

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยแสดงออกทางความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเข้าใจปัญญาปกติ การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังและรุนแรง โดยอาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ดันผลาชีวะ, 2536) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช คือพบร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) ซึ่งส่งผลกระทบต่อแรงกระตุ้นต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สินชัย วสุนธรา, 2547) โดยโรคจิตเภทเกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมองซึ่งรบกวนการทำหน้าที่ทางความคิดและการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมาก เป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งรวมทั้งต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจะใช้ระยะเวลาในการรักษาล้นลง เมื่ออาการรุนแรงต่างๆสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดอิสรภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ บางรายมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่

การดำเนินของโรคจิตเภทเป็นแบบเรื้อรังจึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ทำงาน มีบุคลิกภาพแปรปรวน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการดำเนินชีวิต (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้เป็นภาระในการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากค่ารักษาพยาบาลที่มีระยะเวลายาวนาน ค่าเดินทางรวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ผู้ดูแลเกิดความเครียด อับอาย ความเศร้าเสียใจ และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครอบครัว เกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ส่วนผลกระทบทางสังคมและชุมชนนั้นมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนที่มีอาการรุนแรงจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาดน่ากลัว คุณความควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้อาจเป็น

อันตรายนับคนในชุมชนได้ (Loukissa, 1995) อาจเป็นเชื้อทางเพศ หรือติดสารเสพติด (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภท มีการติดสุราหรือสารเสพติด ผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ เพราะผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงานทำให้ประเทศชาติต้อง ขาดแรงงานจากประชากรที่อยู่ในวัยอันควร อีกทั้งต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากการศึกษาของสุวิมล สมัคตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังออกจาก โรงพยาบาลนั้น ในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่ยอมที่จะช่วยเหลือตนเอง พยายามเรียกร้องความสนใจจากคน ภายนอกในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนมักไม่หายขาด เพียงแต่อาการทุเลา แต่ สภาพความผิดปกติยังคงหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงเกิดมีอาการป่วยซ้ำได้ง่าย โดยมี การศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 60-80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยา เพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15-40 ส่วนการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อ หยุดยานั้นจะพบถึงร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยาอาจพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 30 (Gaultiere, 1999) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธ์, 2543 อ้างใน เพชร คันธสาขบัว, 2548) อาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นทำให้ สมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) กล่าวคือผู้ป่วยมีความเสื่อม ของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการ เจ็บป่วยมากขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่อง ด้านสังคมและหน้าที่การงาน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) รวมทั้งอาการ ข้างเคียงของยาก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์และคณะ, 2541) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังขาดความสามารถในการปรับตัวและลักษณะ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมีอาการเป็นๆ หายๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ ซึ่งการป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนิน ชีวิตลดลงและเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ของมนุษย์ที่ดีได้ และเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและมี ผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ หรือการทำงานบ้านบกพร่องอย่างมาก การมี

กิจกรรมทางสังคมอาจบกพร่องอย่างมาก เนื่องจากการแยกตัวและพฤติกรรมด้อย (พันธ์ศักดิ์ อัสวปติและทวี ตั้งเสรี, 2536) และจากการที่ผู้ป่วยมีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ และทักษะทางสังคมเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม อาจต้องออกจากโรงเรียน หรือทำงานไม่ได้เป็นระยะเวลาานต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล และเรื่องการเงิน (Moller & Murphy, 2001) ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วแต่ก็ไม่มีโอกาสได้ใช้ความสามารถเนื่องจากถูกสังคมมองว่าไร้ความสามารถและไม่ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2542) และเมื่อออกสู่สังคมภายนอกสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเคยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย รู้สึกรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson, 1998) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า ระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือผู้ป่วยที่กลับมาอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วน้อยกว่า 6 เดือน เป็นกลุ่มที่ล้มเหลวในการปรับตัวทางสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล, 2525 อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2547) และจากการศึกษาของดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 43 กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในเวลา 1 - 6 เดือน จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึง การป่วยซ้ำเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (เพชรี คันธสายบัว, 2547)

อำเภออัมพวาเป็นอำเภอหนึ่งในสามของจังหวัดสมุทรสงคราม ลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบททำเกษตรกรรมและอีกส่วนหนึ่งเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมมีโรงงานเกิดขึ้นหลายแห่ง นอกจากนี้ ยังมีพื้นที่อาณาเขตติดต่อกับจังหวัดราชบุรีและจังหวัดสมุทรสาคร อำเภออัมพวามี 12 ตำบล ประชากรทั้งหมด 55,401 คน 11,626 หลังคาเรือน แต่เดิมประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ แต่ภายหลังมีโรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นจึงทำให้ประชากรวัยแรงงานหันมาประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานเป็นจำนวนมากเพราะมีรายได้ที่ค่อนข้างแน่นอน ด้วยสาเหตุนี้ ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประชากรมักมาด้วยปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด การขาดการพักผ่อน ครอบครัวไม่มีเวลาให้แก่กัน ปัญหาขาดสติสัมปชัญญะและการทำหน้าที่ของครอบครัวบางส่วนขาดหายไป จากการศึกษาปัจจัยเสริมและสาเหตุของโรคจิตเภทในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ขุ่นเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีพ

ไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) トラバจนปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ stress – diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

จากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 38 คน มีการป่วยซ้ำ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 39.47 (ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอัมพวา, 2549) ส่วนในภาพรวมของอำเภออัมพวานั้น จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยทางจิตทั้งหมดมีเพิ่มขึ้นโดยในกลางปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 55 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 69.09 พ.ศ. 2550 มีจำนวน 57 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 40 คน คิดเป็นร้อยละ 70.15 และใน พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด จำนวน 68 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 49 คน คิดเป็นร้อยละ 72.05 สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัมพวา, รายงานการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชกลางปี 2549-2551) จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี เห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทางจิตเวชต่างๆ และถูกจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยในปี 2551 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 49 คน ที่กลับมาอาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนคิดเป็นร้อยละ 72.05 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวในการช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลหรือติดต่อรับยาแทนผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือประกอบอาชีพได้ส่งผลให้ครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น จำนวน 28 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2551 ในประเด็นที่เป็นปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ในชุมชน พบว่าแต่ละครอบครัวมีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่า 15 ครอบครัว มีการแสดงอารมณ์ในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ชอบวิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิ แสดงความไม่เป็นมิตร แต่ในบางครอบครัวแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยมากเกินไป โดยผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จำนวน 20 ครอบครัว มีการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการกำเริบของผู้ป่วยไม่เหมาะสม จำนวน 5 ครอบครัว ที่มีการสื่อสารที่ใช้ถ้อยคำไม่เหมาะสม ไม่พูดคุยกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว 3 ครอบครัว อยู่แบบตามสบาย ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังมาเป็นเวลานานทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และการที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถต้องอยู่ในภาวะ

ที่ต้องพึ่งคนอื่นหรือนุคคลในครอบครัว ผลที่ตามมาคือทำให้รู้สึกเครียดและไม่มีความสุขในชีวิต เป็นผลให้เกิดการป่วยซ้ำอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุ่มมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ที่ศึกษา การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีความคิดลบ ต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกผิดไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน และมักพบว่าผู้ป่วยจะถูกแยกที่อยู่ภายในบ้าน โดยที่อยู่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรกรุงรังมาก อับทึบอากาศไม่ถ่ายเท และผู้ป่วยจะนอนในส่วนที่อับ แคมเนื่องจากญาติไม่ต้องการให้มาวุ่นวาย เพราะจะรบกวนครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่ให้ทำงานหรือมีส่วนร่วมกิจกรรมในบ้าน หรือในชุมชน และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตก็จะแสดงอาการหวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงอาการรังเกียจและไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำประโยชน์ได้ ผู้ป่วยจึงไม่มีโอกาส ทำหน้าที่ หรือทำงานได้ตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาของสงวนศรี แต่งบุญงาม (2537) อ่างใน ยาใจ สิทธิมงคล (2542) ที่ศึกษาถึงสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การอบรมเลี้ยงดูตามบทบาทและสภาพแวดล้อมใน ครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดและมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอีก ส่วนทางด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากในการร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่มีเพื่อน นิสังการ กินไม่เรียบร้อย ไม่กินอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชอบนั่งเฉยๆ จึงทำให้มีปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งเป็นปัญหาด้านอารมณ์ทำให้สมาชิกบางคนในครอบครัวมีทัศนคติเชิง ลบกับผู้ป่วยวิพากษ์วิจารณ์ ตำหนิผู้ป่วย ไม่มีความรักความสงสารความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ไม่สนใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยและรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว จะเห็นได้ว่าความไม่ สุขสบายจากการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้งานวิจัยของยูพา ปริสุทธิมาน (2545) ที่ศึกษาผลการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการ รักษาต่อเนื่องจะมีภาวะถดถอยด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ตามบทบาทและสัมพันธภาพทาง สังคม (ยูพา ปริสุทธิมาน, 2545) จะเห็นได้ว่าเจตคติของญาติและสัมพันธภาพระหว่างญาติกับ ผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

แนวคิดการพยาบาลของ Roy ได้ให้คำจำกัดความของการปรับตัวว่าเป็นความพยายามของ บุคคลเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตที่กำลังประสบในชีวิตหรือจัดการปัญหาเหล่านั้น โดยผ่านกระบวนการรู้ คิดและแสดงพฤติกรรม และวิธีในการปรับตัว เป็นลักษณะที่บุคคลแสดงออกเพื่อจัดการสิ่งท้าทาย ต่างๆ ที่เข้ามาในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือเมื่อประสบเหตุการณ์ที่มีความเครียดสูงหรือเป็น ภาวะวิกฤตและอธิบายว่า บุคคลเป็นระบบที่มีกระบวนการปรับตัวซึ่งมีความเป็นพลวัตที่ซับซ้อน มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและยังมีความสามารถในการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่ เปลี่ยนไป ซึ่งกระบวนการปรับตวนั้นเป็นการทำงานร่วมกันของระบบควบคุม (cognator) โดยกระบวนการทางสรีระวิทยา (regulator) โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่างๆที่ผ่านกระบวนการ

ที่เป็นระบบ 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ อึดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของบุคลิกภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง เกิดอาการทางจิตกำเริบและป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวทั้งร่างกาย จิตใจ ให้ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537) ทำให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพามนุษย์คนอื่นหรือบุคคลในครอบครัวและรู้สึกว่าคุณค่า ไร้คุณค่า รู้สึกว่าตนเองขาดสิ่งค่าจุนทางจิตใจ (Rose, 1997) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ (โปรยทิพย์ กสิพันธ์, 2541) โดยการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง (American psychiatric Diagnosis, 1994) และไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากความพร่อง ความสามารถประกอบกับความรู้สึกเป็นตราบาปและรู้สึกกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (Wulf et al., 2005)

จากความสำคัญของปัญหา ประกอบกับแนวโน้มของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสากลที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รักษาอยู่กับครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น โดยให้อยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงควรสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในครอบครัวและชุมชน Gallagher III (1980) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้น้อยกว่า 6 เดือน ถือว่าประสบความล้มเหลวในการปรับตัวและแสดงถึงความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการกลับเป็นซ้ำในระยะ 2 ปี หลังการจำหน่ายถือเป็นสัญญาณเตือนถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ซึ่งแสดงออกถึงการขาดความสามารถในการปรับตัวหรือจัดการกับสิ่งเร้าภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทมักจะมองและประเมินปัญหามากกว่าความเป็นจริง และมีการรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Lukoff, Snyder, Venture & Nuechterlein, 1984) จึงเกิดปัญหาการปรับตัวได้ง่าย ความรู้สึกไร้คุณค่าส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีต่อตนเอง (Czuchta & Johnson, 1998) ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นรวมทั้งสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวก็ห่างเหินกันไป เมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ยาก

ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีพฤติกรรมการปรับตัวทางสังคมไม่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องใช้รูปแบบการบำบัดที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและรู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมดีขึ้น (รุ่งทิพย์ จันทราช, 2550) โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่า ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่สมาชิกมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน การที่สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย บ่อยมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย (Friedman, 1986) บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ควรปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจะเป็นพลังสำคัญให้ครอบครัวรวมถึงผู้ป่วยสามารถเผชิญความยากลำบากต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตให้ก้าวไปข้างหน้าด้วยความหวังและกำลังใจ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัญหาด้านสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงปัญหาการควบคุมอารมณ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ดี (วณิชรินทร์ และคณะ, 2542) งานวิจัยของภุมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ศึกษาเรื่องการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันทางอารมณ์ การสื่อสารและการทำหน้าที่ตามบทบาท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 .001 และ .01 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางอารมณ์ดี มีแนวโน้มที่จะปรับตัวดีในทุกด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของชลพร กองคำ (2543) ที่พบว่าการศึกษาพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า ถ้าครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่ด้านเหล่านี้มากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะมี การปรับตัวได้ดียิ่งขึ้นได้

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจที่จะแก้ไขปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังกลับมาอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยการใช้รูปแบบของการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ส่วนครอบครัวที่สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจะช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทผู้ดูแล และบทบาทในการดูแลตนเองได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ท้อแท้สิ้นหวังและไม่มีปัญหาในการปรับตัว ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

คำถามการศึกษา

การปรับตัวโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวในการดำเนินชีวิตทั้งสามด้าน ประกอบด้วย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการทำบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมุติฐานโครงการศึกษา

การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทใช้กรอบแนวคิดของ Roy (Roy Adaptation Model หรือ RAM) ที่อธิบายว่าบุคคลเป็นระบบที่มีกระบวนการปรับตัวซึ่งมีความเป็นพลวัตที่ซับซ้อน มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและยังมีความสามารถในการปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งกระบวนการปรับตัวนั้นเป็นการทำงานร่วมกันของระบบควบคุมโดยกระบวนการทางสรีรวิทยา โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาผู้อื่น โดยมีผลลัพธ์ในการปรับตัวคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิตตามบทบาททางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน มีขวัญและกำลังใจซึ่งเป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ชีวิต เป็นความผาสุกหรือมีความสุข เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลในระยะสั้นคืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไปตามเหตุการณ์และภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลทางสุขภาพ การสอน แนะนำ การให้ข้อมูลที่ต้องร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยการนำครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษารูปแบบหนึ่งซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่ปัญหาในบริบทของสิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว เนื่องจากการทำความเข้าใจกับบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ และมองว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย เป็นผลมาจากความพร้อมในการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวมิใช่เฉพาะที่บุคคลเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ให้คำปรึกษาที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ปัญหาของตนเองและครอบครัวของตนได้ อีกทั้งเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดการกับความขัดแย้งภายในบุคคลในครอบครัว

(อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของอาการผู้ป่วยโดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ญาณีณี ไพบุลย์รัตนกร, 2547) ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีหน้าที่ในการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่นเอื้ออาทรห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกวิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบรายครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1- 3 ราย ผู้ศึกษาได้สนใจการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว McMaster Model (1980) โดยประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของสาริณี โตะทอง (2548) โดยปรับปรุงขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมเพิ่มกิจกรรมการสำรวจปัญหาการปรับตัวและสำรวจองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรมการเสริมทักษะการแก้ปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยและเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้การนำแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมาใช้ในการแก้ปัญหการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดที่เชื่อว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ถึงการทำหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัว เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนหน้าที่ที่เหมาะสมภายในครอบครัว เกิดสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยและสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีกฎระเบียบแบบแผนการทำหน้าที่ไม่ชัดเจน ไม่มีระเบียบแบบแผนขาดความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นจะเกิดความยุ่งยาก และขาดประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

การให้คำปรึกษาครอบครัวนี้มีเป้าหมายที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ กล่าวคือ เมื่อครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวจะกลายเป็นสิ่งเร้าภายนอกตัวผู้ป่วยที่กระตุ้นระบบย่อยการคิดรู้ (cognator subsystem) ของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ รับรู้ถึงความรู้สึกที่ครอบครัวและบุคคลอื่นมีต่อตนเองในทางบวก รับรู้ว่าตนเองได้รับการยอมรับจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีความหวังและกำลังใจพัฒนาไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา สนใจที่จะมีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว โดยการเรียนรู้จักดูแลตัวเองให้ปลอดภัย เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทางสรีรวิทยา (regulator subsystem) ตามมา โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมต่างๆที่ผ่านกระบวนการที่เป็นระบบ ได้แก่ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาผู้อื่น โดยเริ่มปรับเปลี่ยนความคิดต่อ

ตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญต่อครอบครัว เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัวและให้การช่วยเหลือคนในครอบครัวได้ เช่น ทำงานบ้าน การแสดงความต้องการการช่วยเหลือ และแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง การทำหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถพัฒนาพฤติกรรมที่มีต่อการปรับตัวได้ดีส่งผลถึงการพัฒนาสู่การปรับตัวด้านสรีรวิทยาตามมา กล่าวคือผู้ป่วยก็จะพัฒนาความสามารถในการดูแลรักษาความสะอาดร่างกายของตนเอง การดูแลตนเองในการขับถ่าย การรับประทานอาหารและน้ำตามความต้องการของร่างกายได้ การทำกิจกรรมและการพักผ่อนเป็นปกติ การป้องกันอันตรายของร่างกาย และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว McMaster Model 6 บทบาทในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบปรับเปลี่ยนโครงสร้างของ Salvadore Minuchin และดำเนินการเป็นระยะประกอบด้วย การประเมินสภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลและใช้เทคนิคในการรวบรวมข้อมูลขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนเพื่อการดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัว และการประเมินผล (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย, 2545) ปรับเป็นกิจกรรมทั้งหมด 4 ระยะโดยให้คำปรึกษาผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกครอบครัวโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว ผู้ป่วย 1 รายและสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน โดยในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ สร้างข้อตกลง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการ ประเมิน โครงสร้างของครอบครัว ประกอบไปด้วย กฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่างๆ และขอบเขต (boundary) ในครอบครัวและคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รวมถึงการประเมินสิ่งเร้าภายในได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งเร้าภายนอกที่มีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย อत्मโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ตามแนวคิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้านของ Roy (1991)

ครั้งที่ 2 สสำรวจปัญหาของครอบครัว กำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันจัดโครงสร้าง ขอบเขตระหว่างระบบย่อยให้มีความชัดเจนเหมาะสม โดยสนับสนุนให้ครอบครัวสำรวจปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการวางแผนร่วมกันสร้างขอบเขตในครอบครัว โดยสนับสนุนและส่งเสริมในเรื่องการแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวให้เหมาะสมและกระตุ้นให้ครอบครัวมีการช่วยเหลือและดูแลกันเอง สนับสนุนความสามารถในการประเมินสภาพแวดล้อมและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้

ครั้งที่ 3 ร่วมกับครอบครัวค้นหาสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทพร้อมทั้งร่วมกันวางแผนและสนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ครอบครัว

และผู้ป่วยปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ทางด้านการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียดได้ดี โดยช่วยให้มองปัญหาในแงุ่มใหม่ ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมาจริงๆ ในการให้คำปรึกษา แนะนำทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้ครอบครัวมีดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจในครอบครัว

ครั้งที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่น ขอบเขตในครอบครัวอย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา โดยให้คำแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะขอบเขตในครอบครัวในรูปแบบต่างๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมสนับสนุนให้ครอบครัวมีการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น สนับสนุนการรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนของตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวมีการให้กำลังใจให้คำปรึกษากันเองในครอบครัว

ซึ่งกิจกรรมทั้ง 4 ครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารเข้าใจและยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้นจนผู้ป่วยและครอบครัวปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและกลายเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา คະเนนการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและครอบครัวในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่ผู้ศึกษาใช้แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัวของแมคมสเตอร์ (McMaster, 1982) เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) โดยปรับจากโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวของสารินี โตะทอง (2548) โดยปรับปรุงขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมและสำรวจปัญหาการปรับตัวและสำรวจองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรมการเสริมทักษะการแก้ปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยและเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวใน 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้การนำแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมาใช้ในการแก้ปัญหการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดที่เชื่อว่าการให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ถึงการปฏิบัติหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัว เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนหน้าที่ที่เหมาะสมภายในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพอันดีต่อกัน ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยและสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งทำการศึกษา ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเกิดความสามารถในการปรับตัวในใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน ได้ตามแนวทางการพัฒนา ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ประกอบด้วยการจัด กิจกรรมรายครอบครัว ดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ที่บ้านของผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย และสมาชิกในครอบครัว 1-3 ราย ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน โครงสร้างของครอบครัว

ครั้งที่ 2 สำรวจปัญหา กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 3 สนับสนุนให้ครอบครัวมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดี

ครั้งที่ 4 การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องความสามารถของการยืดหยุ่น ขอบเขตใน

ครอบครัวอย่างเหมาะสม และยุติการให้คำปรึกษา

การปรับตัว หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง มองตนเองว่ามีคุณค่ามีความสำคัญต่อครอบครัว การพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัว และให้การช่วยเหลือกันในครอบครัวได้ เช่น ทำงานบ้าน การแสดงความต้องการการช่วยเหลือ และการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเองเกิดการทำหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัยที่เหมาะสม ก็จะส่งผลถึงการ พัฒนาความสามารถในการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลตนเองในการขับถ่าย การรับยา อาหารและน้ำตามความต้องการของร่างกายได้ และสามารถดูแลตนเองและปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ได้อย่าง

เหมาะสม ซึ่งประเมินได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งผลลัพธ์การปรับตัวเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ในด้านร่างกาย รูปร่างหน้าตา ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในด้านความคาดหวัง ค่านิยมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงความสามารถในการแสดงออกตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามอายุ เพศ รวมถึงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ตามพัฒนาการ เช่น บทบาทในครอบครัว การเป็นสามี การเป็นบิดา เป็นต้น และการทำหน้าที่ในบทบาทชั่วคราวเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยอาจเลือกบทบาทนี้ได้โดยอิสระ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการยอมรับและการให้ความช่วยเหลือในครอบครัว ชุมชนและสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน อายุ 20-59 ปี มีคะแนนการประเมินสภาพทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน ถ้ามากกว่า 36 จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ (Overall J.E and Gortham D.R, 1996) สามารถโต้ตอบและแสดงความรู้สึกได้

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายโลหิตโดยตรงหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และมีการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีเจตนาที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.เป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยอื่น ๆ มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นต่อไป