

การพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ¹ (The Development of Desirable Characteristics of Family Members for Schizophrenic Patients' Caregiving through Integrative Family Counseling)

กาญจนา สุทธิเนียม²

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์³

วรรณช แหยมแสง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีความมุ่งหมาย 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อสร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ ในการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นสมาชิกครอบครัวที่ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 377 คน เป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 2 เป็นสมาชิกครอบครัวจำนวน 12 คนที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำ สัมผัสใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วใช้การสุ่มเข้ากลุ่มเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมให้เป็นไปตามสภาพปกติ กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน เป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว 2) แบบวัดการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย 3) แบบวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วย และ 4) รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated ANOVA Measurement) และการวิเคราะห์ Nonparametric Samples Test แบบ Mann-Whitney U Test

1 ดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยา กลุ่มวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2 นักศึกษาปริญญาดุษฎีบัณฑิต

3 ศาสตราจารย์ ประจำสาขาจิตวิทยา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

4 รองศาสตราจารย์ ประจำมหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 377 คนมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง
2. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล เพิ่มขึ้นว่าการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. สุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล ดีขึ้นกว่าสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย สุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The purposes of this research were 1) to study the desirable characteristics of the family members for schizophrenic patients caregiving, 2) to construct the model of family counseling for developing desirable characteristics of the family members for schizophrenic patient's caregiving, 3) to evaluate the effectiveness of the integrative family counseling model for developing the desirable characteristics of the family members for schizophrenic patients' caregiving. The subjects were divided into 3 groups. The first group of the desirable characteristics study consisted of 377 family members for schizophrenic patients' caregiving. The second group consisted of 12 family members for schizophrenic patients' caregiving. This second group was purposively selected from the family members for schizophrenic patients' care giving whose desirable characteristics scores were low and volunteered to attend the experiment. They were then randomly assigned into two groups, classified as an experimental group and a control group. Each group consisted of 6 families. The experimental group received the integrative family counseling and the control group did not receive any family counseling. The third group of the mental health study was the 12 schizophrenic patients of the families in the experimental group and a control group.

The research instruments were 1) the scale measuring desirable characteristics of family members for schizophrenic patients' caregiving and its construct validity was confirmed through factor analysis, 2) the scale measuring perception of the family members on the psychotic symptoms of the schizophrenic patients., 3) the scale measuring mental health of the schizophrenic patients., and 4) the integrative family counseling model for developing desirable characteristics of family member for schizophrenic patients' caregiving. The data were analyzed by mean, standard deviation, confirmatory factor analysis, two-way repeated ANOVA measurement and nonparametric samples test (Mann-Whitney U Test) .

The results of this research were as follows :

1. The total mean score of the desirable characteristics of family members for schizophrenic patients' caregiving were high.
2. The desirable characteristics of the family members for schizophrenic patients' caregiving of the experimental group after participating in the integrative family counseling and after the follow-up were significantly higher than that of the control group at .05 level
3. The perceptions of the family members on the psychotic symptoms of the schizophrenic patients in the experimental group after participating in the integrative family counseling and after the follow-up were significantly higher than that of the control group at .05 level.
4. The mental health of the schizophrenic patients of the families in the experimental group after participating in the integrative family counseling and after the follow-up were significantly higher than that of the control group at .05 level.

Key word : The desirable characteristics of family members for schizophrenic patients' caregiving, The integrative family counseling, The perceptions of the family members on the psychotic symptoms of the schizophrenic patients, The mental health of the schizophrenic patients

บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญ มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลมากที่สุด ในสภาวะการณ์ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตนับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาภาระโรคของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ที่ได้ทำการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับภาระโรค (Burden disease) ของปี 2542 โดยใช้ดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs: Disability-Adjusted Life Years) ผลการศึกษาพบว่า โรคจิตเภทจัดเป็นภาระโรค (Burden disease) ของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอันดับที่ 17 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Online, 2550) พบว่า โรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 12 เป็นโรคที่เป็นภาระระดับโลก (Global Burden of disease) (Okasha, Online, 2003) และในปี ค.ศ. 2020 คาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 (NIMH, Online, 2001)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536:331-347) และเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 จะมีอาการและป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี (Sadock and Sadock, 2004) เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะจิตเภทนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก ดังที่ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2536) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ เนื่องจากเป็นความผูกพันและเป็นหน้าที่ นอกจากสมาชิกครอบครัวแล้วคงเป็นไปได้ยากที่จะหาผู้ที่มีความสนใจตั้งใจดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดไป และวีดิเบค (Videbeck, 2006) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญ

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมากสมาชิกครอบครัวจะช่วยดูแลผู้ป่วยในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น ความเอื้ออาทรของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างแท้จริง ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นพฤติกรรมภายในของสมาชิกครอบครัวหากแสดงหรือสื่อออกมายังพฤติกรรมภายนอกอย่างสอดคล้องกันจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการปรึกษารอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพราะว่ารูปแบบการปรึกษารอบครัวแบบบูรณาการ (Integration Family Counseling Model) เป็นการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ในการให้การปรึกษารอบครัวทางจิตวิทยามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา โดยผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ปัญหาของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมีองค์ประกอบของปัญหาที่ซับซ้อนและการบูรณาการทฤษฎีหลายๆทฤษฎีจะให้ผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากกว่า การเลือกใช้ทฤษฎีการปรึกษารอบครัวเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง สอดคล้องกับนิโคลส์และชวาทซ์ (Nichols and Schwartz, 2007) ที่กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นถึงแม้ว่าจะมีปัญหาลักษณะคล้ายกัน แต่ในแต่ละปัญหานั้นจะมีองค์ประกอบที่ซับซ้อนทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออก ซึ่งไม่สามารถให้การบำบัดได้ด้วยทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียว ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงจำเป็นต้องบูรณาการทฤษฎีต่างๆ ของการให้ การปรึกษารอบครัวเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งกับสมาชิกครอบครัวในการพัฒนาคุณลักษณะที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยคาดว่าสมาชิกครอบครัวจะมีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในดูแลผู้ป่วยทางบวกเพิ่มขึ้นตลอดจนยังช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี อาการทางจิตสงบ ควบคุมตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว

และสังคมได้นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกในอาการทางจิตของผู้ป่วยว่าแย่ง คงเดิมหรือดีขึ้นนั้น ส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวโดยตรงทั้งนี้เพราะการรับรู้เป็นกระบวนการในการกำหนดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออก โดยสมาชิกครอบครัวส่วนมากรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่แย่ง

ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกครอบครัวโดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการแล้ว ผู้วิจัยได้ติดตามประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ โดยตรวจสอบทั้งคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผลว่าเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์มากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อสร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท

และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ผู้ป่วยนอก) จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาธนากรนครินทร์ จำนวน 6,487 คน (กรมสุขภาพจิต, 2549)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสมาชิกของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีบิดาหรือมารดาหรือบุตรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงครอบครัวละ 1 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ผู้ป่วยนอก) จำนวน 3 แห่งในเขตกรุงเทพและปริมณฑล ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันกัลยาธนากรนครินทร์ ที่ได้มาจากการกำหนดสัดส่วนจากประชากร (Yamane, 1967) จำนวน 377 คน โดยสมาชิกครอบครัวนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งได้มาจากการคัดเลือกครอบครัวตามเกณฑ์ต่อไปนี้เป็น 2.1.1 ครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีบิดาหรือมารดาหรือบุตรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจะคัดเลือกสมาชิกครอบครัว 1 คนที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง 2.1.2 สมาชิกในครอบครัวคือบิดาหรือมารดาหรือบุตร อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-65 ปี 2.1.3 สมาชิกในครอบครัวคือบิดาหรือมารดาหรือบุตร สมัครใจในการตอบแบบวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนา

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีบิดาหรือมารดาหรือบุตรทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงครอบครัวละ 1 คน ที่มารับบริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จากครอบครัวที่มีคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ต่ำได้มาจากการนับคะแนนน้อยสุดถึงคนที่ 12 และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการ แล้วใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment) เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน (Yalom, 1985: 283) โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองได้รับการให้การศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้การศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการ เพื่อเข้าร่วมการให้การศึกษาคครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้การศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการให้เป็นไปตามสภาพปกติ

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับข้อ 2.2

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสุขภาพจิตเป็นผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการ กลุ่มละ 6 คน จำนวน 12 คน โดยได้รับการประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทจากผู้วิจัยด้วยแบบวัดสุขภาพจิตผู้ป่วย (Thai Health of The Nation Outcome Scales : Thai HoNOS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลลักษณะและระดับอาการของผู้ป่วย โดยเครื่องมือนี้ผ่านกระบวนการแปล-แปลกลับ และปรับแก้โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ และเมื่อทำการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาพบว่า เครื่องมือนี้มีความเที่ยงและแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี มีอำนาจในการจำแนกกลุ่ม (Discrimination power) ระหว่างผู้ป่วยอาการกำเริบและอาการทุเลาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, 2550)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คือ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ

3.2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การให้การศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการ

3.2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 3) สุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ข้อ แบบวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert มี 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด ส่วนใหญ่จริง จริงบ้าง จริงน้อย ไม่จริงเลย

2. แบบวัดสุขภาพจิตผู้ป่วย (Thai Health of The Nation Outcome Scales : Thai HoNOS) จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

3. แบบวัดการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

4. รูปแบบการให้การศึกษาคครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

การวิจัยขั้นตอนที่ 1 การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตส่งถึงผู้อำนวยการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้อำนวยการสถาบันกัลยา ราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตให้เก็บข้อมูล

2. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนภายหลังที่ได้รับอนุญาตจาก ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาและผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดและคัดเลือกแบบวัดฉบับที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอันดับแรกและอันดับที่สอง โดยรูปแบบสมการเชิงโครงสร้างและวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบ

การวิจัยขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นการสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการตามขั้นตอนการสร้างและการตรวจคุณภาพของเครื่องมือตั้งที่กล่าวมาแล้ว

2. ขั้นการนำรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการดังนี้

2.1 นำหนังสือการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ไปติดต่อที่แผนกหอผู้ป่วยเพื่อประสานในการนำสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษา ตามรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการในพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เวลา 7 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที

การวิจัยขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกระทำดังนี้

1. ภายหลังจากยุติการทดลอง ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) และนัดหมายสมาชิกครอบครัวเพื่อติดตามภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

2. ผู้วิจัยประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเก็บเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) และนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทเพื่อติดตามภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์เพื่อดูความคงทนของสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory

Factor Analysis) การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated ANOVA Measurement) และการวิเคราะห์ Nonparametric Samples Test แบบ Mann-Whitney U Test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 1 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง (n = 377 คน)

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว	จำนวนข้อ	Max	Min	Mean	SD	แปลผล
ด้านทัศนคติของสมาชิกครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย	6	5.00	2.17	4.0464	.51684	สูง
ด้านความเห็นอกเห็นใจของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย	6	4.83	2.00	3.4629	.44274	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย	6	5.00	1.50	3.5769	.61066	สูง
ด้านการให้เวลาของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย	4	5.00	1.25	3.7779	.85281	สูง
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย	7	5.00	1.57	3.6681	.59573	สูง
ด้านความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	5	5.00	1.60	3.6897	.77454	สูง
ด้านความยืดหยุ่นในบทบาทสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย	6	5.00	1.67	3.5685	.66173	สูง
คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัว (ภาพรวม)	40	4.38	2.22	3.6843	.31755	สูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 1 พบว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.6843) ส่วนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวรายด้าน พบว่า ด้านทัศนคติของสมาชิกครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (Mean=4.0464) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการให้เวลาของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย

(Mean=3.7779) ด้านความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Mean=3.6897) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย (Mean=3.6681) ด้านการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย (Mean=3.5769) ด้านความยืดหยุ่นในบทบาทสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย (Mean=3.5685) และด้านความเห็นอกเห็นใจของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย (Mean=3.4629)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวโดยรวมระหว่างสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	1.800	1	1.800	7.346	.022
ความคลาดเคลื่อน	.2451	10	.245		
ภายในกลุ่ม					
ผลวัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผล	.238	2	.119	10.938	.011
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้การปรึกษาครอบครัวและการวัดผล	2.132	2	1.066	97.819	.000
ความคลาดเคลื่อน	.218	20	.011		
รวม	6.83	35			

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนคุณลักษณะที่พึงประสงค์โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($F= 10.938, p< .001$) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากการวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวภาพรวมแต่ละครั้งของกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาครอบครัวแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	1.361	1	1.316	3.182	.105
ความคลาดเคลื่อน	4.278	10	.428		
ภายในกลุ่ม					
ผลวัดก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผล	5.389	2	2.694	12.763*	.000
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้การปรึกษาครอบครัวและการวัดผล	1.722	2	.861	4.079	.033
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการวัดและสมาชิกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	4.222	20	.211		
รวม	16.972	35			

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.763^*$, $p < .000$) แสดงว่า ค่าเฉลี่ยที่ได้จากการวัดการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภาพรวมแต่ละครั้งของกลุ่มที่ได้รับการให้การปรึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาครอบครัวแตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล เป็นรายคู่

สุขภาพจิต	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				หลังการติดตาม						
		Mean	Rank	U	Z	Sig	Mean	Rank	U	Z	Sig	Mean	Rank	U	Z	Sig
สุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง	6.75		16.5	-.276	.789	4.50		6.00	-1.945	.052	3.50		.000	-2.934	.003
	กลุ่มควบคุม	6.25					8.50				9.50					
	กลุ่มควบคุม	6.50					7.50				9.50					

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4 พบว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทภาพรวมของครอบครัวกลุ่มทดลองและครอบครัวกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัด ก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 1.000$) หลังการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.945^*$) และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.934^*$) แสดงว่า รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทภาพรวมดีขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ ผู้วิจัยอภิปรายผลของการวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมาตรจำนวน 377 ราย อยู่ในระดับสูง ส่วนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวรายด้าน พบว่า ด้านทัศนคติของสมาชิกครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิต ด้านการให้เวลาของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย ด้านความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ด้านการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย ด้านการสื่อสารของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ด้านความยืดหยุ่นในบทบาทสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วย และด้านความเห็นอกเห็นใจของสมาชิกครอบครัวต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสมาชิกครอบครัวมีความรัก และความปรารถนาดีแก่ผู้ป่วยเป็นพื้นฐานที่สำคัญอยู่แล้วทุกคนเนื่องจาก

ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว สมาชิกครอบครัวจึงเป็นคนสำคัญคนแรกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายด้านบริการสาธารณสุข (Bernheim and Lewine; อ้างอิงจาก สุรพลไชยเสนะ, 2535) ประกอบกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของสังคมไทยปัจจุบัน สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเร็วที่สุด โดยให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเข้ามามีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งมีอาการเรื้อรัง ที่ต้องการดูแลช่วยเหลือตลอดชีวิต

2. การสร้างรูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิด และเทคนิคการให้การปรึกษาครอบครัว รูปแบบการให้การปรึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวนั้นช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้มีการทบทวนและวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในบรรยายภาคที่อบอุ่น การรับฟังประกอบสมาชิกครอบครัวมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวนั้นสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ ที่ผสมผสานแนวคิดและเทคนิคของการให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีต่างๆ นั้นเป็นการคัดเลือกจุดเด่นของแต่ละแนวคิด เทคนิคของแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานกันให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัว สอดคล้องกับ Lazarus and Wachtel (2000), Corey (2005, 2009) ที่กล่าวว่า แนวคิดและเทคนิคการให้คำปรึกษาเพียงทฤษฎีเดียวนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหาของบุคคล

ได้ทุกรูปแบบ เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน ปัญหาของแต่ละคนจึงมีความซับซ้อนแตกต่างกัน และดังที่ Lapworth, Sills and Fish (2001) กล่าวว่า การบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษาโดยใช้หลากหลายทฤษฎีที่มาต่างสถาบัน นั้นจะเป็นการเชื่อมโยงในสิ่งที่สอดคล้องกันของแต่ละทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อให้สามารถใช้แก้ไขปัญหาาร่วมกันและใช้ส่วนที่เป็นจุดแข็งของแนวคิดของแต่ละทฤษฎีเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งผู้วิจัยผสมผสานแนวคิดและเทคนิค ตลอดจนมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในแต่ละครั้งของการให้การปรึกษาและมีวิธีดำเนินการในการให้การปรึกษาโดยใช้เทคนิคต่างๆ ช่วยให้ผู้สมาชิกครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้โดยการวิเคราะห์และทบทวนตนเองทั้งจากกระบวนการกลุ่มที่มีการให้ข้อเสนอแนะแก่กัน โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกครอบครัว สมาชิกครอบครัวกับสมาชิกครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเติมเต็มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งรับฟังข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะจากทั้งผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งกลุ่มยังช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้มีการวิเคราะห์และทบทวนตนเองท่ามกลางบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเองและทุกคนพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อผู้ป่วยที่เป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว และที่สำคัญสมาชิกครอบครัวยังรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้อยู่คนเดียวแต่ยังมีผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มที่จะเป็นกำลังใจให้

3. การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการเปรียบเทียบคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า

3.1 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัว

กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 คือคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล สูงกว่าก่อนสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ

3.2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล สูงกว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2

จากผลการวิจัยในข้อ 3.1 และ 3.2 แสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผล สูงกว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ารูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการที่ผสมผสานแนวคิดและเทคนิคของการให้การปรึกษาครอบครัวทฤษฎีต่างๆ ช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังที่ Fortinash and Ho (2003) กล่าวว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลดีนั้นไม่สามารถใช้การรักษาด้วยยาได้เพียงอย่างเดียวและการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยเพิ่มคุณค่าของสมาชิกในครอบครัวที่จะช่วยในการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทโดยป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการให้ความรู้กับสมาชิกครอบครัว การให้คำแนะนำและแหล่งสนับสนุนในยามวิกฤต การหลีกเลี่ยง

ภาวะวิกฤตและการเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา การสื่อสาร การใช้ชีวิตประจำวันและการปรับพฤติกรรมสอดคล้องกับ Lam (1991); cited in Janowsky (1999) ที่กล่าวว่า การให้การปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพราะการให้การปรึกษาครอบครัวนั้นเป็นวิธีการบำบัดที่สำคัญ เนื่องจากจะลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ และยังสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันที่รุนแรงของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการใช้กลุ่มของครอบครัวเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Sadock and Sadock, 2005) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Gillespie (2009) ที่ได้ทำการศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การให้การปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการบำบัด รักษาทางจิตสังคมที่สำคัญที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ มีความเข้าใจ ยอมรับในตัวผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ลดการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยตลอดจนผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวได้

3.3 การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของกลุ่มทดลองโดยรวมหลังการทดลอง สูงกว่าการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการติดตามผลการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการนั้นช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Jeppesen, et al. (2005) พบว่าการบูรณาการการบำบัดในผู้ป่วยทางจิตเวชครั้งแรกนั้นช่วยสมาชิกครอบครัวรับรู้การเป็นภาระของผู้ป่วยลดลง

3.4 สุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการและหลังการติดตามผลสูงกว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้คำปรึกษาครอบครัวนั้นนอกจากจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว และยังช่วยเพิ่มคุณค่าของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Fortinash and Ho, 2003) และสามารถลดการแสดงอาการอารมณ์ต่อกันที่รุนแรงของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย (Sadock and Sadock, 2005) และยังสามารถลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท (Dyck, et al., Aquila and Korn, 2000; cited in Videbeck, 2006) และจากการศึกษาของ Chien, Wai-tong, Phil and Chan (2004) พบว่าการติดตามสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มครอบครัวบำบัด (Family - Group Intervention) 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวที่ได้รับกิจกรรมนั้นผู้ป่วยจะมีการทำหน้าที่และการกลับป่วยซ้ำดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกลุ่มครอบครัวบำบัด (Family - Group Intervention)

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเภทแต่เป็นสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยมีความประสงค์จะติดตามประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ โดยตรวจสอบคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้วิจัยยังตรวจสอบสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผลว่า

เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์มากน้อยเพียงใดและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นกลุ่มที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจึงไม่สามารถเปรียบเทียบลักษณะและระดับอาการของผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งหมดตามแบบวัดสุขภาพจิตผู้ป่วยจิตเวช (Thai Health of The Nation Outcome Scales : Thai HoNOS) ได้

จากการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการ สรุปได้ว่า รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ อีกทั้งประสิทธิผลของการใช้รูปแบบทำให้สมาชิกครอบครัวการรับรู้ต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นรวมทั้งสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการดีขึ้น ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมได้เหมาะสมตามศักยภาพ และนอกจากนี้ผลการวิจัยที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของการให้การปรึกษาครอบครัว ตามทฤษฎีระบบที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ที่สมาชิกแต่ละคนมีความผูกพันกันในด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวจะส่งผลต่อส่วนอื่นๆ ของครอบครัว (Goldenberg and Goldenberg, 2008) และ วิดีเบค (Videbeck, 2006) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นกับความรักของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบวัดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้าน

จิตใจได้โดยเฉพาะโรคจิตเภท

2. รูปแบบการให้การปรึกษารอบครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษารอบครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มอาการอื่นๆ หรือในโรคจิตเวชที่มีอาการใกล้เคียงกันได้ แต่ก่อนที่จะนำรูปแบบการให้การปรึกษารอบครอบครัวแบบบูรณาการไปใช้นั้น ผู้ที่จะนำรูปแบบการให้การปรึกษารอบครอบครัวดังกล่าวไปใช้ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เทคนิค ทฤษฎีการให้การปรึกษารอบครอบครัว และได้รับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการให้การปรึกษารอบครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากทดลองไปแล้วในระยะยาว เพื่อศึกษาความ

เปลี่ยนแปลงของคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งติดตามผลสุขภาพจิตของผู้ป่วยเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้การปรึกษารอบครอบครัวแบบบูรณาการ

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษารอบครอบครัวแบบบูรณาการกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะโครงสร้างของครอบครัวในอื่นๆ เช่น ครอบครัวขยาย ฯลฯ

3. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษารอบครอบครัวแบบบูรณาการกับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่นๆ ต่อไป เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและรับไว้ในแผนกผู้ป่วยใน

4. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทแบบอื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานประจำปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพฯ : โอเดียนสแควร์.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี. (2536). “การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท.” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 10 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. หน้า 111-112.
- บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. (2550). Reliability and Validity of the Thai Version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), *Journal medicine association Thai*, 90 (11), 2487-2493.
- สุรพล ไชยเสนะ. (2535). ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว. โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- Chien, Wai-Tong., Phil, M. & Chan., S.W.C. (2004). One-Year Follow-up of a Multiple-Family-Group Intervention for Chinese Families of Patients with Schizophrenia, *Psychiatric service*, 55 : 1276-1284.
- Corey, G. (2005). **Theory and practice of counseling and psychotherapy (7th ed.)**. California : Thomson Brook/Cole.
- Fortinash, K.M. & Ho, P. A. (2003). **Psychaitric nursing careplans**. (4th ed.). Missouri : Mosby.

- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2008). **Family therapy : an overview (6th ed.)**. California : Brooks/Cole Publishing.
- Gillespie, D. (2009). Integrating family planning into Ethiopian voluntary testing and counseling programmed. **Bull world health organ**, 87(11): 866-70.
- Janowsky, D.S. (1999). **Psychotherapy indications and outcomes and outcomes**. Washington DC : American Psychiatric.
- Jeppesen, P., et al. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. **The british journal of psychiatry**, 187: 85-90.
- Lapworth, P., Sills, C., & Fish, S. (2001). **Integration in counseling and psychotherapy : developing a personal approach**. London : SAGE.
- Lazarus, & Wachtel. (2000). **Integrative and eclectic counseling and psychotherapy**. London : SAGE Publication.
- Nichols, P., & Schwartz. (2007). **The essentials of family therapy**. (3 rd ed.). Boston : Pearson Education.
- Sadock. B.J., & Sadock, V.A. (2004). **Concise textbook of clinical psychiatry**. (2nd ed.). Philadelphia : Lippicott Williams & Wilkins.
- Sadock. B.J., & Sadock, V.A. (2005). **Comprehensive textbook of psychiatry**. Volum II (8th ed.). Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Okasha, A. [online]. (2003). **Mental health services in the Arab world**. Available from : http://findarticles.com/p/articles/mi_m2501/is_4_25/ai_n6129825/pg_6.
- Videbeck, S.L. (2006). **Psychiatric mental health nursing**. (3 rd ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Yamanei, Taro. (1967). **Statistics : an introductory analysis**. New York : Harper and Row.
- Yalom, I.D. (1985). **The theory and practice of group psychotherapy**. (3 rd ed.). New York : Basic Book .