

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

#### สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย โรคทางจิตเวช (ICD 10) และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 20 ครอบครัว โดยผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท
2. อายุ 20 – 59 ปี
3. มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำสุด (1.00 – 1.49) ถึงระดับปานกลาง (2.50 – 3.49) ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545)
4. ไม่ใช่สารเสพติด
5. สัมครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

**เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง**

1. เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด และ/หรือ กฎหมาย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ได้แก่ บิดา มารดา สามีนุภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

2. ดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และไม่เป็นโรคภัยแรงทางกายที่ต้องพึ่งพา

ผู้อื่น

4. ไม่มีความบกพร่องในการสื่อสาร

5. สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา** คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวมาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ สารีณี ไต๊ะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ Minuchin (1974) โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 2** สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 3** สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหากที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง

**ขั้นตอนที่ 4** การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและยุติการให้คำปรึกษา

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้จำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาจนครบทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่พบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่สร้างขึ้นโดยอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และ ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

2. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ สารีณี ไต่ทอง (2548) ที่พัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์ (2547) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด จนถึงไม่เป็นจริงเลยจำนวน 12 ข้อ เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่

คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

### การดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเตรียมการศึกษา ระยะเวลาดำเนินการศึกษาและระยะเวลาประเมินผลการศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินการศึกษาได้อย่างถูกต้องและได้ผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้ศึกษาจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการศึกษาโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการศึกษา การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาในเรื่องการให้คำปรึกษา ทักษะการให้คำปรึกษา โดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการ ตลอดจนเทคนิคในการให้คำปรึกษาครอบครัว เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ เตรียมติดต่อประสานงานกับคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้ง 4 ขั้นตอน ตามกำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ขั้นตอน ๆ ละ 45 – 60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมตามสถานที่นัดหมายทั้งที่โรงพยาบาลราชบุรีและที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษามีบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับคำปรึกษาตลอดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยดำเนินการศึกษาดังแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ – 21 มีนาคม 2551 โดยให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลา 12.30 – 17.30 น.

3. ระยะเวลาประเมินผลการศึกษา ผู้ศึกษาชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้ศึกษาจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post – test) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)ของข้อมูลแล้วเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t – test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้านทุกด้านหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

### อภิปรายผลการศึกษา

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้าน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 84.00$ ) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 45.95$ ) และเมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 42.25$ ) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 22.85$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา หลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 41.75$ ) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 23.10$ )

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ สารีณี ไต่ะทอง (2548) ซึ่งใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวกลุ่มโครงสร้างของครอบครัว (Structural Family Therapy)

ของ Minuchin (1974) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดที่เลือกใช้นี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือกันในระหว่างการให้คำปรึกษา ตลอดจนการได้เปิดเผยความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น การให้คำปรึกษาครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ต่างๆ ของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงตอกันน้อยลง และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความเข้าใจ เชื้ออาหารห่วงใย ช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่เรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการนำเอาสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Martin, 1994) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ Xiong et al.(1994,cited in Heather, Aamit, and Brian, 2002) ที่พบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรับประทานยาดีขึ้น ในการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้พัฒนาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกเชิงบวก มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระหว่างการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดีขึ้น ซึ่งการเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันจะก่อให้เกิดความผูกพัน ซึ่งความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวมีความสำคัญ ที่จะนำไปสู่ความมั่นคงทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl Hummer and Fleischhacker, 2000) นอกจากนั้นแล้ว ผู้ศึกษายังได้สอดแทรกให้สมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก และมีส่วนสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรค และลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้าน (Rapper, 1996)สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี นูรณางกูร (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

จิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumer and Sedwick (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองที่มีต่อครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี วิริยะประ (2537) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวจะก่อให้เกิดการเข้าใจความรู้สึก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความผูกพัน อีกทั้งยังได้รับฟังความรู้สึกที่ครอบครัวมีต่อตนเอง ได้รับฟังข้อมูลและปัญหาจากครอบครัว รวมทั้งได้มีการสำรวจตนเอง แล้วนำกลับมาพัฒนาการดูแลตนเอง

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาครอบครัวยังเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาในการค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย และเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้นำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ญานินี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) กิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว 4 ขั้นตอนสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมแรกของกระบวนการในการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาใช้ในการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์เป็นอย่างมาก ซึ่งไม่ใช่การรู้จักครอบครัวเพียงผิวเผิน แต่เป็นการเข้าถึงระบบครอบครัวของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการพยายามใช้ภาษาของครอบครัว การรับฟังอย่างตั้งใจและการสนับสนุนให้กำลังใจ ทำความคุ้นเคยกับครอบครัวให้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าผู้ศึกษามีการยอมรับในตัวของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีจากครอบครัว และครอบครัวก็เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการที่จะก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาลเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพารกาญจนรักษ์ (2545) และ Kumar and Sedgwick (2001) ที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง

พยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทได้ จากนั้นผู้ศึกษาจะทำการประเมินโครงสร้างครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจกับครอบครัว เข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อที่ผู้ศึกษาจะได้ทำความเข้าใจว่าครอบครัวมีบทบาทในการเกิดปัญหาอย่างไร หรือได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นอย่างไรบ้าง และดูว่าครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ปัญหาได้มากน้อยเพียงไร และผู้ศึกษาได้ทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้ศึกษาทำการประเมินครอบครัวอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อที่ผู้ศึกษาและครอบครัวจะได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวในชั้นตอนนี้ ผู้ศึกษายังคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีการปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในครอบครัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร (2541) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 สํารวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนและเหมาะสม โดยในชั้นตอนนี้ผู้ศึกษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยการร่วมกันสำรวจปัญหา สาเหตุของปัญหา และผลที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าบริบทเดิม โดยการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันจัดโครงสร้างที่เหมาะสมขึ้นในครอบครัวของตนเอง เพื่อให้มีโครงสร้าง (Structure) ซึ่งประกอบด้วยกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนของครอบครัว มีการปรับขอบเขต (Boundaries) ระหว่างระบบย่อย (Subsystem) ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีขอบเขตที่ชัดเจน ซึ่งหมายถึงขอบเขตระหว่างระบบย่อยที่มีกฎเกณฑ์ และแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน มั่นคงและมีความยืดหยุ่นพอประมาณจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวของตัวเองได้อย่างอิสระ และในขณะเดียวกันก็มีความผูกพันและความเป็นเจ้าของในระบบครอบครัวทั้งระบบ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวมีขอบเขตที่ชัดเจน สมาชิกในครอบครัวจะได้รับความอบอุ่น ความช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่ง



กันและกัน จากการศึกษาสภาพปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทของ Wynne, et.al (1958) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะแบบ Pseudomutuality คือ ไม่ปล่อยให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเอง อาการที่จิตที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเป็นตัวของตัวเอง และมักมีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขต (Boundaries) ระหว่างกันภายในครอบครัว นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ร่วมกับการได้รับข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเห็นประโยชน์และความสำคัญของการรักษาที่ต่อเนื่อง และที่สำคัญผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993 อ้างถึงใน ดารณี จามจรี, 2545) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต จะให้ความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zygnunt et al (2002) ที่ศึกษาพบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเข้าใจและยอมรับร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และมีการใช้เทคนิคมอบหมายการบ้าน โดยมอบหมายให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวฝึกคุยกันเองที่บ้าน ซึ่งการบ้านนี้จะทำให้แต่ละคนหัดฟังอีกคนหนึ่งพูดจนจบ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวในการร่วมกันวางแผนกำหนดโครงสร้างขอบเขตภายในระบบครอบครัวของตนเองได้อย่างเหมาะสม และการสนับสนุนให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิม โดยบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยาผู้ป่วยจิตเภทจากอาการและปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่ศึกษาพบว่า ความช่วยเหลือของครอบครัวมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ที่สำคัญคือ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า หรือการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา รวมทั้งการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง กิจกรรมนี้เป็นการนำแนวคิดของ Minuchin (1974) ในเรื่อง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการใช้เทคนิค Reframing ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมองปัญหาที่ทำ

ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องหรืออาการป่วยในแง่มุมมองใหม่ในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลเสียหรือยากแก่การแก้ไข ก็มองเสียใหม่ว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายและครอบครัวสามารถเอาชนะได้ การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และผู้ศึกษาให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความสามารถในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญในการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัว อาทิเช่น การยอมให้สมาชิกในระบบย่อยต่างๆ ของครอบครัวมีความเป็นอิสระที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่างสมดุลหรือจัดให้มีหน้าที่ที่เหมาะสมของแต่ละระบบย่อยของครอบครัว (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) เนื่องจากเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าเขาได้รับความสนใจเอาใจใส่จากคนรอบข้าง มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันกับสมาชิกในครอบครัวก็จะนำไปสู่ความมั่นคงทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว โดยการที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพากันและกัน ช่วยเหลือและประคับ ประคองด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลช่วยเหลือตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา โดยมีสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาได้ให้ความสำคัญกับการเสริมทักษะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา คือ 1) ความสามารถในการสังเกตอาการนำของการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ รวมทั้งการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนการป่วยซ้ำ จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et al. (1987) และ

การศึกษาของ เพอร์รี่ คันทาสายบัว (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความลำบากในการกลับมารักษาซ้ำ เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการรักษา 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ยารักษาอาการทางจิตมีหลายตัว มีผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต่างกัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาสั้น และยารักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบอาการข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตัวและมือสั่น เป็นต้น ผลของอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiden et al. (1986) ที่พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยา เหตุผลแรกคือ ผลจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต 3) ความสามารถในการจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยได้ ซึ่งพยาธิสภาพของโรคเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเภท เริ่มมีอาการทางบวกที่เป็นอันตราย (Kaplan & Sadock, 1999) คือ มีความคิดหลงผิด ทำให้ผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการรักษา ดังเช่นการศึกษาของ Kumer & Sedgwick (2001) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดจะปฏิเสธการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal et al. (1998) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกมากกว่า จะไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากนั้นแล้ว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ อาการทางลบ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์น้อย ไม่สนใจและแยกตัวออกจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การทำหน้าที่ทางสังคม และขาดแรงจูงใจในการรักษา จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Oehl et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schou (1997 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี 4) ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ทักษะการสื่อสารในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญและส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีความเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งการพัฒนาทักษะที่สำคัญดังกล่าว ซึ่งเป็นทักษะที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคาม (Adams and Scott, 2000) นอกจากนั้นแล้วการกระตุ้นให้ครอบครัวช่วยเหลือกันและกันในระหว่างการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา และการให้คำปรึกษาผู้ป่วย การ

สื่อสารเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวดี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมความสามารถในการยืดหยุ่นของขอบเขตในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเกี่ยวพันกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน และมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองอย่างสมดุล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ปัญหาของตนและครอบครัวของตน ได้พัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดการกับความขัดแย้งภายในบุคคลของสมาชิกในครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรัก และความผูกพัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความรัก ความอบอุ่นต่อกันภายในครอบครัว มีการสร้างความผูกพันที่กระชับและมั่นคง มีความไว้วางใจต่อกัน ซึ่งความไว้วางใจเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ที่อาจเป็นทั้งคำพูดและท่าทางที่ให้การสนับสนุน ชมเชย เมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง ร่วมกันหาทางออกเมื่อมีปัญหา ไม่ดูตำหนิหรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด รวมทั้งการใช้เวลาอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ และสมาชิกในครอบครัวต้องทำบทบาทหน้าที่ต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2537 อ้างถึงใน กิตติมา ริวแดง, 2545: 50 – 52) สอดคล้องกับผลที่ได้จากการประเมินเพื่อกำกับการศึกษา โดยแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ ปรียศ กิตติธรรมาภรณ์ (2547) ซึ่งลักษณะของแบบวัดดังกล่าวมีปัจจัยรายด้านที่สอดคล้องกับลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่ ทั้งในด้านความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ การได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือด้านวัตถุการเงินและสิ่งของ ซึ่งพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ครอบครัวจะเป็นแหล่งที่คอยให้การช่วยเหลือ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (ผลทิพย์ ปานแดง 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวคือการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986) ที่พบว่า ปัจจัยเรื่องการอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงของผู้ป่วยจิตเภทจะสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามแผนการ

รักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael (2006) ที่ศึกษาถึงปัจจัยต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิต

การให้คำปรึกษาครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักในการทำบทบาทเพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการเตือนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา ไปรับยาให้ผู้ป่วย จัดเตรียมยาให้เพียงพอ หาวิธีให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ยอมรับประทานยา เอาใจใส่ดูแล และช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา เพราะหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอแล้ว นอกจากจะช่วยควบคุมอาการและป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนำเอาแนวคิดของ Minuchin (1974) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเกิดการปรับปรุงสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การดำเนินชีวิตในครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น (Biggs, 1994) ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต่อการดำรงชีวิตและพัฒนาตนเองในเรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเอง (Bakker and Kastermans, 1994) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ถือเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริบทใหม่ที่มีประสิทธิภาพกว่าบริบทเดิมในครอบครัว ซึ่งบริบทใหม่นี้จะทำหน้าที่เยียวยารักษาผู้ป่วยจากอาการและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ ครอบครัวที่มีระเบียบแบบแผนมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสมก็จะดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างปกติสุข ขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสรับฟังความรู้สึกของกันและกัน ส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

ผลการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว และการประเมินโครงสร้างครอบครัว 2) สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย 3) สนับสนุนให้ครอบครัวดำเนินการแก้ไขปัญหที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง และ 4) การเสริมทักษะที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา และยุติการให้คำปรึกษา โดยโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว มีความห่วงใยและเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนดูแลในเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Azrin and Teichner, 1998) ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวนี้ นับได้ว่าเป็นวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางการแพทย์ เนื่องจากการมุ่งแก้ไขที่ตัวผู้ป่วยตามลำพังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขในส่วนของบริบทที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ นั่นก็คือครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกันเองภายในครอบครัว สังคมและชุมชนตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไม่ถูกต้อง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์จิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและความร่วมมือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นสวนสำคัญที่สามารถทำนายนายการป่วยซ้ำได้ โดยผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ก่อนการให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาควรแยกพบผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวตามลำพัง เพื่อสอบถามข้อมูลที่สำคัญ ที่แต่ละฝ่ายอาจไม่เปิดเผยข้อมูลที่แท้จริง เช่น

เรื่องส่วนตัวที่ไม่อยากพูดต่อหน้าคนอื่นในครอบครัว เพื่อลดการต่อต้านซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างรุนแรงได้

2. จากการศึกษาพบว่าในระหว่างการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว พยาบาลต้องระมัดระวังความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลต้องรู้จักการควบคุมสถานการณ์และควบคุมอารมณ์ให้เป็นไปอย่างพอเหมาะ เพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรง

3. ควรดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยมากกว่าที่โรงพยาบาล เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกคุ้นเคย ทำให้รู้สึกมั่นคง ไม่รู้สึกว่าถูกควบคุม และลดรายจ่ายของครอบครัวในการเดินทางมาโรงพยาบาล

4. ควรจำกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษา เนื่องจากเกิดความยุ่งยากในการควบคุมพฤติกรรม และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้คำปรึกษาครอบครัว

5. ก่อนนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการให้คำปรึกษา หรือการให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจนมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวในลักษณะที่เป็นรูปแบบการวิจัยที่สมบูรณ์ เช่น การวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม

3. ควรมีการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวในระหว่างอยู่โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกสู่ชุมชน