

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นางสมกมล อรรถทิมากุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM
ON BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

Mrs. Somkamon Akkhathimakun

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 | ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแล |
| | ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| โดย | นางสมกมล อรรถทิมากุล |
| สาขาวิชา | การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สมกมล อรรถทิมากุล : ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแล
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM
 ON BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 163 หน้า.

การวิจัยทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
 เภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบภาระการดูแลของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาคลินิกจิต
 เวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น
 กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว จับคู่ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความ
 เพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามโปรแกรมการให้คำปรึกษา
 ครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดภาระใน
 การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดย
 ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาระใน
 การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha
 coefficients) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test และ
 independent t-test)

ผลการวิจัย สรุปได้ □ ดังนี้

- 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลัง ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
 ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา
 ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิติ.....

ป □ การศึกษา..2556..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

5477314636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: FAMILY COUNSELING / BURDEN OF CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

SOMKAMON AKKHATHIMAKUN : THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS.

ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LEUBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 163 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the burden of schizophrenic patients' caregivers before and after received family counseling program and compare the burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program, and those who received regular caring activities. Study samples composed of 30 families of schizophrenic patients were recruited according to the inclusion criteria from schizophrenic patients attending psychiatric clinics, out patient department, provincial hospitals. There were 15 subjects in each experimental and control groups. These samples were matched pair by income, sufficiency of caregiver and duration responsibility. The experimental group received family counseling program, whereas the control group received regular caring activities . Research instruments were family counseling program and the caregiver burden scale. These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients were .96. Statistical techniques utilized by data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test. Major results of this study were:

1. The burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program after the experiment was significantly decreased than that before at the .05 level.
2. The burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program was significantly lower than those who received regular caring activities at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing. Student 's Signature.....

Academic Year : ...2013..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงได้ ตลอดจนให้ความเมตตาเอาใจใส่รวมถึงให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจ ในความกรุณาของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความเมตตา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ทุกท่าน ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจให้เป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ สนับสนุนทุนการศึกษาจนจบหลักสูตรนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหารในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี และเจ้าหน้าที่ประจำในสังกัดโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในการเก็บรวบรวม ข้อมูลและการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์จุมพล สมประสงค์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรม (หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช) ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจห่วงใยเสมอมา

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยและ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ครอบครัวรศ.ทิมากุลทุกท่าน ที่ ให้กำลังใจ ห่วงใย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณพี่ เพื่อนและน้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุก ท่านที่คอยช่วยเหลือแนะนำอย่างดียิ่งต่อผู้วิจัย คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัย ขอมอบให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกๆท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 6 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 6 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 10 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 10 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 14 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 15 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล..... | 15 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว..... | 23 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... | 30 |
| แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว..... | 38 |
| บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้น โครงสร้าง..... | 50 |
| โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... | 53 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 55 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 60 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 61 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 61 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 64 |
| ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง..... | 72 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 94 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 96 |

| | |
|---|-----|
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 105 |
| รายการอ้างอิง..... | 115 |
| ภาคผนวก..... | 124 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... | 125 |
| ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา..... | 127 |
| ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... | 129 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 132 |
| ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 144 |
| หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... | 146 |
| จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 147 |
| ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง □ างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... | 152 |
| ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... | 154 |
| ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ | 157 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 163 |

สารบัญญัตินำ

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|---|
| 1 | กิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว.....74 |
| 2 | คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (N = 15).....91 |
| 3 | คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (N = 15).....92 |
| 4 | จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับ การศึกษา (N = 30).....97 |
| 5 | จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N = 30).....98 |
| 6 | คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการ ทดลอง โดยรวมและรายด้าน.....99 |
| 7 | คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการ ทดลอง โดยรวม และรายด้าน101 |
| 8 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว..... 102 |
| 9 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....103 |
| 10 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....104 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดเกิดอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย เป็นผู้วิเศษ ด้านการรับรู้เกิดอาการประสาทหลอน ด้านอารมณ์จะมีสีหน้าเฉยเมย แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ส่วนด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีอาการเคลื่อนไหว เชื่องช้า ขาดความกระตือรือร้น แต่งตัวแปลก ๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติจากการดำเนินโรคนาน เจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) พบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทจะมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำของกรมสุขภาพจิตพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 70 ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และเป็นภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (กรมสุขภาพจิต, 2548) นอกจากนี้จะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศโดยรวม

ในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสมดุ ลมีเพียงร้อยละ 50.7 (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552) สมาชิกในครอบครัวต้องดำเนินชีวิตทำงานนอ กบ้านประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันแนวโน้มของครอบครัวเริ่มอ่อนแอจากสภาพครอบครัวแตกแยก ค่อนข้างเปราะบาง สมาชิกมีอิสระในการดำรงชีวิต ทุกคนต่างพึ่งพาตนเอง ขาดความพึ่งพิงและผูกพันต่อกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวห่างเหิน จึงก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) นอกจากนี้ปัญหาความยุ่งยากลำบากใจของปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัว โดยเฉพาะปัญหาด้านภาระการดูแลในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสื่อมถอยด้านความคิด บุคลิกภาพ การรับรู้ความจริง และอารมณ์กับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป การเจ็บป่วยยาวนานนั้นทำให้เป็นภาระการดูแลผู้ป่วยที่หนักและยากลำบาก หลายครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด หากนานเกินไปอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา จากการศึกษากอง Wai-Tong Chan et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะเผชิญความเครียดจากพฤติกรรมที่แปลก

ประหลาด ชัดแจ้งในการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของเสาวภาค บุญคมรัตน์ (2551) พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านพบปัญหาการดูแลเกิดจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสั้นคลอน ไม่สามารถอยู่บ้านเดียวกันได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเพิ่มขึ้นได้เสมอ ซึ่งเป็นภาระที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เกิดภาระในการดูแลสูง (รจนา ปุณโณทก, 2550) จากการศึกษาปาริชาติ ศาสน์สและคณะ (2552) ได้ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่าในช่วงแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการผู้ป่วยยังเหมือนเดิม ผู้ดูแลจะเกิดความลำบากใจ เอือมระอา รู้สึกเป็นภาระ และลักษณะของการดำเนินโรคที่ซับซ้อนของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว คำหยาบคาย ข่มขู่ บางรายผู้ป่วยมีพฤติกรรมเก็บตัว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ไปรบกวนสมาชิกในครอบครัว จนเกิดการทะเลาะเบาะแว้ง การไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความขัดแย้งระหว่างแม่-ลูก สามิ-ภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระในเชิงรูปธรรม (object burden) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 70 คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ object burden questionnaire (OBQ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Social Behavioral Assessment Schedule (SBAS) ผลการศึกษาพบว่า ผลในด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดในบ้านถึงร้อยละ 74 ปัญหาด้านสุขภาพร้อยละ 53 และภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหาร้อยละ 57 และยังพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทำงานประจำ ไม่มีเวลาพักผ่อน การดำเนินชีวิตทั้งญาติผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดปัญหาหลายด้านตามมา

ภาระการดูแล หมายถึง ประสิทธิภาพการรับรู้ และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจ และความเดือดร้อน ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาต่อการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแล (Montgomery, 1985) จากการศึกษาของ Thornicroft et al. (2004 cited in Kuipers, 2006) พบว่าค่าเฉลี่ยภาระการดูแล มีภาระระดับสูงมากร้อยละ 90.2 และมีภาระเล็กน้อยร้อยละ 9.8 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลได้รับ

ผลกระทบอย่างมาก ทั้งด้านอารมณ์ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Awad and Voruganti, 2008) และส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจที่ไม่สามารถไปทำงานได้ต้องมาเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (ขนิษฐา วงสุก, 2553; จันรรจ์ พลไพรินทร์ และคณะ, 2552; Addington et al., 2005; Baker, 2008)

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ 1) บทบาทของญาติผู้ดูแล นภากรณ์ พึ่งเกษสุนทร (2553) พบว่าหากผู้ดูแลมีการทำหน้าที่ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ 2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สาริณี โต้ะทอง (2548) พบว่าหากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะกับผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดอาการป่วยซ้ำตามมา เพิ่มภาระการดูแลแก่ผู้ดูแล 3) การติดต่อสื่อสารในครอบครัว โดยใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด การเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) 4) ทักษะความเครียดในผู้ดูแล Wai-Tong et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะเผชิญความเครียด จากพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย เกิดความสับสนทางอารมณ์ รวมทั้งการทะเลาะวิวาทกัน การเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย 5) แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท Raune et al. (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น 6) การสนับสนุนทางสังคม Montgomery et al. (1985) พบว่าสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545) Lim and Ahn (2003) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย 2) รายได้ของครอบครัว Montgomery et al. (1985) พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย 3) อายุของผู้ดูแล ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า มีส่วนทำให้ภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985) 4) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) 5) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล Doombos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง พบปัญหาด้านการเงิน และคุณภาพชีวิตลดลง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งสิ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยากลำบาก

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งครอบครัวและญาติมี

ความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ไม่เกิดภาวะตึงเครียดภายในครอบครัว โดยมีแนวคิดที่ว่า ครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Loukissa, 1995) หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่เพิกเฉยต่อบทบาทการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมของผู้ที่ได้ทำการศึกษามีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ สมลักษณ์ เขียวสด (2550) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น จากการศึกษาที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ขนิษฐา วงสุก (2553) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สามารถลดความเครียดลงได้ สาริณี โตะทอง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำ เป็นผลทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง และนภาพรณ์ พึ่งเกษสุนทร (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า การลดปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแลจะเป็นการเตรียมพร้อมของผู้ดูแล วิธีการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถลดภาระการดูแลได้ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่จะทำให้อลดภาระการดูแลได้ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญส่วนใหญ่ของการเกิดสัมพันธภาพที่ตึงเครียดในบ้าน ความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย รำคาญ ไม่สนใจใยดีผู้ป่วย ไม่มีเวลาทำกิจกรรม เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ทำให้ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทำให้สมาชิกเกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้ระบบ

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่สมดุลอย่างมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2554) จึงส่งผลทำให้เกิดภาระในการดูแลแก่ผู้ดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งครอบครัวให้เข้าใจในปัญหาของภาระที่เกิดขึ้น โดยมีทัศนคติและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัวให้มีความรักความเข้าใจ ความอบอุ่น ความหวังใจ เป็นกลไกสำคัญในการช่วยเหลือครอบครัว จากแนวคิดของ Goldenberg (1985) กล่าวว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นผลมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว ไม่ใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ประกอบกับ Hegde et al. (2007) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัวมีลักษณะบูรณาการ ทั้งการพัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลให้เข้าสู่การปฏิบัติประจำ การพัฒนาทักษะ การจัดการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแก้ปัญหาบทบาทครอบครัว รวมถึงเพิ่มระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทนต่อปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ถือว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล หากนําการให้คำปรึกษาครอบครัวมาช่วยเหลือปัญหาระดับครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ส่งผลทางลบต่อปฏิสัมพันธ์ต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวเดือดร้อนเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (อภิวัฒน์ บัวลอย, 2555; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเกิดผลกระทบอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องนำกระบวนการทางการพยาบาลมาพัฒนาคุณภาพการบริการที่เน้นการทำงานเชิงรุกที่จะเข้าใจปัญหาของครอบครัวอย่างแท้จริง โดยสร้างสัมพันธ์ภาพและคํานึงถึงบริบทและวิถีชีวิตของครอบครัวได้อย่างกลมกลืน จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยเล่าเรื่องราวของโครงสร้างครอบครัวของตนเองร่วมกัน เพื่อเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือโดยมีเป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจ และยอมรับในครอบครัวมากขึ้น สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเข้าใจปัญหาของครอบครัวตนเอง สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด และเกิดความพึงพอใจของผู้รับคำปรึกษา (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2553) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่เกิดอาการกลับซ้ำ จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนเดิมของตนเองได้อย่างปกติสุข อีกทั้งยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้อย่างสมดุล ส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเข้าใจเอื้ออาทรต่อกันร่วมกันแก้ไขปัญหาก็ไม่สุขสบายใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ลดปัญหาความคับข้องใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง (สาริณี โต้ะทอง, 2548; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) จาก

การวิจัยข้างต้นผู้วิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการให้บริการแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลต่อไป รวมทั้งเป็นการพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ?
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ?

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวมีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย (Chou et al., 1992) หากผู้ดูแลบกพร่องในการดูแลผู้ป่วย มักส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราป่วยซ้ำสูง ถึงร้อยละ 60-70 (Sadock and Sadock, 2000) ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล Provencher (1997) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยที่ต้องมีสัมพันธภาพ และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ต้องมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสามารถในการจัดการกับปัญหา ความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น (รจนา ปุณ โนนทก, 2550) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โดยสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาวะการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต (Ganguly, 2010; Gutierrez-Maldonado et al., 2005; Perlick et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น มีปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ปัจจัยภายในของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกของความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา (sense of preparedness) วิธีการเผชิญกับปัญหาของผู้ดูแล (coping strategies) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (skills and ability) และปัจจัยในตัวของผู้ป่วยเอง คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลต่อการดูแลอีก เช่น เหตุการณ์ความเครียดอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อน (Tungpunkom, 2000) สุนันทา นวลเจริญ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวรรณ ตรีขวง (2547) พบว่าหากญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จะทำให้ญาติมีความเครียดลดลงและนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมภพ เรื่องตระกูล (2554) ได้เสนอแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการสังเกต พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเฉพาะของการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและผู้ป่วย เช่น ท่าที่ไม่เป็นมิตร วิจารณ์และเข้ามายุ่งเกี่ยวทางอารมณ์มากเกินไป เป็นปัจจัยที่ต้องทำครอบครัวบำบัดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำ การรักษาโดยครอบครัวบำบัดให้ผลดีแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการทำครอบครัวบำบัดประกอบด้วย การให้บริการที่เป็นตัวอย่างของการเข้ามามีส่วนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ได้แก่ การให้การปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และการอบรมสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของสาริณี โต้ะทอง (2548) พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบบ่อย ส่งผลให้เกิดความผาสุก ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ และลดภาระของผู้ดูแลได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2554)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับสภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบัน ได้เน้นการศึกษา ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งโดยทางตรงต่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย (direct care) โดยใช้สมรรถนะของ APN ทั้งใช้หลักจริยธรรม ภาวะผู้นำ นวัตกรรมทางการพยาบาล ใช้ผลงานวิจัย หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ การบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ การให้คำปรึกษา การ

สอนและชี้แนะ การเป็นผู้นำทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายด้านการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง และเป็นแบบอย่างด้านการวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย ด้านการเป็นผู้นำวิชาชีพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (พิไลวรรณ จันทรสุกรี และคณะ, 2555) การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษารูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่ปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เนื่องจากการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นผลมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว ไม่ใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg, 1985) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วย โดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ครอบครัวเป็นที่พึ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย (สาริณี โต้ะทอง, 2548) ถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะสามารถช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาของโครงสร้างครอบครัวที่เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้างครอบครัวที่ประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน ย่อมมีการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดการทะเลาะเบาะแว้ง ความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย รำคาญ ไม่สนใจใยดีผู้ป่วย สำหรับครอบครัวที่มีกฎระเบียบแบบแผนไม่ชัดเจน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยากและขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา (สาริณี โต้ะทอง, 2548)

เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มโครงสร้างครอบครัวเป็นการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ มีสัมพันธภาพ และทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว ทำให้สมาชิกเข้าใจในวงจรปฏิสัมพันธ์โดยการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อร่วมกันจัดโครงสร้างในครอบครัวให้เหมาะสม มีการปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระบวนการทำงาน รวมถึงหากสมาชิกมีความสามารถในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ ทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบบ่อย ส่งผลให้เกิดความผาสุกช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกว่ามีคุณค่าในชีวิต ลดปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีการให้คำปรึกษารอบครัวแบบรายครอบครัว ซึ่งในแต่ละครอบครัวประกอบไปด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ผู้ดูแลหลัก 1 คน และสมาชิกในครอบครัว 1 คน

การให้คำปรึกษารอบครัวประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การประเมินโครงสร้างครอบครัว โดยสร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้ความสำคัญแก่ผู้ดูแลที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย เน้นการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อให้รับฟังอย่างตั้งใจ เกิดการยอมรับในการเข้าร่วมกิจกรรม มีโอกาสระบายปัญหาและความรู้สึกต่างๆ เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสมาชิกภายในครอบครัวที่มีต่อผู้ดูแล โดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของตนเองแล้ว รู้สึกว่าครอบครัวเป็นที่พึ่งที่ดีสำหรับตนเอง จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจสาเหตุของปัญหา และผลที่ทำให้เกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้หลักการของระบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสมกับครอบครัวของตนเอง การมีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนเพื่อเป็นการปรับบทบาทหน้าที่ ช่วยเหลือส่งเสริมให้มองเห็นทางเลือกใหม่ เกิดความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาลงได้ด้วยครอบครัวตนเอง ส่งผลให้ลดภาระของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหามาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือทำกิจกรรมแทนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถจัดความเครียดภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญ ในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา เพื่อให้สมาชิกมีความยืดหยุ่นต่อกันภายในครอบครัว และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการยอมรับกฎเกณฑ์ระเบียบของครอบครัวให้มีความยืดหยุ่น และสมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับขอบเขตของครอบครัวให้ชัดเจน รวมถึงการสื่อสารที่แสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยครอบครัวของตนเอง รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนที่สำคัญให้การช่วยเหลือครอบครัวได้ เป็นการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างดี

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Groups design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลทั่วไป โดยทำการทดลองที่บ้านของผู้ป่วย มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 3 คนที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด เลือกรอบครัวแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน และญาติ
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
 1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
 2. ตัวแปรตาม คือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. สถานที่ทำการทดลอง คือ บ้านของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษารอบครัวมาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวของสารินี โต้ะทอง (2548) ใช้แนวคิดกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) สัมพันธภาพในครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวมากขึ้น และการสนับสนุนด้านความสามารถในการ

จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวร่วมกับการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการให้คำปรึกษาครอบครัว เช่น การทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงของการให้คำปรึกษา (enactment) การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframing) เป็นต้น ดำเนินกิจกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คนคือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 - 60 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกภายในครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาต้องพูดคุยโดยตรงไปตรงมาโดยให้สมาชิกในครอบครัวพูดคุยถึงความสนใจของครอบครัวที่มีร่วมกัน เช่น งานอดิเรก หรือการระบายความในใจออกมาทั้งความทุกข์และความสุข ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยท่าที เช่น การประสานสายตา การตั้งใจฟัง การแสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน สังกัดลำดับความอาวุโส และให้เกียรติแต่ละคนอย่างเหมาะสม แสดงความเข้าใจ ความรู้สึก และสถานการณ์ที่แต่ละคนเผชิญอยู่ รับฟังอย่างใจกว้างโดยไม่บังคับ ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลายเป็นกันเอง การประเมินโครงสร้างครอบครัวเพื่อที่จะเกิดความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว และเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยอาศัยการซักประวัติและสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนรับรู้ความเป็นอยู่ของตนเอง เกิดความรู้สึกเข้าใจซึ่งกันและกันโดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ประสานความเกี่ยวพันของสมาชิกในครอบครัวให้เกิดความอบอุ่นและผูกพันกันในครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง การประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทภายในครอบครัว และคำนึงถึงวิถีชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ที่สมาชิกภายในครอบครัวพึงได้รับ ซึ่งมีส่วนทำให้ ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความสำคัญต่อการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน มีผลทำให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อค้นปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแล กำหนดเป้าหมายที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเกิดภาระทั้ง 2 ด้านซึ่งมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เน้นพฤติกรรมเชิงบวกที่ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดี พร้อมทั้งสนับสนุนความสามารถในการจัดโครงสร้าง

ขอบเขตระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ ให้ชัดเจนและเหมาะสม การมองปัญหาในแง่มุมใหม่ การจัดขอบเขตระบบย่อยครบถ้วน การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ เช่น ถ้าสมาชิกคู่ใดใกล้ชิดมากเกินไปจนขอบเขตระหว่างบุคคลไม่ชัดเจน ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องดึงให้ห่างจากกัน โดยอาจนำบุคคลที่ 3 ที่เคยห่างเหินเข้ามาแทนที่ จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนเล่าเกี่ยวกับปัญหานั้น โดยการทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ ว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครทำอะไรกับใคร และใครตอบสนองอย่างไร สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รู้จักสำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างตรงจุด เกิดการปรับบทบาทในโครงสร้างครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระ โดยสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยท่าทีที่เป็นมิตร มีความรักความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการดูแลตนเองและผู้ป่วยในการมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ทั้งปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจที่เกิดจากปัญหาสังคมและเศรษฐกิจที่กระทบต่อครอบครัวแล้วทำให้เกิดความเครียด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ครอบครัวได้วางไว้ร่วมกัน โดยสามารถกระทำกิจกรรมแทนผู้ดูแลได้และสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีต่อปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญ ในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัวในการที่จะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างสมดุล และยุติการให้คำปรึกษา เมื่อครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง และมีกิจกรรมเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำครอบครัวให้เห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยในเรื่องการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยตนเอง ตลอดจนเรื่องการรักษาพยาบาลและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องแหล่ง

สนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชนที่สามารถขอคำแนะนำและขอความช่วยเหลือได้ ตลอดจนสนับสนุนให้ครอบครัวมีการประเมินและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว เพื่อเป็นการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นโดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการตามนัด ตั้งแต่การให้บริการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชตามความรุนแรง และการเข้ารับการรักษา การสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียดและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน นอกจากนี้การให้การปรึกษาแบบสั้น ๆ แก่ญาติและผู้ป่วยที่มาขอใช้บริการ ประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิต (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในการช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยในชุมชน ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการติดต่อสถานบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแผนการเยี่ยม

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามแนวทางการวินิจฉัยของการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th revision : ICD 10) ที่เดินทางมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีกลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ผู้ดูแลหลัก) หมายถึง บุคคลในครอบครัว บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่น้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์ การรับรู้ และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจ และความเดือดร้อน ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายใน

บ้าน โดยได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในส่วนตัวลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลง ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความวิตกกังวล

ประเมินภาระในการดูแล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับปรุงมาจากแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท สามารถรับรู้เข้าใจปัญหา เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยพร้อมที่จะปรับบทบาทในการทำหน้าที่เพื่อสร้างสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี รวมทั้งสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยภายในครอบครัว ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง และลดการเกิดอาการกำเริบ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

2 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และบทบาทของผู้ปฏิบัติการชั้นสูงให้สามารถดูแลส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารอบครัว
5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้น โครงสร้าง
6. โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเซาว์ ปัญญามักคืออยู่บ้าง แต่มีการสูญเสียของการรู้ (Cognition) โดย ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โรคจิตเภท หมายถึงกลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

สมภพ เรื่องตระกูล (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยา ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายโรคจิตเภท หมายถึง เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด บางราย พบอาการมันเง สับสนร่วมด้วย ช่วงเวลาที่เป็น (ทั้งระยะ prodromal , active และ residual) นานกว่า 1 เดือน และน้อยกว่า 6 เดือน ในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคอารมณ์ผิดปกติในช่วงที่มีอาการของโรคจิตเภท (active phase อย่างน้อย 1 เดือน) และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

Sadock & Sadock (2000) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึง โรคที่ทำให้ผู้ป่วย มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

โดยสรุปผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมกับความเป็นจริง มีความเสื่อมทางบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ

จากการศึกษาในปัจจุบันปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท เกิดจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

1.1.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors) สารเคมีประสาทในสมอง ได้แก่

1.1.1.1 สมมติฐานของ dopamine มากเกินไปบริเวณ โดปามีนซินแนปในสมอง

1.1.1.2 สมมติฐานของ methyl group เข้าไปในโมเลกุลของ เกทีโคลามีน ซึ่งมาจาก การที่บุคคลเกิดความเครียดมาก จะมีสารดังกล่าวหลั่งออกมาในสมองมากเกินไป

1.1.2 ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors)

1.1.2.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ เกิดจากแรงผลักดันภายใน ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เช่น แรงขับทางเพศ แรงขับความก้าวร้าว โดยเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้ขัดเกลา อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน ที่เรียกว่า สัญชาตญาณ ซึ่งเกิดความไม่เหมาะสมในการช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้ มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

1.1.2.2 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ ในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ดิคา ดิคา บุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่อ คุณภาพการเลี้ยงดูบุตร เกิดการตอบสนองร่างกายและจิตใจที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีรายงาน พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดา ที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเล ไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

1.1.3 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท พบว่า พี่น้องของผู้ป่วย และบุตรที่มีบิดา หรือมารดา เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป บุตรบุญธรรมที่มีบิดามารดาป่วยเป็นโรค จะพบว่า บุตร โอกาสที่เป็นโรค มีร้อยละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็น โรคเพียงคนเดียว บุตรมี โอกาสเป็นโรค มีร้อยละ 20 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า หากคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะเป็น โรคนี้ มีร้อยละ 35 – 58 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่า หากคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ จะเป็น โรคนี้ มีร้อยละ 16 (Wilson & Kneisl, 1996)

1.1.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factors) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาโรคจิตเภท พบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี ซึ่งเชื่อว่า ประชากรที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเกิดการเผชิญความเครียดมากกว่า และการเจ็บป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็น โรคเรื้อรัง ยิ่งทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

1.2 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด อาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการที่แสดงแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก (มานิช หล่อตระกูล, 2555; สมภพ เรืองตระกูล, 2554) คือ psychotic dimension, disorganized dimension และ negative dimension บางคนจัดรวม psychotic dimension และ disorganized dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension)

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆที่

เกิดในโรคทศนวิทุยเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตัวเอง และ delusion of reference หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสำคัญ หรือมีความสามารถพิเศษ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่า ตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) เป็นต้น

2) Disorganized dimension ได้แก่ Disorganized behavior และ Disorganized speech โดยมีลักษณะอาการดังได้กล่าวมาแล้ว

3) Negative dimension ผู้ป่วยจะขาดหรือมีลดลงอย่างมากในลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการในมิตินี้ จัดเป็นอาการด้านลบ (Negative symptoms) ได้แก่

Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย พูดช้า ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก ระยะหลัง พบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ Cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่า อาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของ โรคนี้ มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป ความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ visuospatial working memory การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

1.3 การดำเนินโรค ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรก ๆ อาการจะน้อย ไม่ชัดเจน และเมื่ออาการชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป การดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2545)

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก
2. หายโดยกลับเป็นอีก
3. หายโดยไม่สมบูรณ์ คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท
5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

1.3.1 ลำดับความเป็นไปของโรค โดยทั่วไปแบ่ง เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3.1.1 ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ มีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่งลง เก็บตัว ระยะเวลาช่วงนี้อาจไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน (Herz et al., 1989)

1.3.1.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการ 2 อาการจากเกณฑ์วินิจฉัย นาน 1 เดือนขึ้นไป ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech, grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior,อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, alogia หรือ avolition ซึ่ง แม้มีอาการเดียวก็เข้าเกณฑ์ได้ หากเป็นBizarre delusion, voice commenting หรือ voice discussing

1.3.1.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรืออาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือ หลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (relapse หรือ acute exacerbation) พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย

1.4 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่รับคือ มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ที่รุนแรง หรือกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือ มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ระยะเวลาเฉลี่ย โดยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การลดอาการ โรคจิตลง ยานานแรก ได้แก่ haloperidol โดยให้ขนาด 6มก./วัน หากผู้ป่วยมีอาการมาก อาจให้ 10-15 มก./วัน ร่วมกับ diazepam 5 มก. รับประทานวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึงด้วยหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ถ้าไม่ดีขึ้น จึงปรับขนาดยา โดยทั่วไปไม่ให้ haloperidol เกิน 20 มก./วัน ถ้ามี

อาการ EPS(extrapyramidal side effect) หลังให้ยา haloperidol 4-6 มก./วัน ร่วมกับ trihexyphenidyl ควรเปลี่ยนยาเป็น risperidone ขนาด 4 มก./วัน

1.4.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงบ้างแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปนาน 6 เดือน การลดยาเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.4.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยา จะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยทั่วไป เมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยา haloperidol ที่ใช้ในระยะนี้โดยเฉลี่ยอยู่ประมาณ 2-4 มก./วัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่ยอมกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยา หลัง 1-2 ปี แล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อย โดยเป็นกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง หายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษานี้เป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากอาการผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาด้านสังคมก็ยังคงอยู่ เช่น หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบหรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน

1.4.4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัด ชนิดประคับประคอง ผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ เป็นต้น

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psycho education or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่า เป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษตนเอง บางครอบครัว ใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจกดดันผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจึงช่วยได้

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทสรุปได้ว่า โรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายโดยการให้ยา และการรักษาจิตสังคม โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวจะส่งผลดีต่อการพยากรณ์โรค ส่วนการพยากรณ์โรคจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ทำให้ทราบแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตและการกำเริบกลับซ้ำ สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้ ทั้งยังส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมาและลดการป่วยซ้ำอีกด้วย

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม เนื่องจากปัญหาด้านการรับรู้ การแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อสารด้านความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้บิดเบือน ตีความหมายผิด โดยเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียน (เกียวกิ่งแก้ว สุวณีย์, 2554) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการพยาบาลแบบผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วย และครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ (นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร, 2553) นอกจากนี้การให้การพยาบาลตามปกติที่สถานบริการจัดให้มีขึ้นได้แก่ การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการตามนัด ตั้งแต่การให้บริการคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชตามความรุนแรง และการเข้ารับการรักษา การสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียดและการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน นอกจากนี้การให้การปรึกษาแบบสั้น ๆ แก่ญาติและผู้ป่วยที่มาขอใช้บริการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิต (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในการช่วยดูแลติดตามผู้ป่วยในชุมชน ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการติดต่อสถานบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแผนการเยี่ยม

จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมของ Macleod, Elliott and Brown, (2011) พบว่า การพยาบาลที่พยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล และเป็นการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย ดังนี้

1.5.1 การให้ความรู้ (educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการจัดการที่มีประโยชน์อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Macleod, Elliott & Brown, , 2011)

1.5.2 การให้ความรู้ สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาระการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพ (Macleod, Elliott & Brown, , 2011)

1.5.3 การสนับสนุนบริการในชุมชน (community support services) ได้แก่การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย (Macleod, Elliott & Brown, , 2011)

1.5.4 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี สามารถลดภาระของครอบครัวได้ (Macleod, Elliott & Brown, , 2011)

1.5.5 งานบริการกลางวัน เป็นลักษณะที่เป็น โปรแกรมการดูแลเพื่อลดภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ (Macleod, Elliott & Brown, , 2011)

1.5.6 การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษ ที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (biology) เน้นการใช้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (social component) เน้นการสื่อสาร การฝึกความสามารถในการแก้ปัญหา การให้ความรู้เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิด ที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อภาระของครอบครัว การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวบำบัด จากการศึกษาที่มีข้อมูลหลักฐานว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Barrowclough et al., 1998)

จากการศึกษาของพิไลวรรณ จันทรสุกรี และคณะ (2555) พบว่า บทบาทหน้าที่การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในปัจจุบัน (Job description) ครอบคลุม 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งโดยตรงต่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย (direct care) ทำงานกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) หรือมีจำนวนมาก (high volume) โดยใช้สมรรถนะของ APN ทั้งใช้หลักจริยธรรม ภาวะผู้นำ นวัตกรรมทางการพยาบาล ใช้ผลงานวิจัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ การบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ การให้คำปรึกษา การสอนและชี้แนะ การเป็นผู้นำทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

2. ด้านการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ (Educator)

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง และเป็นแบบอย่าง (Consultator)

4. ด้านการวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย (Researcher and research utilization)

5. ด้านการเป็นผู้นำวิชาชีพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Administrator & Change agent)

6. ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการสร้างและพัฒนา นวัตกรรม EBP-CPGs, EBP Pathways ให้กับทีม ทำหน้าที่วางระบบบริการพยาบาลให้หน่วยงาน และ train nurse managers ใช้กลยุทธ์ outcome management เพื่อบรรลุ outcomes

สำหรับการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลจิตเวชในปัจจุบัน เป็นการทำงานของพยาบาลอย่างมีขั้นตอน เพื่อช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหา แก้ปัญหา ปรับตัวต่อปัญหา ลดภัยและป้องกันสถานะเครียดต่าง ๆ ในผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าไปสู่การพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ในบางครั้งพยาบาลจะต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลากรฝ่ายต่าง ๆ หรือครอบครัว เพื่อให้งานบรรลุผลตามเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ตามสภาพและปัญหาของผู้ป่วย โดยต้องนำความรู้จากทฤษฎีไปปฏิบัติอย่างผสมผสาน ใช้ทักษะในการพยาบาลและตัดสินใจอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การสอนการให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ การอภิปรายปัญหาร่วมกับบุคคลากรในทีม การบันทึกรายงานและการปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่ ตามสภาพการณ์ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของพยาบาลในการยืดหยุ่น ดัดแปลงการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ หรือเปลี่ยนแผนการพยาบาลไปตามสภาพของผู้ป่วยถ้ามีโอกาสเปลี่ยนไป (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2554)

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2.1 ความหมายของครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537) ได้ให้ความหมายว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำรงชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นข้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

The United States Bureau of Census (1988) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นกลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงานหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน

ครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน โดยสายเลือดหรือบุคคลที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน สัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามิ ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน เป็นสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน (อรพรรณ ลือบุญ ธิวัชชัย, 2553)

2.2 โครงสร้างของครอบครัว หมายถึง กฎเกณฑ์หรือระเบียบต่างๆ ที่ครอบครัวถือเป็นแนวปฏิบัติต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวจะเรียนรู้ว่าครอบครัวของตนมีการปกครองกันเป็นอย่างไร จะปฏิบัติต่อใครอย่างไร เมื่อไร โครงสร้างของครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การมีขอบเขตที่เหมาะสม ทั้งขอบเขตส่วนบุคคล ขอบเขตระหว่างระบบย่อยภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก ซึ่งเป็นขอบเขตที่ชัดเจนมั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณ ที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระ และในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบกล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจน สมาชิกจะได้รับความอบอุ่น มีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม ไม่ห่างกันจนเกินไปหรือไม่ใกล้ชิดเกินไป ในขณะเดียวกันก็ได้รับอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเอง และการให้อิสระภาพให้ผู้ป่วยได้ทดลองและเรียนรู้ที่จะเป็นตัวของตัวเอง เพื่อมาช่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในครอบครัวของผู้ดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

2.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีดังนี้ (คูสิดา ตู๊ประกาย และคณะ, 2552; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

2.3.1 เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพะดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนัก เพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2.3.2 เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

2.3.3 เป็นการบริการที่ให้แกผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.4 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตนสามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเพื่อให้อาสาสมัครช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2.3.5 เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2.3.6 เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.3.7 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

2.4 ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (จิระพรรณ สุริยงค์และคณะ, 2551; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน เป็นการบริการที่ให้แกผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้อาสาสมัครช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

2.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความ

พิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ลดอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว และจัดบริการให้ความรู้กับชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Pelletier, 1989)

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือในชุมชนมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ครอบครัวผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.6 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

2.6.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2.6.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถ พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลมีความรู้สึกรับผิดชอบ และพบกับความผาสุก

2.7 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2549) เสนอแนะบทบาทที่สำคัญดังนี้

2.7.1 ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วยชาม กวาดบ้าน

2.7.2 คอยสังเกตอาการการกำเริบ

2.7.3 ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย

2.7.4 ปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยพยายามค้นหาสิ่งที่มี ผู้ป่วยสามารถทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตาม พุดกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความและควร รักษาสัญญากับผู้ป่วย

2.7.5 หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย

2.7.6 ลดความตึงเครียดของตัวญาติ โดยหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อน

2.7.7 ค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ผู้ป่วยจะดีขึ้น ญาติอาจชมเชย และให้กำลังใจ

2.7.8 อย่าลืมนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยา โรคจิตเภทต้องการการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการกำเริบของโรคเกิดได้มาก หากญาติไม่ไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและ เกิดปัญหาได้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะหยุดยา และดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

จะเห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้านมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมาย ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จัก วิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการเรื้อรังกำเริบซ้ำบ่อยๆ เมื่อแนวทางการรักษาในปัจจุบัน เน้นการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2544) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพราะผู้ดูแลและครอบครัวไม่สามารถคาดหวังว่าจะหายหรือไม่ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1985)

2.8.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทการคิด

การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจกรรมประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

2.8.1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม และการรักษาความสะอาดของเล็บ

2.8.1.2 การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการงานแม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีที่มิรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในการที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้งานทำก็จะทำให้ผู้ป่วย หันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

2.8.1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และให้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า นอกจากจะไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีสถานะทางการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทาน ผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

2.8.1.4 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมการตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลทะเลาะ

2.8.1.5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกตสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

2.8.1.6 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้นทำให้ร่างกายแข็งแรง

2.8.1.7 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทาน การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2.8.1.8 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะ และสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

2.8.1.9 การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ ตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

2.8.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เกิดขึ้น ในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเองเป็นต้น โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบอาชีพมีรายได้ค่าจุนครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาระในการดูแล จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยตรงซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวความคิดด้วยกัน

ผู้เริ่มศึกษาภาระในทางสุขภาพกล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบทางลบ ที่เกิดจากการกระทำบทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand and Sains (1993) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว

Tesler et al. (1982) ได้ให้ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไป โดยเสนอในแนวคิดเกี่ยวกับภาระชื่อ Tesler's concept of caregiver burden แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งภาระนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยประเมินผลของภาระตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้ 4 มุมมอง คือ

มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ การประเมินตามสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 ของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

Pai and Kapur (1981) แบ่งภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ภาระเชิงรูปธรรม (Objective burden) เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของครอบครัว กิจกรรมพักผ่อนของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ

2. ภาระเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

3.2.1 ปัจจัยด้านครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1.1 บทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นบทบาทที่ญาติผู้ดูแลกระทำทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป ลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ รับรู้ สนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การให้การดูแลตามแผนการรักษา การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่

ย่า ตายาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์อย่างแน่นแฟ้น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ฯลฯ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelvers, 1986)

3.2.1.3 การติดต่อสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของ พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด ประกอบกับพื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548)

3.2.1.4 ทักษะความเครียดในผู้ดูแลเกิดจาก สถานการณ์ อาการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วย และความเครียดในชีวิต อันเกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยทุกวันๆ (Möller-Leimkühler, 2005) จากการศึกษาของ Wai-Tong et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะเผชิญความเครียด จากพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย ความเครียดภายนอกตราบาป และครอบครัวแยกตัวจากสังคม เกิดความสับสนทางอารมณ์ รวมทั้งการทะเลาะวิวาทกัน การเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย

3.2.1.5 แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) จากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ควรมีการจัดการป้องกันหรือลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ Brown et al. (1972 อ้างถึงใน ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Express Emotion) หมายถึง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และด้านบวก

1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด การใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ ไม่ชอบหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป

2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึงการแสดงความห่วงใย และความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความชื่นชมยินดีต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

3.2.1.6 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม เป็นบทบาทในการช่วยเป็นสื่อกลางในการรับรู้ความทุกข์ยากของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Montgomery et al. (1985) พบว่า สนับสนุนทางสังคม ช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้

3.2.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง Montgomery et al. (1985)

3.2.2.2 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

3.2.2.3 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับ การศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

3.2.2.4 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาามีภาวะการดูแลสูงที่สุดคือ ร้อยละ 92.0 ในผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับมัธยมมีภาวะการดูแลร้อยละ 81.3 ในผู้ดูแลที่มีการศึกษา ระดับ เทคนิคหรือมหาวิทยาลัยมีภาวะการดูแลร้อยละ 80.6 (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005)

3.2.2.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล จากการศึกษาของ Doombos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ การเจ็บป่วยทางกาย ความรู้สึกเหมือนติดกับดัก ทำให้วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง พบปัญหาด้านการเงิน และคุณภาพชีวิตลดลง

จะเห็นได้ว่า ทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทล้วนส่งผลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งสิ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยากลำบาก เกิดภาระทั้งด้านอัตนัย (Subjective burden) และด้านปรนัย (objective burden) การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อผู้ดูแล และผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งรู้จักวิธีรับมือกับอาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยลง ซึ่งผู้วิจัยต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในขั้นตอนการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ที่ต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (ทูลกา บุญผาสังข์, 2545) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน

เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; Adamec, 1996; Eakes, 1995; Hobbs, 1997; Salleh, 1994; Song, Biegel, & Milligan, 1988)

3.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจสูง ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ขนิษฐา วงสุก, 2553; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; วรกช นิธิกุล, 2535; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998)

3.3.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (นภาพรณี พึ่งเกษมสุนทร, 2553) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกแยะและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544)

3.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554; Eakes, 1995; Thomson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (Addington et al., 2005)

3.4 การประเมินภาระในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภททุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความจำเป็นในการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว เพื่อจะได้ให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่แตกต่างกันไป

ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.4.1 การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

ในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำไปปรับปรุงข้อความบางข้อเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

3.4.2 การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทักษะคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อคร่ำครวญ อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ ซึ่งได้รับการแปลและเรียบเรียงโดยนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการทดลอง

3.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้

3.5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบำบัดต่างๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elliott, 1998)

3.5.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

3.5.2.1 การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคมและสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ดาวศิริ พิมพ์หล่อ (2552) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถทางสังคมดีขึ้น

3.5.2.2 การจัดกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลโดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Grandon et al. (2008) ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3.5.2.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2554)

3.5.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล (ยุทธนา ภาระนันท์, 2550)

3.5.2.5 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ (Elliott, 1998) พยาบาลจิตเวชสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยการส่งเสริมทัศนคติที่ดีให้เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวนั้นมีความสามารถและพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชนิกร เกิดโชค, 2553)

กล่าวโดยสรุป บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน นับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ครอบครัวและสังคม เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา เพื่อทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว รวมทั้งเกิดทัศนคติ ปรับโครงสร้างระบบย่อยครอบครัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลมากขึ้นและทำกิจกรรมแทนกันได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ (Helping Process) ให้บุคคลได้สำรวจตนเอง จนเกิดความเข้าใจตนเองและลงมือปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมเพื่อแก้ปัญหา ปรับตัว และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเอง บริหารจัดการชีวิตที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาเป็นการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างยั่งยืน และมีประสิทธิภาพมากที่สุดเป็นศาสตร์ที่ได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทางตะวันตกถือว่าเป็นวิชาชีพแห่งการช่วยเหลือ โดยมีหลักสำคัญจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ต้องมีจรรยาบรรณเชิงวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือเป็นสิ่งที่สร้างความมั่นใจว่าการช่วยเหลือนั้นๆ จะมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา (Gerard Egan, 2002) วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาของสมาคมจิตวิทยาอเมริกันเป็นการให้บุคคลเอาชนะสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความเจริญงอกงามของเขา ในสถานการณ์ไหนก็ตามที่เขาอาจประสบ เพื่อสร้างพัฒนาการด้านดีของทรัพยากรบุคคล (Arbuckle, 1967)

4.1 ความหมายการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือ ติดต่อกันด้วยวาจาและกิริยาท่าทาง ที่เกิดจากสัมพันธภาพทางวิชาชีพของบุคคลอย่างน้อย 2 คน คือ ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา เป็นการรวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เป็นการให้คำปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามีภรรยา ลูก ญาติพี่น้องและบางครั้งหมายรวมถึงเพื่อนด้วย นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวมองว่าปัญหาอยู่ที่บริบท หมายถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่แวดล้อมตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะบริบทของครอบครัว ดังนั้นการนำครอบครัวเข้ามาร่วมในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (สมลักษณ์ เขียวสด, 2550)

ลักษณะเฉพาะของการให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษามีลักษณะพิเศษ ที่เน้นกระบวนการสัมพันธภาพของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยที่ผู้ให้คำปรึกษา ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับคำปรึกษา กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาบอกเล่า และบรรยายความทุกข์ให้ผู้ให้คำปรึกษาฟัง ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เสนอแนะ หาทางเลือกจนผู้รับคำปรึกษาเข้าใจ ยอมรับตนเอง ยอมรับสภาพปัญหา หาทางออกให้กับตนเองได้ และตัดสินใจเลือกวิธีการ ในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาจนมีความสุข สำเร็จในชีวิตเต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

ผู้ให้คำปรึกษาในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการให้คำปรึกษา มีความรู้และความสามารถในการให้คำปรึกษา ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่กำลังประสบความยุ่งยากใจ มีความทุกข์และต้องการความช่วยเหลือ ให้สามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการตัดสินใจ และหาทางออกเพื่อลด หรือขจัดความทุกข์ ความยุ่งยากใจด้วยตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ (Burks and Shefflre, 1979)

4.2 รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว

รูปแบบของการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาโดยทั่วไป มี 2 รูปแบบ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษารายกลุ่ม (พนม เกตุมาน, 2550; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) เป็นกระบวนการปรึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ผู้มีปัญหา มาพบผู้ให้คำปรึกษา ที่มีความรู้ และความสามารถในการให้คำปรึกษา เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประสบความสำเร็จในชีวิต

การให้คำปรึกษารายบุคคลมักเน้นปัญหาที่ผู้รับบริการต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นปัญหาที่เป็นความลับ และส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาด้านอารมณ์ และจิตใจ

การให้คำปรึกษารายบุคคล ต้องใช้เวลา และสถานที่ที่เฉพาะ เป็นส่วนตัว และใช้เทคนิคของการสื่อสารและสัมพันธภาพดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงหรือ พัฒนาตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มาปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในกลุ่ม ใช้หลักการและเทคนิคของการให้คำปรึกษาและกระบวนการของกลุ่มมาใช้ โดยเน้นหลักการดังนี้

1. พัฒนาสัมพันธภาพภายใน
2. สร้างบรรยากาศอบอุ่น ยอมรับ ไว้วางใจ เข้าใจ
3. ใช้พลังของสมาชิกกลุ่มให้เกิดประโยชน์

Dyer & Vrien (1980) กล่าวว่า การให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่มี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. เริ่มต้นด้วยการที่สมาชิกสำรวจโลกส่วนตัว
2. นำเอาความคิดและการกระทำที่ทำลายตนเองมาปรึกษา
3. ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจตนเอง ตรวจสอบตนเอง เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหา

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกลุ่ม โดยสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อพบปะพูดคุยปัญหา โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ในการเผชิญปัญหาของตนเอง จากการที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2553)

ลักษณะของปัญหา การให้คำปรึกษากลุ่มเน้นลักษณะปัญหาดังนี้

- 1) อารมณ์และความรู้สึก เช่น ความรัก ความสุข ความทุกข์
- 2) การปรับตัวด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน การงาน และครอบครัว
- 3) ความคิด ความรู้สึกและอารมณ์
- 4) การพัฒนาตนเอง

- 5) การแก้ปัญหา
- 6) การตัดสินใจสภาพการต่าง ๆ
- 7) การเปิดเผยตนเอง
- 8) การเรียนรู้ใหม่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้พัฒนาสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 1) ความเข้าใจตนเอง
- 2) ความเข้าใจสิ่งแวดล้อม
- 3) ความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) ความสามารถในการเผชิญปัญหา

4.3 เป้าหมายของการให้คำปรึกษารอบครัว

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารอบครัว คือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตได้อย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอย่างสูงสุด อีกนัยหนึ่ง การให้คำปรึกษารอบครัวคือการสร้างบริบทใหม่แห่งครอบครัวที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมให้มีกฎ โครงสร้าง และระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกว่าเดิม บริบทใหม่จะทำหน้าที่เยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่าง ๆ ผู้ให้คำปรึกษาเพียงทำหน้าที่สร้างพลัง (empower) ให้แก่ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเป็นสถานบำบัดเยียวยา (healing environment) สร้างพลังให้แก่ครอบครัวต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในด้านใด มีประสิทธิภาพและทักษะอะไรบ้าง (สาริณี โตะทอง, 2548)

4.4 หลักการให้คำปรึกษารอบครัว

อุมามพร ตรังคสมบัติ (2542) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารอบครัวมีหลักการที่สำคัญ 6 ประการ คือ

4.4.1 ทำให้ครอบครัวเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้า ที่จะร่วมมือในการให้คำปรึกษา ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มารับคำปรึกษา มักไม่ได้คิดว่าปัญหาอยู่ที่ครอบครัว แต่คิดว่าอยู่ที่ผู้ป่วยและที่ครอบครัวมาพบผู้ให้คำปรึกษาก็เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้น สิ่งแรกที่ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำ คือ สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น มิฉะนั้นครอบครัวอาจหยุดการให้คำปรึกษากลางคัน หรือต่อต้านการให้คำปรึกษา

4.4.2 วิเคราะห์ปัญหาให้กระจ่าง

ทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ว่าคืออะไร เกิดเนื่องจากอะไร ใครมีส่วนร่วมในการให้เกิดปัญหา การแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นได้ผลหรือไม่ อะไรเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาข้อมูลให้เพียงพอเพื่อสร้างสมมติฐานเกี่ยวกับปัญหาได้ถูกต้อง

4.4.3 พง์เล็งปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้ในชั่วโมง

ถ้าสังเกตความเป็นไปในชั่วโมงการให้คำปรึกษาจะพบว่า มีปฏิสัมพันธ์หลายอย่างเกิดขึ้น อาจเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเป็นรูปแบบของครอบครัวนั้น ๆ ในครอบครัวที่มีปัญหารูปแบบดังกล่าวมักไม่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาต้องเสนอรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมให้กับครอบครัว โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องพง์เล็งที่กระบวนการ (process) ที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษามากกว่าเนื้อหา (content) นอกจากนี้ ต้องเข้าใจความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอย่างครบถ้วน ไม่เฉพาะคนใดคนหนึ่ง

4.4.4 ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่

การที่ครอบครัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เพราะติดอยู่กับความคิดเก่า ๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่และกว้างกว่าเดิม ต้องช่วยให้ครอบครัวเข้าใจในวงจรปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

4.4.5 ช่วยให้ครอบครัวมีเป้าหมายชัดเจนในการบำบัด

การมีเป้าหมายชัดเจนว่าต้องการแก้ปัญหาตรงจุดใดนั้นจะทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่แน่นอน ไม่เสียเวลา และการแก้ปัญหาจะตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

4.4.6 สร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัว

ครอบครัวที่มีปัญหามักกระทำการเป็นระบบปิด (close system) ที่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวทำได้ลำบาก ขาดเครือข่ายประคับประคองและความสัมพันธ์ไม่ดีกับระบบอื่น ผู้ให้คำปรึกษาต้องดึงเอาเครือข่ายต่าง ๆ มาช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเร็วขึ้น และคงทนถาวร

อุมพร ตรังคสมบัติ (2554) กล่าวถึง ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 3 ระยะดังนี้

1) ระยะสั้น

สิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้ 3 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากเข้าร่วมในการบำบัดรักษา ประการที่สอง วิเคราะห์ปัญหาให้เข้าใจอย่างชัดเจน โดยเฉพาะให้ครอบครัวเข้าใจวงจรปฏิสัมพันธ์ และประการที่สาม แก้ไขปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวอยู่เหยงกินไป

2) ระยะกลาง

ระยะนี้ปัญหาได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่จะใช้ในการแก้ปัญหา ความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก แต่ในตอนท้ายของระยะนี้ เมื่อครอบครัวเข้าใจตนเองและมีทักษะมากขึ้น ครอบครัวก็จะแก้ไขปัญหาได้เอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะลดบทบาทลงเป็นการชี้แนะเป็นครั้งคราว

3) ระยะสุดท้าย

ระยะนี้ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวปรับตัวได้ดีขึ้น และแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้ให้บำบัดเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดให้คำปรึกษา และต้องประเมินว่าครอบครัวแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ โดยหัดให้ครอบครัวแก้ไขเอง

4.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับครอบครัวและการให้คำปรึกษาครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญ มีการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะ โครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างความรักและความอบอุ่น อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพและการปรับตัวที่ดี ดังนั้นการพัฒนาครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะช่วยเป็นเกราะในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลที่ดีต่อไป

4.5.1. ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ดังพัฒนาการครอบครัวของ Duvall (1977 ใน Wright and Leahey 1994.) ได้แบ่งระยะของพัฒนาการครอบครัวเป็น 8 ระยะ

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. ระยะครอบครัวเริ่มต้น | 5. ระยะครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น |
| 2. ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร | 6. ระยะแยกครอบครัวใหม่ |
| 3. ระยะมีบุตรวัยก่อนเรียน | 7. ระยะครอบครัววัยกลางคน |
| 4. ระยะมีบุตรวัยเรียน | 8. ระยะครอบครัววัยเกษียณและวัยชรา |

ระยะพัฒนาการของครอบครัวดังกล่าวนี้ แต่ละระยะจะมีการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีทั้งความสุข ความทุกข์ และปัญหาเกิดขึ้นในบางครั้ง สมาชิกในครอบครัวจะต้องยอมรับการปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสม หากมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกจะต้องร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาได้ บางครั้งหากเป็นปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน จำเป็นต้องหาแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสม

4.5.2. ทฤษฎีโครงสร้าง หน้าที และบทบาทครอบครัว

ทฤษฎีโครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ โครงสร้าง บทบาท หน้าที และระบบซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

หน้าทีของครอบครัว ให้ความรักความเอาใจใส่ อบรมเลี้ยงดู ผลิตสมาชิกใหม่ จัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก จัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องมีการจัดหารายได้ที่จะนำมาจับจ่ายใช้สอย และร่วมกันเผชิญปัญหาของครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ครอบครัวต้องปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตามพัฒนาการของครอบครัวและคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว

บทบาทของสมาชิกในครอบครัว Glasser (1970, ใน Varcarolis, 1998) กล่าวถึง ลักษณะของครอบครัวที่ดี บุคคลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้ง ภาวะปกติ และภาวะคับขัน มีปฏิสัมพันธ์กันดี ยืดหยุ่น โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ควรมีการปรับตัวกับความเครียดได้ ร่วมกันเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหา เปลี่ยนบทบาทกันได้เมื่อจำเป็น

โดยทั่วไปสภาพปัญหาที่มักเกิดขึ้นในครอบครัว ขาดความรักความเข้าใจกันและกัน ความรักความเข้าใจกันและกันเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการรวมตัวเป็นครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันที่เป็นสุข ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ปัญหาจากการสื่อสาร การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การไม่ยอมรับกันและกัน ต่างฝ่ายต่างคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่กว่ากัน การไม่พยายามปรับตัวเข้าหากัน ไม่ร่วมกันแก้ปัญหา

4.5.3. ทฤษฎีบำบัดครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันและกัน เข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม อันนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่น และมีความสุข แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการให้คำปรึกษา มักเป็นแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับครอบครัวและครอบครัวบำบัด มีแนวคิดหลัก ๆ ดังนี้

4.5.3.1 ทฤษฎีการบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์

แนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีครอบครัวบำบัดเชิงจิตวิเคราะห์ บุคคลที่นำแนวคิดมาใช้ในการทำครอบครัวบำบัดคือ Akerman บิดาแห่งการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นจิตแพทย์เด็ก กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่งซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ปัญหาของครอบครัวเกิดจากความขัดแย้งใจของสมาชิกในครอบครัว เป้าหมายในการบำบัดก็คือ การขจัดความขัดแย้งภายในจิตใจของบุคคลก่อนที่จะขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว

4.5.3.2 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดของ Bowen

Bowen เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ เป้าหมายของการทำครอบครัวบำบัดก็คือ การช่วยให้บุคคลเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและสภาพของครอบครัวที่มีความขัดแย้ง

4.5.3.3 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัว

ผู้นำทฤษฎีนี้คือ Minuchin (1981) Minuchin เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้างซึ่งประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผนจะปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ถ้ากฎระเบียบไม่ชัดเจนไม่มีระเบียบแบบแผน ขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้น ก็จะเกิดความเครียด ความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา

เป้าหมายของครอบครัวบำบัดกลุ่มโครงสร้างครอบครัวก็คือการจัดโครงสร้างในครอบครัวใหม่ให้เหมาะสม แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมีความผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน

4.5.3.4 แนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดกลุ่มประสบการณ์มนุษยนิยม

Whitaker นำเอาแนวคิดทฤษฎีเชิงมานุษยนิยม ซึ่งเชื่อว่าปัญหาเกิดจากบุคคลในครอบครัวไม่ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง การบำบัดจะเน้นที่การสร้าง ความตระหนักรู้ อารมณ์ความรู้สึกของตน แสดงความรู้สึก สื่อความรู้สึกอย่างเหมาะสม

4.6 เทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว

4.6.1 การสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว

เมื่อได้รับความร่วมมือจากครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวก็จะดำเนินไปได้ด้วยดี ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว Minuchin (1974) เรียกการสร้าง ความสัมพันธ์นี้ว่า joining โดยพยายามเข้าหาครอบครัวทำความเข้าใจกับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษายอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนและรับรู้ประสบการณ์ที่เขามี

1) ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว และทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้น ๆ

2) ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น

3) เมื่อพบว่าใครทำอะไรสำเร็จไม่ควรมองข้าม ต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาตระหนักถึงความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น

4) สนใจฟังและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นเพียงพอแล้วจึงคุยกับคนต่อไป

5) วิธี join กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน จึงต้องพยายาม join กับแต่ละคนให้สมดุลกัน

6) อย่าให้ใครรู้สึกถูกตำหนิ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกใหม่ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจและยินดีตอบรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

7) อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา เพราะปัญหาเกิดจากวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว และการตำหนิมีแต่จะทำให้ครอบครัวเกิดการต่อต้านได้

4.6.2 การสร้างข้อตกลงเบื้องต้น

การสร้างข้อตกลง หรือ contract หมายถึงข้อตกลงเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เป็นสิ่งจำเป็นก่อนเริ่มการให้คำปรึกษา

ข้อดีของการสร้างข้อตกลง คือ

- 1) ทำให้ครอบครัวตระหนักว่า การเปลี่ยนแปลงกำลังจะเริ่มขึ้น
- 2) ครอบครัวรู้ระยะเวลาที่แน่นอนในการให้คำปรึกษา
- 3) ทำให้ไม่เกิดความสับสนในบทบาทของสมาชิกแต่ละคน และผู้ให้คำปรึกษา

4.6.3 การตั้งเป้าหมายในการให้คำปรึกษา

หลักสำคัญในการตั้งเป้าหมายคือ

1) ช่วยให้ผู้ครอบครัวตั้งเป้าหมายได้ตั้งแต่ต้นว่าตนต้องการอะไร และต้องทำอย่างไรเพื่อให้ได้สิ่งนั้น

2) ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ผู้ครอบครัวตั้งเป้าหมายเอง ไม่ใช่คิดแทนครอบครัว

3) เป้าหมายที่ดี ไม่ควรมีหลายข้อ ควรมีเฉพาะเป้าหมายสำคัญจริง ๆ มีความชัดเจน และเป็นรูปธรรมเพียงพอ

4) ควรเป็นเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้

5) ควรตั้งเป้าหมายในเชิงบวกแทนที่จะเป็นเชิงลบ

6) เป้าหมายในเชิงบวกจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมทางบวก ช่วยให้ผู้ครอบครัวมีภาพของเป้าหมายที่ชัดเจน

7) เรียงลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ต้องจัดลำดับว่าเป้าหมายใดเป็นสิ่งที่ต้องทำก่อนและอะไรที่รอได้

8) ประเมินว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด การให้คำปรึกษาแต่ละครั้งจะต้องประเมินว่าเป้าหมายแต่ละข้อมีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด เพื่อที่อาจจะมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ให้เหมาะสม

4.6.4 การตั้งคำถาม

1) คำถามแบบเส้นตรง (linear question) เพื่อหาข้อเท็จจริงว่าเกิดอะไร ที่ไหน

2) คำถามแบบวงกลม (circular question) ปรากฏการณ์ทางจิตใจที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน (Bateson 1979) นักจิตบำบัดแบบ Systemic family therapy กลุ่มมิลาน (Milan group) เป็นผู้ริเริ่มการตั้งคำถามแบบวงกลม (Selviniparazzoli et al, 1978) โดยพุ่งเป้าถึงความแตกต่าง 3 ด้าน

- 2.1) ความแตกต่างระหว่างบุคคล
- 2.2) ความแตกต่างในปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกแต่ละคู่มี่ต่อกัน
- 2.3) ความแตกต่างระหว่างเวลาปัจจุบันกับอดีต

3) คำถามเปิด ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามเปิดแต่ควรกำหนดกรอบไว้ด้วย เพื่อให้ครอบครัวมีอิสรภาพในการตอบโดยไม่ออกนอกประเด็น

4.6.5 การทำให้ตรงประเด็น

ในการให้คำปรึกษารอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องพุ่งเป้าไปที่ประเด็นสำคัญ ซึ่งเรียกว่า focusing มิเช่นนั้นอาจจะได้รับข้อมูลที่ไม่มีความสำคัญและส่งผลให้การให้คำปรึกษาครั้งนั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อันใด

4.6.6 การทำให้กระจ่าง

สมาชิกในครอบครัวมักจะแสดงความรู้สึกต่อกันออกมาได้ไม่ชัดเจน เพราะกลัวอีกฝ่ายเสียใจ โกรธ หรือรู้สึกไม่ดี จึงมักจะกล่าวถึงอีกฝ่ายแบบคลุมเครือ ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำให้ความหมายที่ซ่อนเร้นนั้นกระจ่างชัด โดยประโยชน์ของการทำให้กระจ่างคือ ผู้พูดเองมีความชัดเจนว่าตนเองรู้สึกอย่างไรและต้องการอะไร ส่วนผู้ฟังก็จะมี ความชัดเจนว่าอีกฝ่ายบอกอะไร และตนเองต้องทำอะไรเพื่อสนองความต้องการนั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.6.7 วิธีจัดการกับความรู้สึก

เมื่อสมาชิกเริ่มเปิดเผยความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้บุคคลนั้นเปิดเผยมากขึ้น เข้าใจความรู้สึกตนเองชัดเจนขึ้น และสามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างเหมาะสม

4.6.8 การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่

Watzlawick และคณะ (1974) เป็นผู้ใช้คำว่า reframing เป็นครั้งแรก โดยหมายถึง การเปลี่ยนแนวคิดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญอยู่ เพราะบุคคลจะปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อ มองปัญหาในแง่ที่ดีกว่าเดิม โดยทั่วไปครอบครัวมองปัญหาในแง่ลบจึงเกิดความรู้สึกหมดหวัง หาทองออกไม่ได้ การ reframing คือ การทำให้ครอบครัวหันมามองปัญหาในแง่มุมมองที่ไม่เคยมองมาก่อน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายกว่าเดิม

4.6.9 การสร้างความเข้มข้นทางอารมณ์

ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้มีการแสดงออกอย่างอิสระในขอบเขตที่พอเหมาะ โดยใช้วิธีต่อไปนี้

- 1) ใช้คำเปรียบเทียบให้เห็นภาพพจน์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความรู้สึกมากขึ้นเมื่อสมาชิกกล่าวถึงความรู้สึกของตน โดยเปรียบเทียบความรู้สึกดังกล่าวเพื่อให้เห็นภาพ
- 2) ใช้ภาษาของผู้มารับคำปรึกษา ต้องทำความเข้าใจภาษาที่ผู้ป่วยใช้ว่ามีความหมายอย่างไร อย่าใช้คำใหม่ เพราะจะต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจกับภาษาของผู้ป่วยใหม่ ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ราบรื่น
- 3) การอยู่ที่ประเด็นเดิม ควรอยู่ที่ประเด็นเดิมซ้ำ ๆ ถ้าครอบครัวยังไม่เห็นแง่มุมที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามชี้ให้เห็น

4.6.10 การท้าทาย

การท้าทายหรือ challenging เป็นวิธีที่กระตุ้นให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น จะท้าทายให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่ใหม่ ปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาเสียใหม่เมื่อวิธีเก่าใช้ไม่ได้ผล

- 1) จะต้องท้าทายวิธีการ ไม่ใช่ตัวบุคคล คือ ท้าทายวิธีการที่เคยใช้ว่ามันไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้วแต่อย่าท้าทายบุคคลเพราะจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกเหมือนถูกดูหมิ่นจนเกิดการต่อต้าน
- 2) การท้าทายครอบครัวจะได้ผลเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีความกระตือรือร้น และคิดคำถามเกี่ยวกับพัฒนาการของครอบครัวอยู่ในใจเสมอ ว่าครอบครัวนี้ควรก้าวหน้าไปในทิศทางใด
- 3) การท้าทายเป็นผลผลักดันให้ครอบครัวก้าวไปข้างหน้า การท้าทายควรควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และจะเกิดผลดียิ่งขึ้นเมื่อผู้ให้คำปรึกษา join กับครอบครัวได้ดี การ join ที่ดีจึงต้องมีการท้าทายควบคู่ไปด้วย การที่ผู้ให้คำปรึกษาเชื่อมั่นในส่วนตัวของครอบครัวและได้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีทำให้สามารถดึงเอาศักยภาพของครอบครัวมาใช้ได้เต็มที่ ทั้งนี้ก็เป็นผลมาจากความกระตือรือร้นของผู้ให้คำปรึกษาที่อยากช่วยให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง

4.6.11 การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในชั่วโมงการให้คำปรึกษา

เทคนิค enactment คือ การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริง ๆ การได้เห็นว่ามีปัญหาเกิดอย่างไร ใครทำอะไร จะทำให้เข้าใจได้ชัดเจนกว่าการฟังจากคำบอกกล่าวของสมาชิก enactment ทำได้โดยให้ครอบครัวทำสิ่งที่เคยทำเป็นประจำให้เห็น บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องให้ครอบครัว “ทดลอง” ปฏิสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ๆ

4.6.12 การสร้างขอบเขต

ขอบเขต หรือ boundary เป็นเส้นสมมติที่แยกระหว่างความเป็นไปในระบบย่อยต่าง ๆ ขอบเขตเป็นตัวกำหนดว่า ใครจะเข้าร่วมในปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ กับใคร (Minuchin 1974) เช่น ขอบเขตบุคคล (personal boundary) เป็นสิ่งที่แบ่งแยกความเป็นส่วนตัวระหว่างบุคคล ใน Structural family therapy (Minuchin และ Fishman 1981) ถ้าสมาชิกคูใดใกล้ชิดกันเกินไปจะต้องดึงให้ห่างออกจากกันโดยนำบุคคลที่สามที่เคยห่างกันเข้ามาแทรก โดยใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต boundary-making

4.6.13 การให้คำแนะนำและการออกคำสั่ง

Directing การให้คำปรึกษาครอบครัวนั้น ผู้ให้คำปรึกษาต้องกระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันคิดเอง โดยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ ให้ แต่บางครั้งก็อาจต้องแนะนำว่าทำอะไรจึงจะเหมาะสมกว่า โดยให้ครอบครัวมีอิสระในการตัดสินใจ

4.6.14 การมอบหมายการบ้าน

Homework ผู้ให้คำปรึกษาต้องช่วยให้ครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจนที่ไม่ใช่มีเพียงความเข้าใจ (insight) เท่านั้น โดยใช้วิธีการให้การบ้านกลับไปทำ ซึ่งเมื่อเริ่ม session ใหม่จะต้องมีการทบทวนว่าทำการบ้านที่ให้ไปได้มากน้อยเพียงใดและมีอุปสรรคอะไรบ้าง นอกจากการบ้านจะช่วยให้เกิดประสบการณ์ใหม่แล้วยังช่วยให้เกิดทักษะด้านต่าง ๆ ทำให้ครอบครัวมีจุดสนใจร่วมกันที่ต้องทำให้สำเร็จ

4.6.15 เทคนิคการแสดงผลมมองของตนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว

Sculping เป็นเทคนิคที่ทำให้สมาชิกแสดงผลมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน

Sculping มีประโยชน์ในการช่วยให้การต่อต้านลดลง ครอบครัวสัมผัสความรู้สึกของตนได้ดีขึ้น และเป็นทางออกเมื่อผู้ให้คำปรึกษาคิดอะไรไม่ออก

4.6.16 การออกคำสั่งหรือคำแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป

Paradox หมายถึง การออกคำสั่งหรือแนะนำให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อไป เทคนิคนี้มีประโยชน์กรณีที่ใช้เทคนิคอื่นไม่ได้ผล โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาต้อง reframe ความหมายของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่ และให้ครอบครัวเข้าใจว่าทำไมไม่ต้องทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อ

4.6.17 การควบคุมความรุนแรง

ความรุนแรงอาจเกิดขึ้นได้ในการให้คำปรึกษา เพราะมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลที่ขัดแย้งกัน ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องรู้จักควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

วิธีควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรง อาจใช้วิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ตัดบทก่อนที่จะมีอารมณ์โกรธเกิดขึ้น
- 2) ตั้งคำถามให้แต่ละคนวิเคราะห์กระบวนการที่เกิดขึ้น
- 3) ดึงแต่ละคนออกจากอารมณ์โกรธ ให้ฟังเสียงอารมณ์อื่น ๆ แทน
- 4) เปลี่ยนวิธีที่แต่ละคนกำลังทำอยู่
- 5) ออกคำสั่งที่ชัดเจนว่าให้หยุดทะเลาะ

สรุป การให้คำปรึกษาครอบครัวแม้จะมีหลายเทคนิคก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญกว่าเทคนิคก็คือ แนวคิดและหลักการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีพื้นฐานบนทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัว ผู้ให้คำปรึกษาต้องวิเคราะห์ปัญหาให้ถ่องแท้และมีเป้าหมายในการให้คำปรึกษาที่ชัดเจน จึงจะสามารถนำเทคนิคต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง เช่น การทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในช่วงเวลาให้คำปรึกษา (enactment) การสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ (boundaries making) และการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีประสบการณ์ใหม่ และมีทักษะในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา เน้นการเข้าใจและการยอมรับความรู้สึก พร้อมนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่มเน้นโครงสร้าง

พยาบาลที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางด้านจิตเวชหรือการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาล เมื่อแรกเริ่ม การพบผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาท (Direct care) โดยพยาบาลสามารถดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

5.1 การประเมินสภาพ

ขั้นรวบรวมข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทุกด้านเพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลด้านต่าง ๆ ดังนี้ ประวัติ ด้านจิตเวชและอายุรกรรม การใช้สารเสพติด ค่านิยมและบทบาทในครอบครัว ความสำเร็จและล้มเหลว พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อกัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขในครอบครัวเกิดภาวะวิกฤติแล้วครอบครัวทำอย่างไร เทคนิครวบรวมข้อมูลเริ่มต้นประเมินโดย

5.1.1 ใช้เทคนิคการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ (joining) และความไว้วางใจกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทำความคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้

5.1.2 สร้างข้อตกลงเบื้องต้น (contract) เช่น จะพบกันบ่อยเพียงไร เป็นระยะเวลา นานเท่าไร เป็นต้น

5.1.3 ศึกษาเอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในแต่ละครอบครัว เช่น บางครอบครัวคิดว่าอะไรก็ได้ที่ลูกคิดว่าทำแล้วประสบความสำเร็จ

5.1.4 ให้นำบุคคลในครอบครัวได้ระบายถึงบทบาทหน้าที่ โดยแสดงบทบาทสมมติ

5.1.5 สังเกตสภาวะรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวที่มีความรุนแรงผู้ให้คำปรึกษา ต้องหาทางเปลี่ยนให้เป็นในทางสร้างสรรค์

5.2 ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา พิจารณาดังนี้

5.2.1 ปัญหาอยู่ที่ใคร

5.2.2 เร่งแก้ไขส่วนที่จำเป็นก่อน

5.2.3 กำหนดความคาดหวังและเป้าหมายที่เป็นไปได้

5.2.4 วิเคราะห์ว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีใดแก้ปัญหาได้ดีที่สุด (cognitive appraisal) ช่วยให้การประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในขอบเขต

5.2.5 มองปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ง่ายกว่าเดิม ทำให้ครอบครัวไม่ติดอยู่กับแง่ลบของปัญหา

5.3 การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

5.3.1 เป้าหมายที่สำคัญของการให้คำปรึกษาครอบครัว คือ

5.3.1.1 จัดโครงสร้างครอบครัวใหม่ ปรับกฎเกณฑ์ ความสัมพันธ์

5.3.1.2 จัดความขัดแย้ง ทั้งความเครียดปัจจุบันและอนาคต

5.3.1.3 ปรับขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัวให้ชัดเจน

5.3.2 การลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์ได้ 2 ลักษณะ คือ

5.3.2.1 ปัญหาด่วน ปัญหาที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งรุนแรง ต้องรีบลด ความรุนแรงลงโดยให้ญาติผู้ใหญ่ที่นับถือช่วยไกล่เกลี่ย

5.3.2.2 ปัญหาเรื้อรัง เกิดจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอเรื่อยมา ผู้ให้ คำปรึกษากำหนดเป็นเป้าหมายระยะยาวที่จะต้องสร้างความรู้สึกรับซึ่งกันและกัน โดย เตรียมการอย่างมีขั้นตอนและใช้เทคนิคกลุ่มของครอบครัวระยะยาวว่าจะเริ่มต้นดำเนินการที่จุดใด

5.3.3 การกำหนดกิจกรรมในการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ให้คำปรึกษาต้องตัดสินใจว่าแต่ละครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงส่วนไหน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ ไม่มีวิธีการใดเพียงวิธีเดียวที่จะใช้ได้กับทุกครอบครัว

5.4 การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว

- 5.4.1 ทำอย่างไรจะสร้างครอบครัวให้แข็งแกร่ง
- 5.4.2 มีการบอกข้อมูลและบทบาทของแต่ละคนในครอบครัวให้เข้าใจชัดเจน
- 5.4.3 จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายนอกครอบครัว
- 5.4.4 ต้องรู้ลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ของแต่ละคนและแต่ละสถานการณ์
- 5.4.5 พยายามดึงจุดพบปัญหา ให้ครอบครัวช่วยเหลือด้วยตัวเอง
- 5.4.6 กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยกันดูแลกันเอง
- 5.4.7 กระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยเหลือและดูแลกันเองอย่างต่อเนื่อง
- 5.4.8 เทคนิคสำคัญในการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างสัมพันธภาพ เน้นการยอมรับและเข้าใจกัน สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ที่รับภาระในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พัฒนาจุดเด่นจากปัญหา สร้างขอบเขตและกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ครอบครัวควรปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสม

5.5 การประเมินผล

ใช้สังเกตพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว และประเมินความก้าวหน้าจากการปฏิบัติการกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยแต่ละครั้งควรเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสรุปเป็นครั้งไป ซึ่งอาจสอบถามสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่ามุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว พยายามให้ผู้ให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีกลุ่ม โครงสร้างครอบครัว ควรมีบทบาทที่เด่นชัด มีความคล่องแคล่วว่องไว มีส่วนร่วมกับครอบครัวทั้งในฐานะผู้สังเกตและผู้เชี่ยวชาญที่ลงไปในระบบครอบครัว บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทฤษฎีนี้เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ผู้ปรึกษาในระยะแรกอาจเริ่มในลักษณะของผู้นำ ภายหลังอาจปรับมาเป็นผู้เข้าร่วมเป็นพวกเดียวกันกับสมาชิกครอบครัว บางครั้งก็ลดบทบาทมาเป็นผู้สังเกตดูแลพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างครอบครัว เพื่อส่งเสริม

และสนับสนุนให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

6. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยปรับปรุงจากการศึกษาของสาริณี โตะะทอง (2548) ที่ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling) กลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structure family therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) ซึ่งเป็นการบริการทางพยาบาลที่เป็นลักษณะองค์รวมหรือ Holistic เพื่อช่วยเหลือกับผู้มีปัญหาในบริบทของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โดยทำเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการทำความเข้าใจกับตัวบุคคลเพียงคนเดียวไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ โดยมองว่าการที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัวก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว ไม่ใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (Goldenberg, 1985) การปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจว่ามีคนสนใจให้ความสำคัญ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ดูแลเกิดปัญหาที่เป็นภาระทั้งอัตนัยและปรนัยได้เป็นอย่างดี กิจกรรมของสาริณี โตะะทอง (2548) มีดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินโครงสร้างครอบครัว การสร้างข้อตกลงและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง
2. สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อย ให้มีความชัดเจนเหมาะสม
3. สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจและด้านครอบครัวที่ทำให้เกิดความเครียด
4. การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดกิจกรรมที่ 1, 2 และ 4 ไว้ ซึ่งใช้แนวทางการให้คำปรึกษาเดียวกันกับกิจกรรมของสาริณี โตะะทอง (2548) แต่จะมีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้คือ สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเน้นเพิ่มเติมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงจาก

การใช้ยา (สุรวุฒิ เฟ็งกรี, 2550) ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวได้ มีความสามารถในการทำกิจกรรมแทน (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) มีทักษะในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถลดความเครียดได้ด้วยตนเองจะสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้ โดยเนื้อแต่ละกิจกรรมจะส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ ร่วมกับการประเมินโครงสร้างครอบครัว การเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพ เน้นให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธ์ภาพในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ (Joining) เข้าถึงระบบครอบครัวของผู้ดูแล พยายามใช้ภาษาหรือ style ของครอบครัวสร้างความคุ้นเคย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวระบายนปัญหาและความรู้สึก สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมาชิกในครอบครัว เกิดแรงจูงใจที่จะให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการลดภาระในการดูแล

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดสัมพันธ์ภาพและทัศนคติที่ดีต่อกัน มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดโครงสร้างที่เหมาะสม ประกอบด้วย กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผน ปรับขอบเขต (boundaries) ระหว่างระบบย่อย (sub system) ให้ชัดเจนโดยใช้เทคนิค Boundary - making เพื่อให้สมาชิกรู้ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไร ให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข (Minuchin, 1974) และมีการใช้เทคนิคมอบหมายการบ้านให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้กลับไปทำที่บ้าน ลดข้อขัดแย้ง และร่วมกันตัดสินใจเพื่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากในอดีต ครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนชัดเจน ย่อมมีการปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหาได้ด้วยครอบครัวของตนเอง ตลอดจนจัดการกับภาระในการดูแลอย่างเหมาะสมได้ ส่งผลให้มองเห็นทางเลือกใหม่ เกิดความพึงพอใจด้วยสมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหามาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด สนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการป้องกันตนเอง มี

ความสามารถในการทำกิจกรรมแทน (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียด ซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นคงและเป็นที่ยอมรับของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนอย่างมีความสุขมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัว (Minuchin, 1974) เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองและมีการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว ซึ่งจะสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการยืดหยุ่นในครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวมีความเกี่ยวพัน รู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนของตนเอง (สาริณี โตะทอง, 2548) หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างก็จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจและรู้สึกมีความคุณค่าในชีวิต ลดปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดในผู้ดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันรรจ พลไพรินทร์ และฐิติวัฒน์ ธรรมไพโรจน์ (2552) ได้ศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการวิเคราะห์งานวิจัย 8 เรื่อง พบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีผลในการลดความรู้สึกรับภาระเพราะผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมที่

เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทำหน้าที่ทางสังคม ลดอาการทางจิต ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

ดาวศิริ พิมพ์หล่อ (2552) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความสามารถทางสังคมดีขึ้น โดยติดตามผลหลังทำกลุ่มทุก 1 เดือน 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในระดับสูง ลดการป่วยซ้ำ

ดลฤดี ทับทิม (2552) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ภาระเชิงปรนัยและอัตรนัยหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.10, 13.11$ และ 19.47 ตามลำดับ)

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การให้โปรแกรมบำบัดครอบครัวส่งผลภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

รจนา ปุณโณทก (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 11 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน เท่ากับ .230, .443 และ .311 ตามลำดับ

Dyck, Short and Vitaliano (1999) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจที่น้อยกับการสนับสนุนทางสังคมการปรับทัศนคติ อาการทางบวกของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย โดยทักษะในการดูแล และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

Grandon, Jenaro and Lemos (2008) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายภาวะในการดูแล พบว่า ความถี่ของอาการกำเริบ อาการด้านบวก และการพึ่งพาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 59.8 และพบว่า ค่าเฉลี่ยการเกิดอาการกำเริบ 7.2 ครั้ง ต่อคน ค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาล 2.5 ครั้งต่อคน ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3.5 วันต่อคน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ทักษะความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (coping skills) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล (education) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งปัจจัยดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำยังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามมา

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาวะของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแลยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

Webb et al. (1998) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล โดยสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดา 10 คน ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 10 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ทักษะความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ปัจจัย

ดังกล่าว จะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามมา

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ขนิษฐา วงสุก (2553) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริง มีความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองมีความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิระพรรณ สุริยงค์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นภัสศิริ คำสอน (2548) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท โดยทำการศึกษาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน พบว่าการให้คำปรึกษาครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ขึ้นในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาริณี ไต่ะทอง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2540) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาที่บ้านต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้กระบวนการให้คำปรึกษาความสามารถในการปรับตัวทั้งของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความสามารถในการปรับตัวด้านสัมพันธภาพสามารถพัฒนาได้สูงมากกว่าในด้านอื่น ๆ

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิต ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว (family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤติ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา

Jones (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง โดยศึกษาถึงทดลองระยะยาว (Longitudinal quasi-experimental study) ศึกษามากกว่า 3 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1991-1994 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก แต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ที่ผ่านมาผู้ดูแลได้รับความรู้และเสริมทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซึ่งลดภาระการดูแลให้ผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากสถานะสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวถูกสั่นคลอน ผู้ดูแลต้องรับภาระที่หนักจากปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลเพียงคนเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาภายในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเรียนรู้และเผชิญปัญหาครอบครัวร่วมกัน ส่งผลให้แก้ไขปัญหาคือความต้องการได้ตรงจุด อีกทั้งผู้ให้คำปรึกษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง สามารถแทรกแซงครอบครัวและช่วยให้ครอบครัวปรับพฤติกรรมในบริบทแง่มุมใหม่และทำหน้าที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกัน สามารถช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

| | |
|--|--|
| <p>โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัว ของมินูชิน Minuchin (1974)</p> <p>ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 – 60 นาที</p> <p>1 สัปดาห์ก่อนทำกิจกรรมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วางแผนในการทำ กิจกรรม โดยออกแบบลักษณะกลุ่ม กำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรม เตรียม สถานที่ อุปกรณ์และติดต่อประสานงาน</p> <p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ สัปดาห์ที่ 1</p> <p>กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไข ปัญหาพร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มี ความชัดเจนและเหมาะสม สัปดาห์ที่ 2</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อ ปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด สัปดาห์ที่ 3</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขต ในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา สัปดาห์ที่ 4</p> <p>ทำการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัด ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ที่ 5</p> | <p>ภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ตาม แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)</p> <p>1.ภาวะเชิงอัตนัย ความรู้สึกรู้สึกของ ผู้ดูแลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การดูแล</p> <p>2.ภาวะเชิงปรนัย การรับรู้เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลง ในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท</p> |
|--|--|

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Groups design) (Polit & Hungler, 1999) โดยใช้สถิติที (Independent t-test) มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

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

O₁ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

O₂ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

O₃ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 3 คนที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เลือกครอบครัวแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คนและญาติ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติตาม ICD 10 (International Classification of Diseases) ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี สามารถพูด ฟัง และเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่น้องหรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีคะแนนภาระในการดูแลตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป ซึ่งเน้นคะแนนภาระในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ไม่จำกัดเพศการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น

3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจ และยินยอมร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว ได้แก่

1. มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ไม่จำกัดเพศ

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

3. เป็นสมาชิกที่สมัครใจ และยินยอมร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

4. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งพึงพิงทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำผลการศึกษาของ

จิราพร รักการ (2549) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลประจำจังหวัด รวมทั้งติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลหลักจากสมุดทะเบียนผู้ป่วย
2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Bull, 1990; Montgomery et al., 1985) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้
3. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทำการประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วย (Pre-test) ในรายที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการคุณธรรมและจริยธรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัดพิจารณา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างเต็มที่ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับแต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม หากได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษา
ครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม 2 ส่วน
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
 - 3.1 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 3.2 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่เน้นทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน Minuchin (1974) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขโปรแกรมจากการศึกษาของสาริณี โต้ะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการทำกิจกรรม โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวในรูปแบบต่างๆ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน Minuchin (1974) เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 สร้างโครงสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยนำแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างครอบครัวของ (Minuchin, 1974) เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำมากำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมวิธีการดำเนินการและการประเมินผล เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีสื่อที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และคู่มือประกอบการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัว แบบบันทึกเมื่อสิ้นสุดแต่ละกิจกรรม แบบประเมินโครงสร้างครอบครัว แผ่นภาพเรื่องโรค อาการ การใช้ยา กำจัดอาการที่ไม่พึงประสงค์ ผลข้างเคียงของยา และตัวอย่างยา สื่อการสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวประกอบด้วยการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ มีสัมพันธภาพ และทัศนคติที่ดีในการดูแล สมาชิกในครอบครัวเข้าใจวงจรปฏิสัมพันธ์ โดยการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันรวมถึงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดซึ่งเป็นภาวะเชิงอัตนัยได้

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัว ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว

1.4 นำเนื้อหาที่ได้มาจัดทำ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา อาการข้างเคียงจากยา ความสามารถในการดูแล บทบาทหน้าที่ ความยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว เพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

1.5 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาประกอบด้วยกิจกรรมข้างต้น 4 กิจกรรม โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 – 60 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัวเป็นเวลา 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้

มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบคร้ว มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ปรับแก้ลำดับเนื้อหาในกิจกรรม ที่ 1 โดยให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ไว้ในช่วงแรกหลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว
2. มีการปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมทุกช่วงโดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แทนที่การใช้ใบงาน
3. ปรับชื่อกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 เป็นการสำรวจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งจัดโครงสร้างขอบเขตระบบย่อยรอบคร้วให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

จากนั้นผู้วิจัยนำกิจกรรมที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบคร้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย โดยทดลองใช้ทั้ง 4 กิจกรรม พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แต่ผู้วิจัยได้ปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมและพบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย แบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย

1) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 นอกนั้นเป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาระจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

| | ข้อความทางลบ | ข้อความทางบวก |
|------------|--------------|---------------|
| มากที่สุด | ได้ 5 คะแนน | ได้ 1 คะแนน |
| มาก | ได้ 4 คะแนน | ได้ 2 คะแนน |
| ปานกลาง | ได้ 3 คะแนน | ได้ 3 คะแนน |
| น้อย | ได้ 2 คะแนน | ได้ 4 คะแนน |
| น้อยที่สุด | ได้ 1 คะแนน | ได้ 5 คะแนน |

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

| | | |
|------------------------------|---------|---------------------------|
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 | หมายถึง | มีภาระในการดูแลมากที่สุด |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 | หมายถึง | มีภาระในการดูแลมาก |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 | หมายถึง | มีภาระในการดูแลปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 | หมายถึง | มีภาระในการดูแลน้อย |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 | หมายถึง | มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด |

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช 1 ท่าน

พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม คำานวนดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น และลดความรู้สึกการเป็นตราบาป โดยตัดคำว่าโรคจิตและผู้ป่วยจิตเภทออก โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ภาระเชิงอัตนัย

ข้อ 1 “ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย”

ข้อ 4 “ท่านรู้สึกน้อยใจใน โชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิต” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกน้อยใจใน โชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย”

ภาระเชิงปรนัย

ข้อ 3 “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น” แก้ไขเป็น “เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น”

ข้อ 12 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ” แก้ไขเป็น “การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .96 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือ ภาระเชิงปรนัยและอัตนัย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92 และ .94 ตามลำดับ ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 161

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยปรับแก้ไขแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของสาริณี โตะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์

ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลย

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

การแปลผลคะแนน

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

โดยกำหนดเกณฑ์กำกับการวิจัย คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินต้องได้ตั้งแต่ 3.50 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้นไป หากต่ำกว่าที่กำหนดไว้ กลุ่มทดลองและผู้วิจัยต้องร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ (สาริณี โต้ะทอง, 2548)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การตรวจความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของสาริณี โต้ะทอง (2548) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92 ซึ่งแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 4 “ได้รับความวางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น” แก้ไขเป็น “ท่านได้รับความวางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น”

ข้อ 5 “ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว” แก้ไขเป็น “ท่านมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว”

ข้อ 10 “ถ้าขาดรายได้หรือมีปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้” แก้ไขเป็น “ถ้าท่านขาดรายได้หรือมีปัญหาเรื่องเงิน สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือท่านได้”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95 ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 164

3.2 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดยสุนันทานวลเจริญ (2553) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา มี 4 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1. ความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5 โดยประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4 และข้อความทางลบจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 5

2. ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 6,7,8,9,10,11,12,13,14

3. ความแข็งแกร่งด้านสุขภาพของผู้ดูแล จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางลบทั้งหมด ได้แก่ข้อ 15,16

4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย ในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 17,18,19,20

แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถมากน้อยเพียงใด การประเมินความสามารถจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คำถามแต่ละข้อจะอธิบายได้ตรงกับความสามารถของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

| | ข้อความทางบวก | ข้อความทางลบ |
|------------|---------------|--------------|
| มากที่สุด | ได้ 5 คะแนน | ได้ 1 คะแนน |
| มาก | ได้ 4 คะแนน | ได้ 2 คะแนน |
| ปานกลาง | ได้ 3 คะแนน | ได้ 3 คะแนน |
| น้อย | ได้ 2 คะแนน | ได้ 4 คะแนน |
| น้อยที่สุด | ได้ 1 คะแนน | ได้ 5 คะแนน |

การประเมินทำโดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร (2542 : 108) และ Best (1970) อังนินพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยกำหนดค่าความหมายของคะแนน ดังนี้

| | |
|-------------------------|---|
| คะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน | แสดงว่ามีความสามารถในการดูแล มากที่สุด |
| คะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน | แสดงว่ามีความสามารถในการดูแล มาก |
| คะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน | แสดงว่ามีความสามารถในการดูแล ปานกลาง |
| คะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน | แสดงว่ามีความสามารถในการดูแล น้อย |
| คะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน | แสดงว่ามีความสามารถในการดูแล น้อยที่สุด |

เกณฑ์กำกับการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินต้องได้ตั้งแต่ 3.50 คะแนน ขึ้นไป ซึ่งมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับมาก หากต่ำกว่าที่กำหนดไว้ กลุ่มทดลองและผู้วิจัยต้องร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไขเพิ่มเติมกระบวนการให้คำปรึกษาคงครอครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของกรวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินใจความตรงตามเนื้อหา คำนวณความตรงดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 ซึ่งแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

หัวข้อ 1) “ความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย”

ข้อ 2 “ท่านตัดสินใจจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบได้อย่างเหมาะสม”
 แก้ไขเป็น “ท่านสามารถตัดสินใจจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบได้อย่างเหมาะสม”

หัวข้อ 2) “ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท” แก้ไขเป็น
 “ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย”

หัวข้อ 3) “ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล” แก้ไขเป็น “ความแข็งแกร่งด้านสุขภาพ
 ของผู้ดูแล”

หัวข้อ 4) “ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน
 การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม” แก้ไขเป็น “ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย ในเรื่อง
 ยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม”

ข้อ 18 “ท่านคาดการณ์หรือนึกถึงความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย” แก้ไข
 เป็น “ท่านคาดการณ์หรือนึกถึงความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้”

ข้อ 20 “ท่านเอาใจใส่เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย” แก้ไขเป็น “ท่าน
 เอาใจใส่เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมของผู้ป่วย”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัด
 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try
 out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้
 ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach
 Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95 ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 165

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง
 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

- 1.1 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
- 1.2 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกความสามารถในเรื่อง
 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาทฤษฎีแนวคิดและ
 ความสามารถในการดูแล การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชนและในโรงพยาบาล จำนวน 6 หน่วยกิต ผู้วิจัยได้ฝึก
 ทักษะในการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว รายบุคคลและราย

กลุ่ม ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.3 ประสานงานกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตราจารย์พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษา และจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับกลุ่มการพยาบาล

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อค้นหาผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์และ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ผู้ดูแลลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมแล้วทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-Test) ในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

1.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 พบกลุ่มควบคุม 1 สัปดาห์ก่อนทำกิจกรรมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) สัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วย การรับยา และการให้คำแนะนำในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การพาผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจตามแพทย์นัด และสรุปผลทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 5

2.2 พบกลุ่มทดลอง 1 สัปดาห์ก่อนทำกิจกรรมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็น

รายครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ติดต่อกันโดย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และทำการสรุปผลทั้งหมดในสัปดาห์ที่ 5 ตามลำดับ โดยดำเนิน กิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที

ตารางที่ 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

| กลุ่มตัวอย่าง | วันที่ดำเนินกิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|
| ครอบครัวที่ 1 | ทุกวันพฤหัสบดี | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 2 | 16, 23, 30 พ.ค. และ 6 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |
| ครอบครัวที่ 3 | ทุกวันศุกร์ | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 4 | 17, 24, 31 พ.ค. และ 7 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |
| ครอบครัวที่ 5 | ทุกวันเสาร์ | 9.00 - 10.00 น. |
| ครอบครัวที่ 6 | 18, 25 พ.ค. และ | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 7 | 1, 8 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |
| ครอบครัวที่ 8 | ทุกวันอาทิตย์ | 9.00 - 10.00 น. |
| ครอบครัวที่ 9 | 19, 26 พ.ค. และ | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 10 | 2, 9 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |
| ครอบครัวที่ 11 | ทุกวันจันทร์ | 13.00 - 14.00 น. |
| | 20, 27 พ.ค. และ 3, 10 มิ.ย. 2556 | |
| ครอบครัวที่ 12 | ทุกวันอังคาร | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 13 | 21, 28 พ.ค. และ 4, 11 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |
| ครอบครัวที่ 14 | ทุกวันพุธ | 13.00 - 14.00 น. |
| ครอบครัวที่ 15 | 22, 29 พ.ค. และ 5, 12 มิ.ย. 2556 | 15.00 - 16.00 น. |

กลุ่มตัวอย่าง 15 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมครอบครัวละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรมต่อครอบครัว โดยมีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

เวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อประเมินโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
3. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจน
4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้ พยายามยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนในประสบการณ์ที่เขามี การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น และบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้สมาชิกมีความเข้าใจตรงกัน

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
2. สร้างข้อตกลง (Contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลที่คาดว่าจะผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับ วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวและการมีส่วนร่วม
3. กระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question มุ่งหาความเชื่อมโยงในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อประเมินโครงสร้างระบบครอบครัว
4. ประเมินการปฏิบัติหน้าที่และความสัมพันธ์ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา บทบาทหน้าที่ ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติของครอบครัว
5. ขณะให้คำปรึกษา ผู้วิจัยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจะได้รับการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจร่วมกันสรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป
6. ผู้วิจัยจัดบันทึกการให้คำปรึกษา ตามแบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 1

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 1
2. แบบประเมิน โครงสร้างครอบครัว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยและเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเองและเข้าใจถึงลักษณะปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 1

ครอบครัวที่ 6 วันที่ 18 พฤษภาคม 2556 เวลา 13.00 – 14.00 น.

ผู้ให้คำปรึกษา : สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล เป็นนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อยากทำความรู้จักกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน โดยให้แนะนำตัวเอง บอกสิ่งที่ชอบและไม่ชอบในชีวิตที่ผ่านมา

ผู้ป่วย : ฉันชื่อ (.....) มีชื่อเล่น (.....) ชอบให้ลูกเอาใจใส่ดูแลฉัน ให้เงินฉันบ้าง

ผู้ดูแล : ดิฉันชื่อ (.....) มีชื่อเล่น (.....) ชอบให้มีลูกค้าเข้าร้านมาก ๆ ไม่ชอบให้พี่น้องทะเลาะเบาะแว้งกัน

สมาชิกครอบครัว : ฉันชื่อ (.....) มีชื่อเล่น (.....) ชอบทำงานหาเงินได้จำนวนมาก เพื่อมาผ่อนรถยนต์ ไม่ชอบอยู่บ้านเฉยๆ

ผู้ให้คำปรึกษา : วันนี้ดีใจที่ทุกคนได้กล้าแสดงออก บอกสิ่งที่ชอบและไม่ชอบให้เราทุกคนได้ทราบ อยากจะให้ทุกคนได้ทราบวัตถุประสงค์เพื่อเกิดความเข้าใจตนเองและคนในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ทุกคนต้องเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เราจะเก็บไว้เป็นความลับ นอกจากนี้ให้ข้อมูลถึงระบบครอบครัวที่มีในโครงสร้างครอบครัวย้อนหลัง 3 ชั่วโมงคน บอกความสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันและอยากให้ทุกคนเล่าให้ฟังถึงความเป็นอยู่ (เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อกระตุ้นให้ สมาชิกในครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)

ผู้ดูแล : มีพี่น้องรวม 8 ชีวิตแต่ตนเองเป็นโสด มีอาชีพขายของเล็ก ๆ น้อย ๆ รายได้ไม่พอรายจ่าย เครียดและที่กลุ่มใจมากอยากให้พี่สาวซึ่งเป็นผู้ป่วยไม่ชัดใจกับบุตรสาว (สมาชิก) เพราะเขาต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย

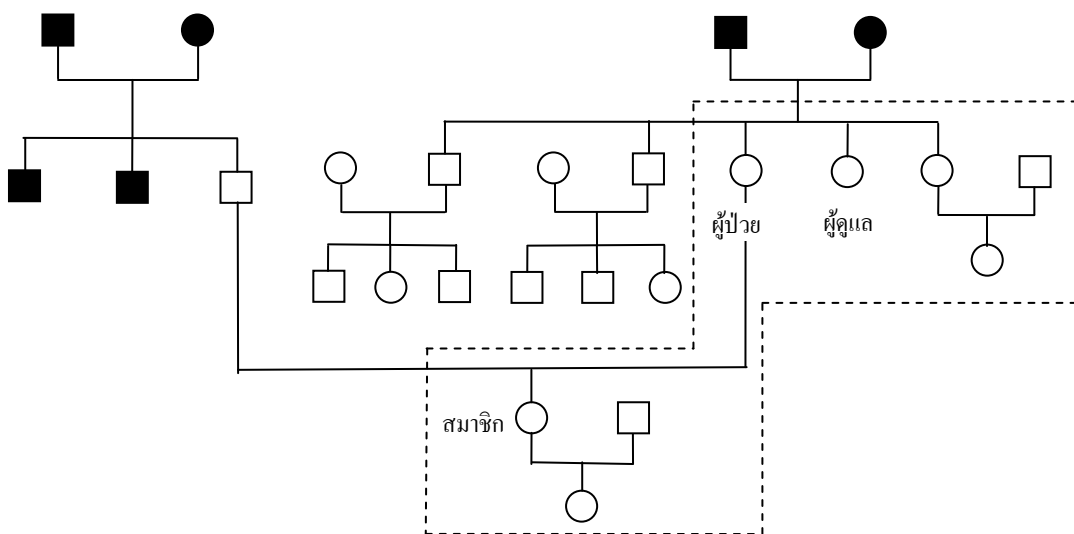
สมาชิกครอบครัว : ฉันเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย แต่งงานแล้ว อาชีพรับจ้าง ฉันทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพตลอดเวลา ไม่มีเวลาเอาใจใส่มารดา

ผู้ป่วย : ลูกของฉันทำงานนอกบ้านหาเงิน ไม่ค่อยมีเวลาดูแลฉันกับสามีของเขา ไม่หุงหาอาหารให้

ผู้ให้คำปรึกษา : การทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพของสมาชิกครอบครัว หมายถึงอาชีพอะไรคะ (เทคนิค Boundary making ถ้าถามใครให้สมาชิกคนนั้นตอบห้ามตอบแทนกัน)

สมาชิกครอบครัว : ฉันมีหน้าที่นำของไปขายตามตลาดนัด หรือถ้ามีพลาสติก ๆ ที่เขามาส่งต้องรับทอดแล้วเดินขายลูกค้าหลายแห่ง บางครั้งต้องไปรับ – ส่งของเอง จึงไม่มีเวลาอยู่บ้าน ฉันมีลูกสาว 1 คนให้แม่ (ผู้ป่วย) เลี้ยงดู และมีหลานอีก 2 คน ซึ่งแม่ดูแลให้ วัน ๆ หนึ่งไม่เคยได้คุยกับแม่เท่าไรหรอก ปล่อยให้แม่ (ผู้ดูแล) รับผิดชอบส่วนใหญ่

การประเมินโครงสร้างครอบครัวของผู้ดูแลรายนี้ พบว่า



□ ผู้ชาย ○ ผู้หญิง ■ ● แทนการเสียชีวิต
 ○ แทนการอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

1. โครงสร้างครอบครัว

1.1 ขอบเขตระหว่างสมาชิก

ขอบเขตความผูกพันที่แน่นแฟ้นเกินไป ทำให้สมาชิกซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย กลับห่างเหินกับผู้ป่วยมากขึ้น ทอดทิ้งผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ต้องพึ่ง ผู้ดูแล และไม่รู้จักมีความคิดเป็นใหญ่ มักชอบน้อยใจในตัวบุตรสาวที่ไม่ค่อยสนใจผู้ป่วย

1.2 บทบาท

บทบาทในครอบครัวชัดเจน ทำหน้าที่ที่เหมาะสมในแต่ละคน

1.3 ลำดับอำนาจ

ผู้ดูแลซึ่งเป็นน้องสาวของผู้ป่วย เป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ดูแลมีการจัดลำดับ อำนาจได้เฉพาะแต่ครอบครัวของตน แต่ยังมี ความขัดแย้งกับพี่น้องอีกหลายคน ที่ไม่ข้องเกี่ยวกับ

2. กระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความผูกพันทางอารมณ์มากจนผู้ป่วยไม่ค่อยพูด ไม่กล้าออกความคิดเห็น มักปล่อยให้ น้องสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลจัดการทุกอย่าง

2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก

ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับพี่น้องหลายคน ที่อาศัยอยู่ใกล้ละแวกกัน จากปัญหาโรคกระดูกพรุน ซึ่งพ่อแม่ได้ถึงแก่กรรมไปนานแล้ว

3. การสังเกตในระหว่างการประเมินครอบครัว

3.1 ปฏิกริยาที่สมาชิกมีต่อกัน

ผู้ดูแลหลักมักเป็นคนแสดงความคิดเห็นแต่เพียงผู้เดียว ไม่ให้สมาชิกอื่น ๆ ได้มี โอกาสพูดคุยมานัก

3.2 การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา

สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ไม่กล้าแสดงท่าทีมีส่วนร่วมแต่แสดงท่าทีคล้ายตาม ผู้ดูแลหลักเท่านั้น

จากข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นการประเมินโครงสร้างครอบครัวที่แสดงถึงขอบเขต บทบาท ลำดับอำนาจ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว จึงเป็นข้อมูลสำคัญช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษา ได้เปิด โอกาสให้สมาชิก โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักได้ระบายความในใจที่เกิดขึ้น ทั้งความสุขและความทุกข์ ซึ่ง ผู้ให้คำปรึกษาได้ตั้งใจฟังพร้อมกับการให้กำลังใจ และชื่นชมในความสามารถหรือความสำเร็จของ ครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีกำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้ปัญหาทุกอย่างที่

เกิดขึ้นภายในครอบครัว ทั้ง 8 คนได้ร่วมมือกันช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ โดยสามารถแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

เวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดจากภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาความต้องการในครอบครัวของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยร่วมกันจัดโครงสร้างในครอบครัวไปในทางที่ดีขึ้น
4. เพื่อส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลให้ชัดเจนเหมาะสมและอยู่ในภาวะสมดุล

สาระสำคัญ

การให้คำปรึกษาครอบครัวที่ได้ผลดีนั้นจะต้องมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนในการแก้ไข ปัญหา โดยเน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัยเพื่อค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเกิดภาระทั้ง 2 ด้าน ซึ่งไม่ควรมีหลายข้อ มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม สังเกตและวัดได้ ซึ่งจะเน้นพฤติกรรมเชิงบวกที่ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดี ให้โอกาสที่สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง มีกำลังใจและมองสมาชิกในครอบครัวในแง่ดีขึ้น จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งมีประโยชน์และให้ความสำคัญต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลที่สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกันจัดโครงสร้างครอบครัวและทำให้สมาชิกแต่ละคนแสดงบทบาทหน้าที่ตามขอบเขตในครอบครัวให้เหมาะสม เพื่อลดภาระในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมกันทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวแสดงความคิด ความรู้สึก
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเน้นเรื่องภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question

3. ใช้เทคนิคการสร้างขอบเขต (Boundary – making) โดยให้แต่ละคนเล่าเรื่องราวของตนเอง ห้ามไม่ให้ใครพูดแทนใคร

4. ใช้เทคนิค Enactment เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจริง ๆ ในการให้คำปรึกษาเพื่อเห็นว่าปัญหาเกิดขึ้นได้อย่างไร ใครทำอะไรกับใคร และใครตอบสนองอย่างไร

5. ใช้เทคนิค Sculpting โดยให้สมาชิกแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความใกล้ชิด – เห็นห่างหรือลำดับอำนาจ

6. สรุปปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพึงพอใจในบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนในการแก้ไขปัญหา โดยเน้นการให้ครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เอื้ออาทรห่วงใย ช่วยเหลือและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ก็จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกพึงพอใจและรู้สึกเป็นภาระลดลง

7. ใช้เทคนิคการให้คำแนะนำ (Directing) ในเรื่องการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคล และระหว่างระบบย่อยให้เหมาะสม พยายามจะช่วยแนะนำทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์ทางเลือกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น “พยาบาลคิดว่าวิธีนี้จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด คุณคิดว่าอย่างไร?”

8. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป

9. ผู้วิจัยจัดบันทึกการให้คำปรึกษา ตามแบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่อง และเป็นการประเมินผลการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 2

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับรู้ เข้าใจและยอมรับในปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง และรู้ว่าโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวมีความเหมาะสมหรือไม่ ต้องแก้ไขอย่างไร เพื่อส่งเสริมการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ที่ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว และเข้าใจในปัญหาความต้องการของครอบครัวตนเอง

3. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแสดงบทบาทในการจัดโครงสร้างในครอบครัว ปรับระบบย่อยภายในครอบครัว ปรับบทบาทหน้าที่เพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อการที่ต้องรับภาระการดูแลลดลง

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 2

ครอบครัวที่ 11 วันที่ 27 พฤษภาคม 2556 เวลา 13.00 – 14.00 น.

ผู้ป่วยขาดยา เมทาอะลเวด ค่าทอกคนในชุมชน น้องชายผู้ป่วย (ผู้ดูแล) อาชีพรับราชการ ไม่มีเวลา เกียติค เบื่อหน่าย ภาระครอบครัวที่ต้องรับส่งบุตร 2 คน และตนเองทำงานประจำห่างจากที่พัก 20 กม. อาศัยอยู่คนเดียวเหมือนกับผู้ป่วย ภรรยาของผู้ดูแล (สมาชิก) อาชีพรับราชการต้องรับภาระดูแลมารดาตนเองและบุตร เบื่อหน่ายพฤติกรรมผู้ป่วยที่เมาอะอะอะอะ

ผู้ให้คำปรึกษา : สวัสดีค่ะ ทุก ๆ คน เป็นอย่างไรกันบ้างคะ มีพลังใจที่จะร่วมกันคิดแก้ไขในสิ่งที่เป็นอย่างนี้ต้องทำอะไร โดยต้องเริ่มรับรู้ปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าป็นภาระที่ต้องเครียดจากงานประจำ ไหนต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวอีก หากสมาชิกร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการช่วยทำให้แบ่งเบาภาระในการดูแลแก่ผู้ดูแล มีใครพอจะเล่าถึงความไม่สบายใจเกี่ยวกับการดูแลของผู้ป่วยให้ฟังได้บ้าง (ตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)

ผู้ดูแล : เวลาผมไม่อยู่ พี่ชายแอบซื้อเหล้าเป็นประจำ เป็นปัญหาให้กับคนในชุมชน เมทาอะลเวดบ่อยครั้ง

สมาชิกครอบครัว : ผู้ป่วยชอบแอบซื้อเหล้า และอะอะอะโววายเป็นประจำ เนื้อตัวมอมแมม ไม่เชื่อฟัง พูดไม่รู้เรื่อง ทำให้ครอบครัวเครียดตลอดเวลา

ผู้ให้คำปรึกษา : ความไม่สบายใจของคนในครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกอย่างไรที่อยากเสนอถึงการแบ่งเบาภาระในการดูแลให้กับผู้ดูแล (เทคนิคการสร้างขอบเขต Boundary - making เมื่อพยายามถามใครก็ขอให้คนนั้นเป็นผู้ตอบ ห้ามไม่ให้พูดหรือตอบแทนกัน)

สมาชิกครอบครัว : การดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับผิดชอบมากนัก ต่างคนต่างไม่ค่อยพูดกันกับผู้ป่วย แต่เคยบอกสามีแล้วว่า หากพี่ชายคุณดื่มเหล้าจะก่อความเดือดร้อน เสียงดงขาดสติ จึงทำให้ฉันไม่ชอบ

ผู้ให้คำปรึกษา : ถ้าเป็นอย่างนั้นเราควรร่วมกันกำหนดขอบเขตของผู้ป่วยให้มีข้อจำกัด ห้ามดื่มเหล้า เพราะการดื่มเหล้าจะทำให้อาการกำเริบ ยาที่รับประทานไม่สามารถออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งจะทำให้อาการผู้ป่วยทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ

- และอาการของโรคจิตกลับซ้ำมากขึ้น (เทคนิค Enactment ให้ครอบครัวหาวิธีปฏิบัติในการเลิกเหล้าให้ผู้ป่วย โดยทำในสิ่งใหม่เพื่อให้เกิดสิ่งที่ดีขึ้น)
- สมาชิกครอบครัว : ใช่ ฉันเห็นด้วย เขาคงสุขภาพดีขึ้น และทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่เครียดด้วย
- ผู้ป่วย : ยิ้มน้อย ๆ (เนื้อตัวไม่สะอาดมากนัก)
- ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วผู้ป่วยละคะ (.....) อยากให้ครอบครัวของเราเป็นอย่างไร (เทคนิค Boundary – making เมื่อพยาบาลถามใครก็ขอให้คนนั้นเป็นผู้ตอบ ห้ามไม่ให้พูดหรือตอบแทนกัน)
- ผู้ป่วย : เนิบ เมื่อไม่รู้จะทำอะไรก็เดินเข้าร้านค้า ชื่อของก็ติดเหล้า มานิดหน่อย (หน้าตาขี้มึนเล็กน้อย)
- ผู้ให้คำปรึกษา : แต่ละคนลองช่วยกันคิดซิ และผู้ดูแลจะบอกพี่ชายให้เลิกเหล้าได้อย่างไร (เทคนิค Circular question เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)
- ผู้ดูแล : ถ้าอย่างนั้นผมขอเสนอให้
1. หากพี่เลิกเหล้าได้ ผมจะซื้อเครื่องฟังเพลงให้ 1 เครื่อง และแผ่นเพลงที่ชอบ ห้ามเปิดเสียงดังมากนัก เดี่ยวชาวบ้านมาฟ้องอีก
 2. ผมจะบอกร้านค้าห้ามขายเหล้าให้กับพี่ชายผม
- ผู้ให้คำปรึกษา : สมาชิกมีอะไรจะเสนอเพิ่มเติม หรือมีความคิดเห็นอื่นมั๊ยคะ (เทคนิค Boundary – making เมื่อพยาบาลถามใครก็ขอให้คนนั้นเป็นผู้ตอบ ห้ามไม่ให้พูดหรือตอบแทนกัน)
- สมาชิกครอบครัว : ฉันว่าวิธีนี้เหมาะ ลองดูซักทีละ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ เรื่อย ๆ ไป ให้กำลังใจและชมเชยเขา หลังจากนั้นถ้าเริ่มดีขึ้น จะช่วยกันดูแลผู้ป่วยมากกว่านี้
- ผู้ให้คำปรึกษา : ชื่นชมสมาชิกในครอบครัวที่หันมาสนใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมากขึ้นและเน้นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกันและพยาบาลขอแนะนำว่าการหาทางออกให้ผู้ป่วยเลิกเหล้าตามวิธีของทุกคนในครอบครัว เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด (เทคนิคการให้คำแนะนำ Directing ช่วยแนะนำทางเลือกต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวได้วิเคราะห์ทางเลือกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง) และมอบหมายการบ้านว่าสัปดาห์หน้าจะมาเยี่ยม และมอบหมายการบ้านที่จะมีการตกลงกิจกรรมที่จะกระทำร่วมกันที่ทำให้ลดความขัดแย้งหรือมีอคติต่อกัน นัดหมายเจอกันสัปดาห์หน้านะคะ กล่าวขอบคุณ

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

เวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยา และการเบี่ยงเบนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านต่อไป
3. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเอง ในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกที่ต้องเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดีต่อปัญหาที่เผชิญอยู่สร้างความพึงพอใจต่อการลดภาระการดูแล

สาระสำคัญ

การให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียดต่อการดูแลผู้ป่วยหรือตนเอง ได้นั้น ผู้วิจัยต้องสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลข้างเคียง อาการที่ไม่พึงประสงค์ จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งรู้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคลภายในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อเกิดการปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ลดปัญหาสุขภาพจิตภายในครอบครัว สร้างความพึงพอใจให้กับสมาชิกในครอบครัวและส่งเสริมให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมกันทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมามีอุปสรรคอะไรบ้าง
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวระบายความรู้สึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว
3. ใช้เทคนิค Cognitive appraisal โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาลดภาระการดูแลของผู้ดูแล
4. ใช้เทคนิค Reframing การทำให้ครอบครัวหันมองปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลในแง่มุมใหม่ที่ไม่เคยมองมาก่อน

5. ใช้เทคนิค Enactment ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาจริงๆ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยก็จะแทรกแซงอย่างมีประสิทธิภาพ และให้แต่ละครอบครัวแสดงปฏิสัมพันธ์ใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม
6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม
7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป
8. ผู้วิจัยจัดบันทึกการให้คำปรึกษา ตามแบบบันทึกการให้คำปรึกษากิจกรรมที่ 3 เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่อง และเป็นการประเมินผลการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. เอกสาร “คู่มือประกอบการให้คำปรึกษาครอบครัว”
2. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 3

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันบอกถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาผลข้างเคียงของยา และบอกวิธีการเบี่ยงเบนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้
3. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงศักยภาพของตนเอง ในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อการลดภาระการดูแล

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 3

ครอบครัวที่ 2 วันที่ 30 พฤษภาคม 2556 เวลา 15.00 – 16.00 น.

ผู้ดูแลอายุ 55 ปี เรื่องที่นำมาปรึกษาเป็นเรื่องที่ครอบครัวประสบปัญหาหลายด้านจากการที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นน้องสาวที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน เริ่มมีอาการแย่งลง ท้วตัววม ไม่รับประทานอาหาร ซึมลง มีไข้ เป็น ๆ หาย ๆ ไม่ได้พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามนัด ลูกสาวของผู้ดูแลทำงานประจำ ต้องกลับบ้าน ๆ ดึก ๆ ตื่น ๆ ประกอบกับผู้ดูแลต้องดูแลหลานชายซึ่งชนมาก นอกจากนี้ต้องคอยดูแลเรื่องตั้งแต่ซักผ้า ทำความสะอาดบ้าน หุงหาอาหาร หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 2 กิจกรรมแล้ว บุตรสาวของผู้ดูแลได้รับรู้ปัญหาของครอบครัว มีการพูดคุยถึงปัญหาของโรคในผู้ป่วยจิตเภท วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยบุตรสาวของผู้ดูแล

แสดงความคิดเห็นว่าจะต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งการบ้านในกิจกรรมที่ 2 ผู้ให้คำปรึกษา ให้
ครอบครัวพูดคุยกันในเรื่องที่จะทำให้ผู้ดูแลเครียดกับปัญหาที่เกิดขึ้นและเข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 ต่อไป

ผู้ให้คำปรึกษา : สวัสดีค่ะ ครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไรแล้วนะคะที่เราเจอกัน

สมาชิกครอบครัว : ครั้งที่ 3 แล้ว

ผู้ให้คำปรึกษา : ยังจำได้มั๊ยคะว่าครั้งที่แล้วพยาบาลได้มอบหมายการบ้านอะไรไว้

สมาชิกครอบครัว : ก็ช่วยกันคิดแล้วว่า จะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในวันพรุ่งนี้ เนื่องจากไม่ได้ไป
พบแพทย์ที่โรงพยาบาลมา 6 เดือน ผู้ดูแลรับยาแทนตลอด ร่างกายของผู้ป่วย
อ้วนบวมขึ้น

ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วผู้ดูแล (คุณแม่) พร้อมทั้งจะพาผู้ป่วยซึ่งเป็นน้องสาวไปโรงพยาบาลด้วยกันมั๊ย
หรือมีความรู้สึกยังไง (ใช้เทคนิค Circular question เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัว
ได้เล่าเรื่องมากขึ้นและ Cognition appraisal โดยกระตุ้นให้ครอบครัวแต่ละคน
มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันวิเคราะห์
ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดที่จะแก้ปัญหาได้)

ผู้ดูแล : ฉันทาก็ดี เพราะก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่ซึม ไม่บวมและเดี๋ยวนี้ผู้ป่วยไม่ยอมพูดจา
นอนซึมทั้งวัน ช่วงนี้อากาศร้อนจัดมากฉันก็ให้เขาอยู่ห้องนี้ (ลักษณะห้อง
ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท)

ผู้ให้คำปรึกษา : รู้สึกชื่นชมครอบครัวทุกคนที่ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นใส่ใจซึ่งกันและกัน
ช่วยเหลือกัน (ใช้เทคนิค Reframing ให้ครอบครัวมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ทำ
ทนายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้หรือปัญหานั้นจะค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด)
หากผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย แพทย์จะส่งต่อไปแผนกอายุรกรรมเพื่อ
ตรวจเช็คเลือดให้แก่ผู้ป่วยเป็นการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

ผู้ดูแล : พักหน้า ยิ้มแย้ม

ผู้ให้คำปรึกษา : ไม่ทราบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น ยาที่ใช้ในการ
รักษา ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นหรือไม่ อาการกำเริบของผู้ป่วยสมาชิกใน
ครอบครัวทราบหรือไม่ว่า สามารถสังเกตและเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
ต่อสภาพผู้ป่วยได้อย่างไร รวมทั้งเรื่องอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย
การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งในกิจกรรมครั้งนี้เราจะให้สมาชิกได้เรียนรู้ร่วมกัน
เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต
(กิจกรรมการสอนตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว)

- ผู้ให้คำปรึกษา : คุณแม่คะหลังจากได้รับรู้เรื่องโรค ฯลฯ การดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว มีข้อเสนอแนะอะไรเพิ่มเติมมั้คะ
- ผู้ดูแล : ฉันอยากจัดห้องนอนให้ผู้ป่วยใหม่ มันร้อนอบอ้าวไม่มีอากาศถ่ายเท เมื่อร้อนมาก ๆ อาการผู้ป่วยคงทรุดโทรมลงเร็ว ไม่เคยได้ออกกำลังกายเลย ได้แต่ขังตัวเองอยู่ในบ้าน
- ผู้ให้คำปรึกษา : สมาชิกคนอื่นมีความคิดเห็นหรือมีข้อเสนอแนะอะไรเพิ่มเติมมั้คะ (ใช้เทคนิค Circular question เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)
- สมาชิกครอบครัว : อยากให้ผู้ป่วยมานอนห้องนี้ ซึ่งอยู่บริเวณหลังบ้านใกล้แปลงปลูกผัก อากาศถ่ายเทได้ดี ผู้ป่วยสามารถเดินเล่น ไปมาได้และปลอดภัย แต่เราต้องช่วยกันย้ายของและปรับปรุงพื้นที่บางส่วนให้เหมาะสม
- สมาชิกครอบครัว, ผู้ดูแล : พักหน้า สีหน้ายิ้มแย้มขึ้น
- ผู้ให้คำปรึกษา : ในสัปดาห์หน้า หลังจากที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์แล้ว เราจะมาพบกันอีกเพื่อเสริมทักษะที่สำคัญที่จะสามารถปรับตัวในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ครอบครัวเกิดความอบอุ่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อเกิดความยืดหยุ่นหรือปรับขอบเขตภายในครอบครัวให้เหมาะสมเพื่อหาทางปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นแนวทางในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข หากเราได้อาใจใส่ทุกคนในครอบครัว
- สมาชิก, ผู้ดูแล : มีสีหน้ายิ้มแย้ม กล่าวอำลากัน

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสม และยุติการให้คำปรึกษา

เวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ภายในครอบครัวได้ โดยการให้สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อสถานที่ และสภาพแวดล้อม กฎ และระเบียบ ที่มีอยู่ร่วมกัน
2. เพื่อให้สมาชิกมีความยืดหยุ่นต่อกันภายในครอบครัว
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมนั้นต้องมีความรัก ความอบอุ่นให้เกิดขึ้นในครอบครัว โดยครอบครัวต้องมีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมระดับกลาง ไม่ใกล้ชิดหรือห่างเกินไป นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมความสามารถในการสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลของสมาชิกในครอบครัวให้ชัดเจนเหมาะสมและอยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งหมายถึง ระดับความยืดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขตยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่างๆ ของครอบครัวมีความเกี่ยวพันกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน และมีอิสรภาพที่จะเป็นของตัวเองได้อย่างสมดุล เพื่อส่งเสริมการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดี

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวร่วมกันทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมาระบายความรู้สึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างความยืดหยุ่นในครอบครัว การยอมรับในกฎเกณฑ์ ระเบียบของครอบครัวให้มีความยืดหยุ่นพอประมาณ
3. ใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะขอบเขต ครอบครัวที่มีขอบเขตที่ชัดเจนจะเป็นครอบครัวที่สามารถสร้างความสมดุลระหว่างการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความผูกพันที่ดีที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว
4. ให้ครอบครัวร่วมกันสรุปเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัว โดยผู้วิจัยร่วมสรุปเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ
5. ผู้วิจัยเสริมความสามารถในการสื่อสารในครอบครัว เน้นความสามารถในการสื่อสารทางบวก
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ แนะนำการใช้คู่มือ “คู่มือประกอบการให้คำปรึกษาครอบครัว” ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ยุติการให้คำปรึกษาและกล่าวขอบคุณ
7. ผู้วิจัยจดบันทึกการให้คำปรึกษา ตามแบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 4

อุปกรณ์

1. เอกสาร “คู่มือประกอบการให้คำปรึกษาครอบครัว”
2. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 4

การประเมินผล

1. สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ภายในครอบครัวได้ โดยการให้สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อสถานที่ และสภาพแวดล้อม กฎ และระเบียบ ที่มีอยู่ร่วมกัน

2. สมาชิกในครอบครัวมีความยืดหยุ่นต่อกันภายในครอบครัว สามารถสร้างขอบเขตระหว่างบุคคลให้ชัดเจนเหมาะสม และอยู่ในภาวะสมดุล

3. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการสื่อสารในครอบครัว รวมถึงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลให้ลดภาระในการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 4

ครอบครัวที่ 4 วันที่ 7 มิถุนายน 2556 เวลา 15.00 – 16.00 น.

ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนโตของผู้ดูแล (มารดา) หาเลี้ยงชีพได้โดยทำงานเป็นซุ้ดรักษาความปลอดภัย บิดาของผู้ป่วยทำงานประจำ โดยผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนโต บุตรคนที่ 2 เป็นผู้ชายทำงานแล้วและบุตรคนเล็กกำลังเรียนหนังสือ ผู้ดูแลประสบปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมทำงาน ขาดงานมา 2 เดือน ระยะเวลาหลังผู้ป่วยซึมลง ไม่พูด

ผู้ให้คำปรึกษา : สำหรับครั้งนี้เป็นกิจกรรมที่ 4 แล้วนะคะที่เราจะคุยกันในปัญหาทุกเรื่องที่เราสนใจของทุกคน เพราะเราคือครอบครัวเดียวกัน ซึ่งในครั้งที่แล้วเราได้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องอาการป่วยทางจิตใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวได้รู้ถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดให้ตนเอง วิธีต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดีต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ใครคิดว่าปัญหายังคงมีอีกไม่สามารถแก้ไขได้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ผู้ดูแล : ก็มีอยู่แต่พยายามที่จะหาเวลามาพูดคุยกัน

ผู้ให้คำปรึกษา : พอจะพูดคุยในเวลานี้ได้ไหมคะ เพราะสมาชิกครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้า

ผู้ดูแล : ลูกชายคนโต (ผู้ป่วย) ขาดงานร่วม 2 เดือน ไม่ยอมไปทำ ถามก็บอกว่าเบื่ออยากพัก

ผู้ให้คำปรึกษา : ปัญหานี้ผู้ป่วยสามารถชี้แจงเหตุผลได้ว่าเกิดอะไรขึ้น (ใช้เทคนิค Reframing ให้ครอบครัวมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้ หรือปัญหานั้นจะ ค่อย ๆ ดีขึ้นในที่สุด)

ผู้ป่วย : เียบกรุ่นหนึ่งมีสีหน้าเคร่งขรึม แล้วพูดว่า “ผู้หญิงปฏิเสธผม”

- ผู้ให้คำปรึกษา : หมายความว่าเรากำลังมีแฟนและตอนนี้เกิดความไม่เข้าใจกัน (ใช้เทคนิค Circular question เพื่อกระตุ้นให้เล่าเรื่องมากขึ้น)
- ผู้ป่วย : เมื่อก่อนเขาเคยบอกรักผม แต่เขาเหมือนเปลี่ยนไป ไม่สนใจผม
- ผู้ให้คำปรึกษา : สมาชิกครอบครัวรู้สึกอย่างไรที่ผู้ป่วยบอกสาเหตุของปัญหาที่ทำให้หยุดงานในครั้งนี้ (ใช้เทคนิค Cognitive appraisal โดยกระตุ้นให้ครอบครัวแต่ละคนแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันวิเคราะห์ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรและวิธีใดที่จะแก้ปัญหาได้)
- ผู้ดูแล : ผู้หญิงอายุมากกว่า และมีลูกติด
- สมาชิกครอบครัว : ไม่ทราบที่เกิดปัญหานี้ (ท่าทางงง)
- ผู้ป่วย : ตอนนี้ผมตัดสินใจแล้ว ว่าผมจะกลับไปทำงานเหมือนเดิม
- ผู้ให้คำปรึกษา : คุณพ่อมีความเห็นกับเรื่องนี้อย่างไรคะ (กระตุ้นให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องมากขึ้น)
- สมาชิกครอบครัว : ผมว่าลูกยังเด็กไป (อายุ 32 ปี) ยังไม่มั่นคง และเขาไม่รู้ว่าชอบเราจริงหรือ ผมอยากให้ลูกใจเย็น ๆ ก่อน
- ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วเคยพูดคุยกับลูกชายโดยตรงแล้วหรือยังคะ
- สมาชิกครอบครัว : ไม่เคยเลย เขาก็ไม่เคยพูดรายละเอียดกับผม เพิ่งทราบวันนี้
- ผู้ให้คำปรึกษา : แล้วสมาชิกในครอบครัวคิดว่าวิธีใดจะช่วยแก้ปัญหที่เกิดขึ้น (ใช้เทคนิคการถามแบบ Circular question เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัวตามความคิดเห็นของตนเองอย่างอิสระ)
- ผู้ป่วย : ผมว่า ผมอยากจะทำงานเก็บเงินให้มากกว่านี้ อยู่ไปเรื่อย ๆ ก่อนยังไม่ได้คิดอะไรมากขอช่วยพ่อแม่ไปก่อน เพราะผมก็ไม่ค่อยได้เจอกับผู้หญิงคนนี้นาน เขาอาจเปลี่ยนไปแล้วก็ได้
- ผู้ดูแล : ก็รู้สึกสบายใจขึ้นที่บุตรชายคิดจะกลับมาทำงานประจำเหมือนเดิม และพอมีเวลาว่างมาช่วยเหลือแม่ที่ร้าน เราจะได้รู้สึกไม่ต้องห่วงและกังวลใจอีกต่อไป
- ผู้ให้คำปรึกษา : สังเกตสีหน้า (เทคนิค Nonverbal การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา) ทุกคนสีหน้าสบายใจ และมีความสุขมากขึ้นจึงได้ทำการยุติการให้คำปรึกษาลง ซึ่งในขณะที่ครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันแล้วว่าครอบครัวต้องการอะไร และจะใช้ชีวิตในครอบครัวต่อไปอย่างไรและผู้ให้คำปรึกษามีการเข้าถึงแนวทางการช่วยเหลือภาวะการดูแลของผู้เป็นมารดา (ผู้ดูแล) ให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ตระหนัก เพราะเขาคือเสาหลักของครอบครัว

การกำกับการทดลอง

ผู้ให้คำปรึกษากล่าวสรุปและยุติการให้คำปรึกษา เมื่อสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น และครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนในการมีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยครอบครัวของตนเอง ในการที่จะส่งเสริมการลดภาระการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 แล้วผู้วิจัยได้ทำการกำกับการทดลองทันที โดยประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวต้องมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (N = 15)

| คนที่ | คะแนนสัมพันธภาพ ในครอบครัว | คะแนนเฉลี่ย | ร้อยละ |
|-------|-------------------------------|-------------|--------|
| 1 | 53 | 4.42 | 88.33 |
| 2 | 48 | 4.00 | 80.00 |
| 3 | 54 | 4.50 | 90.00 |
| 4 | 47 | 3.92 | 78.33 |
| 5 | 56 | 4.67 | 93.33 |
| 6 | 48 | 4.00 | 80.00 |
| 7 | 52 | 4.33 | 86.67 |
| 8 | 45 | 3.75 | 75.00 |
| 9 | 59 | 4.92 | 98.33 |
| 10 | 48 | 4.00 | 80.00 |
| 11 | 48 | 4.00 | 80.00 |
| 12 | 52 | 4.33 | 86.67 |
| 13 | 52 | 4.33 | 86.67 |
| 14 | 49 | 4.08 | 81.67 |
| 15 | 52 | 4.33 | 86.67 |

$\bar{X} = 4.24, S.D. = .31$

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 59 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.92 คิดเป็นร้อยละ 98.33 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 47 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.92 คิดเป็นร้อยละ 78.33 ซึ่งจัดว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 ขึ้นไป

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว (N = 15)

| คนที่ | คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | คะแนนเฉลี่ย | ร้อยละ |
|-------|---|-------------|--------|
| 1 | 72 | 3.70 | 72.00 |
| 2 | 88 | 4.51 | 88.00 |
| 3 | 80 | 4.00 | 80.00 |
| 4 | 72 | 3.66 | 72.00 |
| 5 | 80 | 4.00 | 80.00 |
| 6 | 84 | 4.28 | 84.00 |
| 7 | 79 | 3.95 | 79.00 |
| 8 | 73 | 3.76 | 73.00 |
| 9 | 89 | 4.46 | 89.00 |
| 10 | 87 | 4.48 | 87.00 |
| 11 | 71 | 3.64 | 71.00 |
| 12 | 83 | 4.20 | 83.00 |
| 13 | 81 | 4.06 | 81.00 |
| 14 | 84 | 4.20 | 84.00 |
| 15 | 83 | 4.18 | 83.00 |

$\bar{X} = 4.07, S.D. = .29$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 89 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.46 คิดเป็นร้อยละ 89.00 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 71 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 3.64 คิดเป็นร้อยละ 71.00 ซึ่งจัดว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด 3.50 ขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

โดยวัดการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลองควรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด กล่าวคือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวต้องมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไปและแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป สัปดาห์ที่ 5 ประเมินผลการวิจัยเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการแสดงความรู้สึกในการร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม

การรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที

1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยการประเมินแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวและประเมินแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ผ่านเกณฑ์ โดยต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป หากไม่ผ่าน ผู้วิจัยต้องทำการทบทวนความสามารถเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล แล้วทำการประเมินผลซ้ำจนกว่าจะผ่านเกณฑ์

1.4 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท Post-test ในสัปดาห์ที่ 5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการแสดงความรู้สึกในการร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ยุติให้คำปรึกษาและกล่าวขอบคุณ และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน สัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำสถานอนามัยในเครือข่าย โรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วย จิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอ คำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การรักษา การใช้ยาและอาการข้างเคียงของยาโดยการเยี่ยมบ้านตามแผนการเยี่ยมของ โรงพยาบาล

2.3 เมื่อครบกำหนดการวิจัย ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลการดูแลผู้ป่วยจิต เภทในสัปดาห์ที่ 5 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนิน โครงการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความ ขอบขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

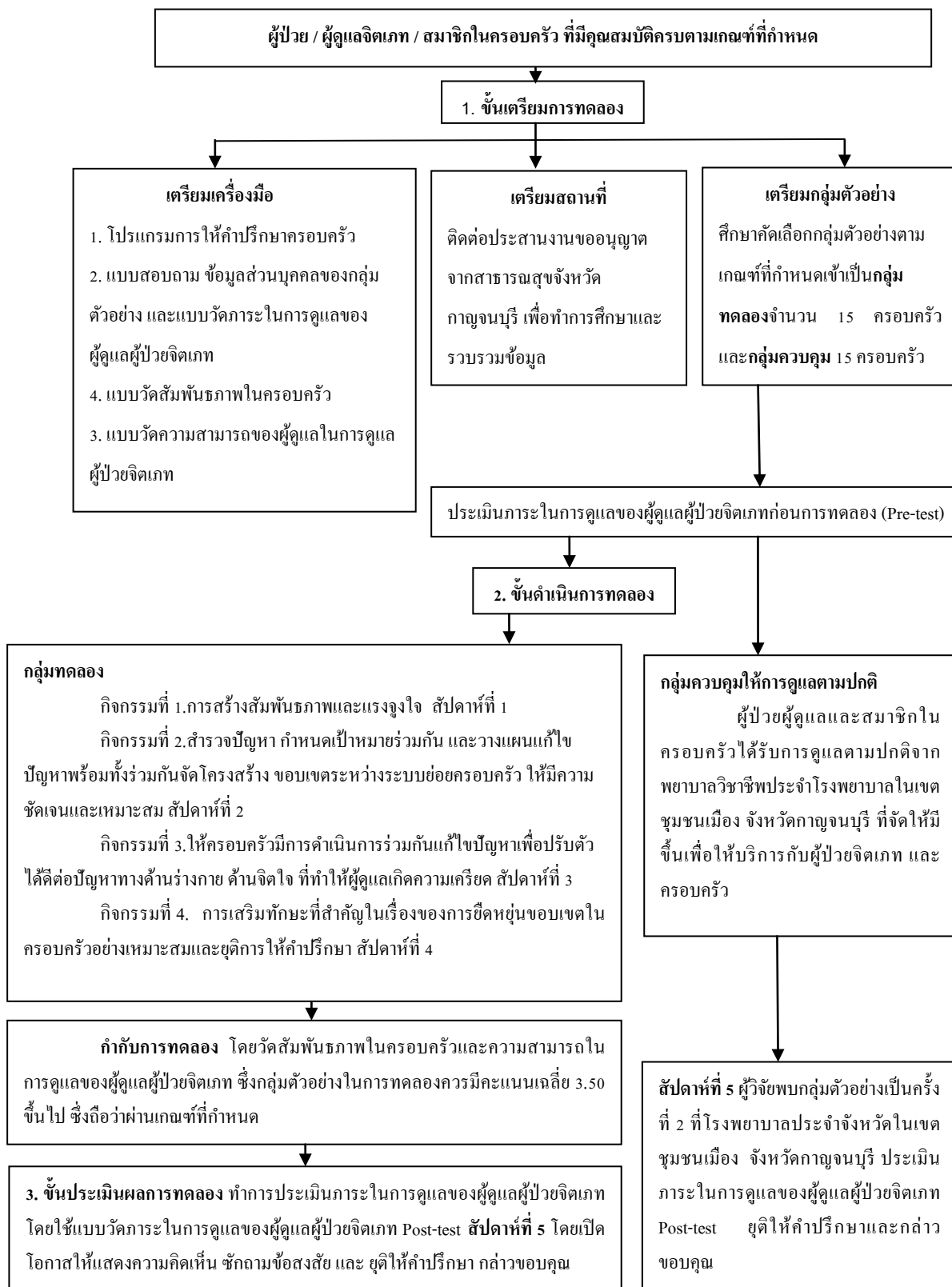
2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบ กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระ ต่อกัน (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ สถิติทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว เพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งจะทำการศึกษาวิจัยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest – Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้ดูแล

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (N = 30)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (N = 15) | | กลุ่มควบคุม (N = 15) | | รวม (N = 30) | |
|------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 6 | 40.0 | 3 | 20.0 | 9 | 30.0 |
| หญิง | 9 | 60.0 | 12 | 80.0 | 21 | 70.0 |
| อายุ | | | | | | |
| 20 – 29 ปี | 2 | 13.3 | 2 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| 30 – 39 ปี | 1 | 6.7 | 4 | 26.7 | 5 | 16.7 |
| 40 – 49 ปี | 3 | 20.0 | 3 | 20.0 | 6 | 20.0 |
| 50 – 59 ปี | 9 | 60.0 | 6 | 40.0 | 15 | 50.0 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 3 | 20.0 | 4 | 26.7 | 7 | 23.3 |
| หย่า | 1 | 6.7 | - | - | 1 | 3.3 |
| คู่ | 10 | 66.7 | 9 | 60.0 | 19 | 63.3 |
| หม้าย | 1 | 6.7 | 2 | 13.3 | 3 | 10.0 |
| แยกกันอยู่ | - | - | - | - | - | - |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | - | - | - | - | - | - |
| ประถมศึกษา | 10 | 66.7 | 10 | 66.7 | 20 | 66.7 |
| มัธยมศึกษา | 3 | 20.0 | 2 | 13.3 | 5 | 16.7 |
| อนุปริญญา | 1 | 6.7 | 1 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| ปริญญาตรี | 1 | 6.7 | 2 | 13.3 | 3 | 10.0 |
| ปริญญาโท | - | - | - | - | - | - |

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 80.0 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 40.0 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 60.0 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.7 เท่ากัน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N = 30)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (N = 15) | | กลุ่มควบคุม (N = 15) | | รวม (N = 30) | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อาชีพ | | | | | | |
| ว่างงาน | 2 | 13.3 | 2 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| รับจ้าง | 8 | 53.3 | 5 | 33.3 | 13 | 43.3 |
| ค้าขาย | 3 | 20.0 | 2 | 13.3 | 5 | 16.7 |
| อื่น ๆ | 2 | 13.3 | 6 | 40.0 | 8 | 26.7 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | | |
| เพียงพอและเหลือเก็บ | 1 | 6.7 | 1 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| เพียงพอกับรายจ่าย | 4 | 26.7 | 4 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| ไม่เพียงพอกับรายจ่าย | 10 | 66.7 | 10 | 66.7 | 20 | 66.7 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท | | | | | | |
| บิดาหรือมารดา | 8 | 53.3 | 5 | 33.3 | 13 | 43.3 |
| สามีหรือภรรยา | - | - | 2 | 13.3 | 2 | 6.7 |
| พี่หรือน้อง | 4 | 26.7 | 4 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| บุตร | 3 | 20.0 | 3 | 20.0 | 6 | 20.0 |
| อื่น ๆ | - | - | 1 | 6.7 | 1 | 3.3 |
| ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย | | | | | | |
| น้อยกว่า 5 ปี | 1 | 6.7 | 1 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| 5 – 10 ปี | 5 | 33.3 | 5 | 33.3 | 10 | 33.3 |
| มากกว่า 10 ปี | 9 | 60.0 | 9 | 60.0 | 18 | 60.0 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 33.3 ตามลำดับ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 66.7 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดาคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 33.3 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 เท่ากัน

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน

| ภาระ การ ดูแล คนที่ | คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน | | | | | | ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน | | |
|------------------------------|---|-------|-------|--------------|-------|-------|--|--------|--------|
| | หลังการทดลอง | | | ก่อนการทดลอง | | | อัตรันัย | ปรนัย | รวม |
| | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | | | |
| 1 | 21 | 19 | 40 | 39 | 31 | 70 | -18 | -12 | -30 |
| 2 | 23 | 15 | 38 | 55 | 56 | 111 | -32 | -41 | -73 |
| 3 | 24 | 18 | 42 | 59 | 51 | 110 | -35 | -33 | -68 |
| 4 | 25 | 18 | 43 | 51 | 37 | 88 | -26 | -19 | -45 |
| 5 | 19 | 17 | 36 | 50 | 35 | 85 | -31 | -18 | -49 |
| 6 | 16 | 13 | 29 | 48 | 41 | 89 | -32 | -28 | -60 |
| 7 | 25 | 18 | 43 | 51 | 38 | 89 | -26 | -20 | -46 |
| 8 | 29 | 26 | 55 | 56 | 54 | 110 | -27 | -28 | -55 |
| 9 | 16 | 14 | 30 | 39 | 31 | 70 | -23 | -17 | -40 |
| 10 | 24 | 22 | 46 | 56 | 54 | 110 | -32 | -32 | -64 |
| 11 | 28 | 29 | 57 | 59 | 51 | 110 | -31 | -22 | -53 |
| 12 | 28 | 24 | 52 | 52 | 41 | 93 | -24 | -17 | -41 |
| 13 | 26 | 18 | 44 | 50 | 35 | 85 | -24 | -17 | -41 |
| 14 | 26 | 18 | 44 | 48 | 41 | 89 | -22 | -23 | -45 |
| 15 | 28 | 23 | 51 | 51 | 42 | 93 | -23 | -19 | -42 |
| \bar{X} | 23.87 | 19.47 | 43.33 | 50.93 | 42.53 | 93.47 | -27.07 | -23.07 | -50.13 |
| ระดับ | น้อย | น้อย | | มาก | มาก | | ลดลง | ลดลง | ลดลง |

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 93.47, 50.93 และ 42.53 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 43.33, 23.87 และ 19.47 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ -50.13, -27.07 และ -23.07 ตามลำดับ พบว่าภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับมาก หลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อย และหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยและปรนัยลดลงทุกคน

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยรวม และรายค้ำ

| ภาวะการดูแลคนที่ | คะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายค้ำ | | | | | | ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะโดยรวมและรายค้ำ | | |
|------------------|--|-------|-------|--------------|-------|-------|---|-----------|-----------|
| | หลังการทดลอง | | | ก่อนการทดลอง | | | อัตรันัย | ปรนัย | รวม |
| | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | | | |
| 1 | 43 | 37 | 80 | 43 | 37 | 80 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 54 | 58 | 112 | 51 | 54 | 105 | 3 | 4 | 7 |
| 3 | 60 | 54 | 114 | 59 | 51 | 110 | 1 | 3 | 4 |
| 4 | 55 | 37 | 92 | 50 | 35 | 85 | 5 | 2 | 7 |
| 5 | 54 | 38 | 92 | 52 | 35 | 87 | 2 | 3 | 5 |
| 6 | 52 | 46 | 98 | 48 | 41 | 89 | 4 | 5 | 9 |
| 7 | 50 | 36 | 86 | 50 | 36 | 86 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 56 | 54 | 110 | 56 | 52 | 108 | 0 | 2 | 2 |
| 9 | 42 | 35 | 77 | 42 | 37 | 79 | 0 | -2 | -2 |
| 10 | 50 | 56 | 106 | 50 | 54 | 104 | 0 | 2 | 2 |
| 11 | 59 | 51 | 110 | 50 | 51 | 101 | 9 | 0 | 9 |
| 12 | 50 | 41 | 91 | 48 | 41 | 89 | 2 | 0 | 2 |
| 13 | 50 | 35 | 85 | 44 | 35 | 79 | 6 | 0 | 6 |
| 14 | 48 | 50 | 98 | 48 | 41 | 89 | 0 | 9 | 9 |
| 15 | 49 | 48 | 97 | 49 | 41 | 90 | 0 | 7 | 7 |
| \bar{X} | 51.47 | 45.07 | 96.53 | 49.33 | 42.73 | 92.07 | 2.13 | 2.33 | 4.47 |
| ระดับ | มาก | มาก | | มาก | มาก | | เพิ่มขึ้น | เพิ่มขึ้น | เพิ่มขึ้น |

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตรันัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 92.07, 49.33 และ 42.73 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตรันัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 96.53, 51.47 และ 45.07 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตรันัย ภาวะเชิงอัตรันัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 4.47, 2.13 และ 2.33 ตามลำดับ พบว่า

ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมทั้งภาวะเชิงอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับมากเท่าเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (N = 15)

| ภาวะการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลา | คะแนนภาวะในการดูแล ผู้ป่วย | | t | df | p-value |
|--|-------------------------------|-------|-------|----|---------|
| | \bar{X} | S.D. | | | |
| ภาวะโดยรวม (24 - 120 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 93.47 | 13.98 | 16.35 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 43.33 | 8.21 | | | |
| ภาวะเชิงอัตนัย (12 - 60 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 50.93 | 5.99 | 21.63 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 23.87 | 4.19 | | | |
| ภาวะเชิงปรนัย (12 - 60 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 42.53 | 8.56 | 11.46 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 19.47 | 4.94 | | | |

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (\bar{X} = 43.33, 23.87 และ 19.47 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (\bar{X} = 93.47, 50.93 และ 42.53 ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (N = 15)

| ภาระการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลา | คะแนนภาระในการดูแล ผู้ป่วย | | t | df | p-value |
|--|-------------------------------|-------|-------|----|---------|
| | \bar{X} | S.D. | | | |
| ภาระโดยรวม (24 - 120 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 92.07 | 10.68 | -4.78 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 96.53 | 11.87 | | | |
| ภาระเชิงอัตนัย (12 - 60 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 49.33 | 4.45 | -2.98 | 14 | .01 |
| หลังการทดลอง | 51.47 | 5.10 | | | |
| ภาระเชิงปรนัย (12 - 60 คะแนน) | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 42.73 | 7.46 | -3.05 | 14 | .009 |
| หลังการทดลอง | 45.07 | 8.44 | | | |

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (\bar{X} = 96.53, 51.47 และ 45.07 ตามลำดับ) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ (\bar{X} = 92.07, 49.33 และ 42.88 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N_1 = N_2 = 15$)

| ภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านจำแนกตามกลุ่ม | ค่าเฉลี่ย ผลต่าง | t | df | p-value |
|---|---------------------|--------|----|---------|
| ภาระโดยรวม | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -50.13 | -17.03 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 4.47 | | | |
| ภาระเชิงอัตนัย | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -27.07 | -20.25 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 2.13 | | | |
| ภาระเชิงปรนัย | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -23.07 | -11.79 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 2.33 | | | |

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลง ($\bar{X} = -50.13, -27.07$ และ -23.07 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 4.47, 2.13$ และ 2.33 ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวครอบครัวละ 3 คนที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เลือกรอบครัวแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คนและญาติ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีอายุ 20 - 59 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร เพียงคนเดียวหรือสองคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น และยินยอมร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ไม่จำกัดเพศ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี และยินยอมร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวเท่านั้น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำผลการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขโปรแกรมจากการศึกษาของสาริณี โต๊ะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้

กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว อย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการยืดหยุ่นขอบเขตของครอบครัว ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 6 คน โดยทดลองใช้ทั้ง 4 กิจกรรม พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แต่ผู้วิจัยได้ปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมและพบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45 - 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2

ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย รวมข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 จากนั้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ปรับแก้ไขแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของสาริณี โต้ะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95 จากนั้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

3.2 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ปรับแก้ไขแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุนันทา นวลเจริญ (2553) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความแข็งแกร่งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย คะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่มารับบริการ

คลินิกจิตเวชจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95 จากนั้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการทดลอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในการให้คำปรึกษารอบครัว เกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการ เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้คำปรึกษารอบครัว จากหลักสูตรในการศึกษาหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย
- 1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
- 1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการทดลอง
- 1.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี ช่วยประสานงานในการขออนุญาตจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมการวิจัย
- 1.5 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

- 2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดจัดให้บริการ
- 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวในกลุ่มทดลองเป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 4 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์
- 2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ทันที

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ในชุมชนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 โดยนักกลุ่มควบคุมทำการ Post-test ที่โรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองทำการ Post-test ที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้คือ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีภาวะการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมจากการศึกษาของสาริณี โต้ะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับใช้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 ตำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม กิจกรรมที่ 3 ให้ครอบครัวมีการดำเนินการร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กิจกรรมที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว สอดคล้องกับศึกษาของ Dyck, Short and Vitaliano (1999) ผู้ดูแลมีการปรับทัศนคติ อาการทางบวกของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถทำให้ลดภาระในการดูแล นอกจากนี้หากสมาชิกมีความสามารถในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองและผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ ทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบย่อยสอดคล้องกับ Webb et al. (1998) การสนับสนุนทางสังคมและการเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจะส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ทำให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล นอกจากนี้หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกความมีคุณค่าในชีวิต ลดปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2554; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ซึ่งตรงกับคำพูดของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวหนึ่งที่กล่าวกับพยาบาลว่า “สามีเดิมเป็นคนเมาเหล้ามาก ไม่อยากจะพูดจะคุยด้วย แต่พอได้เรียนรู้จากกิจกรรมเห็นสามีเปลี่ยนไปปรับตัวดีขึ้นทำให้ฉันทำได้ และมองส่วนดีของเขา หาเรื่องที่สบายใจคุยกับสามีได้มากขึ้นกว่าเดิม ส่วนสามีก็ลดการดื่มเหล้าลง ทำให้ลูกซึ่งเป็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร่าเริงมากกว่าก่อน” และเมื่อสอบถามลูกซึ่งเป็นผู้ป่วย “พ่อกับแม่ นั่งคุยกันและดูทีวีด้วยกันทุกวัน พ่อไม่เมาเหมือนแต่ก่อน ผมมีความสุขมากขึ้น” จากตัวอย่างข้างต้นทำให้เห็นความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยได้นำสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัวที่บ้าน รวมไปถึงการดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ควรมีทัศนคติ สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือดูแล

ผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ เกิดความอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Lefl & Lam, 1992) รวมทั้งการแก้ปัญหาพฤติกรรมในครอบครัวได้ เกิดความพึงพอใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว เป็นการช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2553) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง Ran et al. (2003)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ ให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมีภาระการดูแลต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การให้พยาบาลตามปกติ คือ การดำเนินกิจกรรม การพยาบาลที่บุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ทั่วไป ให้บริการแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการตามนัด ตั้งแต่การให้บริการคัดกรอง และประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชตามความรุนแรง และการเข้ารับการรักษา การสอน การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับความเครียดและการปฏิบัติตัว ขณะอยู่บ้าน นอกจากนี้การให้การปรึกษาแบบสั้น ๆ แก่ญาติและผู้ป่วยที่มาขอใช้บริการ ประสานงาน กับเครือข่ายสุขภาพจิต (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในการช่วยเหลือติดตามผู้ป่วยใน ชุมชน ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับการติดต่อสถานบริการเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง รวมถึงระบบ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแผนการเยี่ยม โดยแต่ละครอบครัวไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว เนื่องจากสมาชิกและผู้ดูแลไม่กล้าเปิดเผยความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงได้ จากการที่ความสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลกับครอบครัวไม่ใกล้ชิดในระยะเวลาอันจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัดนกุลและคณะ (2540) ได้ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นแบบ “Task Oriented” มุ่งที่ การทำงานประจำให้เสร็จในแต่ละเวร ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างเป็นระบบ ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ คำปรึกษาครอบครัวมีภาระต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเห็นได้ชัด ทั้งคะแนนภาระ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้าน นอกจากนี้ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมี ผลต่อการวิจัย โดยจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

ผลการวิจัยที่พบจึงเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวอย่างแท้จริง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นการให้คำปรึกษารอบครัวดังกล่าวช่วยให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยได้มีการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในระหว่างการให้คำปรึกษารวมทั้งได้เปิดเผยความรู้สึก และบอกความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ทำให้เกิดความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้นซึ่งการให้คำปรึกษารอบครัวนั้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจบทบาทหน้าที่และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของครอบครัว เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์จากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มขึ้นพร้อมกับการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจบโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง เนื่องจากครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้ดูแล เกิดความห่วงใยเอื้ออาทรช่วยเหลือดูแลและเอาใจใส่ต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยมากขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาครอบครัวได้ด้วยครอบครัวตนเองอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน และทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแทนกันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำ ผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สาริณี โต้ะทอง, 2548)

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวครั้งนี้ นับเป็นศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้ทั้งกระบวนการพยาบาล และการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวก่อนการจัดกิจกรรม นับว่าเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมพยาบาล เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน ซึ่งสามารถปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม โดยปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมให้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เช่น ช่วงเย็นหลังเลิกงาน ช่วงกิจกรรมวันหยุด ที่เหมาะสมคือวิถีชีวิตของครอบครัวแต่ละราย เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินกิจกรรม

2. สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามอาการและชีวิตความเป็นอยู่ได้ครอบคลุมครบทุกด้าน เป็นการส่งเสริมให้การใช้โปรแกรมเป็นระบบ เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของคนในชุมชน ได้มีส่วนร่วม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระของผู้ดูแลอีกต่อไป

3. ควรมีการเพิ่มกิจกรรมการฝึกทักษะของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในระหว่างอยู่โรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยนอกเพื่อเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจะได้ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ ต่อเนื่อง ที่ครอบครัวสามารถใช้เป็นช่องทางเลือกได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลครอบครัวเป็นระยะ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลครอบครัวที่บ้านในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละครอบครัว และมีการติดตามในครอบครัวที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เช่น การทำกลุ่มหลายครอบครัวมาร่วมกลุ่มกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยเหลือกัน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นว่าภาระของผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเวช

3. การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรต้องคำนึงถึงบริบทครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากชุมชนเมืองที่มีลักษณะสังคมเรียบง่าย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม

4. พยายามจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้ประสบการณ์ จนเกิดความรู้มีความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดแรงงูใจในการพัฒนาตนเอง เกิดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยก็จะไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแล ชุมชนและสังคม หากแต่เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและมีคุณภาพในการทำประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไปได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2545). **อาการและการบำบัดโรคจิต โรคประสาท**. นนทบุรี : โรงพิมพ์สวนกุหลาบ ,พิมพ์ครั้งที่ 2. 168 หน้า.
- ขนิษฐา วงสุก. (2553). **ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันรรจ์ พลไพรินทร์ และ จูติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). **การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.
- จิราพร ชมพิกุล และคณะ. (2552). **รายงานการวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย**. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีระพรรณ สุริยงค์และคณะ. (2551). **ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. พยาบาลสาร 35,3 (กรกฎาคม - กันยายน 2551) : 97-106.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). **ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดลฤดี ทับทิม. (2552). **การศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี**. โครงการอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาวศิริ พิมพ์หล่อ. (2552). **กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัวสำหรับผู้ป่วยนอก โรคจิตเภท และญาติ โรงพยาบาลเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- คูตีดา ผู้ประกายและคณะ. (2552). การศึกษารูปแบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการประเมินคุณภาพดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยชานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภัสศิริ คำสอน. (2548). การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและความคิดค่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลหันคา จังหวัดชัยนาท. โครงการอิสระ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เค้นสุทธาการณพิมพ์
- ปาริชาติ ศาสนันต์และคณะ. (2552). ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ. ผลงานวิจัยสหสาขาวิชามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พนม เกตุมาน. (2550). คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ศ.พ.
- พิไลวรรณ จันทรสุกรีและคณะ. (2555). ผลการพัฒนาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารงานวิจัยการพัฒนาพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9,3 : 113-126.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1 : 19-26..
- ยุทธนา ภาระนันท์. (2550). การศึกษาการสร้างโมเดลการพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 1 : 84-94.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2553). บทความวิชาการ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 24,1 (มกราคม - มิถุนายน 2553) : 14-23.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรกช นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2540). สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 1,1 (มกราคม - มิถุนายน 2540) : 53-69.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ. (2548). ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ : **อาการทางจิตเวชและการรักษาครอบครัว**. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมรึก ชูวานิชวงศ์. (2549). ครอบครัวกับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต** 3,11.
- สมลักษณ์ เขียวสด. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี โต๊ะทอง. (2548). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13,4 : 76-85.
- สุขภาพจิต,กรม.(2544). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2543-2544**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต,กรม.(2548). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2547-2548**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต,กรม.(2553). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2552-2553**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุขภาพจิต,กรม.(2554). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2553-2554**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรวุฒิ เฟิงเกร็ด. (2550). การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.

- เสาวภาค บุญคมรัตน์. (2551). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 28,2 : 91-111.
- อภิวัฒน์ บัวลอย. (2555). บทความวิชาการ : การแนะแนวและการให้คำปรึกษาครอบครัว.
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ. (2540). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. รายงานการวิจัย มูลนิธิศาสตราจารย์
นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว.
- อัจฉรวรรณ ตริยวง. (2547). ผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. ชรรรมสาร. เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิต
และจิตเวช.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:
ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
ชั้นด้าการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Adamec, C. (1996). **How to live with mentally ill person**. New York: John Wiley and Sons.
- Addington, J., McCleery, A., and Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an
early psychosis program. **Schizophrenia Research** 79,1 : 107-116.
- Arbuckle, D. S. (1967). **Counseling and Psychotherapy: An Overview**. New Yoke: McGraw
Hill.

- Awad, A. G., and Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: **A review. PharmacoEconomics** 26,2 : 149-162.
- Baker, K. L., & Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: reviewing the literature about men. **Aging and Mental Health** 12,4 : 413-422.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., et al. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. **British Journal of Psychiatry** 151,18.
- Best, J. W. (1970). **Research in Education**. New Jersey: Prentic - Hall.
- Brown, G. W., Birley, J. L., and Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. **British Journal of Psychiatry** 121,562 : 241-258.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12,6 : 758-776.
- Cook, E. (1994). **Effect to reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents**. Health Care for Women International.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. **Arch Psychiatr Nurs** 16,1 : 39-46.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. **Psychosomatic Medicine** 61 : 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9,2 : 77-84.
- Elliott C. (1998). A stress inoculation program for parents whose children are undergoing painful medical procedures. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 58 : 799–804.
- Francell, G.C. (1998). Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. **Hospital and Community Psychiatric** 39,12 : 1296-1300.
- Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation** 13,2 : 126 - 142.
- Goldenberg, I., and Goldenberg, H. 1985. **Family therapy : An overview**. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.

- Grandon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. **Psychiatry Research** 158 : 335-343.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., and Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 40,11 : 899-904.
- Hegde S, Rao S L, and Raguram A. (2007). **Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia**. International Journal of Psychosocial Rehabilitations.
- Herz , M.I., Glazer, W.M., Mostert, M. and Hafex. (1989). Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 155(Supplement 15) : 123-127.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model. **Community Mental Health Journal** 33: 387-398.
- Horowitz, Donald L. (1985). **Ethnic Groups in Conflict**. Berkeley, CA : University of California Press.
- Ip, G.S.H. and Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12,5 : 288-294.
- Jone, P. M. (1996). Measuring anxiety. In M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.), **Instrument for clinical health-care research** (2nd ed., pp. 329-341). Boston: Grimm and Bartlett.
- Kasuya, T.R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine** 108,7 : 23-26.
- Kuiper, L.,Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. **Journal of Family Therapy** 28,1 : 73-80.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children : An emerging social problem. **Hospital and Community Psychiatry** 38,10 : 1063-1070.
- Lim, YM. and Ahn, YH. (2003). Burden of family caregivers 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.
- Macleod, Elliott and Brown. (2011). **What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature.** University of Dundee, Tayside, Scotland, UK.
- Marsh, D. and Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional Psychology: Research and Practice** 28,7 : 229-237.
- Minuchin S. (1974). **Families and family therapy.** Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1972). **Structural family therapy.** In G. Caplan (Ed.), American handbook of psy-chiatry (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience** 255,4 : 223-231.
- Montgomery. (1985). **Care giving and the experience of subjective and objective burden.** Family Relations.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing Concepts of Practice.** 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill Book.
- Pai S, Kapur R. L. (1981). **Burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule.** Br J Psychiatry.
- Pelletier M, Achim AM, Montoya A, Lal S, Lepage M. (1989). **Cognitive and clinical moderators of recognition memory in schizophrenia: a meta-analysis.** Schizophrenia Res 74(2-3):233-52.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., and Lieberman, J. AC. (2006). components and correlates of family burden in schizophrenia. **Psychiatric Services** 57,8 : 1117-1125.
- Provencher, H., Mueser, K., (1997). **Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia.** Schizophrenia Research 26, 71-80. Quinn, J., Barrowclough, C., Tarrier, N., 2003. T.

- Raune, D., Kuipers, E., and Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. **The British Journal of Psychiatry** 184,4 : 321-326.
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 : 229-305.
- Sadock BJ.(2000). **Signs and Symptoms in Psychiatry**. In : Sadock BJ, & Sadock VA. Kaplan and Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7 ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Song, Li-Yu, Biegel, D.E. and Milligan, S.E. (1997). Predictors of depressive symptomatology Among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal** 33: 266-269.
- Taylor E. (1994). **Child and adolescent psychiatry: Modern approaches**. London: Blackwell Scientific Publication.
- Thomson, E.H. and Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. **Family Relation** 31: 379-388.
- Tungpunkom, P. (2000). **Staying in balance : Skill and role development in psychiatric care giving**. Dissertation The university of California San Francisco, SF.CA
- Varcarolis, E. M. (1998). **Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., and Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. [Article]. **Journal of Clinical Nursing** 16,6 : 1151-1161.
- Webb, C., Pfeiffer, M., & Mueser, K. T., et al. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping skill and social support. **Schizophrenia Research** 34 : 169–180.
- WHO. (1992). **Technical Report Series, Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse**, report of a WHO Expert Committee.
- Wilson, H., & Kneisl, C. (1996). **Psychiatric Nursing**. 5th ed. New Jersey : Addison - Wesley.
- Wright L. M., and Leahey M., (1994). **Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention** 3rd Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

| ชื่อ – สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|-----------------------------------|--|
| 1. นายจุมพล สมประสงค์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม (หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา |
| 2. นางนพรัตน์ ไชยธานี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญ เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : APN) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| 4. นายสุรวุฒิ เฟ็งกรี๊ด | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญ เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณีเขต |
| 3. นางสาวจรรวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญ เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : APN) โรงพยาบาลมะการักษ์ |
| 5. นางสาวสุนันทา นวลเจริญ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน จิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย นรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{21}{24} = .88$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{10}{12} = .83$$

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{11}{12} = .92$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

$$CVI = \frac{11}{12} = .92$$

5. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{19}{20} = .95$$

ภาคผนวก ก
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือในการดำเนินทดลอง

1. สถิติที่ใช้ในการหาความเที่ยงของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125-126)

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

| | | | |
|-------|--------------|-----|-------------------------------------|
| เมื่อ | α | แทน | ความเที่ยงของแบบสอบถาม |
| | k | แทน | จำนวนข้อคำถาม |
| | $\sum S_i^2$ | แทน | ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ |
| | S_t^2 | แทน | ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ |

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

| | | | |
|-------|---|-----|---------------------------------------|
| เมื่อ | P | แทน | ค่าร้อยละ |
| | f | แทน | ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ |
| | N | แทน | จำนวนความถี่ทั้งหมด |

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือเรียกว่าค่ากลางเลขคณิต ค่าเฉลี่ย ค่ามัชฌิมเลขคณิต มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 68-69)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

| | | | |
|-------|-----------|-----|-----------|
| เมื่อ | \bar{X} | แทน | ค่าเฉลี่ย |
|-------|-----------|-----|-----------|

| | | |
|------------|-----|------------------------------|
| ΣX | แทน | ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่ม |
| n | แทน | จำนวนของคะแนนในกลุ่ม |

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้(ประกอบ กรรณสูต,2542 : 70)

$$S.D. = \sqrt{\frac{\Sigma(X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

หรือ

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

| | | | |
|-------|----------|-----|-------------------------|
| เมื่อ | S.D. | แทน | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| | X | แทน | ค่าคะแนน |
| | n | แทน | จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่ม |
| | Σ | แทน | ผลรวม |

2.4 สถิติทดสอบ t-test ใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์,2541 :194)

$$t = \frac{\Sigma D}{\sqrt{\frac{n\Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{(n - 1)}}} \quad df = n - 1$$

| | | | |
|-------|------------|-----|--|
| เมื่อ | t | แทน | ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบกับค่าวิกฤติ เพื่อทราบความมีนัยสำคัญ |
| | D | แทน | ค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน |
| | ΣD | แทน | ผลรวมค่าผลต่างระหว่างคู่คะแนน |
| | n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนคู่คะแนน |

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (ตัวอย่าง)

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

- ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
- แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว

เวลา 45 – 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อประเมินโครงสร้างและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
3. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจน
4. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย โดยพยาบาลเข้าสู่ระบบ Joining เป็นการพยายามเข้าหาครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้ ทำให้ครอบครัวรู้ว่าพยาบาลยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนและรับรู้ในประสบการณ์ที่เขามี ไม่ว่าจะเป็นความสุข ความทุกข์ ความลำบาก ความเจ็บปวด หรือความปessimistic ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัวเชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัวและจะทำให้เกิดระบบใหม่ขึ้นมา คือระบบแห่งการบำบัดรักษา การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรูปแบบของกิจกรรมให้สมาชิกมีความเข้าใจตรงกัน

วิธีการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

1. ใช้ภาษาและแบบอย่างลักษณะของครอบครัว (style) กล่าวคือ ทำสิ่งที่คล้ายคลึงกับที่ครอบครัวทำในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันพยาบาลต้องความรู้จักวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว และทำตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมนั้นๆ
2. ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามหรือพยักหน้า แสดงความสนใจ
3. ให้กำลังใจ และชื่นชมความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัว เมื่อพบว่าใครทำอะไรได้ดีหรือประสบความสำเร็จก็ไม่ควรจะมองข้าม แต่ควรแสดงให้เห็นว่าพยาบาลตระหนักถึง

ความสามารถและร่วมรับรู้ในความสำเร็จนั้น ครอบครัวที่มีปัญหาวิกฤติหรือกำลังอยู่ในภาวะสิ้นหวัง ต้องการได้ยื่นถึงสิ่งดีๆ เพื่อจะได้มีกำลังใจในการแก้ปัญหาต่อไป

4. สร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกทุกคนโดยสนใจฟังและได้ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นอย่างเพียงพอแล้วจึงค่อยพูดคุยกับคนต่อไป และวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางครั้งการสร้างสัมพันธ์กับสมาชิกคนหนึ่งอาจทำให้การสร้างความสัมพันธ์กับอีกคนหนึ่งได้ยาก

5. อย่าตำหนิว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของปัญหา ทั้งนี้เพราะปัญหาเกิดขึ้นมาในวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีบทบาทในการเกิดปัญหา จึงไม่เป็นการยุติธรรมที่จะตำหนิฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การตำหนิไม่ได้ช่วยให้เกิดประโยชน์แต่อย่างใด แต่จะทำให้ครอบครัวเกิดการต่อต้านได้

การประเมินครอบครัว

การประเมินครอบครัว เป็นกิจกรรมเบื้องต้นในการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและระหว่างครอบครัวกับระบบอื่นๆ

การประเมินครอบครัว (Family assessment) คือ การสัมภาษณ์ครอบครัวเพื่อประเมินลักษณะของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร หรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้าง และดูว่าครอบครัวจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร ซึ่งจะต้องมีการประเมิน 2 ด้านคือ

1. โครงสร้าง (Structure) ของครอบครัว เช่น ขอบเขตระหว่างสมาชิก บทบาท ลำดับอำนาจ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆ

2. กระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะลำดับของปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก เช่น ระหว่างพ่อ-แม่-ลูก พ่อ-ลูก แม่-ลูก สามี-ภรรยา ฯลฯ

การรวบรวมข้อมูลโดยการเขียน Genogram เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวย้อนหลังไป 3 ชั่วอายุคน จะทำให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาของครอบครัวดีขึ้น วางแผนการแทรกแซงที่เหมาะสมเนื่องจากเข้าใจกันมากขึ้น และมองปัญหาปัจจุบันในแง่มุมที่กว้างขึ้น

สิ่งที่ต้องสังเกตในระหว่างการประเมินครอบครัว

1. ปฏิกริยาที่สมาชิกมีต่อกัน เช่น ใครขัดคอใคร ใครพูดแทนใคร เป็นต้น
2. การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา (Nonverbal communication) เช่น ภรรยา นั่งหันข้างให้สามี และพูดกับสามีโดยไม่มองหน้า แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งที่มีต่อกัน

3. ลำดับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น (Sequence of interaction) เช่น เมื่อลูกอาละวาดและถูกพ่อตำหนิ แม่เข้าไปปกป้อง และพ่อก็เงียบไป ลำดับเหตุการณ์นี้แสดงว่า แม่-ลูกมีความผูกพันกันมากเกินไปและพ่อไม่มีอำนาจเพียงพอ การสังเกตเหล่านี้จะทำให้เข้าใจกฎแห่งความสัมพันธ์และโครงสร้างต่างๆ ของครอบครัว เช่น ขอบเขต ลำดับอำนาจ และการเข้าพวกกัน เป็นต้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยการทักทายแนะนำตนเอง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและอบอุ่นการประสานสายตา แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคนสังเกตลำดับอาวุโสและให้เกียรติแต่ละคนอย่างเหมาะสม ถามในเรื่องต่างๆ ไป เช่น การเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นต้น ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกทุกคน โดยสนใจและไต่ถามแต่ละคนจนรู้จักบุคคลนั้นอย่างเพียงพอแล้วจึงพูดคุยกับคนต่อไป

2. สร้างข้อตกลง (Contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลที่คาดว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับ วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว บทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทอย่างไร ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้คำปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจในกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัวและการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำความเข้าใจกับครอบครัวว่าผู้วิจัยจะเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ค้นพบตนเองและมีความเจริญงอกงามขึ้นเท่านั้น แต่ไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้

3. ผู้วิจัยเกริ่นนำและเริ่มต้นการให้คำปรึกษา โดยการพูดว่า “ดิฉันอยากรู้จักพวกคุณทุกคนพอจะเล่าเรื่องของคุณให้ดิฉันฟังหน่อยได้ไหม?” โดยสนใจฟังและไต่ถามสมาชิกแต่ละคนจนครบ

4. ตั้งใจฟังและกระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ circular question เป็นการตั้งคำถามโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากคำถามแรก มุ่งหาความเชื่อมโยงในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และทำให้พิจารณามุมมองและความรู้สึกนึกคิดของอีกคนหนึ่งมากขึ้น พักหน้าแสดงความสนใจและยอมรับในความคิดเห็น

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนากัน เปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัวเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นกัน ผู้วิจัยสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว เช่น ใครพูดแทนใคร ใครขัดคอใคร รวมทั้งการสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา

6. ประเมินการปฏิบัติหน้าที่และความสัมพันธ์ เช่น ความสามารถในการแก้ปัญหา บทบาทหน้าที่และการร่วมมือกัน การแก้ไขความขัดแย้ง ความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติของครอบครัว การตอบสนองและความผูกพันทางอารมณ์ เป็นต้น

7. ผู้วิจัยให้กำลังใจในความสามารถหรือความสำเร็จของครอบครัวตามความเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมีกำลังใจในการแก้ปัญหาต่อไป เช่น “ถึงแม้คุณแม่จะบอกว่าลูกๆ มักจะขัดแย้งกันเป็นประจำ แต่วันนี้ก็คือเค้ารักใคร่กันดี และต่อไปปัญหาที่เขาขัดแย้งกัน ต้องมีทางแก้ไขได้แน่”

8. ณะให้คำปรึกษา ผู้วิจัยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพของครอบครัว ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค

9. ณะให้คำปรึกษา ผู้วิจัยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุม ทั้งโครงสร้างของครอบครัว และกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และกระตุ้นให้ ครอบครัวมีการช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยแล้วรู้สึกพึงพอใจว่าการที่จะได้รับการดูแลผู้ป่วยลดลง

10. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสรุปสาระสำคัญ และสิ่งที่ได้รับในการให้คำปรึกษาครั้งนี้

11. กล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป

12. ผู้วิจัยจัดบันทึกการให้คำปรึกษา ตามแบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัวกิจกรรมที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดความต่อเนื่อง และเป็นการประเมินผลการให้คำปรึกษา

อุปกรณ์

1. แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 1

2. แบบประเมิน โครงสร้างครอบครัว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยและเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตนเองและเข้าใจถึงลักษณะปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

แบบบันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 1

ครอบครัวที่ 6 วันที่ 18 พฤษภาคม 2556 เวลา 13.00-14.00น.

ชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย.....

ชื่อ - นามสกุลผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว.....

1. ปัญหาและความต้องการ

- ผู้ดูแล วันมีตชอบ สมาชิก นลาข ตน ที่แม่ น้อยสาว-น้อยชาย
รวมทั้งนลาขๆ ในกรณีเกิดกร ตำทข เดิรชอตากรทางนได้
น้อยๆ ได้มีรายไต้ และ ออกได้ผู้ป่วย และ บุตรสาว ได้เข้าไว้กับสิ่งวิญเษตบๆ

2. แนวทางการให้ความช่วยเหลือ

- ให้น้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และ บุตรสาวของผู้ป่วย สติกล
เข้าใจมกิจกรวม รวมท้ว สมาชิก ดชอบดวตบอื่นๆ เฝื่อน้ดูเล
ช่วยนเลื้อกัน รับรู้ปัญหา ซ้กัน และ กัน

3. การประเมินผล

- ดชอบดววิ มัดตามเข้าใจ ฤลลลลล เรื่องราวที่ เกิดขึ้น ในกรณี
ผู้ป่วย ซึ่ง น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้
- ผู้ดูแลและผู้ป่วย มีส่วนร่วม และ ให้ความช่วยเหลือ

4. ข้อคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษา

- น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้
ในท้วผู้ดูแล อยท้มาก

5. ปัญหาและอุปสรรค

- ดชอบดววิ อยกรไต้ ซ้อย สักมรกัน เฝื่อน้ผู้พิกร
ในท้วกรท้ง กี้ว สิทธิ - น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้ น้
- ใต้ท้ น้ น้ น้ nรออกมิตร ผู้พิกร ทดแทนมิตรเด้า ใต้มรลนน
ข้ามเขต โดยติดต่อไต้ รท. มรจางจันชิต โดยตรง ซ้วี่ชอเวลา มรลนน 1-2 สัปดาห์

1.3 ลำดับอำนาจ

ผู้ดูแลระบบเครื่องเงินนำครอบครัว จันทานเคที่รับพร
 1101 1101 1101 1101

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆ

2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อยในครอบครัว (สามี-ภรรยา, แม่-ลูก, พ่อแม่-ลูก, พี่-น้อง)

ความสัมพันธ์ ระหว่าง ผู้ป่วย กับ บุตร ไม่ดีกัน
 ผู้ดูแลเครื่องเงิน นำครอบครัว ที่รับพร ไม่ดีกัน

2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอก

ไม่ชัดเจน: เมื่อพบ ครอบครัว ใน อยู่ อยู่ อยู่ อยู่
 มาแล้ว ไม่สามารถ ที่จะทำได้

3. การสังเกตในระหว่างการประเมินครอบครัว

3.1 ปฏิกริยาที่สมาชิกมีต่อกัน

ดี 1 คน กลุ่ม 1101 1101 1101 1101

3.2 การสื่อสารที่ไม่ใช้วาจา

เก็บตัว 1 คน ครอบครัว 1101 1101 1101 1101
 อยู่ อยู่ อยู่ อยู่ อยู่ อยู่

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)
คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า คู่
 - แยกกันอยู่ หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง รับราชการ
 - ค้าขาย เกษตรกรรม อื่นๆระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
 - เพียงพอเหลือเก็บ เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้ อื่น ๆ ระบุ.....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
 - บิดา มารดา พี่
 - น้อง สามี ภรรยา
 - บุตร
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ รวมทั้งเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ มีจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ

| | | |
|------------|---------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกหรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา |
| มาก | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกหรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกอาทิตย์ |
| ปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกหรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง |
| น้อย | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกหรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกหรือมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นน้อยมากหรือไม่มีเลย |

เลย

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|---|-----------|-----|---------|------|------------|
| ภาระเชิงอัตนัย | | | | | |
| 1.ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| 2.ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย | | | | | |
| 3.ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 12.ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน | | | | | |
| ภาระเชิงปรนัย | | | | | |
| 1.การดูแลผู้ป่วยรบกวนเวลาสำหรับทำกิจกรรมประจำวันของท่าน | | | | | |
| 2.ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 12.การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่นอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ | | | | | |

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด ลงในช่องด้านขวามือมีจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ

| | |
|-------------------|--|
| เป็นจริงมากที่สุด | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด |
| เป็นจริงส่วนมาก | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ |
| เป็นจริงปานกลาง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง |
| เป็นจริงเล็กน้อย | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ |
| ไม่เป็นจริงเลย | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด |

| ข้อความ | เป็นจริงมากที่สุด | เป็นจริงส่วนมาก | เป็นจริงปานกลาง | เป็นจริงเล็กน้อย | ไม่เป็นจริงเลย |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|
| 1.สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน | | | | | |
| 2.เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ | | | | | |
| 3.เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาท่านจะได้รับรู้หรือร่วมกันแก้ไขปัญหา | | | | | |
| 4.ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น ทำงานบ้าน ซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น | | | | | |
| 5.ท่านมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นกันเองกับสมาชิกในครอบครัว | | | | | |
| 6.สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพบปะพูดคุยหรือมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน | | | | | |
| 7..... | | | | | |
| | | | | | |
| 12.สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต | | | | | |

แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

| | | |
|------------|---------|-------------------------------------|
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความสามารถในการดูแลมากที่สุด |
| มาก | หมายถึง | ท่านมีความสามารถในการดูแลมาก |
| ปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความสามารถในการดูแลปานกลาง |
| น้อย | หมายถึง | ท่านมีความสามารถในการดูแลน้อย |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความสามารถในการดูแลน้อยที่สุด |

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|--|-----------|-----|---------|------|------------|
| 1) ความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย | | | | | |
| 1. ท่านสามารถรับรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง | | | | | |
| 2..... | | | | | |
| 2) ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 3) ความแข็งแกร่งด้านสุขภาพของผู้ดูแล | | | | | |
| 15. ท่านมีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 4) ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย ในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม | | | | | |
| 17. ท่านใส่ใจถึงอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วย | | | | | |
| | | | | | |
| 20. ท่านเอาใจใส่เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมของผู้ป่วย | | | | | |

ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

เอกสารรับรองเลขที่ 2013-02

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON
BURDEN OF CAREGIVERS SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

หน่วยงานที่สังกัด ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อหัวหน้าโครงการ / ผู้วิจัย

- นางสมกมล อรรถทมากุล สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลลาดหญ้า
อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

- เอกสารที่รับรอง
- แบบเสนอโครงการวิจัย
 - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
 - หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
 - แบบเก็บรวบรวมข้อมูล / กิจกรรม

วันที่ให้การรับรอง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๖

วันที่หมดอายุ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

ลงนาม..... พ.ร.อ. อัครวิญญู

(พญ. พรสวรรค์ อัครวิญญู)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

๑. ชื่อวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON BURDEN OF CAREGIVERS
SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

๒. ชื่อผู้วิจัย หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลลาดหญ้า อ.เมือง จ.กาญจนบุรี
1. นางสมกมล อรรถทิมากุล

๔. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๒) ในการเก็บข้อมูล ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและผู้ตอบแบบสอบถาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

มีมติ (/) อนุญาต ให้เก็บข้อมูลได้

() ไม่อนุญาต เนื่องจาก

๕. วันที่ให้การรับรอง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ลงนาม พ.สว.รค์ อัครวินิจตระการ

(พญ. พรสวรรค์ อัครวินิจตระการ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ ศร 0512.11/ 0776



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพระ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อพรพรรณ ลือบุญอวีชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายจุมพล สมประสงค์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรม (หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน นายจุมพล สมประสงค์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อพรพรรณ ลือบุญอวีชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล โทร. 084-206-4169

ที่ ศธ 0512.11/0376



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนพรัตน์ ไชยธานี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : APN) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

| | |
|------------------|--|
| สำเนาเรียน | นางนพรัตน์ ไชยธานี |
| ฝ่ายวิชาการ | โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149 |
| ชื่อนิสิต | นางสมกมล อรรถทิมากุล โทร. 084-206-4169 |

ที่ ศร 0512.11/0376



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรข ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชมณเฑียร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสมกมล อรรถทิมากุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นายสุรวดี เฟิงเกร็ด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : APN) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ สัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายสุรวดี เฟิงเกร็ด

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสมกมล อรรถทิมากุล โทร. 084-206-4169

ที่ ศร 0512.11/0376



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมการักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจรรววรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช APN) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ สัยวิวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวจรรววรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อ นิสิต นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล โทร. 084-206-4169

ที่ ศธ 0512.11/ 0376



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสมกมล อรรถศิทมากุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ออาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญจรัสชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุนันทา นวลเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวินน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสุนันทา นวลเจริญ

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญจรัสชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต นางสาวสมกมล อรรถศิทมากุล โทร. 084-206-4169

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ. 2556

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมกมล อรรถทิมากุล นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ที่อยู่ติดต่อ 111 หมู่ที่ 2 รอยัลริเวอร์แคว รีสอร์ท แอนด์สปา ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71000

โทรศัพท์ 08-4206-4169

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม ตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และยินยอมให้ติดตามประเมินผลโครงการวิจัยอีก 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ ถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาลต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน 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.th

ข้าพเจ้า ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล สำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสมกมล อรรถทิมากุล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสมกมล อรรถทิมากุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดหญ้า หมู่ที่ 1 ต.ลาดหญ้า
อ.เมืองกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี 71190
(ที่บ้าน) 111 หมู่ที่ 2 รอยัลริเวอร์ควอเตอร์ แอนด์สปา ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง
จ.กาญจนบุรี 71000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 034-631499 โทรศัพท์มือถือ 08-4206-4169

E-mail: mam25092@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ที่ให้แก่ประชาชนตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วม
ในการศึกษา ควรประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับการศึกษาการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้
คำปรึกษารอบครัว เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่าง ได้แก่

ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 3 คนที่พาผู้ป่วย
จิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เลือกครอบครัว
แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คนและญาติ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนก
ความผิดปกติตาม ICD 10 (International Classification of Diseases) ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วย
นอกและกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยอยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง
จังหวัดกาญจนบุรี

2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี สามารถพูด ฟัง และเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การ
มองเห็น และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่น้องหรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ทั้งนี้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีคะแนนภาระในการดูแลตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป ซึ่งมีคะแนนภาระในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

2. มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ไม่จำกัดเพศการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจสามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น

3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจ และยินยอมร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้
สมาชิกในครอบครัว ได้แก่

1. มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ไม่จำกัดเพศ
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี
3. เป็นสมาชิกที่สมัครใจ และยินยอมร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้
4. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งพึงพิงทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวเท่านั้น ความร่วมมือการศึกษาครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษารายครอบครัวที่บ้าน โดยดำเนินการกิจกรรมทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 45 - 60 นาที จนครบ 4 ครั้ง ทำการกำกับกรวิจัยด้วยแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากพบว่าคะแนนที่ได้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยต้องทำการทบทวนความสามารถเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล และให้ครอบครัวมีการจัดลำดับอำนาจที่ดี ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันในระดับที่เหมาะสม แล้วทำการประเมินผลซ้ำ หากคะแนนที่ได้จากการประเมินอยู่ในระดับดีขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ จะทำการนัดหมายเพื่อพบกันครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ต่อไป เพื่อวัดภาระการดูแล (Post-test)

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยแจ้งให้

กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และหากงานวิจัยนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา จะต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแลก่อน

5. หากมีความไม่สะดวกหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เช่น การใช้เวลาในการเข้าร่วมวิจัย อาการหรืออาการแสดงที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะได้รับการดูแลปกป้องหากเผชิญภาวะดังกล่าว และมีแนวทางการช่วยเหลือ เช่นการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง การเคารพความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ เป็นต้น

6. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8141 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ฉ
การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .959 | .962 | 24 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| อัตรันัย 1 | 88.33 | 482.230 | .713 | .957 |
| อัตรันัย 2 | 88.40 | 468.041 | .783 | .956 |
| อัตรันัย 3 | 88.47 | 462.395 | .871 | .955 |
| อัตรันัย 4 | 88.37 | 463.068 | .882 | .955 |
| อัตรันัย 5 | 88.53 | 461.292 | .847 | .955 |
| อัตรันัย 6 | 88.67 | 465.540 | .761 | .956 |
| อัตรันัย 7 | 88.67 | 456.437 | .870 | .955 |
| อัตรันัย 8 | 88.20 | 474.717 | .729 | .957 |
| อัตรันัย 9 | 88.70 | 468.010 | .745 | .957 |
| อัตรันัย 10 | 87.80 | 500.717 | .498 | .959 |
| อัตรันัย 11 | 87.97 | 500.240 | .354 | .960 |
| อัตรันัย 12 | 87.83 | 500.489 | .464 | .959 |
| ปรนัย 1 | 88.50 | 462.534 | .880 | .955 |
| ปรนัย 2 | 88.50 | 462.328 | .819 | .956 |
| ปรนัย 3 | 88.37 | 468.999 | .790 | .956 |
| ปรนัย 4 | 89.43 | 471.978 | .753 | .957 |
| ปรนัย 5 | 88.40 | 453.352 | .927 | .954 |
| ปรนัย 6 | 88.53 | 461.016 | .902 | .955 |
| ปรนัย 7 | 88.53 | 464.602 | .873 | .955 |
| ปรนัย 8 | 88.50 | 461.638 | .846 | .955 |
| ปรนัย 9 | 88.43 | 461.082 | .884 | .955 |
| ปรนัย 10 | 89.67 | 576.713 | -.795 | .975 |
| ปรนัย 11 | 88.37 | 463.620 | .854 | .955 |
| ปรนัย 12 | 88.50 | 463.500 | .759 | .956 |

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ภาวะด้านอัตรณ์

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .939 | .935 | 12 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| อัตรณ์ 1 | 44.07 | 112.616 | .712 | .935 |
| อัตรณ์ 2 | 44.13 | 104.602 | .828 | .930 |
| อัตรณ์ 3 | 44.20 | 102.993 | .878 | .928 |
| อัตรณ์ 4 | 44.10 | 104.783 | .829 | .930 |
| อัตรณ์ 5 | 44.27 | 101.789 | .878 | .928 |
| อัตรณ์ 6 | 44.40 | 102.593 | .831 | .930 |
| อัตรณ์ 7 | 44.40 | 99.697 | .893 | .927 |
| อัตรณ์ 8 | 43.93 | 110.892 | .645 | .937 |
| อัตรณ์ 9 | 44.43 | 104.737 | .778 | .932 |
| อัตรณ์ 10 | 43.53 | 121.913 | .484 | .942 |
| อัตรณ์ 11 | 43.70 | 119.528 | .448 | .942 |
| อัตรณ์ 12 | 43.57 | 122.116 | .428 | .942 |

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ภาวะด้านปรนัย

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .915 | .928 | 12 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ปรนัย 1 | 40.43 | 120.599 | .864 | .899 |
| ปรนัย 2 | 40.43 | 118.461 | .871 | .898 |
| ปรนัย 3 | 40.30 | 122.424 | .826 | .901 |
| ปรนัย 4 | 41.37 | 126.861 | .678 | .908 |
| ปรนัย 5 | 40.33 | 116.023 | .911 | .896 |
| ปรนัย 6 | 40.47 | 118.809 | .926 | .897 |
| ปรนัย 7 | 40.47 | 121.154 | .876 | .899 |
| ปรนัย 8 | 40.43 | 118.599 | .883 | .898 |
| ปรนัย 9 | 40.37 | 119.964 | .864 | .899 |
| ปรนัย 10 | 41.60 | 179.421 | -.761 | .972 |
| ปรนัย 11 | 40.30 | 120.079 | .876 | .899 |
| ปรนัย 12 | 40.43 | 119.978 | .774 | .903 |

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .950 | .954 | 12 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item- Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| สัมพันธภาพ 1 | 32.07 | 101.789 | .817 | .944 |
| สัมพันธภาพ 2 | 32.30 | 101.941 | .822 | .944 |
| สัมพันธภาพ 3 | 32.23 | 102.254 | .714 | .947 |
| สัมพันธภาพ 4 | 32.10 | 107.955 | .313 | .963 |
| สัมพันธภาพ 5 | 32.27 | 95.582 | .902 | .941 |
| สัมพันธภาพ 6 | 32.73 | 98.823 | .802 | .944 |
| สัมพันธภาพ 7 | 32.47 | 97.292 | .896 | .941 |
| สัมพันธภาพ 8 | 32.03 | 97.757 | .799 | .945 |
| สัมพันธภาพ 9 | 32.47 | 101.706 | .684 | .948 |
| สัมพันธภาพ 10 | 32.23 | 99.357 | .891 | .942 |
| สัมพันธภาพ 11 | 32.17 | 100.971 | .806 | .945 |
| สัมพันธภาพ 12 | 32.13 | 97.775 | .872 | .942 |

แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .947 | .947 | 20 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| สามารถ 1 | 48.97 | 241.895 | .843 | .942 |
| สามารถ 2 | 49.23 | 233.909 | .921 | .940 |
| สามารถ 3 | 49.23 | 244.599 | .649 | .945 |
| สามารถ 4 | 49.53 | 243.637 | .655 | .945 |
| สามารถ 5 | 48.10 | 260.300 | .377 | .949 |
| สามารถ 6 | 48.97 | 246.585 | .707 | .944 |
| สามารถ 7 | 49.27 | 239.237 | .819 | .942 |
| สามารถ 8 | 49.20 | 237.338 | .850 | .942 |
| สามารถ 9 | 49.17 | 247.661 | .771 | .944 |
| สามารถ 10 | 49.23 | 250.599 | .677 | .945 |
| สามารถ 11 | 49.33 | 242.368 | .839 | .942 |
| สามารถ 12 | 49.63 | 246.171 | .740 | .944 |
| สามารถ 13 | 49.77 | 251.289 | .700 | .945 |
| สามารถ 14 | 49.53 | 249.637 | .751 | .944 |
| สามารถ 15 | 48.33 | 270.506 | .072 | .953 |
| สามารถ 16 | 49.07 | 249.582 | .507 | .948 |
| สามารถ 17 | 48.40 | 256.386 | .548 | .947 |
| สามารถ 18 | 49.10 | 251.955 | .578 | .946 |
| สามารถ 19 | 48.90 | 244.162 | .747 | .944 |
| สามารถ 20 | 49.33 | 251.747 | .670 | .945 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสมกมล อรรคทิมากุล เกิดเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2509 ที่อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อปี พ.ศ.2551 ได้รับทุนการศึกษาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2554

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดหญ้า อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี