคนอื่นวิจารณ์หรือพูดกันในเรื่องของตนเอง

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมา สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และการรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางด้านร่างกายและสมอง จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในเรื่องกิจกรรมทางด้านของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

### 1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan and Sandock (1998 ) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้แน่นอน แต่พบปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุด

#### 1.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

1) พันธุกรรม (Genetic factor) พบว่า ความผิดปกติของสารพันธุกรรม โดยเฉพาะยีน มีส่วนสัมพันธ์กับโรคจิตเภท พบการศึกษาอัตราการเกิดโรคจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากมักจะมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

2) ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor) ได้แก่ สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมองทำให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ Striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีน ทำให้เกิดอาการทางบวก (Kaplan and Sandock, 1998) และสมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) พบความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายชนิด ที่เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท เช่น Norepinephrine Serotonin และ Acetylcholine (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทางสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักพบว่า มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่ต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เป็นระยะ ทำให้การดำรงชีวิต ไม่สามารถคงสภาพเดิมได้ (downward drift hypothesis) หรือ การที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทเช่นกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) รวมทั้ง อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) อธิบายว่า ลักษณะการเลี้ยงดูของมารดาบางประการทำให้เด็กเติบโตขึ้นมาเป็นโรคจิตเภทได้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพของครอบครัวมีผลต่ออาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน โดยครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคบ่อยๆ มักพบบุคคลในครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือมีลักษณะจุกจิกกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional over involvement)

1.1.3 อาการทางคลินิก โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นระยะ โดยอาการในช่วงการกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการทางลบซึ่งมักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้ยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง อาการแสดงของโรคจิตเภทจึงแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

### 1.1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive Symptom) ได้แก่

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน  
 2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speed ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Presecutory delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดหลงผิดที่อยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่พบมากอีกชนิดคือ Auditory hallucination โดย Kaplan and Sadock (1998) กล่าวว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท เริ่มมีอาการทางบวกที่อันตราย มีความคิดที่หลงผิด คือ หลงผิดว่ามีคนจะมาบงการร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนพูดกล่าวถึงตนเอง ส่วนอาการประสาทหลอน ที่พบมากที่สุดคือ อาการหูแว่ว ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 โดยที่เนื้อหาในเสียงหูแว่วนั้น คือ เป็นคำพูดในลักษณะของการสบประมาทตนเอง

1.1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่วไปควรมีอาการเหล่านี้ได้แก่

- 1) อาการ Alogia คือ พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- 2) อาการ Affective flattening คือ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง น้อยมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา
- 3) อาการ Avolition apathy คือ ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจในเรื่องของการเรียนหรือการทำงาน ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวัน
- 4) อาการ Anhedonia asociality คือ เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่สนใจใคร ไม่สนใจในการคบหาสมาคมกับใคร หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

**1.1.4 การดำเนินโรค** ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามการเนิ่นโรค ออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ได้แก่

1.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ(Prodromal) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อย อาการส่วนใหญ่จะพบการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิมเริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง อาจหันไปสนใจเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา หรือไสยศาสตร์ บางคนมุ่งไปสนใจเรื่องบางอย่าง เช่น สละสมของต่างๆ ที่สนใจ จากที่ไม่เคยสนใจกิจกรรมในลักษณะเช่นนี้มาก่อน หากยังศึกษาอยู่อาจพบว่ามีผลการเรียนต่ำลง ครูผู้สอนอาจพบว่าเด็กเหม่อลอยไม่สนใจเรียน รวมทั้งมีความคิด คำพูด หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปแต่อาจไม่ชัดเจนนัก ความสนใจในตนเองลดลง เช่น ไม่สนใจในความสะอาดร่างกายของตนเอง มีการใช้ถ้อยคำหรือสำนวนที่ผิดแปลกไป ในระยะดังกล่าวนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือนจนถึงเป็นปี ในผู้ป่วยบางรายระยะนี้อาจเห็นไม่ชัดเจนนัก เมื่อมีเรื่องที่เกิดตันจิตใจจึงมักเกิดอาการรุนแรงขึ้นทันที



1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาจมีอาการมากขึ้นเป็นลำดับจนถึงขั้นอาการกำเริบในที่สุด ส่วนใหญ่อาการกำเริบพบว่าผู้ป่วยมักเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ในระยะนี้ความผิดปกติจะสังเกตเห็นได้ชัด พบว่าคนที่เป็โรจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อยๆ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusions) คือ อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมึเหตุผลใดมาหักล้าง ผู้ป่วยจะไม่ยอมเปลี่ยน

2) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือ การมีการรับรู้ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งๆที่ความเป็นจริงแล้วไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งมักมีทั้งในรูปแบบ รูป รส กลิ่น เสียง และการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ หูแว่ว (เสียงแว่ว) ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวซึ่งในขณะที่ได้ยินนั้น ตนเองก็จะรู้ตัวเองอยู่ตลอดเวลา ลักษณะที่พบบ่อยคือหูแว่วเสียงคนคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่พบรองลงมา คือ ภาพหลอน อาจเป็นคนที่เกลียดชัง เห็นเจ้าพ่อหรือเจ้าแม่ศักดิ์สิทธิ์ ส่วนใหญ่จะเห็นรายละเอียดชัดเจน

3) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวันติดๆกัน กลางคืนไม่ชอบนอน ชอบเดินไปมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งจะตะโกนโวยวาย หรือ หัวเราะขึ้นมา แต่งตัวแปลกๆ ผู้ป่วยบางรายควบคุมตนเองไม่ได้จึงกลายเป็นคนที่หงุดหงิดง่ายมากขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อญาติขัดใจ หรือเข้าไปห้ามการทำกิจกรรมบางอย่างของตน

4) อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะ เฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น อาการหัวเราะอยู่คนเดียวทั้งๆที่ไม่มีเรื่องราวที่ที่จะทำให้หัวเราะอารมณ์เศร้าก็มักพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรจิตเภทดีขึ้น

1.1.4.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) หรือระยะอาการคงที่ (Stable phase) ระยะนี้เป็นระยะอาการต่างๆ เริ่มมีอาการคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้แสดงเป็นอาการทางชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นบางครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโซคลางอาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

## 1.2 การรักษาโรจิตเภท

โรจิตเภท เป็นโรคที่มีปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาส่วนใหญ่จึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาอาการ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้มาหาจิตแพทย์เอง แต่มักถูกพามารักษาโดยญาติหรือบุคคลอื่น อาจพบบ้างส่วนน้อยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเองตั้งแต่เริ่มต้น การชักประวัติส่วนใหญ่จึงมักได้มาจากญาติ ผู้ป่วยโดยที่ข้อมูลจากผู้ป่วยเองอาจเชื่อถือไม่ได้มากนัก หรือบางครั้งเรื่องที่เล่าอาจเป็นอาการหลงผิด ผู้ป่วยเอง ผู้รักษาจำเป็นต้องวินิจฉัยให้เร็วและวางแผนรักษาทันที หากการวินิจฉัยยังไม่แน่นอน ก็ต้องประเมินความเสี่ยงในการที่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือกับผู้อื่น ปัญหาแรกที่ต้อง

ตัดสินใจ คือการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ หากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่ร่วมมือในการรักษาและมีความเสี่ยงในการที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นก็จำเป็นต้องพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจนั้น ควรมีญาติของผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอม ถ้าไม่มีญาติก็ควรมีเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการส่งตัวมาเป็นลายลักษณ์อักษร การรักษาผู้ป่วยจิตเภทอาจแบ่งได้ ดังนี้

1.2.1 Biological treatments การรักษาในกลุ่มนี้ ได้แก่การรักษาด้วยวิธีการใดๆ ที่กระทำต่อร่างกายโดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในอดีตเคยมีวิธีการที่นำมาใช้หลายอย่าง แต่ในปัจจุบันนั้นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการผ่าตัดสมองเพื่อรักษาอาการทางจิต (Psychosurgery) อาจมีอยู่บางแห่งซึ่งไม่มากนัก

1.2.1.1 การใช้ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดในระยะอาการ Active phase ของผู้ป่วยจิตเภท สามารถรักษาอาการที่สำคัญต่างๆ เช่น ประสาทหลอน และหลงผิด ให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopamine receptors ในสมอง ยารักษาโรคจิตเป็นตัวช่วยให้ผู้รักษาสามารถพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ง่ายมากขึ้น การให้ยาในขนาดต่ำๆ เมื่ออาการของโรคสงบแล้วเพื่อเป็น maintenance treatment ยังสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย

1.2.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภทแม้ว่ายังมีการถกเถียงกันมากและไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป แต่จิตแพทย์ส่วนใหญ่มองว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก บางครั้งก็ขาดการรักษาแบบนี้ไม่ได้เลย หากต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ นั้น การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อัตราการหาย (remission rate) ในกลุ่มที่ใช้การรักษานี้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการรักษานี้ก็ไม่น่าควรที่จะนำมาใช้เป็นการรักษาหลักในโรคจิตเภท นอกจากมีข้อบ่งชี้ชัดเจนเท่านั้น

1.2.2 Psychosocial treatment การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ใช้วิธีการทางจิตเป็นสำคัญ โดยเน้นการพูดคุยทั้งกับตัวผู้ป่วยโดยลำพัง และเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมตลอดจนนำหลักพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปการรักษาทางจิตมักใช้ควบคู่ไปกับการใช้ยารักษาอาการโรคจิต การรักษาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1.2.2.1 Individual psychotherapy บำบัดรายบุคคลในโรคจิตเภทมีข้อจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่พูดเลยหรือพูดนอกเรื่องจนไม่สามารถสื่อสารกันได้ การรักษาจึงต้องใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากแบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคจิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยกลับเข้าสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้อารมณ์ใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงแก้ไขกลไกทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยอาจเรียนรู้วิธีการเลียนแบบ ego ของผู้รักษา บางครั้งผู้รักษาอาจใช้คำแนะนำแบบตรงไปตรงมา ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล คล้ายกับการสอนเด็กให้เจริญเติบโตขึ้นอย่างเหมาะสม ซึ่งโดยมากผู้ป่วยก็มักมีอาการถดถอยไปสู่ภาวะเหมือนเด็กอยู่แล้ว การพูดคุยถึงเรื่องที่เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ไม่ควรไปโต้แย้งกับผู้ป่วยจนเกินควร เพราะจะไม่เกิด

ประโยชน์และไม่ควรพูดอะไรที่เป็นการสนับสนุนความคิดของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการถกเถียงเรื่องเหล่านี้จนกว่าอาการผู้ป่วยจะเริ่มทุเลาลงด้วยฤทธิ์ของยาเสียก่อน หากผู้ป่วยพูดนอกเรื่อง ผู้รักษาก็อาจเตือนได้ ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องไปตอบคำถามผู้ป่วยทั้งหมด เพราะบ่อยครั้งการถามโดยไม่มีจุดหมายหรือไม่ได้ต้องการคำตอบจริงจัง ผู้รักษาควรพยายามเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร และพูดถึงเรื่องนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ป่วยซึ่งจะเป็นประโยชน์มากกว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการวางแผนอนาคตอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยไปใช้ชีวิตให้เหมือนเดิมมากที่สุดทั้งด้านการเรียน การปฏิบัติงาน ครอบครัวและสังคม

1.2.2.2 Group therapy จัดบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม การยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง ไม่ใช่จิตวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งหรือมุ่งแก้ไขถึงระดับจิตไร้สำนึกแต่อย่างใด รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายแบบ เช่น กลุ่มพูดคุยแก้ปัญหา กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น

1.2.2.3 Milieu therapy การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ การงานและสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพซึ่งในสมัยก่อนมีเกิดขึ้นมาจากการอยู่โรงพยาบาลนานๆ โดยขาดการกระตุ้น วิธีการทำได้โดยการจัดการสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ดี ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือเป็นแบบผู้ป่วยนอกให้มีบรรยากาศดี มีสภาพน่าอภิรมย์ไม่แลดูเหมือนห้องขังนักโทษ บุคลากรผู้รักษามีการทำงานเป็นทีม มีการแบ่งหน้าที่การปฏิบัติงาน การประสานงานกัน รวมทั้งการประชุมปรึกษาและการวางแผนการรักษา โดยการมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเป็นหลายๆรูปแบบ โดยบุคลากรผู้รักษาแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบเป็นอย่างไร้ไป กิจกรรมกลุ่มแต่ละอย่างมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในแง่มุมต่างกันออกไป แต่มีโดยรวมแล้วจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่แยกตนเองออกจากสังคม หรือเป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการเรื้อรังและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้นได้เป็นอย่างมาก หรืออย่างน้อยก็ไม่ให้มีการเสื่อมของบุคลิกภาพต่อไปอีก

การรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ การรักษาด้วยยาโรจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มาจากการขาดยา โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชเห็นความสำคัญของการรักษาที่มีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้

### 1.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งการปรับตัวของผู้ป่วย อีกทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลการรักษาพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงที่สุด การส่งเสริมและการสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำแหล่งประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายและรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยา โนนินทร์, 2542)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุมตามบทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536 ; ทัศนาศ บุญทอง, 2543)

โดยบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ ครอบคลุม 6 บทบาท ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

1.3.1 บทบาทผู้ดูแล (Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้รับบริการเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.3.2 บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลวางแผนดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น เกสซ์กร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ประสานประโยชน์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เป็นตัวแทนผู้ป่วยเพื่อประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

1.3.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

1.3.4 ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน (Educator) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

1.3.5 บทบาทผู้พิทักษ์ประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocator) พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การวินิจฉัยโรค การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

1.3.6 บทบาทนักวิจัย (Researcher) เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและนวัตกรรมทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช

## 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปโรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง อาการทางจิตของผู้ป่วยมีผลต่อความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งของอาการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากยานั้นสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

### 2.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่ขาดยาเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดตรวจตามนัดเกิน 1 ครั้ง

Farragher (1999) กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่นการหยุดให้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาผิดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา และการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นกว่าแผนการรักษา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ Kumar and Sedgwick ยังถือว่าเป็นการใช้ยาตามแผนการรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยที่พฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ Farragher (1999) และ เพชรี คันธสายบัว (2544) ถือว่ามีความใกล้เคียงกัน และตรงกับสิ่งที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษาค้นคว้าการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 2 ด้าน คือ เป็นการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพจิต และจิตเวชเกี่ยวกับการใช้ยา โดยแสดงออกเป็น 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาด้วยตนเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือ ไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ผู้รักษา

## 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน และจากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) คือ

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.2.1.1 ลักษณะประชากร จากการศึกษาพบว่าลักษณะของประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุของบุคคล เนื่องจากอายุมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยสังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทในการดูแลลูกและบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงปฏิบัติตนเองเพื่อการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

2.2.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เมื่อนำแนวคิดมาศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล ค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น

(Baker, 1989) และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตระหนักในความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่ามีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสิ่งคุกคามเหล่านั้น (Adams and Scott, 2000) มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่ตามพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการลดความรังเกียจจากสังคมทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขและมีส่วนช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง (Perceived barrier) ในผู้ป่วยจิตเภทการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติของตนเองมีอุปสรรค เช่น การถูกรังเกียจ การขัดขวางการเข้าสังคม การที่ญาติดูแลช่วยเหลือมากเกินไปอาจเป็นผลเสีย สิ่งเหล่านี้ขัดขวางการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดูแลตนเองลดลง และส่งผลต่อการเสื่อมถอยสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1.3 ลักษณะความเจ็บป่วย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษามี 2 ลักษณะ คือ ความคิดว่าตนเองใหญ่โต ไม่จำเป็นต้องรับการรักษา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัว และชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย

2.2.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของได้ บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (ภัทรา ธิรลาภ, 2532) สอดคล้องกับ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากยามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.2.2.2 การอยู่ร่วมกับครอบครัว หมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด และหรือกฎหมาย ได้แก่ พ่อ(สามี) แม่(ภรรยา) ลูก และญาติ พี่น้อง มีบทบาทหน้าที่ที่พึ่งปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนการ

ดูแลทางด้านจิตใจแล้ว การสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ที่ขึ้นกับภาวะสุขภาพการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) พบว่าในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติจะมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติหรืออาศัย อยู่ตามลำพัง

2.2.2.3 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยารักษาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องดังกล่าว

2.2.2.4 การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึงครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่มีมากเกินไป (Baker, 1989) เช่นการดุด่า การแสดงท่าทางรังเกียจ รวมทั้งการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสูง ทำให้ขาดแรงกระตุ้นให้ได้รับการรักษาที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และพบว่าในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดี รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000)

2.2.3 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวาง ปัจจัยด้านนี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.2.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย หมายถึง ช่องทางการได้รับยาสู่ร่างกาย คือ การกิน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและชั้นไขมัน การฉีดเข้าเส้นเลือดดำ การอมยาใต้ลิ้น และการเหน็บยาทางช่องคลอด หรือทางทวารหนัก Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การได้รับยาเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีการฉีด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าวิธีการรับประทานยา

2.2.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา หมายถึง ความรู้สึกลังเลยากลำบากในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ผู้ป่วยที่ได้รับการรับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยมีความสับสน หมดความอดทนในการที่จับรับประทานยาต่อไป การศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีเมื่อรับประทานยา 1-2 ครั้งต่อวัน แต่ถ้าได้รับยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Gravaley and Oseasohn (1991) พบว่าการรับประทานยารวันละหลายครั้ง จะส่งผลกระทบต่อความดำเนินชีวิตและพฤติกรรมปกติของผู้ป่วย ทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะพึงพอใจต่อการรับประทานยารวันละเม็ดเดียวมากกว่าหลายเม็ด และรับประทานยาเม็ดเดียวหรือไม่เกินวันละ 2 ครั้งมากกว่าวันละหลายครั้ง



2.2.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้ป่วยจิตเภทบางรายขณะรับการรักษาโดยใช้ยา รักษาอาการทางจิตอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็งบิดเบี้ยว วังงนอน ปากและคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น และความผิดปกติของการมีเพศสัมพันธ์ (Agarwal et al, 1998) อาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุด โดยการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการของการไม่ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา สอดคล้องกับ Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ยกตัวอย่างชนิดของยาแลอาการข้างเคียงจากยา รักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้บ่อย 2 ชนิดยา คือ

1) Haloperidol เป็น Major Tranquilizer กลุ่ม Butyrophenones ออกฤทธิ์โดยการ block Dopamine D2 Receptor มีฤทธิ์ Anticholinergic อ่อน ๆ พบอาการ EPS บ่อยมาก ภายใน 2 – 3 วันแรก ผู้ป่วยผู้สูงอายุจะพบอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Dyskinesia) มีอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย กังวล ประสาทหลอน วุ่นวายใจ วังง ซึมเศร้า หลับใน เวียนศีรษะ สับสน หน้ามืด ชัก ปากแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก เหงื่อออกมาก

2) Perphenazine เป็นยา รักษาโรคจิต (antipsychotic) ซึ่งเป็นยาที่รักษาโรคจิตเภทโดยตรง ทำให้อาการต่างๆ ของโรคหมดไป ออกฤทธิ์ต่อ dopamine โดยการ block binding ของ dopamine ต่อ postsynaptic dopamine receptor ในสมอง dopamine-2(D-2) receptor เป็น receptor ที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของ antipsychotic อาการข้างเคียงที่มักพบคือ ทำให้ง่วงนอน ซึ่งพบบ่อยที่สุด ร้อยละ 75 ของผู้ป่วย และทำให้เกิดอาการ extra pyramidal คือ Akinesia, Dystonia, Akathisia และ Parkinsonism-like syndrome รวมทั้งอาการต่อระบบประสาทอัตโนมัติ คือ คอแห้ง ตาพร่า วิงเวียน ตาลาย คัดจมูก ปัสสาวะลำบาก และความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

2.2.4 ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ หมายถึง บุคลากรพยาบาล แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึ่มสุขภาพ สัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ จดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี บุคลิกภาพที่อบอุ่น น่าศรัทธาจะส่งผลอันดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่นเดียวกับความต้องการและความคาดหวังของตนเอง (Risser, 1975) ก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้ และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (สมัยพร อาชาล, 2543) สัมพันธภาพกับทึ่มผู้ป่วยกับทึ่มสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สารุพร พุฒขาว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Frank and Gunderson (1990) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เรื้อรังมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รักษาภายใน 6 เดือน ที่เริ่มมีอาการทางจิตจะมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาและผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ความรู้สึกทรมานต่ออาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เกิดการแยกตัว จนเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา รวมทั้งทัศนคติของครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้ผู้อื่นเห็นว่ามีความต้องการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

### 2.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า การวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar and Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง โดยแสดงความคิดเห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้ แต่เหตุผลการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายผู้วิจัยสามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง

2.3.1 การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

2.3.2 การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและสะดวกที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของวิธีการสอบถามและการสัมภาษณ์คือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัดของวิธีนี้คือผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงคำถามให้มีความชัดเจนแม่นยำ รวมทั้งเทคนิคระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่รับประทานยา

2.3.3 การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาจะประเมินได้จากการนัดเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วยและจำนวนเม็ดยาที่เหลือ เมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง จำนวนเม็ดยาที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นจะแสดงว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีของวิธีนี้คือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป แต่มีข้อจำกัดคือ อาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงในกรณีที่ผู้ป่วยทิ้งยาไปโดยไม่รับประทาน หรือผู้ป่วยให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

2.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการวัดโดยอาศัยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการ Metabolite ของยา แต่วิธีการประเมินแบบนี้ก็มีข้อจำกัด เช่น ความเข้มข้นของยาอาจจะได้รับผลจากความแตกต่างในการดูดซึมของยาและการขับออกของยาในร่างกายของแต่ละบุคคล ระดับความเข้มข้นของยาจึงอาจไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาในการใช้ยาของผู้ป่วย ความเข้มข้นของยาที่พบสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าไร ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ การรับประทานยาก่อนการตรวจจะทำให้ค่าความเข้มข้นของยาสูง ซึ่งไม่ได้แสดงถึงการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือและวิธีการที่ยุงยาก การวิเคราะห์ต้องเป็นระยะภายหลังการรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ได้ในทุกกรณี

2.3.5 พิจารณาจากผลการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัด เป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

การประเมินการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามีหลายลักษณะและหลายรูปแบบ แต่จากความเหมาะสมของงานวิจัยในครั้งนี้กับบริบทของชุมชน คือ การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่สร้างขึ้นโดยอุมาพร กาญจนลักษณ์ (2545) เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวครอบคลุมถึงบริบทของงานวิจัยทั้งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

## 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Gourney (2000) กล่าวว่า บทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชชุมชน คือ การบริหารจัดการด้านยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการยารักษาผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

2.4.1 ความรู้เรื่องยา กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต

2.4.2 ใช้รูปแบบและวิธีการต่างๆ ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เกี่ยวกับผลของยารักษาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท

2.4.3 ฝึกทักษะการใช้แบบวัดต่างๆ ที่ใช้วัดอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต

2.4.4 ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral methods) การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling)

2.4.5 ควรคำนึงถึงเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2.4.6 ต้องทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนจะหยุดใช้ยา เนื่องจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าวทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา

2.4.7 การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่ง Marland (1999) กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

2.4.7.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ป่วยหรือครอบครัว ประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา โดยให้ความสำคัญ

เกี่ยวกับความรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่ยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องประเมิน คือ อาการ ผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

2.4.7.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ต้องอาศัยความรู้และทักษะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการตัดสินใจแตกต่างกัน Marland (1999) เสนอว่าเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ควรมีการสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อรักษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ และเป้าหมายของการรักษาจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ

2.4.7.3 การประเมินผล จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การสังเกตการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กันไป

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือการรับฟังด้วยความจริงใจ การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท การสนทนาเรื่องการใช้ยากับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความถูกต้อง รวมทั้งการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จึงเป็นการใช้บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

### 3. แนวคิดครอบครัว

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นโดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ์ พึ่งเกษสุมทร, 2553) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงมีอาการวุ่นวาย ก้าวร้าวหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวปฏิบัติและแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขโดยมีครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน(ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในทุกส่วน ดังนี้

#### 3.1 ความหมายของครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ(2537) ให้ความหมายว่าครอบครัวเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำรงชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ให้ความหมายของครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร และปู่ย่าตายาย เป็นต้น

สรุปได้ว่าครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย สายโลหิต ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีการพึ่งพาอาศัยกันสังคมและเศรษฐกิจเป็นระบบสังคมครอบครัว ที่สำคัญคือมีส่วนร่วมโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย

### 3.2 ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัว มีการพัฒนาแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว ขึ้นโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว ดังนี้

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ให้ความหมาย การให้คำปรึกษาครอบครัวคือ การให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามารวมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมถึงมิตรสหาย การให้คำปรึกษาครอบครัว ปัญหาอยู่ที่ภายนอกตัวบุคคล คือ บริบท (Context) หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความคาดหวัง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคล คือ ครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

เมธินันท์ ภิญญชุน (2539) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัดว่าเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัวไม่เฉพาะสมาชิกคนใดคนหนึ่งที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวคือระบบหนึ่ง ปัญหาเกิดขึ้นที่ระบบครอบครัวจึงเป็นส่วนรวม และเป็นความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2553) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ การช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมกันแก้ไขปัญหาย่างถูกต้อง

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัว คือ กระบวนการให้การบำบัดโดยรวมทุกบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยทุกคนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยจิตเภทหรือบุคคลที่มีปัญหาเท่านั้นต้องรวมบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด คือ พ่อ แม่ ญาติ พี่น้องที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงบริบทตามสิ่งแวดล้อมของครอบครัวนั้นเพื่อประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาของครอบครัวอย่างสูงสุด

### 3.3 แนวคิดและหลักการให้คำปรึกษาครอบครัว

3.3.1 เน้นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายนอกจิตใจมากกว่าภายในจิตใจ การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลถือว่า ความรู้สึกนึกคิดและความขัดแย้งต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ในอดีตเป็นเหตุของปัญหา และ เป็นจุดที่ต้องแก้ไข แต่การให้คำปรึกษาครอบครัวถือว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ได้

เกิดขึ้นตามลำพัง แต่จะเกิดขึ้นมาตามบริบทในความเป็นจริง จะแยกสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (Intrapersonal) ออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) ไม่ได้ เพราะทั้งสองสิ่งนี้มีอิทธิพลต่อกัน และไม่สามารถแก้ปัญหาได้เลยถ้าไม่เปลี่ยนแปลงบริบทด้วย

3.3.2 เน้นที่ระบบทั้งหมดไม่ใช่เฉพาะหน่วยย่อยบางหน่วย การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาแห่งความสัมพันธ์ (Therapy of relationship) คือ ไม่ได้มองเฉพาะบุคคลคนเดียว แต่มองทุกส่วนที่สัมพันธ์กับบุคคล เหมือนการพยายามต่อชิ้นส่วนของภาพแต่ละชิ้นเข้าด้วยกัน ชิ้นส่วนทุกชิ้นมีความสำคัญเท่าๆกัน และสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาคือพยายามจัดให้ทุกชิ้นต่อกันได้อย่างเหมาะสมเจาะเพื่อให้ได้ภาพที่สมที่สมบูรณ์

3.3.3 มองปัญหาแบบวงจรไม่ใช่แบบเส้นตรง การมองปัญหาไม่เน้นเพียงว่าอะไรเป็นเหตุหรือ เช่น เหตุการณ์ A ทำให้เกิดเหตุการณ์ B ซึ่งเป็นการมองแบบเส้นตรง (linear causality) แต่การให้คำปรึกษาครอบครัวจะมองปัญหาแบบวงจร (Circular causality) คือ มองว่าปัญหาดำเนินอยู่เรื่อยๆ ก็เพราะปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างระบบย่อย เช่น A ทำให้เกิด B B ทำให้เกิด C และขณะเดียวกัน C ก็มีผลกระทบก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับ A การมองแบบ Circular causality จะทำให้ผู้ให้คำปรึกษาแทรกแซงได้อย่างกว้างขวางขึ้น

3.3.4 สนใจว่าปัญหาอยู่ได้อย่างไรและมีบทบาทอย่างไรในครอบครัว ในปฏิสัมพันธ์ที่เป็นวงจรนั้นบางครั้งไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นได้ เพราะการที่เหตุการณ์สาเหตุหนึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วและไม่อาจจะรื้อฟื้นมาแก้ไขใหม่ได้ การให้คำปรึกษาครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือ Here and Now คือ พยายามมองหาว่าในขณะที่มีปัจจัยอะไรทำให้เกิดปัญหาดำเนินอยู่เรื่อยๆ เพราะถือว่าสามารถค้นหาและแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ได้ง่ายกว่า พยายามค้นหาและแก้ไขปัจจัยในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน

3.3.5 มุ่งที่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมมากกว่าความเข้าใจตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวถือว่า สิ่งที่สำคัญ คือ ช่วยให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงต้องมองเห็นได้ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษาจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนรวมทั้งของผู้ป่วยโดยอัตโนมัติ

3.3.6 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

3.3.6.1 Aesthetic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่อิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีอัตตะภาวะนิยมมากกว่าทฤษฎีระบบ การให้คำปรึกษาจะเน้นความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากปัญหาในครอบครัวมากกว่าเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

3.3.6.2 Pragmatic family therapy เป็นการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีระบบ เน้นการแก้ไขพฤติกรรมหรืออาการป่วยให้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการเปลี่ยนรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ในปี ค.ศ. 1980 การให้คำปรึกษาครอบครัวได้เริ่มใช้อย่างจริงจัง โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎี (อุมารพร ตรังคสมบัติ, 2544) คือ ทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ผู้นำทฤษฎีคือ Minuchin (1974) ซึ่งมีแนวคิดว่าการทำครอบครัวบำบัดชนิดปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัวมีจุดเน้น ได้แก่ 1) ปัจจุบันและอนาคตการประเมิน

และการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่ปัจจุบันที่นี้เดี๋ยวนี้ (Here and Now) 2) การมองคนภายใต้ระบบสังคม ให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม 3) เหตุและผลมีการกระทบกันอย่างเป็นระบบ (Reciprocal nature of systemic causality) เช่น พฤติกรรมของคนมีผลกระทบและถูกกระทบโดยระบบสังคมที่เขาอยู่ 4) การให้ความสำคัญของกระบวนการ (Process) เช่น วิธีการสื่อสาร หรือกระบวนการติดต่อสื่อสารมากกว่าเนื้อหาคำพูด (Content) 5) ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอมซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่ง (Parts) หรือหน่วยหนึ่งในครอบครัวทั้งหมดโดยรวม

จากที่กล่าวมานี้สรุปแนวคิดของ Minuchin (1974) ว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผน ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน มีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม มีความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงจะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข โดยมีเป้าหมายการจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสมเน้นความเป็นตัวของตัวเองควบคู่ไปกับการมีความผูกพันและเอื้ออาทร

Minuchin (1974) อธิบาย 4 ระยะของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ (Development) ของครอบครัว ดังนี้

ระยะที่ 1 การเริ่มต้นชีวิตคู่ (Couple formation) เริ่มจากการที่คน 2 คน มาจากครอบครัวที่แตกต่างกัน ตกลงมาใช้ชีวิตร่วมกัน

ระยะที่ 2 ครอบครัวที่มีลูกเล็ก (young children) การที่มีลูกทำให้บทบาทของความเป็นพ่อแม่เพิ่มขึ้นมาด้วย

ระยะที่ 3 ครอบครัวที่มีลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (school age and adolescent children) ลูกเข้าโรงเรียน ทำให้ครอบครัวต้องมีการติดต่อกับสังคมโรงเรียน และเมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่นครอบครัวจำเป็นต้องปรับตัวกันอีกครั้งหนึ่งให้เหมาะสมกับธรรมชาติของวัยรุ่น ที่ต้องการมีกลุ่มเพื่อนและต้องการความเป็นอิสระและพ้นจากการควบคุมของพ่อแม่บ้าง

ระยะที่ 4 ครอบครัวที่มีลูกโตเป็นผู้ใหญ่ (grow children) เมื่อลูกโตเป็นผู้ใหญ่มีงานทำ มีรายได้เป็นของตัวเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกก็เปลี่ยนจากแบบผู้ปกครองกับเด็ก (parent-child interaction) เป็นแบบผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ (adult-adult interaction)

การให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) จะช่วยจัดโครงสร้างครอบครัวให้เหมาะสม มีการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น จนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสม และกลายเป็นความผูกพันทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

3.3.7 หลักการให้คำปรึกษาครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวมีหลักที่สำคัญ 6 ประการ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) คือ

3.3.7.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความต้องการที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัวแต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วย และที่

ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษา ก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น การทำให้ครอบครัวมีแรงจูงใจและร่วมมือในการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

3.3.7.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง ทำความเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน การแก้ปัญหาที่เคยกระทำนั้นได้ผลหรือไม่ ถ้ามีปัญหาหลายอย่างอะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้ได้เพียงพอเพื่อสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

3.3.7.3 เน้นปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตในขณะให้คำปรึกษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าความขัดแย้งภายในใจของแต่ละคน ถ้าสังเกตความเป็นไปในระหว่างการให้คำปรึกษาจะพบว่าปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบประจำครอบครัวนั้นๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบที่เหมาะสมกว่าเดิมให้ครอบครัว

3.3.7.4 ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ การที่ครอบครัวแก้ไข ปัญหา ที่เกิดขึ้นไม่ได้ เพราะครอบครัวติดอยู่กับความคิดเก่าๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม

3.3.7.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการให้คำปรึกษา การมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใด จะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอนไม่ใช้เวลานาน และ การแก้ปัญหาก็จะเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

3.3.7.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาดึงเอาเครือข่ายต่างๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้นและคงทนถาวรขึ้น

ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัวเมื่อได้ดำเนินการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแล้ว หากต้องการประเมินว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพหรือประสบผลสำเร็จหรือไม่ สามารถประเมินได้โดยการใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดของ Minuchin (1974) ที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยของ สาริณี ไต้ะทอง (2548) เนื่องจากการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว จะช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น จนสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสม และกลายเป็นความผูกพันทางอารมณ์ แบบประเมินนี้จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินผลสำเร็จของการให้คำปรึกษาครอบครัว

### 3.4 บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัว

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านจิตเวช หรือการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถปฏิบัติกรให้คำปรึกษาครอบครัวได้ในหลายรูปแบบ การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาลเมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ ( อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

3.4.1 การประเมินสภาพ พยาบาลต้องทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากครอบครัวทุกด้านเพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องทั้งของผู้ป่วย และครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันโดยรวบรวมข้อมูลต่างๆ ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ

3.4.2 ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยพิจารณา ดังนี้

3.4.2.1 ปัญหาอยู่ที่ใคร



3.4.2.2 จะต้องเร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

3.4.2.3 กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

3.4.2.4 สร้างสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของครอบครัวที่อบอุ่น

3.4.3 การวางแผนการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.4.3.1 เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษา คือ

- 1) จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- 2) จัดความขัดแย้ง ความเครียดปัจจุบันและอนาคต
- 3) ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจน

3.4.3.2 การลำดับความสำคัญของปัญหา

3.4.3.2. การลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไว้ได้ 2 ลักษณะ คือ

- 1) ปัญหาด่วน ปัญหาความขัดแย้งรุนแรงที่ก่อให้เกิดความเสียหายเร่งด่วน

กำหนดเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาต่างๆในครอบครัว

2) ปัญหาเรื้อรัง มักเป็นปัญหาที่เกิดจากความคิด ความเข้าใจ คงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเรื่อยมา อาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกร่วมรับซึ่งกันและกันความเข้าใจกันและกัน

3) การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว พยาบาลกำหนดกิจกรรม โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวทั้งด้านความคิด และพฤติกรรม

3.4.4 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว ในการปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว จะเน้นหลักการดังนี้

3.4.4.1 ทำอย่างไรที่จะสร้างให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่ง

3.4.4.2 มีการบอกข้อมูล บอกบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้ชัดเจน

3.4.4.3 การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว

3.4.4.4 ต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของคนในครอบครัว

3.4.4.5 พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตนเอง

3.4.4.6 กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่ดูแลกันเอง

3.4.4.7 สนับสนุนอย่างต่อเนื่องให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลกันเอง

3.4.4.8 เทคนิคสำคัญในการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ เน้นการยอมรับ พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา สังเกต และให้การเรียนรู้

3.4.5 การประเมินผล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว และความก้าวหน้าจากการปฏิบัติการกิจกรรมครอบครัวบำบัด แต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป การประเมินอาจสอบถามจากทุกคนในครอบครัวด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

กล่าวได้ว่า ดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการบวกรวมการหนึ่งที่พยาบาลมีบทบาทในการมุ่งเน้นช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดความสัมพันธ์อันดี โดยมีบทบาทเด่นชัดที่เปลี่ยนแปลงไปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะให้คำปรึกษา ทั้งเป็นผู้สังเกตการณ์ ผู้ให้คำปรึกษา

หรือมาเป็นสมาชิกเช่นเดียวกับบุคคลในครอบครัว พยาบาลต้องสังเกตพลวัตที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

##### 4.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) หมายถึง การบำบัดทางจิตใจผสมผสานกับการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มทักษะในการเผชิญภาวะโรค รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้น มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในภาวะที่มีปัญหา กระบวนการสุขภาพจิตศึกษา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ และพฤติกรรมผ่านการสอน รวมทั้งมีการประเมินความจำเป็นในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ในส่วนที่บกพร่อง เพื่อเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สามารถวางแผนแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2551)

พิเชฐ อุดมรัตน์ (2552) คือ กลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช้ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนเชิงปฏิบัติการ ที่มีโครงสร้างชัดเจน และเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้จะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ (emotional aspects) ด้วยเพื่อให้ผู้ที่เข้ารับ Psychoeducation หมายถึง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับอาการป่วยนั้นได้

มาโนช หล่อตระกูล (2552) กล่าวว่า สุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิต การดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพจิตนำมาสอนผู้ป่วย และผู้ดูแล ประกอบไปด้วย โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดง และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป รวมทั้งวิธีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของโรค การจัดการกับผู้ป่วยรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา รักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและทักษะทางสังคม การแก้ปัญหา การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือรักษา ทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการพยาบาลที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยการกลับเป็นซ้ำของโรค การจัดการกับผู้ป่วยรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยา รักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษารวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือรักษา ทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา

## 4.2 แนวคิดและหลักการให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือเป็น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz and Coursey, 1980) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์มาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over involvement) จะมีสถิติการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อารมณ์ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เป็นผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย

4.2.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่ง แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา

4.2.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

4.2.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4.2.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

4.2.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff and Lam, 1992)

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต

#### 4.3 บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้เรียนรู้แนวทางในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลจัดการตัวเอง (self-management) ซึ่งจะลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสูงสุดในการรักษา การให้สุขภาพจิตศึกษาควรมีแนวทางในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ สาเหตุและอาการแสดงของโรค ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย การคาดคะเนและระบุอาการเริ่มแรก การส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับผู้ใกล้ชิดและผู้ที่เกี่ยวข้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลมีบทบาทมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตเภท สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการพยาบาลที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ทั้งเรื่องการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

#### 5. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาด

ประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นโดยแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัว และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือเป็น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การประคับประคองใจ และการให้การปรึกษาด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz and Coursey, 1980) โดยเฉพาะการให้คำปรึกษากลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดีขึ้น (สาริณี โตะทอง, 2548) อีกทั้งการให้คำปรึกษาด้านยายังสามารถลดอัตราการกลับกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท ซึ่งเกิดจากการให้คำปรึกษาครอบครัวและการได้รับการกำกับดูแลและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาจากครอบครัว Razali and Yahya (1995) ร่วมกับ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า สุขภาพจิตศึกษาทำให้สัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและป้องกันการป่วยซ้ำ เห็นได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมนำมาผสมผสานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน (Ran, Xiang and Chan, 2003) เพื่อให้โครงสร้างครอบครัวมีความชัดเจน ในดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็น 5 ด้าน คือ 1)การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินโครงสร้างครอบครัว 2)การวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายแก้ไขปัญหา และการปรับโครงสร้างครอบครัว 3)การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไข ปัญหา 4)การเสริมสร้างความรู้โรคจิตเภท และ 5)การเสริมสร้างทักษะในปัญหาโรคจิตเภท

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาจากสัมพันธภาพของบุคคลในโครงสร้างครอบครัวครอบครัว (Structural Family Therapy) คือ 1.จัดโครงสร้างครอบครัว 2.พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว 3. การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4.การมองคนภายใต้ระบบสังคม และ 5.ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคม ร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาจาก ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 2. การให้ความรู้ครอบครัว 3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา 4.

พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และ 5.การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมสานสัมพันธ์ เวลา : 45 นาที** เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบโครงสร้างครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ผู้วิจัยประเมินโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัว โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว เริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Minuchin (1974) ให้เกิดความไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าทีมสุขภาพได้ให้ความช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ ที่ได้รับจากทีมสุขภาพ เกิดการยอมรับจากครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างดี จากนั้นประเมินครอบครัว ซึ่งเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่สำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยประเมินโครงสร้างครอบครัว ให้ผู้วิจัยเข้าใจในบริบทของครอบครัว ผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้วิจัยสามารถรับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ เวลา : 60 นาที** โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย เน้นสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชที่จำเป็นต้องมีส่วนในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดี และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว (รัชนิกร เกิดโชค, 2553) ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี มีเป้าหมายร่วมกันมาก

ขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3 ) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา เวลา : 60 นาที** ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น การเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ คือ เทคนิค Reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องและปัญหาจากการใช้ยารักษาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ขั้นตอนที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4 ) กิจกรรมความรู้ครอบครัว เวลา : 45 นาที** ผู้ร่วมกิจกรรม คือผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวรู้จักวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง การรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียง จากการใช้ยาได้อาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุด Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ การที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา หลังจากได้รับความรู้ ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้อาการดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเวลา : 45 นาที** ผู้เข้าร่วมกิจกรรม คือ ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ผู้วิจัยเสริมสร้างทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยการศึกษา

ของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า เหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้วิจัยเสริมสร้างทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการสังเกตอาการเตือน และวิธีการป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท รวมทั้งการพัฒนาทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Montgomery., 1985)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



**การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อส่งเสริม  
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**

แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว Minuchin (1974)	แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา Anderson et al. (1980)	แนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
<p>1.จัดโครงสร้างครอบครัว ครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจนการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง และยังคงมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกัน</p>	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่ง แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้รักษา</p>	<p>1.ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อให้เข้าใจในบริบทของครอบครัวผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะทำให้สามารถรับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงจากผู้ป่วย ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด</p>
<p>2.พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว คือ โครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว Minuchin (1974) ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างที่เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (Boundaries)</p>	<p>2.การให้ความรู้ครอบครัว (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง</p>	<p>2.ผู้วิจัยสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับพฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยสนับสนุนให้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมี</p>

แนวคิดการให้คำปรึกษา ครอบครัว Minuchin (1974)	แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา Anderson et al. (1980)	แนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
<p>ระ ห ว ่า ง ระ บ บ ย ่อ ย (Subsystem) ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีขอบเขตที่ชัดเจน มั่นคง และ มี ความ ยืดหยุ่น พอประมาณทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวเองได้ และมีความผูกพัน ความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัว ได้รับความอบอุ่น ช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน</p>		<p>ส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว</p>
<p>3.การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเขามองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม โดยทั่วไปครอบครัวจะมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ลบที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต แต่ส่วนใหญ่มักมองปัญหาในแง่ลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและหาทางออกไม่ได้ วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา</p>	<p>3.พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>3.ผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น การเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่ลบใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยใช้เทคนิค Reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ลบใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดง</p>

แนวคิดการให้คำปรึกษา ครอบครัว Minuchin (1974)	แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา Anderson et al. (1980)	แนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
		<p>ความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องและปัญหาจากการใช้ยารักษาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>4.การมองคนภายใต้ระบบสังคม ปัจจุบันและอนาคตการประเมินและการช่วยเหลือแก้ไข เน้นที่การอยู่ปัจจุบันที่นี่เดี๋ยวนี้ (Here and Now), การมองคนภายใต้ระบบสังคมให้ความสำคัญทางปัจจัยสิ่งแวดล้อมมากกว่าปัจจัยทางพันธุกรรม, เหตุและผลมีการกระทบกันอย่างเป็นระบบ (Reciprocal nature of systemic causality) เช่น พฤติกรรมของคนมีผลกระทบและถูกกระทบโดยระบบสังคมที่เขาอยู่,-การให้ความสำคัญของกระบวนการ (Process) เช่น วิธีการสื่อสาร หรือกระบวนการติดต่อสื่อสารมากกว่าเนื้อหาคำพูด (Content)</p>	<p>4. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา(problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร</p>	<p>4.ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง การรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และหยุดใช้ยาในที่สุดพบว่า เหตุผลของการของการไม่รับประทานยาคือไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Kumar and Sedgwick,2001) สอดคล้องกับ Agarwal et al. (1998) พบว่าปัจจัยที่สามารถแยกผู้ป่วยที่</p>

แนวคิดการให้คำปรึกษา ครอบครัว Minuchin (1974)	แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา Anderson et al. (1980)	แนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
		ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาออกจากผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา คือการที่ผู้ป่วยได้รับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา หลังจากได้รับความรู้ ผู้ป่วยรับรู้การปฏิบัติอย่างใดที่จะทำให้อาการดีขึ้น ร่วมมือในการรักษาและสนับสนุนให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น
5.ครอบครัวเป็นระบบเปิดทางสังคม คือ ครอบครัวเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบสังคม พฤติกรรมของคนถูกหล่อหลอมซึ่งได้รับอิทธิพลจากสังคมอีกต่อหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่งหรือหน่วยหนึ่งในครอบครัวทั้งหมดโดยรวม	5.การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper et al, 1992)	5.ผู้วิจัยพัฒนาทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพราะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ จำเป็นที่ต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ในการจัดการกับข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และอาการที่เป็นปัญหาได้ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Montgomery, 1985)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

สาริณี โตะทอง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สำคัญที่ระดับ .05

วิลาสินี ดุษฎีเสนีย์ (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Razali and Yahya (1995) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย Saints Malaysia จำนวน 165 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับประทานยาโรจิตร่วมกับ การให้คำปรึกษาด้านยา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดตามปกติ หลังจากติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยโรจิตเภท กลุ่มทดลองกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ร้อยละ 13 ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับเข้ารับรักษาซ้ำถึง ร้อยละ 29 ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยที่บ้าน คือ การได้รับการกำกับดูแล และกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาจากครอบครัว

Heged, Rao and Raguram (2007) จากการศึกษาการบำบัดครอบครัว พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมีลักษณะบูรณาการ ทั้งการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวและผู้ดูแล รวมไปถึงการให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นประจำ การพัฒนาทักษะลดการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา รวมถึงการเพิ่มระบบสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Pitscel-Walz et al. (2006) ทำการศึกษาถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรจิตเภท ในเมืองมิวนิก ประเทศเยอรมัน โดยทำการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

ศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลามากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติ มีการเข้าร่วมกลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับช่วงเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Ran, Xiang and Chan (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 326 รายโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัว ร่วมกับการรักษาด้วยยา กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

### 6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อุมาพร กาจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นครอบครัวพบว่าพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

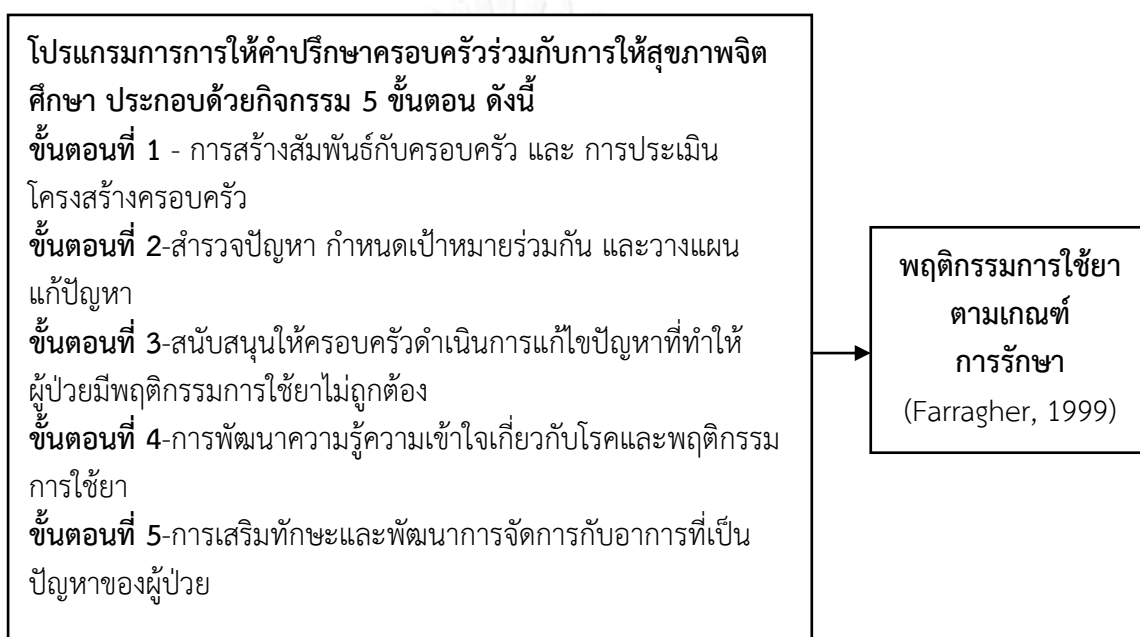
Kumar and Sedgwick (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายตามเกณฑ์การรักษาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อย่างร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่นๆ

Michel (2006) ศึกษาถึงความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 1,061 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความ ไม่ร่วมมือในการใช้ยาคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นตามแนวคิด

ของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นแนวคิด 5 ด้าน คือ 1)การสร้างสัมพันธภาพเพื่อประเมินโครงสร้างระบบครอบครัว 2)การวางแผนเพื่อกำหนดเป้าหมายแก้ไขปัญหา และการปรับโครงสร้างครอบครัว 3)การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา 4)การเสริมสร้างความรู้โรคจิตเภท และ5)การเสริมสร้างทักษะในปัญหาโรคจิตเภท ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

### กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลอง ดังนี้

$$\begin{array}{ccc} O_1 & X & O_2 \\ O_3 & & O_4 \end{array}$$

$O_1$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

$O_2$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

$X$  หมายถึง โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

$O_3$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10 รับการรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบไปด้วย พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก ผู้วิจัยเจาะจงเลือก โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี



## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD 10 ในเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง และบุคคลในครอบครัวทั้งผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
2. อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะอาการสงบ จากการประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) คะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall and Gorham, 1962).
4. สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

### เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง

1. มีการเจ็บป่วยหนักด้วยโรคร้ายแรง โรคติดต่อ อาการทางจิตกำเริบ
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอน

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันสม่ำเสมอและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

2. ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. สมัยครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรม

### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. สมัยครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือและ สามารถเข้าร่วมโปรแกรม

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง และความเป็นไปได้ในการวิจัย การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992) โดยได้นำการวิจัยของ สาริณี โต้ะทอง (2548) มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18

ครอบครัว และเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 ครอบครัวโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 40 ครอบครัว

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเฉพาะทางสุขภาพจิต และจิตเวช เขตสาธารณสุขที่ 1 โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินงานในการวิจัย รวมทั้งคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ณ คลินิก ฟังใส(สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลสามโคก วันจันทร์ สัปดาห์ที่สามของเดือน กรกฎาคม 2556 ซึ่งตรงกับวันนัดพบจิตแพทย์ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จากเวชระเบียนโรงพยาบาลสามโคก คลินิกฟังใส (คลินิกพิเศษดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งใช้แบบประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ตามที่กำหนดค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall and Gorham, 1962).

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่ (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนโดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ในด้านเพศและอายุของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่เรียงลำดับเลขที่ตามเวชระเบียน แต่ใช้วิธีการคัดเลือกตามลำดับก่อนหลังการมาตรวจเยี่ยมที่คลินิกจนครบทั้งหมด 40 ครอบครัว

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้มีความเท่าเทียมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์ไว้ในการจัดคู่เพศ และอายุ จนครบทั้ง 20 คู่ โดยจับฉลากรายชื่อพร้อมกันครั้งละ 1 คู่ (2 ครอบครัว) แล้วแยกส่งกล่องที่แบ่งเป็น กล่องที่ 1 กลุ่มควบคุม และกล่องที่ 2 กลุ่มทดลอง ทำเช่นนี้จนครบ 20 คู่ครอบครัว (40 ครอบครัว) (ตารางแสดงในภาคผนวก ค)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ วันเวลา สถานที่และระยะเวลาของการวิจัย สอบถามความสมัครใจพร้อมทั้งอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การมารับบริการหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลของ ผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่ม

ตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งรายละเอียดถึงงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ และอนุมัติวันที่ 25 กรกฎาคม 2556 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยมีขั้นตอนในการพัฒนา ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประชนาตามเกณฑ์การรักษา ให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนวิธีการสร้างสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และปรับโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนมากขึ้นยิ่งขึ้น รวมทั้งการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ระบบการจัดการภายในครอบครัวมีความชัดเจนพร้อมทั้งการเสริมสร้างเทคนิคและทักษะในการรักษาโรคจิตเภท การใช้ยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พร้อมทั้งการสังเกตอาการเตือนจากยารักษาโรคจิตเภทดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

1.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประชนาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006) นำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล โดยมีขั้นตอนประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมสานสัมพันธ์ เวลา 45 นาที เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว กำหนดข้อตกลงให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบโครงสร้างครอบครัวและผู้วิจัยประเมินโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา เวลา 60 นาที เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว เวลา 45 นาที ผู้วิจัย ส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา เวลา 45 นาที เสริมสร้างทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลในการสังเกตอาการเตือน และวิธีการป้องกัน ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท

### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของโปรแกรม รวมทั้งภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาการวิจัย (รายงานภาคผนวก ก) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนมีคุณสมบัติดังนี้

จิตแพทย์ 1 คน มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นอาจารย์แพทย์ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาลผู้สอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในงานวิชาการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในงานบริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) นำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในเรื่องของ ความตรง ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ในการวิจัย ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะประเด็นที่เพิ่มเติมแก้ไข ดังต่อไปนี้คือ

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 วิธีดำเนินการ ในส่วนของใบงานที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระบบโครงสร้างครอบครัว ในส่วนสำรวจปัญหาในระบบครอบครัวระหว่างสนทนา ได้ปรับข้อความคำถามการสำรวจให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิจกรรมขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ ในส่วนวิธีการดำเนินงานได้เพิ่มตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบต่อการดูแลอย่างไรทำให้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา ลำดับความสำคัญของปัญหาที่คิดว่าต้องดูแลตามลำดับและอยากแก้ไข

กิจกรรมขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา ในใบงานที่ 3 การจัดลำดับปัญหาอำนาจในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ได้ปรับเพิ่มสอบถามครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท “เหตุผลของผู้ป่วยเรื่องการไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา คืออะไร และ ทบทวนเป้าหมายที่ทุกคนอยากให้เกิดมากที่สุด คือ อะไร”

กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ในส่วนของสมุดคู่มือการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว จากเดิม คือ “สมุดคู่มือสำหรับครอบครัว” เปลี่ยนเป็น “สมุดคู่มือการดูแลเรื่องยาสำหรับครอบครัว”

กิจกรรมขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมทักษะป้องกันภัยอาการข้างเคียงจากยา เปลี่ยนชื่อเป็น “กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา” และ ในส่วนของขั้นตอนการดำเนินการ ใบงานที่ 9 ในเรื่องของ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท ข้อที่ 4.กล้ามเนื้อแข็งกระตุกอย่างมาก ปรับเปลี่ยนเพิ่มประโยคเป็น “ลำคอบิด ตาเหลือกขึ้นบน ลิ้นแลบออกจากปาก” และเพิ่มคำถามที่ 9 และ ข้อคำถาม ซ.กระตุ้นให้ทำกิจกรรม ร่วมกับการออกกำลังกาย

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขให้สมบูรณ์แล้วไปลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 3 ครอบครัวโดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่ากิจกรรมขั้นตอนที่ 4 เน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งมีเนื้อหาค่อนข้างมาก ต้องใช้เวลามากในการดำเนินกิจกรรมกับครอบครัว การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอาจไม่ครบถ้วน หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปใช้จริง

จากการทดลองใช้ (Try-out) พบว่ากิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) คือ กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว เวลา 45 นาที พบปัญหาในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในกิจกรรมค่อนข้างสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหา ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับประยุกต์ให้เนื้อหาของกิจกรรมดังกล่าวให้มีความเหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม พร้อมทั้งให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแล

เบื้องต้นเพื่อเกิดการข้างเคียงจากยา รวมทั้งวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พัฒนาจาก Farragher (1999)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติม คำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น เพื่อใช้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัว

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของ ผู้ป่วยจิตเภท เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่ง ครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 และข้อคำถามทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 โดย กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนบวก	ค่าคะแนนลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวน ข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดเป็นค่าเฉลี่ย และมีความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542 : 108)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดย นำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 3 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

สูตรคำนวณ ดังต่อไปนี้

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

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ( แสดงในภาคผนวก ค )

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวแนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดยสาริณี โตะทอง (2548) และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547)

3.1 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดยสาริณี โตะทอง (2548) ใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภทเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลยจำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปรผลค่าคะแนน ดังนี้

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

การแปรผลโดยกำหนดเกณฑ์การกำกับการศึกษา คือ หลังใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมของ

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 2.50 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด

คะแนน	ความหมาย
54 – 60 (4.50 – 5.00)	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก
42 – 53.9(3.50 – 4.49)	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี
30 – 41.9(2.50 – 3.49)	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
18 – 29.9(1.50 – 2.49)	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพอใช้
12 – 17.9(1.00 – 1.49)	มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ทำการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที โดยผู้วิจัยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตั้งแต่ระดับปานกลาง คือ 30 (2.50) คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ตามกำหนด ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการไปจนกว่าครอบครัวจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN) จำนวน 3 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิบันทึกข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในช่องว่างที่ผู้วิจัยออกแบบเว้นว่างไว้ของข้อคำถามแต่ละข้อ

หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74 ( แสดงในภาคผนวก ค )



**3.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท** ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547) ใช้วัดกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการที่เกิดจากจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, และ 18 ส่วนข้อความทางลบ 7 ข้อ คือข้อ 1, 3, 8, 10, 14, 16 และ 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบโดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิดให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

ทำการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที โดยคะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่าผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการไปจนกว่าครอบครัวจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 3 คน ให้คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและลำดับของเนื้อหาโดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยให้คะแนน 1 เมื่อไม่เห็นด้วย ไปจนถึง ให้คะแนน 4 เมื่อเห็นด้วยมาก รวมทั้งให้ผู้ทรงคุณวุฒิบันทักข้อเสนอนะที่ควรปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยดังกล่าวในช่องว่างที่ผู้วิจัยออกแบบเว้นว่างไว้ของข้อคำถามแต่ละข้อ

หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสฤษดิ์นรากร, 2550) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา  $CVI = 1$

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตร KR-21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 ( แสดงในภาคผนวก ค )

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะเตรียมการศึกษา 2.ระยะดำเนินการศึกษา และ 3. ระยะประเมินผลการศึกษา รายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

### 1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพโรคเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาวิชาการให้คำปรึกษาขั้นสูง จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพโรคทางจิตและโรคทางกาย พร้อมด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาต่างๆและศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทำการวิจัย ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สามารถดำเนินการวิจัยได้ อนุมัติเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2556 รวมทั้งขอความร่วมมือจาก พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ซึ่งรับผิดชอบการดูแลภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถออกจากกรทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากกรทดลองจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ไ้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ หลังจากนั้นวางแผนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถึงวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปพบผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน และการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ขั้นตอน ตามที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) และ ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 (วันระยะ 1 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 5)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยจิตเภทและ

ครอบครัว และ นัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย  
จิตเภท ในสัปดาห์ที่ 6 ตามกำหนด

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลสามโคก โดย  
ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด  
ไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม โดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการร่วม  
การวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการ และให้อิสระกับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวสามารถออกจาก  
การวิจัยได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องชี้แจงข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

2.2 หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและเซ็นใบยินยอมร่วมในการวิจัยด้วย  
ความสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวตามขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ  
5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมตามสถานที่ที่นัด  
หมายที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลา ดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง	วันที่ดำเนินกิจกรรม
ครอบครัวที่ 1-5	พฤหัสบดี 25 กรกฎาคม 2556 พฤหัสบดี 1 สิงหาคม 2556 พฤหัสบดี 8 สิงหาคม 2556 พฤหัสบดี 15 สิงหาคม 2556 พฤหัสบดี 22 สิงหาคม 2556
ครอบครัวที่ 6-10	ศุกร์ 26 กรกฎาคม 2556 ศุกร์ 2 สิงหาคม 2556 ศุกร์ 9 สิงหาคม 2556 ศุกร์ 16 สิงหาคม 2556 ศุกร์ 23 สิงหาคม 2556
ครอบครัวที่ 11-15	เสาร์ 27 กรกฎาคม 2556 เสาร์ 3 สิงหาคม 2556 เสาร์ 10 สิงหาคม 2556 เสาร์ 17 สิงหาคม 2556 เสาร์ 24 สิงหาคม 2556
ครอบครัวที่ 16-20	อาทิตย์ 28 กรกฎาคม 2556 อาทิตย์ 4 สิงหาคม 2556 อาทิตย์ 11 สิงหาคม 2556 อาทิตย์ 18 สิงหาคม 2556 อาทิตย์ 25 สิงหาคม 2556

2.3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดตัวอย่างเนื้อหากิจกรรมแต่ละขั้นตอนแสดงในภาคผนวก ข )

**ขั้นตอนที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมสานสัมพันธ์ เวลา 45 นาที**

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบโครงสร้างครอบครัว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้วิจัยประเมินโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัว

#### วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเพื่อประเมินโครงสร้างครอบครัว
2. ผู้วิจัยประเมินระบบโครงสร้างครอบครัวครอบครัว
3. ผู้วิจัยสนทนาใช้ภาษาที่เป็นเอกลักษณ์ หรือลักษณะเฉพาะของครอบครัว
4. ผู้ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น
5. ผู้วิจัยสร้างความเป็นกันเอง ความอบอุ่น สมาชิกทุกคน
6. ผู้วิจัยไม่ทำให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ อย่าตำหนิครอบครัวอันเป็นสาเหตุของปัญหา
7. ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา
8. ผู้วิจัยเริ่มกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยและครอบครัว เน้นให้มีความอิสระในการตอบและอธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
9. ผู้วิจัยกล่าวสรุป รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัวสรุปสาระสำคัญของการเข้ากระบวนการให้คำปรึกษาในครั้งนี้

#### การประเมินผล

ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจกัน เปิดเผยเรื่องราวต่างๆที่เป็นสาระสำคัญในกระบวนการให้คำปรึกษา มีความเข้าใจในลักษณะของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบโครงสร้างครอบครัว มีความไว้วางใจและยินยอมถึงความรู้สึกยินดีที่มีพยาบาลจิตเวชมาดูแล ให้ครอบครัวมีความรู้สึกมีสัมพันธ์ภาพที่ดีมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัว นอกจากนั้นยังทำให้ผู้วิจัยเข้าใจในลักษณะโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวได้อย่างชัดเจน

ผู้วิจัยประเมินโครงสร้างของครอบครัว ดังนี้

#### 1. ขอบเขตระหว่างสมาชิก

1.1 ขอบเขตระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับมารดา คือ โดยรวมมารดากับผู้ป่วยเข้าใจกันดี มารดาสามารถอบรมสั่งสอนผู้ป่วยได้ สามารถควบคุมผู้ป่วยได้ แต่มารดาเลือกที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยเป็นอิสระในการดูแลตนเองที่มากเกินไปจนผู้ป่วยลืมเรื่องการรักษาและการรับประทานยา

1.2 ขอบเขตระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับสามี คือ สามีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย โดยรวมมีความสัมพันธ์ที่เหมาะสมช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน มีขัดแย้งกันบ้างแต่สามารถพูดคุยกันด้วยความเข้าใจไม่เกิดปัญหารุนแรง

1.3 ขอบเขตระหว่างมารดากับลูกชาย คือ ค่อนข้างเป็นขอบเขตที่หลวม มารดาเห็นว่าเป็นสามีของลูกให้เกียรติไม่ได้ออกคำสั่งหรือกำหนดให้ทำอะไร ปล่อยให้ดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยตามใจตนเองแล้วแต่จะจัดการกันเอง

## 2. บทบาท

บทบาทในครอบครัวยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ขอบเขตค่อนข้างหลวมทำให้บทบาทไม่ได้ถูกกำหนดชัดเจนเพียงพอ

## 3. ลำดับอำนาจ

มารดาผู้ป่วยจิตเภท นาง ข เป็นผู้มีอำนาจมากที่สุดในบ้านทั้งเรื่องการตัดสินใจกิจการต่างๆ ในบ้าน ทั้งเรื่องการตัดสินใจในเรื่องการเงิน และการตัดสินใจบริหารจัดการความเป็นอยู่ของทุกคนในบ้าน ส่วนลำดับอำนาจที่รองลงมาก็คือลูกชายจะรับคำสั่งต่างๆ จากแม่ผู้ป่วยจิตเภท และดำเนินกิจการต่างๆ ที่ได้รับมอบหมาย ส่วนลำดับอำนาจสุดท้ายคือผู้ป่วยจิตเภท มีหน้าที่ในการดูแลตนเองเป็นหลัก รวมทั้งช่วยเหลืองานบ้าน และงานสวนตามที่ได้รับมอบหมาย

## 4. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆ

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมักไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใครมากนักเนื่องจากเป็นครอบครัวเดี่ยวสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมของบ้านที่แยกตัวจากหมู่บ้าน แต่ระบบครอบครัวของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

## 5. การประเมินการบวนการ (Process)

### 5.1 ลำดับความสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว

5.1.1 บางครั้งมารดาหยอกล้อผู้ป่วยจิตเภทด้วยถ้อยคำที่ผู้ป่วยไม่ชอบ เช่น ผู้ป่วยทำงานช้า ทำงานหลายอย่างพร้อมกันไม่ได้ ซื้อบื้อ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีน้อยใจในบางครั้งทำให้รู้สึกท้อกับการรักษาที่ไม่หาย อยากหยุดกินยาจะได้ไม่หวังจะได้คิดอะไรให้เร็วขึ้น แม้จะได้ไม่ต้องบ่นมาก

5.1.2 ผู้ป่วยจิตเภทกับสามี โดยรวมความสัมพันธ์ในระบบย่อยสัมพันธ์กันดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทบ่นน้อยใจสามีบ้างที่ไม่ค่อยใส่ใจตนเอง ทำให้สึมกินยารักษาโรคทางจิตเวชไป ตนเองจึงรู้สึกน้อยใจสามีบางครั้งโดยเฉพาะเรื่องดังกล่าว

5.1.3 มารดาผู้ป่วยกับลูกชาย ความสัมพันธ์ค่อนข้างห่างเหินเนื่องจากมารดาปล่อยให้ลูกสาวอยู่กับสามีด้วยความสบายใจจึงไม่ได้ไปกำหนดกฎเกณฑ์ในการดำเนินชีวิตในบ้านมากนัก

### 5.2 ระหว่างครอบครัวและระบบภายนอก

ครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวที่แยกตัวออกมาจากหมู่บ้านตามสภาพแวดล้อมจึงไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวอื่นๆมากนัก แต่ยังมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่รับผิดชอบ อสม. และทีม

การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มาให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชคลินิก พิเศษ (คลินิกฟ้าใส) โรงพยาบาลสามโคก

#### 6. การสังเกตในระหว่างประเมินครอบครัว

##### 6.1 ปฏิบัติการที่สมาชิกมีต่อกัน (Observation)

การสนทนากันของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว พูดกันอย่างตรงไปตรงมา มองหน้า สบตากัน ไม่มีการหลบสายตา ไม่มีการพูดผ่านคนกลางหรือกล่าวถึงบุคคลที่สามในระหว่างการ พูดคุย สีหน้าอาการ ท่าทางทั้งหมดสัมพันธ์กับเนื้อหาและอารมณ์ที่แสดงออกมา ในระหว่างการ สนทนาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะแสดงสีหน้า รวมทั้งการบอกกับมารดาโดยตรงที่ไม่ชอบให้มารดาว่า ตนเองต่อหน้าผู้อื่นในเรื่องของความคิดซ้ำของตนเอง

##### 6.2 การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Nonverbal communication)

พูดคุย สีหน้าอาการ ท่าทางทั้งหมดสัมพันธ์กับเนื้อหาและอารมณ์ที่แสดงออกมา ใน ระหว่างการสนทนาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะแสดงสีหน้า รวมทั้งการบอกกับมารดาโดยตรงที่ไม่ชอบ ให้มารดาเห็นว่าตนเองต่อหน้าผู้อื่น ไม่พบลักษณะของการแอบพูดคุยกระซิบกระซาบกับผู้อื่น ไม่พบการ แอบส่งสายตาที่เป็นลักษณะความลับที่ไม่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่มสนทนาได้ยิน

**ขั้นตอนที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ เวลา : 60 นาที**

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และ ผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาในพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว เพื่อการส่งเสริม พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

#### วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไข ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวตั้งเป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก ช่วยให้ ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายอย่างละเอียด และชัดเจน
3. ผู้วิจัยเรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย
4. ผู้วิจัยต้องย้ำให้ครอบครัวตระหนักอยู่เสมอว่าเป้าหมายนั้นเป็นของครอบครัว ครอบครัว จะต้องเป็นผู้ทำให้เป้าหมายนั้นสำเร็จลุล่วง
5. ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบ ย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม
6. ผู้วิจัยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท และ ครอบครัว เห็น ประเด็นสำคัญของปัญหาทั้งจากความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

### การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวบางครั้งสัมพันธ์ภาพไม่มีการทะเลาะกัน ไม่ดูแลกันจนทำให้ขาดการใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทเองรู้สึกท้อใจในการรักษาตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้มากเท่าที่ควร ครอบครัวบางครั้งไม่ใส่ใจ บางครั้งพูดให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจ จึงขาดการดูแลตนเอง ลืมกินยาบ้าง ไม่กินยาบ้าง ขาดการติดตามการรักษาบ้าง พฤติกรรมการรักษาจึงไม่เหมาะสม การที่ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวให้ทุกคนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ว่าทุกคนในครอบครัวต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมาย มีความชัดเจนในหน้าที่ตามลำดับชั้นของแต่ละคนในครอบครัว ต้องช่วยกันดูแลผู้ป่วยจิตเภทและช่วยดูแลกันและกันในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของบุคคลในครอบครัว และหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3 ) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา เวลา : 60 นาที

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

#### วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ใช้กระบวนการสร้างความคิดใหม่ ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ผู้วิจัยสะท้อน ให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา
3. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ ถึงบทบาทหน้าที่ที่เป็นปัญหาในพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้มีการปรับตัวปรับตัวทั้งการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวใช้ **สมุดคู่มือสำหรับครอบครัว**
5. ผู้วิจัย สาธิตวิธีการจัดยาโดยใช้กล่องยา (ที่ครอบครัวมี) และใบเตือนความจำ พร้อมทั้งตั้งโจทย์สถานการณ์ให้ผู้ป่วยฝึกจัดยาเอง

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ด้วยการร่วมกันคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวตระหนักได้ว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นปัญหาที่ครอบครัวต้องช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ไขด้วยศักยภาพของครัวเป็นหลัก อันเนื่องจาก

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีมากขึ้น พุดกันด้วยความรักความเอื้ออาทรเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้นผ่อนคลายมากขึ้น ไม่ต้องเข้มงวดจนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอึดอัดและไม่เป็นอิสระ โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหาว่าเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินไปที่ครอบครัวจะช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี

#### **ขั้นตอนที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4 ) กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว เวลา : 45 นาที**

##### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รู้จักวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

##### **วิธีการนิเทศ**

1. ผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์ในเรื่องของการใช้ยารักษาโรคจิตเภทสำหรับตนเอง ในเรื่องของผลข้างเคียงจากยา และการดูแลเบื้องต้นที่ตนเองมีเมื่อเกิดอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท
3. สรุป ตามประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว อธิบายประสบการณ์ให้กับผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา
4. ผู้วิจัยทบทวนสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรมครั้งนี้ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว

##### **การประเมินผล**

ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นได้ สามารถพูดคุยปรึกษากันและกัน ถึงการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาทั้งเรื่องอาการของโรค สาเหตุ การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ รวมทั้งอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทราบถึงการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยารักษาโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง



**ขั้นตอนที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 5 ) กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา เวลา : 45 นาที**

#### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเสริมสร้างทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
2. เพื่อเสริมสร้างทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการสังเกตอาการเตือน และวิธีการป้องกัน ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท

#### **วิธีการเนิการ**

1. ผู้วิจัยฝึกทักษะในการสังเกตอาการเตือน วิธีการป้องกัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่ใช้รักษาโรคจิตเภทของตนเองได้
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้
3. ให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการดูแลจัดการตัวเอง ซึ่งจะลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสูงสุดในการรักษา

#### **การประเมินผล**

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท มีความสามารถในการสังเกตอาการเตือน วิธีการป้องกัน รวมทั้งวิธีการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงที่ใช้รักษาโรคจิตเภทของตนเองได้ และจากการสนทนาการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มาก เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวที่ต้องร่วมมือกันจัดการให้ปัญหาหมดไป เท่าที่จะเป็นไปได้ตามความสามารถและศักยภาพของครอบครัว ทั้งการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา และครอบครัวยังสามารถให้คำแนะนำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการดูแลจัดการตัวเอง ซึ่งจะลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสูงสุดในการรักษา

#### **3. ระยะประเมินผลการวิจัย**

หลังเสร็จสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 แล้วผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง (ผลการกำกับกับการทดลองภาคผนวก ค) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้วิจัยจะเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้  
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
หญิง	15	75.0	12	60.0	27	67.5
ชาย	5	25.0	8	40.0	13	32.5
<b>อายุ (ปี)</b>						
20-29	3	15.0	3	15.0	6	15.0
30-39	5	25.0	3	15.0	8	20.0
40-49	8	40.0	6	30.0	14	35.0
50-59	4	20.0	8	40.0	12	30.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	9	45.0	11	55.0	20	50.0
คู่	7	35.0	4	20.0	11	27.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	20.0	5	25.0	9	22.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ประถมศึกษา	4	20.0	11	55.0	15	37.5
มัธยมศึกษา	13	65.0	4	20.0	17	42.5
อนุปริญญา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40.0	14	70.0	22	55.0
เกษตรกรรม	0	0	3	15.0	3	7.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.0	0	0	1	2.5
รับจ้าง	8	40.0	3	15.0	11	27.5
อื่นๆ	3	15.0	0	.0	3	7.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ บาท/เดือน</b>						
ไม่มีรายได้	8	40.0	2	10.0	10	25.0
มีรายได้	12	60.0	18	90.0	30	75.0
<b>ระยะเริ่มเจ็บป่วย</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	9	45.0	3	15.0	12	30.0
5 – 10 ปี	6	30.0	4	20.0	10	25.0
10 – 15 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
15 – 20 ปี	1	5.0	4	20.0	5	12.5
20 ปีขึ้นไป	0	0	5	25.0	5	12.5
<b>บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย</b>						
ป่วย-ตายาย	1	5.0	0	0	1	2.5
พี่น้อง	3	15.0	5	25.0	8	20.0
บิดา/มารดา	6	30.0	11	55.0	17	42.5
ญาติ	1	5.0	3	15.0	4	10.0
ภรรยา/สามี	7	35.0	1	5.0	8	20.0
บุตร	2	10.0	0	0	2	5.0

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง(ผู้ป่วยจิตเภท) จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเริ่มเจ็บป่วย และบุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.5 ลงลงมาคือชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55 ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง น้อยกว่า 5 ปี และผู้ให้การดูแลเป็นหลักในครอบครัวคือ บิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 42.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล ของสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
หญิง	7	35.0	9	45.0	16	40.0
ชาย	13	65.0	11	55.0	24	60.0
<b>อายุ (ปี)</b>						
20-29	3	15.0	3	15.0	6	15.0
30-39	4	20.0	3	15.0	7	17.5
40-49	3	15.0	2	10.0	5	12.5
50-59	10	50.0	12	60.0	22	55.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	8	40.0	2	10.0	10	25.0%
คู่	5	25.0	16	80.0	21	52.5%
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	35.0	2	10.0	9	22.5%
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5.0	0	0	1	2.5
ประถมศึกษา	12	60.0	7	35.0	19	47.5
มัธยมศึกษา	5	25.0	8	40.0	13	32.5
อนุปริญญา	1	5.0	3	15.0	4	10.0
ปริญญาตรี	1	5.0	2	10.0	3	7.5
<b>อาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40.0	3	15.0	11	27.5
เกษตรกร	3	15.0	0	0	3	7.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	5.0	6	30.0	7	17.5
รับจ้าง	8	40.0	11	55.0	19	47.5
<b>รายได้ บาท/เดือน</b>						
ไม่มีรายได้	3	15.0	4	20.0	7	17.5
มีรายได้	17	85.0	16	80.0	33	82.5
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท</b>						
บิดา/มารดา	8	40.0	8	40.0	16	40.0
พี่น้อง	5	25.0	2	10.0	7	17.5
ภรรยา/สามี	1	5.0%	7	35.0	8	20.0
บุตร	6	30.0	2	10.0	8	20.0
ญาติ	0	0	1	5.0	1	2.5

## ตารางที่ 2 ต่อ

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการดูแล/อยู่ร่วมกับผู้ป่วย</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	3	15.0	6	30.0	9	22.5
6 – 10 ปี	4	20.0	5	25.0	9	22.5
11 – 15 ปี	5	25.0	6	30.0	11	27.5
16 – 20 ปี	3	15.0	0	0	3	7.5
21 – 25 ปี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
25 ปีขึ้นไป	4	20.0	2	10.0	6	15.0
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)</b>	4 (2-11)		4 (2-8)		4 (2-11)	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแล/อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยตั้งแต่ 50-59 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55 ซึ่งระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของครอบครัวคือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 19 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอยู่ร่วมกับผู้ป่วยตั้งแต่ น้อยกว่า 5 ปี จนถึง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 และระหว่าง 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	Mean	S.D	ระดับ	t	df	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	3.26	0.17	ปานกลาง	34.823	19	< 0.001*
หลังการทดลอง	4.81	0.13	ดีมาก			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	3.13	0.29	ปานกลาง	2.236	19	0.038*
หลังการทดลอง	3.44	0.52	ปานกลาง			

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยหลังการให้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม 4.81 และ 3.26 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คงที่อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง



ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	Mean	S.D	ระดับ	t	df	p-value
<b>ก่อนทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	3.26	0.17	ปานกลาง	1.738	38	0.090
กลุ่มควบคุม	3.13	0.29	ปานกลาง			
<b>หลังทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	4.81	0.13	ดีมาก	11.519	38	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	3.44	0.52	ปานกลาง			

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่แตกต่างกัน คือ 3.26 และ 3.13 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ 4.81 และ 3.44 ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD 10 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน รับการรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และครอบครัวของผู้ป่วย ในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งประกอบไปด้วย พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก ผู้วิจัยเจาะจงเลือก โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10 ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานีทั้งเพศชายและหญิงวัยผู้ใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีคะแนนประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) คะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall and Gorham, 1962) และบุคคลในครอบครัวทั้งผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวกำหนดกลุ่มตัวอย่างรวม 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว (Polit and Beck, 2004)

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง และความเป็นไปได้ในการวิจัย โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992) โดยได้นำการวิจัยของ สาริณี โตะทอง (2548) มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบที่ระดับ 80% ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 18 ครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้เส้นโค้งปกติ (Normality) กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียในระหว่างการทำวิจัย (drop out) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวและกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 40 ครอบครัว (Polit and Beck, 2004)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อใช้กับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยผู้วิจัยศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) โดยมีขั้นตอนประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 : (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมสานสัมพันธ์** เวลา 45 นาที เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว กำหนดข้อตกลงให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความเข้าใจในลักษณะของการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นระบบโครงสร้างครอบครัว และผู้วิจัยประเมินโครงสร้างที่เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2 : (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ** เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ในการแก้ปัญหา ในพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา** เวลา 60 นาที เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 4 : (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว** เวลา 45 นาที ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเพื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

**ขั้นตอนที่ 5 : (สัปดาห์ที่ 5)กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา** เวลา 45 นาที เสริมสร้างทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท รวมทั้งเสริมทักษะการสังเกตอาการเตือน และวิธีการป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545)

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดขึ้น เพื่อใช้กับผู้ช่วยผู้ดูแลหลัก และสมาชิกครอบครัว

**2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** มี 2 ชุด คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวแนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดยสาริณี ไต๊ะทอง (2548) และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547)

**3.1 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว** แนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดยสาริณี ไต๊ะทอง (2548) ใช้ประเมินผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน

หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

3.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) พัฒนาโดยผลทิพย์ ปานแดง (2547) ใช้วัดกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI = 1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยสูตร KR-21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

### ขั้นการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ รายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้วิจัยในเรื่อง การให้คำปรึกษารอบครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพโรคเรื้อรัง รวมทั้งศึกษาวิชาการให้คำปรึกษาขั้นสูง จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพโรคทางจิตและโรคทางกาย พร้อมด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาต่างๆ และศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารอบครอบครัว และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 เตรียมสถานที่ในการทำการวิจัย โดยติดต่อแหล่งทำการวิจัย ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือจาก พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) ซึ่งรับผิดชอบการดูแลภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม วัน เวลา สถานที่ สอบถามความสมัครใจอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธสามารถออกจากกรทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและการออกจากการทดลองจะไม่มีผลใดๆ ต่อการ

รักษาพยาบาลที่จะได้รับข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะถูกเก็บเป็นความลับไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ หลังจากนั้นวางแผนและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ถึงวัน เวลา สถานที่ดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เดินทางไปพบผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้านเพื่อนัดหมาย และการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ขั้นตอน ตามที่กำหนดด้วยตนเอง

1.5 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) และ ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 (เว้นระยะ 1 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 5)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินการทดลอง (Pre-test) ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และ นัดหมายกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 6 ตามกำหนด

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลในแบบปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาจนครบทั้ง 5 ขั้นตอน โดยกิจกรรมทั้งหมด 5 ขั้นตอนนั้นผู้วิจัยเดินทางไปทดลองที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งหมด 20 ครอบครัว โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้รับคำปรึกษาซึ่งสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีบทบาทในการร่วมการให้คำปรึกษา โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 25 กรกฎาคม 2556 จนถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2556 จนครบทั้งหมด 20 ครอบครัว

2.3 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-5 ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ คือ ประกอบด้วยการซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแล รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

## 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง(กลุ่มทดลอง) ถึงการขอเข้าพบกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยจิต

เภทและครอบครัวตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ในสัปดาห์ที่ 6 นับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มควบคุมทราบเมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (กลุ่มควบคุมที่บ้าน) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ แบบวัดพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) พัฒนาโดย อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซ้ำอีก 1 ครั้ง (Post-test) และแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทราบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) ในการคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของข้อมูลทั้งหมด แล้วทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบ (Dependent t-test) และ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเป็น 2 ประการ คือ

**สมมติฐานข้อที่ 1** พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

**ผลการวิเคราะห์** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

#### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

โดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่สมบูรณ์ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.26 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น และอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 4.81 ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวตามระบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสม สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) ศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาพร้อมกับสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006) นำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถพัฒนาให้สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ระดับดีมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.60 ซึ่งพบว่าโปรแกรมทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น มีระบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสมทั้งระบบหลักและระบบย่อย สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น สามารถพูดคุยกันได้มากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถร่วมกันพูดคุยปรึกษาถึงปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และยังส่งผลต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการทดลองผู้วิจัยพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมทั้งหมดไม่เหมาะสม บทบาทและโครงสร้างของครอบครัวไม่เหมาะสม ไม่มีการพูดคุยสนทนาปรึกษากัน ไม่มีการเอาใจใส่ดูแลกันจึงเกิดการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ดี ในทิศทางกลับกันหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับโปรแกรมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถพัฒนาครอบครัวด้วยศักยภาพด้วยความคิดและการทดลองปฏิบัติด้วยบริบทของครอบครัวเอง ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้นอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยยังพบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและ



ครอบครัวพูดคุยกันได้มากขึ้น สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวมาก่อน ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถร่วมกันพูดคุยปรึกษาถึงปัญหาในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และยังส่งผลต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะที่ที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้มีโครงสร้างระบบครอบครัวที่เหมาะสม ทำให้เอาใจใส่ดูแลกันและกันในครอบครัวมากขึ้นส่งผลให้มีการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ยืนยันได้จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับกับการศึกษาของ Hegde, Rao and Raguram (2007) เรื่องการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) พบว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้นส่งผลให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล การส่งเสริมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทควรให้ครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา และการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติตนและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้องจะทำให้ครอบครัวมีกำลังใจ และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของผู้วิจัยผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีคะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 96.3 (โดยคะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่าผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนค่อนข้างดี) การให้ความรู้ครอบครัวและการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยให้ส่งเสริมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การศึกษาของ Pit-Walz et al. (2006) พบว่า การให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน เพราะครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (Addington J., Mc-Cleery and Addington D., 2005) กล่าวได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการสนับสนุนทางสังคมและไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน (Lim and Ahn, 2003)

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ทุกคนในครอบครัวสามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษากันได้อย่างเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อครอบครัวได้ จึงเกิดสัมพันธภาพที่ขึ้นภายในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อตนเอง ที่มีต่อปัญหาการพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ไม่ดี และรับรู้ต่อปัญหาในครอบครัว รวมทั้งยังได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองและครอบครัวเพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งนำไปสู่การดูแลเอาใจใส่กันและกัน นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และท้ายที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hegde, Rao and Raguram (2007) พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยเฉพาะเมื่อผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว อีกทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา จะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สมลักษณ์ เขียวสด, 2550)

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 อันเนื่องจากประสิทธิภาพของงานวิจัย “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ซึ่งผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) ส่งผลให้สามารถพัฒนาสัมพันธภาพในระบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสมสามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และท้ายที่สุดสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาให้กับผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นกิจกรรมการทดลองวิจัย 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมสานสัมพันธ์** ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเพื่อให้เกิดการยอมรับ ความไว้วางใจจากครอบครัวของผู้ป่วย และการประเมินโครงสร้างระบบครอบครัว เพื่อเข้าใจในความสัมพันธ์ของครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ** ผู้วิจัยร่วมกันจัดโครงสร้างขอบเขตของระบบครอบครัวผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ครอบครัวได้สำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหาและผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ครอบครัวมีเป้าหมายร่วมกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อกันส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา** ผู้วิจัยสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง กระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้ดีที่สุด

**ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว** ผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสมรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

**ขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยา** ผู้วิจัยพัฒนาทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ฝึกทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัว ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม สอดคล้องกับคำกล่าวโครงสร้างครอบครัว มีอิทธิพลโดยตรงกับครอบครัว ครอบครัวที่มีบทบาทหน้าที่ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน และมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะทำให้การดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีโอกาสรับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น (สาริณี โตะะทอง, 2548) รวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัวอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขตของครอบครัว การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการผสมผสานทักษะของการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ ดังบทสนทนาต่อไปนี้

*“ไม่เคยหอรอกะหม้อ ปกติก็ไม่ได้มานั่งคุยเปิดอกกันแบบนี้ แม่ด่ามาทุกๆ เบื่อท้อซีก็เลยกินยาในช่วงแรก แต่ก็ไม่ได้โกรธเขานะรู้ว่าเขาเป็นห่วง แต่พอหมอนแนะนำให้มานั่งล้อมวงคุยกันหนูก็กล้าบอกแม่เนาะว่าหนูไม่ชอบให้ด่า แม่เขาก็เข้าใจหนูมากขึ้นนะรู้ว่าเขาด่าเพราะเขาห่วงเรา”*

*“ก็จริงนะหมอ หนูรู้สึกว่าจะไม่ขาดยาเลยนะ ตอนที่หมอนับเม็ดยาก็ครบตามวันที่ผ่านมา ใช้ใหม่คะ หนูก็รู้สึกว่าตัวเองอารมณ์ดีขึ้นนะหมอ อาการข้างเคียงของยาก็เล็กน้อยนะหมอพอจัดการได้นะคะ”*

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงถึงการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบว่าอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.60 ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 96.3 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงขึ้น คือ ระดับดีมาก คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เท่ากับ 4.81 แสดงถึงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

กล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

เช่นกัน สอดคล้องกับ Hegde, Rao and Raguram (2007) พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยเฉพา เมื่อผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สมลักษณ์ เขียวสด, 2550)

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างที่ชัดเจนถึงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างชัดเจนระดับสูงสุด คือ ดีมาก คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean) ทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เท่ากับ 4.81 (4.50 – 5.00) จากก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่ามีค่าเฉลี่ย (Mean) เพียง 3.26 (2.50-3.49)

**สมมติฐานข้อที่ 2** พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ผลการวิเคราะห์** พบว่าค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

#### **อภิปรายผลการวิจัย**

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ทุกคนในครอบครัวสามารถพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษากันได้โดยเปิดเผยถึงความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อครอบครัวได้ จึงเกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นภายในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความรู้สึกของคนในครอบครัวที่มีต่อตนเอง ที่มีต่อปัญหาการพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ดี และรับรู้ต่อปัญหาในครอบครัว รวมทั้งยังได้มีการสำรวจตนเองแล้วนำกลับมาพัฒนาตนเองและครอบครัวเพื่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งนำไปสู่การดูแลเอาใจใส่กันและกัน นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และทำยที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษาที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hegde, Rao and Raguram (2007) พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยเฉพาะเมื่อผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการทางจิต ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว อีกทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวที่รวมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาจะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เกิดความตระหนักในการทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; สมลักษณ์ เขียวสด, 2550) เช่นเดียวกับการที่ผู้วิจัยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัวขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม สอดคล้องกับคำกล่าวโครงสร้างครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงกับครอบครัว ครอบครัวที่มีบทบาทหน้าที่ที่ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจนและมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะทำให้การดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีโอกาสรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น (สาริณี โตะทอง, 2548) รวมทั้งการเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัวอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโครงสร้างขอบเขตของครอบครัว การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการผสมผสานทักษะของการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวกลุ่มทดลองดีขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลในแบบปกติ

สำหรับกลุ่มที่ให้การพยาบาลในแบบปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในชุมชน รวมทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแล ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน นอกจากนั้นยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น การแนะนำการรับประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากรักษาโรคทางจิตเวช โดยพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพสุขภาพในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่มีการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพในระบบโครงสร้างครอบครัวครอบครัว ไม่ได้รับการส่งเสริมให้แก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวตามระบบโครงสร้างครอบครัว ที่มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่ได้รับการสร้างแนวคิดใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาลในครอบครัว รวมทั้งไม่ได้รับการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา และการทำอย่างไรให้มีพฤติกรรมใช้ยามตาม

เกณฑ์การรักษาที่ดี จึงส่งผลสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี ระบบโครงสร้างในครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสม จึงขาดการเอาใจใส่ดูแลกันและกัน ขาดการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากสภาพปัญหาในครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาแก้ไข จึงส่งผลต่อการไม่เอาใจใส่ในเรื่องของการรักษาโรคจิตเภททำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม สอดคล้องกับทัศนคติของครอบครัว และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทในเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นว่ามีอาการทางจิต โดยการไม่เข้ารับการรักษาและการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl, Hummer and Fleischhacker, 2000) ปัจจุบันสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคบ่อยๆ จากการที่มีการใช้อารมณ์ต่อกัน การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีที่ทำไม่เป็นมิตรหรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสภาพเดิม หรือการที่สังคมบีบคั้นทำให้ป่วยซ้ำในโรคจิตเภทมากขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) เมื่อมีการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีและสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเวช (นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, 2548) อีกทั้งการที่บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม รวมทั้งการรับรู้ถึงอาการทางจิตที่ป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ จึงไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Adams and Scott, 2000) และปฏิเสธการรักษาทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Marder, 2003) เมื่ออาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชนไม่ยอมช่วยเหลือตนเองส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมเสื่อมลงมาก ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Laidlaw et al., 2002)

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งด้านด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.13 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.44 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาแก้ไข ทั้งเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คงที่ระดับปานกลาง เนื่องจากไม่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว สอดคล้องกับค่ากล่าว ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ประกอบด้วยการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ความรู้สึกรุนแรงต่ออาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงของยา (Marder, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumear and Sedgwick (2001) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในกลุ่มของผู้ป่วย คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทได้ โดยอาการข้างเคียงที่พบ คือ กล้ามเนื้อเกร็ง ตาเหลือก มือสั่น ตัวแข็ง เป็นต้น ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่เป็นสุข เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมใช้ยา

รักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะทนต่ออาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นไม่ไหว (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) สอดคล้องกับ ปัญหาอาการกำเริบรุนแรง ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มือสั่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา เกิดการแยกตัว จนเป็นปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (นภาพรณ์ พึ่งเกษตรสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ความสัมพันธ์กับลักษณะเฉพาะของการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและผู้ป่วย เช่น ท่าที่ไม่เป็นมิตร การวิจารณ์และเข้ามายุ่งเกี่ยวทางอารมณ์มากเกินไป เป็นปัจจัยที่ต้องทำครอบครัวบำบัดเพื่อลดอาการป่วยซ้ำ การรักษาโดยครอบครัวบำบัดให้ผลดีกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการทำครอบครัวบำบัดประกอบไปด้วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด คือ การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และการอบรมให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2549)

จากเหตุผลดังกล่าวโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่างๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน การปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆอย่างเหมาะสม ก็จะดำรงชีวิตครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัว คือ การจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม เน้นความเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นโดยแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลครอบครัว และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006)

จากเหตุผลดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss (1980) ซึ่งพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (Pitschel-Walz et al., 2006) นำมา กำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล โดยมีขั้นตอน ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดำเนินการครั้งละ 45-60 นาทีรวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมสานสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมความรู้คู่ครอบครัว ขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมทักษะป้องกันอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิต

ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษานี้ ส่งผลให้ สัมพันธภาพของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดีขึ้น ทำให้บุคคลในครอบครัวดูแลซึ่งกันและกันอย่าง ใกล้ชิด เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันทั้งระบบโครงสร้างหลักของครอบครัว และระบบย่อยใน ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้มี ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น อีกทั้งการดูแลด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และ ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ตามบริบทของครอบครัวและสังคม ความสำเร็จผลแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อ ผู้ป่วยจิตเภท ที่มีส่วนโดยตรงที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าว ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ และผู้ดูแลในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ขณะที่มี อาการกำเริบหรืออยู่ในระยะฟื้นฟู (Loukissa, 1995) อีกทั้งปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้มี การเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้น โดยพยายามให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเองและให้ครอบครัว รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือญาติจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาและมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก (นภาพรณ์ พึ่งเกศ สุนทร, 2553)เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Hou et al., 2008) เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนหลัก ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ ผู้ป่วยจิตเภท ( อรรธรณ หนองต้อ, 2550) รวมทั้งครอบครัวมีส่วนสำคัญ ในการจัดการพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดพฤติกรร มการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (แววดาว วงศ์สุรประภิต, 2549)

พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งครอบครัว ให้มีศักยภาพสามารถดูแลตนเองในเรื่องการดูแลรักษาเกี่ยวกับ โรคจิตเภท รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของระบบโครงสร้างครอบครัว ให้สามารถ แก้ไขปัญหาในเรื่องต่างๆในครอบครัวด้วยกระบวนการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพใน ครอบครัวที่ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทไม่เหมาะสม ด้วยการ พัฒนาสัมพันธภาพของระบบโครงสร้างครอบครัว ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดีขึ้น ทำ ให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ดูแลเอาใจใส่กันและกันด้วยสัมพันธภาพที่ดี ดูแลเอาใจใส่กันและกันใน การดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลรักษาโรคจิตเภทที่เหมาะสมตามบริบทของ ครอบครัว ทั้งการดูแลด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและ



จัดการกับอาการข้างเคียงของยา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

จากความสำคัญทั้งหมดที่กล่าวมา ถือได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นบทบาทที่สำคัญและเฉพาะด้าน ของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ที่ทำให้เกิดโปรแกรมการวิจัยทางการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น นับว่าเป็นเป้าหมายสำคัญเป้าหมายหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งระบบ รวมทั้งเป็นไปตามการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่ต้องการให้การดูแลรักษาพยาบาลเข้าสู่ชุมชน ทัวถึงและเท่าเทียม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ทำให้เกิดการพัฒนาศัมพันธภาพในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่ดีมากขึ้น จนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ตามลำดับ

1.2 สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคทางจิตชนิดอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำเทคนิคการให้คำปรึกษา จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นระยะ ตามความเหมาะสมเช่น ทุกๆ 1, 3, และ 6 เดือนเพื่อความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ในส่วนของโปรแกรมกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 เนื้อหาของกิจกรรม มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับเวลาการทำกิจกรรมที่จำกัด อาจปรับความเหมาะสมของกิจกรรมที่ 4 เป็น 2 ส่วน และเพิ่มเติมขั้นตอนในโปรแกรมทั้งหมดออกไป 6-7 สัปดาห์ตามความเหมาะสม

2.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถนำไปประยุกต์พัฒนาเพื่อสร้างโปรแกรมการวิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในกลุ่มอื่นๆได้

### 3. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

3.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยบริการในชุมชน ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ย่อมมีการพูดคุยสนทนาให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษาซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง

3.2 ในการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา บทบาทพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาที่ต้องมีคือ หลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ครอบครัวรู้สึกว่ายากกว่าพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ตามความเหมาะสมในบริบทของครอบครัว และสิ่งที่สำคัญคือ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องรักษาสถานะภาพของสัมพันธภาพที่ดีนั้นไว้ตลอด

3.3 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้ทักษะให้ผู้ป่วยตระหนัก และคิดให้ได้ว่า เป็นปัญหาของครอบครัวเองและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมช่วยกันคิดแก้ปัญหาให้หมดไปด้วยศักยภาพของครอบครัว

#### ตัวแปรแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติเหมือนกันเป็นคู่ (Matched pair) เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน ในด้านเพศ และ อายุของผู้ป่วยจิตเภท แต่จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจริงพบว่ามีข้อจำกัด และไม่สามารถจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในส่วนของเพศได้ ตามที่กำหนดไว้จำนวน 3 คู่

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา โนอินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2537). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 24-33.
- จินตนา ลีละไกรวรรณ. (2542). โรคจิตเภท : คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม และดุชนี คำมี. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: เอ็น แอนด์ เอ็น ก๊อปปี้ แอนด์ พริ้นติ้ง.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). รายงานการวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 14(2), 30-39.
- ดุสิตา ตู้อะกาย และคณะ. (2552). การศึกษารูปแบบบริการ การดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543). ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภัสศิริ คำสอน. (2548). การศึกษารูปแบบการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภาพรรณ พึ่งเกษมสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(2), 51-63.
- นรวิรี พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เต็นสุทธการพิมพ์.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับประคองต่อพฤติกรรมใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรา ธีรลาภ. (2530). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มณวิภา สาครินทร์. (2547). บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่บุคคลที่ภาวะเฝ้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18(2), 15-23.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2546). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เมธินันท์ ภิญโญชน. (2539). การให้คำปรึกษาครอบครัวเบื้องต้น. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2553). บทความวิชาการ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว : การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
- วันชัย กิจอรุณชัย. (2548). การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 17-27.
- วิลาสินีย์ คุชฎีเสนีย์. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. โครงการศึกษาอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แววดาว วงศ์สุรประกิต. (2549). การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขัง : กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. (2556). รายงานสถิติประจำปีผู้ป่วยจิตเวช 2554 – 2556. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). อาการจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). ตำราประสาทจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรึก ชวานิชวงศ์. (2549). ครอบครัวกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต, 3(11).
- สมลักษณ์ เขียวสด. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลราชบุรี. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัยพร อาซาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธิต พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี ไต่ทอง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี ไต่ทอง. (2549). การให้คำปรึกษา ต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 20, 47-59.
- สินชัย สุจนธรา. (2547). จิตเภท. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช : เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ. (2542). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 32-44.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- อรวรรณ ช้องต่อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วี เจ ปริ้นติ้ง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันดำการพิมพ์.
- Abramowitz, I.A. and Cousrey, R.D. (1989). Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenia relatives. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(2), 232-236.
- Adams, J. and Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental Disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 119-124.
- Addington J., McCleery and Addington D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. Schizophrenia Research, 79(1), 107-116.
- Agarwal, M.R. et al. (1998). Non-Compliance with treatment in patients suffering form schizophrenia : A study to evaluate possible contributing factor. International Journal of social Psychiatry, 44(2), 92-106.

- Anderson, C.M., Hongarty, G.E., and Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients : A psychoeducation approach. Schizophrenic Bulletin, 6(3), 490-505.
- Anderson, C.M., Hongarty, G.E., and Reiss, D.J. (1986). Schizophrenic and the family : A Practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill achizophrenia can place great stress on Individual family members and the family unit How Family Cope. Journal of Psychosocial Nursing, 27, 1-35.
- Becker, H.M. (1974). The Health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Brown, G., Birley, J., and Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder : A replication. British Journal of Psychiatry, 121, 241-285.
- Cochran and Cox. (1992). Exerimantal Designs. New York: John Wiley & Sons.
- De leo, D., Cerin, E., Spathonis, K., and Burgis, S. H. (2005). Lifetime risk of suicide indeation and attempts in an Auatrialian community : Prevalence,suicidal process, and help-seeking behavior. Journal of Affective Disorders, 86, 215-224.
- Diagnosis, American Psychiatric. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder. Washington DC.
- Dissemination, NHS Center for Reviews. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. Effective Health Care, 6(3), 1-8.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Iris Medication Journal, 92(6), 1-3.
- Forman, L. (1993). Medication : Reasons and Interventions for Noncompliance. Journal of Psychosocial Nursing, 31(10), 23-25.
- Frank, A.F. and Gunderson, J.G. (1990). The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Achieve General Psychiatry, 47, 228-236.
- Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder : A Qualitative Study. American Journal ofPsychiatric Rehabilitation, 13(2), 126-142.
- Gillmer, T.P., Dolder, C.R., Lacro, J.P., Folsom, D.P., Lindamer, L., Garcia, P., and Jeste, D.V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. The American Journal of Psychiatric, 161(4), 692-699.
- Gournay, K. (2000). Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment, 6, 243-251.

- Grandon, P., Jenaro, C., and Lemos, S. (2008). Primary Caregivers of schizophrenia outpatients : Burden and predictor variables. Psychiatry Research, 158(3), 335-343.
- Gravaley, E.A., and Oseasohn, C.S. (1991). Multiple drug regimen : Medication compliance among veteraus 65 year and older. Research in Nursing and Health, 14, 51-58.
- Hanzawa, S., Bae,J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver and coping strategies for patients with schizophrenia : Comparison between Japan and Korja. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64(4), 377-386.
- Haynes, R.b., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A.X., and McDonald, H.P. (2005). Intervention for enhancing medication adherence (Review).
- Hegde S, Rao S L, and Raguram A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 11(2), 5-18.
- Hoffman, H. (1994). Age and other factors relevant to re-hospitalization of schizophrenic Out-patient. Acta Psychiatric Scandinavia, 89, 205-210.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary famly caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. Psychiatry and Clinical Neurosciencs, 62(5), 508-514.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (1995). Comprehensive text book of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (1998). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral scienc and clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kuiper, L., Leff, J., and Lam, D. (1992). Family Work for Schizophrenia : A Practice Guide. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Kumer, S. and Sedgwick, P. (2001). Can the factors influencing medication : Compliance reported form Western populations be applied to an eastern Indian context. Journal of Mental Health, 10(3), 267-277.
- Kumer, S. and Sedgwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India : Clients perceptive. Part II. Journal of Mental Health, 10(3), 279-284.
- Laidlaw, T.M., Coverdale, J.H. Falloon, I.R.H. and Kydd, R.R. (2002). Caregiver's stress when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. Community Mental Health journal, 38(4), 303-310.
- Lim, YM. and Ahn, YH. (2003). Burden of family caregiver with schizophrenic patients in Korea. Applied Nursing Research, 16(2), 110-117.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. Journal of Nervous and Mental disease.



- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P. and Pinol, A. (1997). Sample Size Table for clinical Study. Malden: Blackwell Science.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Van Putten, T., et al. (1994). Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 51, 280-288.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Van Putten, T., et al. (2003). Overview of partial compliance. J. CLINICAL Psychiatry, 64, 3-9.
- Marland, G.R. (1999). Atypical neuroleptics : Autonomy and compliance. Journal of Advanced Nursing, 29(3), 615-623.
- Minuchin, S. (1974). Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Montgomery, R.J.V., Gonyes, J.G., and Hooymann, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 34(4), 19-26.
- Norton, N., Williams, H.Y., and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. Current Opinion in psychiatry, 19, 158-164.
- O' Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., and Migone, M. (2003). Compliance therapy : a randomized controlled trial in schizophrenia. British Medical Journal, 327(13), 834-838.
- Oehl, M., Hummer, M. and Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 83-86.
- Orem, D.E. (1985). Nursing concepts of practice. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Orem, D.E. (2001). Nursing concepts of practice. St. Louis: Mosby Year Book.
- Organization, World Health. (2006). The ICD-10 The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem. Geneva.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Report, 10, 799-812.
- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R., and Wanger, M. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia : results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry, 67-75.
- Polit, D.E., and Becker, C.T. (2004). Nursing research principles and methods. Philadelphia.
- Ran M.S., Xiang M.Z., and Chan, C.L. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia-a randomized controlled. Soc Psychiatry Epidemiol, 38(2), 69-75.
- Razali, M.S. and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention Program in a developing country. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, 331-335.

- Risser, N.L. (1975). Development of instrument to measure patient satisfaction with Nurses and nursing care in primary care setting. Nursing Research, 24, 45-52.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2005). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan, G., Well, K.B., Morgenstern, H. and Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk Factor for rehospitalization : a case -control study of seriously mentally ill person In Missisipy. American Journal of Psychiatry, 152(12), 1749-1756.
- Tabacchinck, B., and Fidell, L. (1998). Using Multivariate Statistics. New York: Harper Collins.
- Yeh, L.-L., Hwu. H.-G., Chen, C.-H., and Wu, A. C. C. (2008). Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregiver of Patients with Schizophrenia. Journal of the Formosan Medical Association, 107(8), 664-652.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค  
นายแพทย์แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหารมย์
2. อาจารย์ สารีณี โต๊ะทอง  
อาจารย์ชำนาญการระดับการสอน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
3. นางกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามโคก ปทุมธานี
4. นางยุพากรณ์ มีหนองหว่า  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร
5. นางวรางคณา บุบผา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพรหมพิราม พิษณุโลก



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พัฒนาจาก Farragher (1999)
3. เครื่องมือกำกับการวิจัย คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตามแนวคิดของ Minuchin (1974) พัฒนาโดย สารีณี โต๊ะทอง (2548) และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Anderson, Hongarty and Reiss. (1980) พัฒนาโดย ผลทิพย์ ปานแดง (2547)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ตัวอย่างโปรแกรมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 : (สัปดาห์ที่ 3 ) กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว

สถานที่ : บ้านผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวหรือสถานที่ตามนัดหมาย

สัปดาห์ที่ 3 เวลา : 60 นาที

รูปแบบ : ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว รวมทั้งผู้วิจัย(ผู้ให้คำปรึกษา)เลือกนั่งตามอัธยาศัย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

### เนื้อหา

การสนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น การเพิ่มความเป็นอิสระ (Autonomy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Marland, 1999) ทำให้ครอบครัวมองเห็นปัญหาในแง่มุมมองใหม่ต่างไปจากเดิมในทางที่สร้างสรรค์ขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ คือ เทคนิค Reframing ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในลักษณะท้าทายและใช้เทคนิค Cognitive appraisal เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหาได้ดีที่สุด ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังร่วมกันใช้ความสามารถในการปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้องและปัญหาจากการใช้ยารักษาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ใช้กระบวนการสร้างความคิดใหม่ ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหาหรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสร้างแนวคิดเกี่ยวกับปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณภาพไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

1.1 ผู้วิจัยใช้ **ใบงานที่ 4 การแก้ไขปัญหาค่าในครอบครัว** ประกอบไปด้วยปัญหาลำดับอำนาจในครอบครัว, ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวทั้งหมดเป็นผู้ริเริ่มการสนทนาแก้ปัญหา โดยผู้วิจัย(ผู้ให้คำปรึกษา)มีบทบาทเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกระบวนการทางด้านความคิดให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ เพื่อครอบครัว



ได้แนวคิดในมุมมองของปัญหานั้นทั้งอารมณ์ ความคิดของปัญหาที่เผชิญอยู่ สามารถปรับตัวกับปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อมองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม เช่น

Reframing : “ปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ป่วยรุนแรงเกินไปจนกว่าจะแก้หรือไม่อย่างไร” “แนวทางแก้ปัญหามันทุกคนในครอบครัวเห็นว่าควรเป็นเช่นไร จึงจะทำให้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น” “ทุกคนคิดว่ายากเกินไปไหมครับที่จะช่วยกันแก้ไข...อย่างไรดีครับ” “ความสามารถของทุกคนมีมากพอที่จะแก้ไขหรือไม่ครับ..อย่างไร” เป็นต้น

Enactment : “จากการทบทวนความสัมพันธ์ในครอบครัวปัญหามักเกิดจากจุดใดมากที่สุดครับ” “เคยคุยกันบ้างไหมครับ เปิดใจกันบ้างไหม” “คุณ(ผู้ป่วย)..พูดกับแม่(อื่น)..บ้างไหมว่าต้องการอย่างไร อยากบอกอะไรกับแม่หรือทุกคนบ้างไหม อยากรู้อะไรที่ช่วยดูแลตนเอง” “ลองบอกความรู้สึกกับแม่(อื่นๆ)ครับ” “ต่อไปนี้จะดูแลตนเองอย่างไรครับ..ลองพูดให้แม่(อื่นๆ)ฟังได้ไหมครับ” เป็นต้น

Cognition appraisal : “ปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากอะไรครับ” “พวกเราช่วยกันคิดดีไหมครับว่าจะแก้ปัญหายังไงจึงจะเหมาะสม” “เพราะอะไรครับคุณ(ผู้ป่วย)ถึงไม่กินยา” “ทุกคนช่วยกันคิดสิครับว่าเราจะแก้ปัญหานี้ได้อย่างไรดีครับ” “ทุกๆคนคิดอย่างไรครับ” เป็นต้น

2. ผู้วิจัยสะท้อน ให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ถ้าครอบครัวมองว่าเป็นเรื่องยากไม่มีทางแก้ไขได้ครอบครัวก็จะรู้สึกหมดหวัง ซึ่งจะต้องใช้กระบวนการสร้างความคิดใหม่ ปัญหาใหม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าการแก้ปัญหาไม่ได้รุนแรงเกินไปจนแก้ไขอะไรไม่ได้

3. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันทบทวนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมในครั้งนี้ ถึงบทบาทหน้าที่ที่เป็นปัญหาในพฤติกรรมไม่ใช่ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทยึดหยุ่นมากขึ้น ทำให้มีการปรับตัวปรับตัวทั้งการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งแนวคิดมุมมองใหม่ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดจะแก้ปัญหานั้นได้ดีที่สุด

3.1 ผู้วิจัย ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ร่วมกันทบทวนปัญหาที่ได้จากกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเป้าหมายแห่งความสำเร็จ และ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา เพื่อสะท้อนให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญห และ การสร้างความภาคภูมิใจให้กับสมาชิกทุกคนในครอบครัวเมื่อนึกถึงสิ่งที่ร่วมกันปฏิบัติ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ร่วมกันทำ **ใบงานที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** เพื่อให้ครอบครัวทราบและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

3.3 พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่อง **พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามใบความรู้ที่ 2** เพื่อความเชื่อมโยงในการแก้ปัญหारेื่องพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ครอบครัวร่วมกันคิดค้นหาสาเหตุ และวิเคราะห์ปัญหามาในกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมคิดใหม่ สร้างใหม่ ร่วมใจแก้ปัญหา

4. ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวใช้ **สมุดคู่มือสำหรับครอบครัว** ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้ในโรคจิตเภทสำหรับครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการสังเกตและการจัดการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเภท และตารางช่วยจำการรับประทานยา

5. สาธิตวิธีการจัดยาโดยใช้กล่องยา(ที่ครอบคร้วม) และใบเตือนความจำ พร้อมทั้งตั้งโจทย์สถานการณ์ให้ผู้ป่วยฝึกจัดยาเอง

#### อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4 การแก้ไขปัญหาในครอบคร้ว
2. ใบงานที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. ใบความรู้ที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
4. สมุดคู่มือการดูแลเรื่องยาสำหรับสำหรับครอบคร้ว
5. กระดาษ ดินสอ ปากกา อุปกรณ์ลบคำผิดหรือยางลบ
6. ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบคร้ว

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภท และครอบคร้วสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยจิตเภท และครอบคร้วสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีมุมมองแบบใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

## ใบงานที่ 4 การแก้ไขปัญหาในครอบครัว

**คำชี้แจง :** ให้ผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตอบคำถามการแก้ไขปัญหาครอบครัวโดยการเขียนข้อความลงในช่องว่าง ตามความเหมาะสมในความคิดของครอบครัว

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา/DATE

สมาชิก

ครอบครัวที่.....

สมาชิก 1.....

2.....

3.....

**ปัญหาลำดับอำนาจในครอบครัว**

ปัญหา.....

มุมมองใหม่ในการแก้ไข.....

**ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว**

ปัญหา.....

มุมมองใหม่ในการแก้ไข.....

**ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา**

ปัญหา.....

มุมมองใหม่ในการแก้ไข.....

-เหตุผลของผู้ป่วยเรื่องการไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา คือ .....

-บทวนเป้าหมายที่ทุกคนอยากให้เกิดมากที่สุด คือ .....

## ใบงานที่ 5 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**คำชี้แจง :** ให้ผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตอบคำถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยการเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความเหมาะสมในความคิดของครอบครัว

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ระยะเวลา/DATE

สมาชิก

ครอบครัวที่.....

สมาชิก 1.....

2.....

3.....

ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติ..... ไม่ปฏิบัติ.....  
ไม่ปฏิบัติเนื่องจาก.....

ดูแลให้ผู้ป่วยไม่หยุดการใช้ยาเอง ปฏิบัติ..... ไม่ปฏิบัติ.....  
ไม่ปฏิบัติเนื่องจาก.....

ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ปฏิบัติ..... ไม่ปฏิบัติ.....  
ไม่ปฏิบัติเนื่องจาก.....

ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ยาตามเวลา ปฏิบัติ..... ไม่ปฏิบัติ.....  
ไม่ปฏิบัติเนื่องจาก.....

ดูแลให้ผู้ป่วยไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ปฏิบัติ..... ไม่ปฏิบัติ.....  
ไม่ปฏิบัติเนื่องจาก.....

### สรุปปัญหาพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาในผู้ป่วยของคุณคือ

.....

วิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา คือ

.....

## ใบความรู้ที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาทางจิตอย่างถูกต้อง ซึ่งแสดงออกในลักษณะ 5 ด้าน คือ

- 1.1 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- 1.2 ไม่หยุดการใช้ยาเอง
- 1.3 ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์
- 1.4 การใช้ยาตามเวลา
- 1.5 การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิต หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

**การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลคอยช่วยเหลือให้ได้รับยารักษาทางจิตอย่างต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ที่สำคัญ คือ การดูแลของญาติให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัวดูแลเรื่องดังกล่าว

**การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา** การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตเภทได้ การรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายได้ อาจเกิดการดื้อ ขัดขืน ไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยต้องกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา

## สมุดคู่มือการดูแลเรื่องยาสำหรับสำหรับครอบครัว

(สมุดคู่มือจัดทำให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 1 เล่ม)  
(ขนาดเล่มละ 6 x 8 นิ้ว)

แผ่นที่ 1 : ชื่อเรื่อง

แผ่นที่ 2 : วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ เกี่ยวกับผลเสียของการขาดยาหรือหยุดยาเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการจัดยาและรับประทานยาเองได้อย่างถูกต้อง

แผ่นที่ 3 : ทำไมคุณถึงต้องกลับมาโรงพยาบาลซ้ำอีก (ให้ผู้ป่วยบอกอาการของตนเอง)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

แผ่นที่ 4 : สาเหตุของการขาดยา สำหรับครอบครัว (ช่องว่างให้ครอบครัวบันทึกปัญหาของการขาดยาในครอบครัว)

แผ่นที่ 5 : สาเหตุของการขาดยาโดยทั่วไป

- 1) เกิดจากความคิดที่ว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยแล้ว
- 2) ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด จึงไม่ได้ยาไปรับประทาน
- 3) ได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา จึงหยุดยาเอง
- 4) ไม่มีคนดูแล จึงลืมรับประทานยา

แผ่นที่ 6 : ผลกระทบ จากการขาดยาและหยุดยาเอง

- ผลกระทบต่อตนเอง
- ผลกระทบต่อครอบครัว
- ผลกระทบต่อสังคม

แผ่นที่ 7 : อาการข้างเคียงที่พบบ่อยหลังจากรับประทานยาทางจิตเวช

- 1) ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ง่วงนอน ตาพร่ามัว สับสนมึนงง
- 2) ง่วงนอน กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ความดันโลหิตต่ำ เกิดอาการขาดยาถ้าหยุดทันที
- 3) ซึ่พจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเปลี่ยน ปากแห้ง หลงลืม ตาพร่ามัว ท้องผูก ปัสสาวะคลื่นไส้

เบื่ออาหาร

4) งุนงง ง่วงนอน เบื่ออาหาร กระจายน้ำ ปัสสาวะบ่อย อาการเป็นพิษเมื่อระดับของยารักษาโรคจิตเภทมากผิดปกติในกระแสเลือด

แผ่นที่ 8-9 : วิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

1. ผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถ ซ้ำๆ จากท่านอนเป็นท่านั่ง หรือยืน ถ้ามีอาการวิงเวียนเพราะอาจหน้ามืด ล้มเกิดอุบัติเหตุได้

2. ดูแลแนะนำให้ระมัดระวังอุบัติเหตุ เช่น การขึ้นลงบันได การออกกำลังการควรรอกในท่าที่เหมาะสม
3. ยาอาจทำให้มีปัสสาวะคั่ง ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์ทราบเมื่อมารับยา หรือปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน
4. ผู้ที่มีอาการท้องผูก แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ถ้ามีอาการมากให้รายงานแพทย์ทราบ
5. ยาบางชนิดอาจทำให้แพ้แสง แนะนำให้ผู้ป่วยระวังการถูกแสงแดดจ้า ให้สังเกตผิวแดงและคล้ำจากการโดนแสงแดด อาการคันมีตุ่มพอง ถ้าพบให้รายงานแพทย์ทราบ หรือปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน หรือป้องกันตนเองด้วยการสวมหมวก กางร่ม สวมเสื้อผ้ามิดชิดเมื่อต้องออกกลางแจ้งแดดจัด
6. ไม่ใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ
7. แนะนำระมัดระวังอันตรายต่างๆ หากผู้ป่วยต้องได้รับยากลับไปทานที่บ้าน แนะนำให้หลีกเลี่ยงการขับรถ การใช้ของมีคมเพราะยาจะมีผลทำให้วังงนอน
8. ดูแลไม่ใช้ยาร่วมกับยากดประสาท ยานอนหลับ สุรา และการสูบบุหรี่
9. ดูแลแนะนำ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้ได้ 1 ขวดลิตร หรือ 1 ลิตรครึ่งต่อวัน หรืออย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
10. แนะนำผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้องใช้เวลาเป็นเวลานานและปริมาณสูง ไม่ให้หยุดยาเอง เพื่อป้องกันอาการขาดยา

**แผ่นที่ 10** : หลักการดูแลตนเองในการจัดยารับประทานเอง

1. เตรียมกล่องยา(ที่ครอบครวมี) ให้พร้อมตามมื่อยาในแต่ละวัน โดยกล่องยาต้องสะอาดและแห้ง
2. หยิบยามาดูตามฉลากยา แล้วจัดยาเป็นมือ ใส่ในกล่อง ตามจำนวนเม็ดยาที่ระบุในหน้าซองยาของผู้ป่วย
3. เขียนตารางการเตือนตนเองในการรับประทาน โดยแบ่งเป็นช่อง แล้วทำเครื่องหมายขีดทึงหากับประทาน มื่อยานั้นแล้ว
4. นับเม็ดยาแล้วคำนวณว่า ยาควรหมดในวันไหน เพื่อเป็นการเตือนตนเองให้นับเม็ดยาและไม่ลืมในการรับประทานยา และวันที่ต้องไปพบแพทย์ หลังจากที่ยาหมด
5. หากลืมรับประทานยาในมือใด ควรทานทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรเพิ่มขนาดยาทานเอง และถ้าหากมื่อยาใกล้กันไม่ควรรับประทานยาเป็นสองเท่า

แผนที่ 11 : ปฏิทินการรับประทานยา ( จัดทำตารางการรับประทานยาตามปฏิทิน สามารถเพิ่มได้)

วัน/เวลา	มือเช้า		มือกลางวัน		มือเย็น		ก่อนนอน	
	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
จันทร์ (วันที่...) (...) เริ่ม	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
(...) หยอด/ฉีด	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
อังคาร(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....
พุธ(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....
พฤหัสบดี(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....
ศุกร์(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....
เสาร์(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....
อาทิตย์(วันที่...) (...) เริ่ม	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ	เวลาจัด	ลงชื่อ
	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....
(...) หยอด/ฉีด	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ	เวลากิน	ลงชื่อ
.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....น.	.....	.....

คำชี้แจง : 1. (...) เริ่ม และ (...) หยอด/ฉีด ให้ใส่เครื่องหมาย / ลงใน (...) เพื่อเตือนความจำ  
มือยาที่ไม่มีแผนการรักษาให้ทำเครื่องหมาย กากบาท ที่ช่องมือนั้นๆ



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว)

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวคนมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  หย่า  
 คู่ (อยู่ร่วมกัน)  แยกกันอยู่  
 หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  
 ปริญญาตรี  อื่น ๆ .....
5. อาชีพ  ว่างาน  เกษตรกรรม  
 ธุรกิจส่วนตัว  รับจ้าง  
 ค้าขาย  อื่นๆ .....
6. รายได้ครอบครัว  ไม่มีรายได้  มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท  
 บิดา  มารดา  
 พี่  น้อง  
 สามี  ภรรยา  
 บุตร  อื่น ๆ โปรดระบุ
8. ระยะเวลาในการดูแลหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท  
 0 - 5ปี  6 -10 ปี  11-15 ปี  16-20 ปี  21-25 ปี  25 ปีขึ้นไป
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วยจิตเภท)

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวคนมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  หย่า  
 คู่ (อยู่ร่วมกัน)  แยกกันอยู่  
 หม้าย
4. ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  
 ปริญญาตรี  อื่น ๆ .....
5. อาชีพ  ว่างาน  เกษตรกรรม  
 ธุรกิจส่วนตัว  รับจ้าง  
 ค้าขาย  อื่นๆ .....
6. รายได้ของผู้ป่วยจิตเภท  ไม่มีรายได้  มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน
7. ระยะเวลาเริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน  
 1-5  5-10  1-15  5-20  20 ปี
8. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยคือ  
 ปู่ย่า-ตายาย  พี่น้อง  บิดา-มารดา  ญาติ  อื่นๆ.....

### แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**คำชี้แจง :** แบบวัดชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
เกิดขึ้นประจำ	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณทุกวัน	5
บ่อยครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณเกือบทุกวัน	4
บางครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณสัปดาห์ละครั้ง	3
นานๆครั้ง	ข้อความนี้เกิดขึ้นว่า มากกว่า 1 สัปดาห์ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2
ไม่เคย	ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของคุณปฏิบัติเลย	1

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. คุณเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ....					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. คุณปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของคุณ

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. คุณไม่ควรรับประทานยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเพราะจะทำให้ติดยาได้		
2. ....		
3. ....		
4. ....		
5. ....		
6. ....		
7. ....		
8. ....		
9. ....		
10. ....		
11. ....		
12. ....		
13. ....		
14. ....		
15. ....		
16. ....		
17. ....		
18. ....		
19. คุณควรเปลี่ยนสถานที่รักษาไปเรื่อยๆ ถ้าอาการทางจิตของคุณไม่ดีขึ้น		

### แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

**คำชี้แจง :** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย / ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

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

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1.สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน					
2. ....					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					



ภาคผนวก ค  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

ตารางที่ 5 ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวในระหว่างได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

คนที่	คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	คะแนน (%) ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน	ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน
1	4.75	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
2	4.75	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
3	4.58	ดีมาก	16 (84.2%)	ผ่านเกณฑ์
4	4.42	ดี	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
5	5.00	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
6	4.58	ดีมาก	18 (94.7%)	ผ่านเกณฑ์
7	4.75	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
8	4.83	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
9	5.00	ดีมาก	17 (89.5%)	ผ่านเกณฑ์
10	5.00	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
11	4.33	ดี	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
12	4.50	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
13	4.33	ดี	16 (84.2%)	ผ่านเกณฑ์
14	4.42	ดี	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
15	4.25	ดี	17 (89.5%)	ผ่านเกณฑ์
16	4.42	ดี	18 (94.7%)	ผ่านเกณฑ์
17	4.58	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
18	4.25	ดี	18 (94.7%)	ผ่านเกณฑ์
19	4.75	ดีมาก	18 (94.7%)	ผ่านเกณฑ์
20	4.58	ดีมาก	19 (100.0%)	ผ่านเกณฑ์
รวม	4.60	ดีมาก	18.30 (96.3%)	ผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 6 จำแนกผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตาม เพศและอายุของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
เพศ	อายุ	เพศ	อายุ
1. หญิง	21	1. หญิง	22
2. หญิง	24	2. หญิง	24
3. หญิง	25	3. หญิง	25
4. หญิง	30	4. หญิง	30
5. หญิง	31	5. หญิง	31
6. หญิง	33	6. หญิง	32
7. หญิง	35	7. หญิง	40
8. หญิง	35	8. หญิง	40
9. หญิง	42	9. หญิง	42
10. หญิง	42	10. หญิง	42
11. หญิง	43	11. หญิง	44
12. หญิง	44	12. หญิง	44
13. หญิง	47	13. ชาย	50
14. หญิง	49	14. ชาย	51
15. หญิง	49	15. ชาย	50
16. ชาย	50	16. ชาย	52
17. ชาย	55	17. ชาย	56
18. ชาย	54	18. ชาย	56
19. ชาย	57	19. ชาย	56
20. ชาย	59	20. ชาย	59



ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาจำแนกตามกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	3.44	4.78	1.33	3.06	3.39	0.33
2	3.33	4.67	1.33	3.44	3.78	0.33
3	3.00	4.94	1.94	3.28	3.61	0.33
4	3.22	4.72	1.50	3.17	3.72	0.56
5	3.28	5.00	1.72	3.28	4.28	1.00
6	3.50	4.72	1.22	3.28	3.33	0.06
7	3.28	4.78	1.50	3.33	3.61	0.28
8	3.17	4.83	1.67	3.06	3.56	0.50
9	3.39	5.00	1.61	3.00	4.11	1.11
10	3.11	4.78	1.67	3.11	3.17	0.06
11	3.39	4.72	1.33	2.11	4.28	2.17
12	3.11	4.83	1.72	3.17	2.72	-0.44
13	3.44	4.94	1.50	3.28	3.72	0.44
14	2.83	4.72	1.89	3.17	2.33	-0.83
15	3.33	4.89	1.56	2.94	3.61	0.67
16	3.11	4.94	1.83	3.22	2.83	-0.39
17	3.28	4.67	1.39	3.22	3.39	0.17
18	3.17	4.56	1.39	2.72	2.67	-0.06
19	3.28	4.72	1.44	3.28	3.28	0.00
20	3.44	5.00	1.56	3.39	3.44	0.06
Mean	3.26	4.81	1.56	3.13	3.44	0.32
SD	0.17	0.13	0.20	0.29	0.52	0.63

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นรายข้อ ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามก่อนและหลังการให้โปรแกรม

กลุ่มทดลอง	ก่อนให้โปรแกรม			หลังให้โปรแกรม			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
<b>ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา</b>								
-คุณเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	3.45	0.76	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก	-9.131	<0.001*
-คุณเคยลืมรับประทานยา	3.15	0.93	ปานกลาง	4.80	0.52	ดีมาก	-6.020	<0.001*
-คุณรับประทานยาเมื่อมีอาการทางจิตเท่านั้น	3.15	0.81	ปานกลาง	4.90	0.45	ดีมาก	-7.676	<0.001*
-คุณหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	3.35	0.99	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก	-7.468	<0.001*
-คุณรับประทานยาตรงตามเวลา	3.30	0.73	ปานกลาง	4.95	0.22	ดีมาก	-9.079	<0.001*
-คุณเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.45	0.61	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก	-11.461	<0.001*
-คุณรับประทานยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	3.45	0.69	ปานกลาง	4.80	0.52	ดีมาก	-6.899	<0.001*
-คุณรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	3.30	0.80	ปานกลาง	4.95	0.22	ดีมาก	-8.432	<0.001*
-คุณเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.45	0.76	ปานกลาง	4.75	0.72	ดีมาก	-6.296	<0.001*
<b>รวม</b>	<b>3.34</b>	<b>0.15</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>4.91</b>	<b>0.15</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>-33.904</b>	<b>&lt;0.001*</b>

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา  
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นรายข้อ ในกลุ่มควบคุม จำแนกตามก่อนและหลัง

กลุ่มควบคุม	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
<b>ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา</b>								
-คุณเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	3.20	0.95	ปานกลาง	3.15	1.14	ปานกลาง	0.152	0.881
-คุณเคยลืมรับประทานยา	3.10	0.64	ปานกลาง	3.20	1.11	ปานกลาง	-0.370	0.716
-คุณรับประทานยาเมื่อมีอาการทางจิตเท่านั้น	3.40	0.75	ปานกลาง	3.20	1.01	ปานกลาง	0.698	0.494
-คุณหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	2.95	0.95	ปานกลาง	3.20	1.24	ปานกลาง	-0.793	0.437
-คุณรับประทานยาตรงตามเวลา	3.35	0.59	ปานกลาง	4.10	0.79	ดี	-2.881	0.010*
-คุณเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.35	0.75	ปานกลาง	3.85	0.88	ดี	-1.810	0.086
-คุณรับประทานยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	3.05	1.00	ปานกลาง	3.10	1.12	ปานกลาง	-0.129	0.899
-คุณรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	3.00	0.86	ปานกลาง	3.70	0.92	ดี	-2.333	0.031*
-คุณเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	2.95	0.69	ปานกลาง	3.50	0.95	ดี	-1.814	0.086
<b>รวม</b>	<b>3.15</b>	<b>0.41</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.44</b>	<b>0.71</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>-1.388</b>	<b>0.181</b>

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นรายข้อ ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามก่อนและหลังการให้โปรแกรม

กลุ่มทดลอง	ก่อนให้โปรแกรม			หลังให้โปรแกรม			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา								
-เมื่อคุณมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต คุณรีบไปพบแพทย์ทันที	3.15	1.09	ปานกลาง	4.70	0.47	ดีมาก	-6.941	<0.001*
-เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต คุณทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	2.55	0.89	ปานกลาง	4.50	0.61	ดีมาก	-11.487	<0.001*
-คุณขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.45	1.00	ปานกลาง	4.75	0.44	ดีมาก	-9.114	<0.001*
-คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	3.25	0.72	ปานกลาง	4.85	0.37	ดีมาก	-9.491	<0.001*
-เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย คุณหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.45	1.10	ปานกลาง	4.10	0.72	ดี	-1.898	<0.001*
-แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว คุณยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	3.45	0.83	ปานกลาง	5.00	0.00	ดีมาก	-8.396	<0.001*
-คุณมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.45	0.51	ปานกลาง	4.95	0.22	ดีมาก	-13.077	<0.001*

## ตารางที่ 10 (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	ก่อนให้โปรแกรม			หลังให้โปรแกรม			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
-เมื่อยามด คุณซื้อยา รักษาอาการทางจิตกิน เองโดยไม่ได้มาพบ แพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อ ยาทางไปรษณีย์)	3.45	0.61	ปาน กลาง	4.75	0.72	ดีมาก	-7.255	<0.001*
-คุณปรึกษา กับ ทีม สุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือ มีอาการผิดปกติจากการ ใช้ยา	3.35	0.88	ปาน กลาง	4.85	0.37	ดีมาก	-7.550	<0.001*
<b>รวม</b>	<b>3.17</b>	<b>0.26</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>4.72</b>	<b>0.22</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>-22.611</b>	<b>&lt;0.001*</b>

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เป็นรายข้อ ในกลุ่มควบคุม จำแนกตามก่อนและหลัง

กลุ่มควบคุม	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
<b>ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา</b>								
-เมื่อคุณมีอาการผื่นปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต คุณรีบไปพบแพทย์ทันที	2.90	0.85	ปานกลาง	3.35	1.23	ปานกลาง	-1.690	0.107
-เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต คุณทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	2.50	0.69	ปานกลาง	2.60	1.31	ปานกลาง	-0.418	0.681
-คุณขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.85	1.14	ปานกลาง	2.50	1.10	ปานกลาง	1.022	0.320
-คุณปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	3.15	0.67	ปานกลาง	3.85	0.93	ดี	-2.483	0.023*
-เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย คุณหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันทีโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.25	0.91	ปานกลาง	3.55	1.23	ดี	-0.794	0.437
-แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว คุณยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	3.40	0.75	ปานกลาง	3.70	0.98	ดี	-1.000	0.330
-คุณมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.30	0.57	ปานกลาง	4.10	0.91	ดี	-2.990	0.008*

ตารางที่ 11 (ต่อ)

กลุ่มควบคุม	ก่อน			หลัง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
-เมื่อยามด คุณซื้อยา รักษาอาการทางจิตกิน เองโดยไม่ได้มาพบ แพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อ ยาทางไปรษณีย์)	3.45	0.76	ปาน กลาง	4.35	0.75	ดี	-3.758	0.001*
-คุณ ปรึ ก ษา กั บ ที ม สุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือ มีอาการผิดปกติจากการ ใช้ยา	3.10	0.72	ปาน กลาง	2.95	0.89	ปาน กลาง	0.547	0.591
<b>รวม</b>	<b>3.10</b>	<b>0.32</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>3.44</b>	<b>0.40</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>-3.023</b>	<b>0.007*</b>

แสดงการหาค่าความเที่ยงเครื่องมือ  
แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	18



## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ຍາ1	60.7667	108.185	.752	.885
ຍາ2	60.8667	114.878	.628	.890
ຍາ3	60.5667	112.461	.765	.886
ຍາ4	60.8333	109.868	.743	.886
ຍາ5	60.3667	116.309	.702	.889
ຍາ6	60.2333	117.013	.593	.892
ຍາ7	60.6333	110.861	.646	.890
ຍາ8	60.6000	113.559	.621	.890
ຍາ9	60.8333	112.902	.694	.888
ຍາ10	61.0667	125.168	.192	.903
ຍາ11	61.2667	124.133	.217	.903
ຍາ12	60.8333	124.282	.249	.901
ຍາ13	60.6000	116.869	.726	.889
ຍາ14	60.5000	116.672	.441	.897
ຍາ15	60.3667	117.206	.652	.890
ຍາ16	60.3333	120.506	.455	.895
ຍາ17	59.7667	121.909	.383	.897
ຍາ18	60.9667	121.826	.368	.898

แสดงการหาค่าความเที่ยงเครื่องมือ  
แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables  
in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.749	12

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
relation1	49.03	14.102	.663	.691
relation2	49.17	14.971	.658	.699
relation3	48.90	16.576	.193	.764
relation4	49.23	15.013	.410	.731
relation5	48.83	17.247	.333	.739
relation6	48.53	18.671	.014	.762
relation7	48.57	17.151	.417	.733
relation8	48.70	15.734	.508	.718
relation9	48.87	14.051	.793	.678
relation10	49.10	19.748	-.210	.802
relation11	48.57	17.426	.340	.739
relation12	48.80	14.303	.681	.691

แสดงการหาค่าความเที่ยงเครื่องมือ  
ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.751	19

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
know1	17.1333	2.602	.000	.751
know2	17.1333	2.602	.000	.751
know3	17.2667	2.478	.004	.787
know4	17.1667	2.489	.140	.751
know5	17.1333	2.602	.000	.751
know6	17.1333	2.602	.000	.751
know7	17.2000	1.959	.816	.685
know8	17.3000	1.803	.644	.699
know9	17.2000	1.959	.816	.685
know10	17.4000	1.766	.531	.727
know11	17.1333	2.602	.000	.751
know12	17.1333	2.602	.000	.751
know13	17.2000	1.959	.816	.685
know14	17.2000	1.959	.816	.685
know15	17.1333	2.602	.000	.751
know16	17.1333	2.602	.000	.751
know17	17.1333	2.602	.000	.751
know18	17.1333	2.602	.000	.751
know19	17.1333	2.602	.000	.751



ภาคผนวก ง  
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
หนังสือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อ  
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชื่อผู้วิจัย นายธรรบ เทียนสันต์ ที่อยู่ติดต่อ 145/1 หมู่ 5 ต.ท่าช้าง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก  
65150 โทร 087-7195509 E-mail Address : free\_nurse@hotmail.comข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบาย  
จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามต่างๆจากผู้วิจัย และ  
สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของผู้วิจัย จำนวน 5 ครั้งๆละ 45-60 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่  
เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่อข้าพเจ้าข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:  
eccu@chula.ac.thข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัยหลัก นายธงรบ เทียนสันต์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 145/1 หมู่ 5 ต.ท่าช้าง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก 65150

โทร 087-7195509 E-mail Address : free\_nurse@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และติดตามผล หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ

4. ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนรับการรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และครอบครัว ในเขตความรับผิดชอบของเขตสาธารณสุขที่ 1 ทั้งหมดจำนวน 40 ครอบครัวแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว ดังนี้

5. เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

5.2 อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง

5.3 เป็นผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะอาการสงบ จากการประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ตามที่กำหนดค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อยกว่า 30 คะแนน (Overall & Gorham, 1962).

5.4 มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำสุด (1.00 - 1.49) ถึงระดับปานกลาง (2.50 - 3.49)

5.5 สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ที่มารับบริการ ณ คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ในเขตสาธารณสุขที่ 1 รวมทั้งอาศัยอยู่ในชุมชน

6.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา



ของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) การรักษาว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

6.2 เมื่อมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นผู้ร่วมศึกษาวิจัย และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมศึกษา จากนั้นขอความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

7. กระบวนการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมรายรอบครบ 5 ครั้งๆละ 45-60 นาที ที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้ **ขั้นตอนที่ 1** - การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว และ การประเมินโครงสร้างครอบครัว, **ขั้นตอนที่ 2**-สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ปัญหา **ขั้นตอนที่ 3**-สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหา **ขั้นตอนที่ 4**-การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, **ขั้นตอนที่ 5**-การเสริมทักษะและพัฒนาการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

8. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำด้วยการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้วิจัยไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อแพทย์ผู้รักษาต่อไป หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการยินยอมจากผู้ป่วย

9. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลาสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความพอใจและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

10. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ และหากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิต ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินการวิจัยทันทีเพื่อทำการประเมินสภาพจิตใจและบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะได้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์หรือ จิตแพทย์ต่อไป การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มี**ประโยชน์**ในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในพื้นที่ปทุมภูมิ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ นายธงรบ เทียนสันต์ หมายเลขโทรศัพท์ 087-7195509 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ที่ ปท ๐๐๓๒.๓/๐๒/๔๙๘

โรงพยาบาลสามโคก ต.บ้านปทุม  
อ.สามโคก จ.ปทุมธานี ๑๒๑๖๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุมัติการพิจารณาจริยธรรมให้นิสิตดำเนินโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๗๐ ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต คือ นายธรรป เทียนสันต์ ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD ๑๐ ทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๒๐ - ๕๙ ปี ที่อาศัยในชุมชน และบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว จำนวน ๔๐ ครอบครัว นั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคกในนามคณะกรรมการพิจารณา ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้นิสิตดังกล่าวสามารถดำเนินโครงการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยต่อไป ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นายธรรป เทียนสันต์

สังกัดหน่วยงาน นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

*ans amt*

(นายตราวุธ ธนเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐-๒๑๙๙-๓๗๙๖-๘ ต่อ ๑๑๒, ๑๒๔

โทรสาร ๐-๒๑๙๙-๓๗๙๕



ที่ ปท ๐๐๓๒.๓/๐๒/ ๔๕๕

โรงพยาบาลสามโคก ต.บ้านปทุม  
อ.สามโคก จ.ปทุมธานี ๑๒๑๖๐

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ตอบรับให้หนังสือเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๗๐ ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อ  
ขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ คือ นายธงรบ เทียนสันต์ ดำเนินการเก็บข้อมูล  
การวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD ๑๐ ทั้งเพศชายและหญิงวัยผู้ใหญ่ตั้งแต่  
๒๐ - ๕๙ ปี ที่อาศัยในชุมชน และบุคคลในครอบครัวผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว จำนวน ๔๐ คน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลสามโคก ยินดีให้หนังสือดังกล่าว เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา  
จริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศราวุธ จนเสรี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐-๒๑๔๔-๓๗๕๖-๘ ต่อ ๑๑๒, ๑๒๔

โทรสาร ๐-๒๑๔๔-๓๗๕๕

ภาคผนวก จ  
หนังสือคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

FON-CU-THESIS09

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๙๙/
วันที่	13.๕.๕6
เวลา	15.00 น.
ผู้รับ	CGT

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นายธรรป เทียนสันต์ รหัสประจำตัว 5477166036 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 145/1 หมู่ 5 ตำบล/แขวง พรหมพิราม อำเภอ/เขต พรหมพิราม จังหวัด พิจิตรโลก รหัสไปรษณีย์ 65150 โทรศัพท์ 087-7195509

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมกรการใช้ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกรการใช้ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวผลทิพย์ ปานแดง
- ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาฯ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2547

ลงนาม ..... *ธรรป เทียนสันต์* ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นายธรรป เทียนสันต์)  
13/ มิถุนายน / 2556

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <i>เห็นสมควรให้ดำเนินการ</i>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <i>อนุมัติ</i>
ลงนาม ..... <i>ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ</i> ..... (อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ) 13 / มิถุนายน / 2556	ลงนาม ..... <i>ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์</i> ..... (รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์) 20 / ๕.๕ / 2556
ความเห็นรองคณบดี <i>นางสาววิไล</i>	อนุญาต
ลงนาม ..... <i>ดร.นงนุช</i> ..... (ดร.นงนุช นงนุช) 20 / ๕.๕ / 2556	ลงนาม ..... <i>ดร.หญิง</i> ..... (รองศาสตราจารย์ ร.ศ.หญิง ดร.หญิง อังสุโรจน์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 20 / ๕.๕ / 2556

FON-CU-THESIS09

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๙๙
วันที่	13 มิ.ย. 56
เวลา	1๕.๐๐ น.
ผู้รับ	CP

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นายทรงรบ เทียนสันต์ รหัสประจำตัว 5477166036 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 145/1 หมู่ 5 ตำบล/แขวง พรหมพิราม อำเภอ/เขต พรหมพิราม จังหวัด พิจิตร โลก รหัสไปรษณีย์ 65150 โทรศัพท์ 087-7195509

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวศิริณี โตะทอง
- ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2548

ลงนาม ..... ผู้ยื่นคำร้อง

( นายทรงรบ เทียนสันต์ )

13/ มิถุนายน / 2556

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็น สมควร ให้ความอนุเคราะห์	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ เห็นสมควร
ลงนาม ..... ( อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมพุทธ ) 13 / มิถุนายน / 2556	ลงนาม ..... ( รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ) ..... / 2556
ความเห็นรองคณบดี.....	อนุญาต
นางสาวศิริณี โตะทอง ลงนาม ..... ( นสพ. จร. (จ.พ.) พ.ย. ) ..... / 2556	ลงนาม ..... ( รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อุทิน อังสุโรจน์ ) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 24 มิ.ย. 2556 / 2556



FON-CU-THESIS09

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	643
วันที่	27 พ.ค. 56
เวลา	10.35 น.
ผู้รับ	.....

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดี

ข้าพเจ้า นายทรงรบ เทียนสันต์ รหัสประจำตัว 5477166036 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 145/1 หมู่ 5 ตำบล/แขวง พรหมพิราม อำเภอ/เขต พรหมพิราม จังหวัด พิจิตรโลก รหัสไปรษณีย์ 65150 โทรศัพท์ 087-7195509

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ชื่อวิทยานิพนธ์ บัญชีทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอุมาพร กาญจนรักษ์
- ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2545

ลงนาม ..... ผู้ยื่นคำร้อง

( นายทรงรบ เทียนสันต์ )

14/ พฤษภาคม / 2556

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรในความเห็นที่แนบมา</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... ( อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมชูช ) 14 / พฤษภาคม / 2556</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>เห็นชอบ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... ( รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ) ..... / 2556</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... ( รศ. อ. นพ. ๖๐๖๖ ) 27 . 1 . ๖๖ / 2556</p>	<p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... ( รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 28 พ.ค. 2556 / 2556</p>

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายธงรบ เทียนสันต์ เกิดวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2526 ที่จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษา การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จากโครงการร่วมผลิตมหาวิทาลัยนเรศวร และวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เมื่อปีการศึกษา 2549 และสำเร็จการศึกษา หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2556

ปัจจุบันรับตำแหน่งอาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY