

Family Function among People with Schizophrenia in a Community Context, Kalasin Province, Thailand

Jiraschaya Louwma¹, Saovakon Virasiri², Pimpa Suitra²

EXTENDED ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic disease that can affect family function. A person who has schizophrenia usually has self-care deficit and some health risk behaviors such as violence, and alcohol and substance use, which trouble family members in terms of both body and mind, including family functioning. The family needs to adjust to a new function that could serve all family members' needs. However, most previous studies were focused on screening and describing general family functioning, and they had limitations regarding the understanding of family function among people with schizophrenia specifically. Thus, this study aimed to explore family function among people with schizophrenia who were living within the vicinity of Nong So Health Promoting Hospital, Lam Pao Subdistrict, Muang District, Kalasin Province, Thailand. The target population consisted of 30 families who lived in the community. The research instrument was a structured interview with open-ended questions which was developed based on Friedman, Bowden and Jones's family function concept, literature review and

situational analysis. Content validity was checked by 5 experts, and the resulting content validity index was 0.92. The tool was tried out with 10 similar families. The reliability of Cronbach's coefficient was 0.97. Data were collected via an interview. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics: frequency, mean and standard deviation. Content analysis was used for analysis of data from open-ended questions.

The study found that total mean score of family function among people with schizophrenia was good ($\bar{x} = 3.15$, $SD = 0.68$). In terms of aspects of family function, the highest mean score was response to basic needs: good level ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.89$). The lowest mean score was for the family coping and solving problems function: moderate level ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.80$). The highest mean scoring item was caring, supplying, and cooking for someone with schizophrenia ($\bar{x} = 3.73$, $SD = 0.74$). Secondly, talking with someone with schizophrenia was within the good level ($\bar{x} = 3.67$, $SD = 0.75$). The third level was socializing, monitoring and directing someone with schizophrenia to take medicine

on time and following-up with appointments ($\bar{x} = 3.60$, $SD = 1.03$).

The content analysis of data from open-ended questions showed that the families performed more talking about day to day living with schizophrenia (17 families). They had exerted more control and given warning about alcohol drinking, smoking and drug abuse (16 families), and made merit for reducing suffering and wishing for a good life in the future (15 families). The least functioning practice was giving money for sick people to buy food and drinks during the day (3 families). They also did less monitoring of abnormal behaviors and symptoms of schizophrenia. Additionally, they sought less knowledge for caring for someone with schizophrenia (2 families). They also undertook fewer measures to protect the person with schizophrenia from risk, and fewer measures to protect them from harming other people in the community (2 families).

In conclusion, family function among people with schizophrenia was classified as good. Family coping and problem-solving function was at a moderate level. The functional aspect of seeking knowledge for providing care and monitoring the family member who had schizophrenia was at a low level. Future studies should focus on developing capacity of a family's functioning in problem solving and coping, seeking more knowledge, and monitoring behaviors, and abnormal symptoms. For health policy, the health care system should provide care and support to families to ensure readiness before the discharge of their family member. Long term care, support and monitoring should be provided for the family in the primary care setting.

Keywords: Family function, Schizophrenia, Community context

THJPH 2020; 50(3): 365-377

Received: July 30, 2020; Revised October 4, 2020; Accepted October 8, 2020

Correspondence: Jiraschaya Louwma, Department of Family Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, KhonKaen University, 123 Mittaparp Road, Muang, Khon Kaen 40002 Thailand. E-mail: Pae__ily@hotmail.com. Tel: 083-3532167

¹ Student of Master of Nursing Science in Family Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, THAILAND

² Family and Community Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, THAILAND

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงซึ่งลักษณะของโรคเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องทางความคิดการรับรู้ อารมณ์และการใช้ ภาษา การแสดงออกของความรู้สึกและพฤติกรรม อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการประสาทหลอน (Hallucination) และอาการหลงผิด (Delusions)¹ โดยโรคจิตเภทสามารถรักษาด้วยยาและการสนับสนุน ด้านจิตสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม บุคคลโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษา และมีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถาบันสุขภาพจิตกลับสู่ ชุมชนอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งพบว่าสถานการณ์โรคจิตเภท ทั่วโลกมีบุคคลโรคจิตเภทประมาณ 20 ล้านคน²และ ในประเทศไทย จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559-2561 พบบุคคลโรคจิตเภท จำนวน 241,838 คน 480,266 คน และ 455,118 คน ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยมีจำนวน บุคคลโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวนประชากรทั้งหมด 986,005 คน³ ในปี 2560-2561 พบบุคคลโรคจิตเภท จำนวน 10,794 คน และ 8,036 คน ถือเป็นโรคทางจิต อันดับ 1 ของจังหวัดกาฬสินธุ์⁴ โดยตำบลลำปาว มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ เป็น รพ.สต.ที่มีบุคคลโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองสอ มีประชากรทั้งหมด 7,273 คน³ มีบุคคล โรคจิตเภท 30 คน ซึ่งเป็นโรคทางจิตอันดับ 1 ในเขต รับผิดชอบ ปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วย โรคนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมุ่งเน้นการส่งเสริม

และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว และชุมชนมากขึ้น โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ จึงมี นโยบายเร่งด่วนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล เมื่อมีอาการคงที่โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและรับผิดชอบผู้ป่วย⁵ ดังนั้นครอบครัวจึงต้องมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือแก่ บุคคลโรคจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลัง การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในช่วง ที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและชุมชน⁶⁻⁸

จากการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวที่มีบุคคล โรคจิตเภท โดยผู้ศึกษาในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม 2560 จำนวน 5 ครอบครัว พบว่าสมาชิก ในครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแลบุคคลโรคจิตเภท ในทุกด้าน เนื่องจากบุคคลเจ็บป่วยไม่สามารถดูแล ตนเองได้ สมาชิกฯ บางคนต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ มาดูแลบุคคลโรคจิตเภทในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ การดูแลให้รับประทานยา พาไปตรวจตามนัด ดูแล ความสะอาด การรับประทานอาหาร ควบคุมกำกับ ไม่ให้บุคคลเจ็บป่วยสูบบุหรี่และดื่มสุรา แต่บางครอบครัว พบว่า สมาชิกทุกคนต้องทำงานหารายได้เพื่อใช้จ่าย ในครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการพูดคุยและเอาใจใส่ดูแล ผู้ป่วย ซึ่งในสถานการณ์จริงช่วงแรกที่บุคคลเจ็บป่วย ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน สมาชิกครอบครัวมัก พยายามดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ จึงรู้สึกเครียดและเป็นภาระอย่างมากในการดูแล เอาใจใส่ มีผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง บางครอบครัวละทิ้งผู้ป่วยส่งผลให้มีอาการกำเริบ ไม่สามารถดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ไม่อาบน้ำแปรงฟัน มีพฤติกรรมพูดคนเดียว หัวเราะ ตะโกนเสียงดัง ทำร้ายตนเองและคนในชุมชน ทำให้ ครอบครัวรู้สึกอับอายและเป็นภาระ รับรู้ว่าคุณ

แสดงออกถึงการรังเกียจครอบครัว นอกจากนี้บางราย มีพฤติกรรมหลักขโมยทรัพย์สินของเพื่อนบ้าน เสพยา หรือสารเสพติด ดื่มสุรา ส่งผลกระทบต่อครอบครัว มากขึ้น ครอบครัวจึงมักแก้ปัญหาและปรับตัวโดยใช้ วิธีแยกออกจากชุมชน และ/หรือทอดทิ้ง กักขัง สมาชิกที่เจ็บป่วยไว้ เพราะสมาชิกต้องออกไปทำงานหารายได้เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มีความยากจน และรู้สึกเครียด และพบบางครอบครัวที่สามารถทำ หน้าที่ให้การดูแลบุคคลโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดี สามารถควบคุมโรคโดยการให้ยา พาไปตรวจตามนัด อย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลเจ็บป่วยมีพฤติกรรมที่ชุมชน ยอมรับ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านทรัพย์สิน และกำลังใจ จักเห็นได้ว่าครอบครัวนั้นถือเป็นหน่วย พื้นฐานและสถานที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามครอบครัว ได้รับผลกระทบต่อการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพของ บุคคลสมาชิกได้เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องพบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวเมื่อมีสมาชิก เจ็บป่วยโรคจิตเภทมีผลการศึกษาที่หลากหลาย เช่น การศึกษาทำหน้าที่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาทางคลินิกโดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 300 คน และพี่น้องที่มีสุขภาพดี 300 คน ด้วยแบบประเมิน Family Assessment Device (FAD) จากแนวคิด การทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์โมเดล (McMaster Model)⁹ ผลการศึกษาพบว่า บุคคล โรคจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ครอบครัวไม่ดีแตกต่างจากการรับรู้ของพี่น้องสุขภาพดี ในครอบครัวเดียวกัน ($p < 0.001$)¹⁰ สำหรับการศึกษา ในประเทศไทย ในช่วงมากกว่า 10 ปีที่ผ่านมา มีการ ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ณ โรงพยาบาล

สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบประเมินการทำ หน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI)¹¹ ซึ่ง พัฒนามาจากแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ แมคมาสเตอร์โมเดล⁹ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 7 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้านอยู่ใน ระดับดี แต่ด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย ต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.56$, $SD = 2.32$)¹² และการศึกษา ปัจจุบันที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลบุคคลโรคจิตเภท จำนวน 160 คน ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์ แฟมิลีอินเวนทอรี (CFI)¹¹ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิด การทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์โมเดล⁹ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 7 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของ ครอบครัว 7 ด้านอยู่ในระดับดีแต่ด้านการควบคุม พฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.84$)¹³

จากการวิเคราะห์การศึกษายิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวตาม การรับรู้ของบุคคลโรคจิตเภท ศึกษาในบริบทโรงพยาบาล เกือบทั้งหมด และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการทำ หน้าที่ครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster model of family functioning: MMFF)⁹ เป็นการ ประเมินคัดกรองการทำหน้าที่ครอบครัวในภาพรวม 7 ด้าน โดยไม่ได้รับการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรม ต่าง ๆ ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่าง เฉพาะเจาะจงในการทำหน้าที่ครอบครัวเมื่อมีบุคคล โรคจิตเภท ซึ่งปัจจุบันบุคคลเจ็บป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่ ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านเร็วขึ้นและต้องได้รับ การดูแลจากครอบครัวที่อาศัยอยู่ที่บ้านในชุมชน ดังนั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายการทำ

หน้าที่ครอบครัวในสถานการณ์ที่เปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพได้ทั้งระบบและครอบคลุมทุกมิติตามวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของครอบครัว ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาความต้องการได้รับการดูแลด้วยกระบวนการและการกระทำตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านร่างกาย จิต อารมณ์และสังคมอย่างเฉพาะเจาะจง แตกต่างกันในแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพบุคคลโรคจิตเภท การจัดการด้านเศรษฐกิจครอบครัว การเผชิญปัญหา การแสวงหาความรู้ แนวทางและสวัสดิการค่าใช้จ่ายในการรักษา การอบรมกำกับพฤติกรรมและการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ที่บุคคลเจ็บป่วยมีความบกพร่องไม่สามารถดูแลตนเองได้ถึงแม้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ครอบครัวมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากชุมชนอย่างมากจึงจะส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งระบบได้ เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน รวมทั้งผู้นำชุมชนและเครือญาติเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ¹⁴ กล่าวว่า บุคคลโรคจิตเภทมีขนาดเครือข่ายทางสังคมน้อย ส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัว ขาดเพื่อนพุดคุย มีความต้องการการตอบสนองด้านการให้คุณค่า การตอบสนองด้านอารมณ์ และอาชีพที่เหมาะสมกับตนเอง การได้รับความสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา จึงควรมีการส่งเสริมการให้คุณค่า การสะท้อนทางบวก การมีส่วนร่วมทางสังคมส่งเสริมเครือข่ายที่มีคุณภาพแก่บุคคลโรคจิตเภท

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในสถานการณ์ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยโรคจิตเภทโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตามแนวคิดของฟรีดแมน โบลเดลและโจนส์¹⁵ ซึ่งครอบคลุมทุกมิติตามวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความรักความเอาใจใส่ 2) การอบรมขัดเกลาและการควบคุมพฤติกรรม 3) การดูแลสุขภาพสมาชิกโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว 4) การเผชิญความเครียดและการจัดการปัญหาของครอบครัว 5) การจัดการด้านเศรษฐกิจครอบครัว และ 6) การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลโรคจิตเภท โดยแต่ละด้านมีการระบุกิจกรรมและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ครอบครัวให้ชัดเจนครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ที่พบในชีวิตประจำวันซึ่งได้มาจากการสำรวจเบื้องต้นนำมาวิเคราะห์จำแนกเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติในแต่ละด้านให้ตรงตามบริบทที่เป็นจริง และมีคำถามปลายเปิดเพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติอื่น ๆ นอกเหนือจากขอบเขตคำถามที่กำหนดไว้อีกด้วย โดยผลการศึกษาที่ได้คาดหวังว่าจักทำให้เข้าใจถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในสถานการณ์และบริบทที่บ้านในบริบทชุมชนได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจักสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวิเคราะห์และออกแบบวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทให้มีความเฉพาะเจาะจงให้การช่วยเหลือและส่งเสริมการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพและมีสุขภาพที่ดีทั้งระบบครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและประเมินระดับของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ ตำบลลำปาว อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากสถานการณ์ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยโรคจิตเภทซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้มีความบกพร่องในการดำรงชีวิตของบุคคลในหลายด้าน ครอบครัวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อให้การดูแลสุขภาพสมาชิกเจ็บป่วยไปพร้อม ๆ กันกับทำหน้าที่ครอบครัวด้านอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันให้สำเร็จ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของฟริดแมน โบลเดลและโจนส์¹⁵ รวมทั้งการศึกษาเบื้องต้นและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท โดยศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความรักความเอาใจใส่ 2) การอบรมขัดเกลาและการควบคุมพฤติกรรม 3) การดูแลสุขภาพสมาชิกโรคจิตเภท 4) การเผชิญความเครียดและปัญหาของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเป็นโรคจิตเภท 5) การจัดการด้านเศรษฐกิจครอบครัว และ 6) การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลโรคจิตเภท โดยแต่ละด้าน ประกอบด้วย การกระทำและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยการทำหน้าที่ครอบครัวสามารถประเมินได้จากการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวต่อการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้านดังกล่าว โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัวที่มีความต้องการทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคมในภาวะการเปลี่ยนแปลงผ่านด้านสุขภาพและดำรงชีวิตครอบครัวในบริบทชุมชน โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทในบริบทชุมชน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เพื่อให้เห็นภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีความเฉพาะเจาะจง และมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ ตำบลลำปาว อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิ และส่งต่อให้มารับบริการการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทดังนี้ 1) เป็นบุคคลเพศชายหรือเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกครอบครัวของบุคคลโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด กฎหมายหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลโรคจิตเภท เช่น สามเณร บิดามารดา บุตร ปู่ย่าตายายหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยินและการพูด 3) สามารถรับรู้และสื่อสารภาษาไทย/ไทยอีสานได้ 4) ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือร้ายแรงใด ๆ และ 5) แสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับบุคคลโรคจิตเภท สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลโรคจิตเภทจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วย คำถาม 6 ด้าน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

จำนวน 37 ข้อ และคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมด 43 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (Content validity index: CVI) ได้ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือชี้แจงโครงการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ ตำบลลำปาว อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และขออนุญาตในการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมฯ เพื่อขอทราบจำนวนครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท ขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่และเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย

3. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตและชี้แจงวิธีการทำการศึกษาของโครงการวิจัยนี้ให้กำนันและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทราบเพื่อชี้แจงและขออนุญาตทำการเข้าศึกษาในพื้นที่

4. ผู้วิจัยขออนุญาตให้หอสม.แนะนำให้ผู้วิจัยพบสมาชิกครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทเพื่อแนะนำตัวในช่วงเวลาที่นำบุคคลโรคจิตเภทมารับบริการ

ในกรณีที่บุคคลโรคจิตเภทไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ขอความอนุญาติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฯ และขออนุญาตระหือสม.ประสานและติดตามมาเพื่อรับการรักษาและสมาชิกครอบครัวมาเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา เมื่อสมาชิกครอบครัวแสดงความยินยอมผู้วิจัยได้ขออนัดหมายวัน เวลาที่ครอบครัวสะดวก โดยดำเนินการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นส่วนตัว ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฯ ตามกำหนดวันที่สมาชิกครอบครัวนัดหมาย ใช้เวลาสัมภาษณ์ครอบครัว ประมาณ 30-40 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำไปรวบรวมและจัดระบบข้อมูลบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลคำถามปลายเปิดจากการสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622203 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย 3 ประเด็น คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยทำการขอความยินยอมด้วยวาจาโดย หอสม. ทำการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวในห้องส่วนตัว ณ รพ.สต. ใช้เวลา 30-40 นาที ไม่ตอบคำถาม/ถอนตัวได้โดยไม่เสียสิทธิใด ๆ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 57 ปี ($\bar{x} = 56.7$, $SD = 14.8$) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นญาติร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100.0 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 60.0 และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 83.3 สำหรับบุคคลโรคจิตเภทส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 52 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วย 10-20 ปี ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 10-20 ปี ร้อยละ 60.0 และ

กลุ่มที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 33.3 เหตุผลในการรับการรักษาไม่ต่อเนื่องได้แก่ ครอบครัวคิดว่าหายแล้วร้อยละ 60.0 โดยปัจจุบันบุคคลโรคจิตเภทมีอาการและพฤติกรรม ได้แก่ อาการด้านบวก เช่น หูแว่ว หวาดระแวง ร้องตะโกน ต่ำกว่าร้อยละ 60.0

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.15$, $SD = 0.68$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.89$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาของครอบครัวระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.80$) รายละเอียดดัง Table 1

Table 1 Mean, standard deviation, level and percentage of family function and practice for people with Schizophrenia (n=30)

Family Function Practice	$\bar{x}$	SD	Level
1. Affection and attention	3.21	0.78	Good
2. Socialization and behavior control	3.26	0.70	Good
3. Health care of people with schizophrenia	3.06	0.82	Good
4. Coping and problem solving	2.87	0.80	Moderate
5. Family economic management	2.98	0.81	Moderate
6. Response to basic needs	3.49	0.89	Good
Sum	3.15	0.68	Good

ผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านดูแล/จัดหา/ปรุงอาหารให้แก่บุคคลโรคจิตเภท” อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.73$, $SD = 0.74$) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การหาความรู้เพื่อการดูแลบุคคลโรคจิตเภทจากแหล่งต่าง ๆ”

อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 1.11$)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดพบว่า ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน “มากที่สุด” ในการพูดคุยสอบถามความเป็นอยู่ในแต่ละวัน (17 ครอบครัว) คอยควบคุม

และตกเดือนไม่ให้บุคคลโรคจิตเภท ต้มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด (16 ครอบครัว) และเผชิญความเครียดด้วยการทำบุญใส่บาตรไปวัดเพื่อความสบายใจ หมดเคราะห์กรรม (15 ครอบครัว) ส่วนหน้าที่ที่ปฏิบัติ “น้อยที่สุด” ได้แก่ ให้เงินเพื่อซื้ออาหารเครื่องดื่ม รับประทานในช่วงกลางวัน (3 ครอบครัว) สังเกต พฤติกรรมและสิ่งที่ผิดปกติในแต่ละวัน (2 ครอบครัว) และดูแลป้องกันไม่ให้บุคคลโรคจิตเภททำร้ายผู้อื่น เมื่อมีอาการหงุดหงิดหรือไม่ชอบ (2 ครอบครัว)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทในภาพรวม อยู่ใน ระดับดี ($\bar{x} = 3.15$, $SD = 0.68$) (ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่อนมาใกล้เคียงกับระดับปานกลาง) จากการวิเคราะห์ รายด้านพบด้านที่ 4 การเผชิญความเครียดและ ปัญหาของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.80$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบกับทุกด้าน คือด้านที่ 5 การจัดการด้าน เศรษฐกิจครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.98$, $SD = 0.81$) และพบว่า “การหาความรู้เพื่อการดูแล บุคคลโรคจิตเภท” ระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.73$, $SD = 1.11$) เป็นข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และจากข้อมูลทั่วไป ของสมาชิกในครอบครัวฯ พบว่าส่วนใหญ่รายได้ของ ครอบครัว ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน ร้อยละ 83.3 สมาชิก ในครอบครัวต้องทำงานหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อจุนเจือ ครอบครัว จึงไม่มีเวลาศึกษาหาความรู้หรือแสวงหา แนวทางเพื่อนำมาแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และ เมื่อเกิดปัญหาการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ใช้วิธีทำบุญตักบาตรเพื่อคลายทุกข์ หวังผลให้หมด เคราะห์กรรม ซึ่งฟรีดแมน โบลเดลและโจนส์¹⁵ กล่าวว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family

coping function) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหาภายในครอบครัว ครอบครัวพยายาม ช่วยเหลือตนเองโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เช่น เครือญาติ มีการปรับตัวพฤติกรรมและบทบาทของ สมาชิกเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ และการเผชิญ ปัญหาภายนอกครอบครัวโดยใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในหรือนอกชุมชน ได้แก่ หาข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น เพื่อประกอบการพิจารณาแก้ปัญหาของครอบครัว การใช้แหล่งประโยชน์ในระบบชุมชนและสังคมโดยรวม เช่น ระบบสวัสดิการ ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ครอบครัวที่มีการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ไม่เหมาะสมจึงมักพบผลลัพธ์ในเชิงลบ/ไม่เหมาะสม เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง ทำร้ายทุบตีกันในครอบครัว ใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสมไล่ออกจากบ้านและทอดทิ้ง มีความท้อแท้ ซึ่งการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา ที่ดีของครอบครัวควรมีการปรึกษาหารือในครอบครัว และใช้แหล่งประโยชน์จากภายในและภายนอกอย่าง เหมาะสมจึงจะเกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพครอบครัวที่ดี เช่น การใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง กำกับดูแล พฤติกรรม ต้องพึงพาญาติ เพื่อนบ้าน อสม.ผู้นำชุมชน ในช่วงกลางวันครอบครัวต้องออกไปหารายได้ เป็นต้น

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการเผชิญ ปัญหาและการแก้ปัญหาภายในครอบครัวอยู่ในระดับ ปานกลางค่อนข้างต่ำ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว ต้องทำงานหารายได้ ไม่มีเวลาในการปรึกษา พูดคุยกัน เพื่อหาทางแก้ไขปัญหารวมทั้งต้องดูแลและควบคุม พฤติกรรมของบุคคลโรคจิตเภทที่ก่อให้เกิดปัญหา เช่น ลักขโมย ต้มสุรา สูบบุหรี่ เสพยา เป็นต้น ทำให้ ไม่สามารถปรับตัวพฤติกรรมและบทบาทของสมาชิก แต่ละคนได้เนื่องจากภาระหน้าที่และเมื่อเกิดปัญหา ใช้วิธีการแก้ไขปัญหามาโดยการทำบุญตักบาตรเป็น

การใช้หลักความเชื่อทางศาสนาเพื่อผ่อนคลายจิตใจ และในด้านการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาภายนอก ครอบครัว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานหารายได้ ไม่มีเวลาศึกษาหาความรู้หรือแสวงหาแนวทางเพื่อนำมาแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง แต่มีการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพพอสมควร ผู้นำชุมชนและอบต.เป็นต้น ลาซารัสและโฟลด์แมน¹⁶ กล่าวว่า เป็นการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาโดยมุ่งใช้อารมณ์ (Emotional focused coping) คือ บุคคลอาจไม่สามารถเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุผลเสมอไป บางครั้งจึงเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์เป็นหลัก โดยเฉพาะเมื่อบุคคลประหม่นแล้วพบว่าไม่มีสิ่งใดมาช่วยผ่อนคลายหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดโดยใช้อารมณ์จะช่วยให้บุคคลรักษาความหวัง (Hope) และความคิดเชิงบวก (Optimism) ไว้ แต่การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้อาจนำไปสู่การบิดเบือนข้อเท็จจริงของเหตุการณ์หรือหลอกตัวเอง (Self-deception) และพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านที่ 6 การตอบสนองความต้องการพื้นฐานอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.89$) และเมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ท่านดูแล/จัดหา/ปรุงอาหารให้แก่บุคคลโรคจิตเภท” อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.73$, $SD = 0.74$) สะท้อนให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัวมีการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การจัดอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัยได้เป็นอย่างดี ซึ่งหน้าที่ในด้านนี้เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั่วไป ซึ่งฟริตแมน โบว์เดลและโจนส์¹⁵กล่าวว่าทุกครอบครัวมีความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค

และที่อยู่อาศัย จึงถือเป็นหน้าที่หลักที่ครอบครัวต้องปฏิบัติให้สำเร็จถึงแม้มีสมาชิกเจ็บป่วยและมีสถานการณ์เปราะบางและลำบากก็ตาม

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวตามการรับรู้ของบุคคลโรคจิตเภท แต่ในการศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวโดยตรง จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างและมีรายละเอียดมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เช่น การพึ่งพาชุมชนให้ช่วยสังเกตดูแลในช่วงกลางวันที่ไม่อยู่บ้าน พบว่าปัญหาเศรษฐกิจจัดการได้ระดับปานกลางร้อยละ 83.3 เนื่องจากยากจนจึงต้องให้บุคคลโรคจิตเภทดูแลตนเองและฝากเพื่อนบ้านให้ช่วยดูแลสังเกต แต่ก็ยังพบว่าชุมชนมีข้อจำกัดในด้านเวลาจึงให้ผู้ป่วยดูแลตนเองโดยให้เงินไว้ซื้ออาหารเครื่องดื่ม (3 ครอบครัว) แต่ครอบครัวยังรู้สึกกังวลกลัวว่าบุคคลโรคจิตเภทจะไปใช้สิ่งเสพติดจึงพยายามดักเตือนสั่งสอนและห้ามปรามในเรื่องนี้อย่างมาก (16 ครอบครัว) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ¹⁴ กล่าวว่าความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลโรคจิตเภทส่วนมากเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ แม่และพี่มากที่สุด (ร้อยละ 17) รองลงมาเป็นพ่อและบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 12.5 เท่ากัน) เพื่อนบ้าน ญาติ (ร้อยละ 4) พบน้อยที่สุดคือ ภรรยา น้อง และบุตรของบุคคลเจ็บป่วยซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการทำหน้าที่ครอบครัวโดยได้รับการสนับสนุนจากชุมชนร่วมด้วยนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา 1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรด้านสุขภาพควรมุ่งพัฒนาศักยภาพ

ครอบครัวในการทำหน้าที่ทุกด้านให้มีประสิทธิภาพ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบเพื่อการพัฒนาศักยภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท โดยเฉพาะด้านการเผชิญความเครียด รวมทั้งการหาความรู้เพื่อดูแลและควรใช้วิธีวิจัยแบบเชิงผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลหน้าที่ครอบครัวทั้งระบบได้อย่างเฉพาะเจาะจงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสนับสนุนให้ชุมชนร่วมกันดูแลบุคคลโรคจิตเภทรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว และ 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรเสนอข้อมูลผลการวิจัยนี้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ องค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผลการศึกษา

พบว่าครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทมีการทำหน้าที่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การเผชิญความเครียดและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดพบการปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การสังเกตสิ่งผิดปกติและแสวงหาความรู้เพื่อดูแลบุคคลเจ็บป่วยซึ่งมีผลมาจากฐานะเศรษฐกิจไม่ดีต้องทำหน้าที่จัดการในเรื่องนี้ส่งผลให้กระทบต่อการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในการเฝ้าระวัง สังเกตติดตามบุคคลเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสอ อาสาสมัคร

สาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือสะท้อนความคิดที่มีคุณค่าในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ผู้นิพนธ์ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกแบบการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลและเขียนร่างบทความตลอดจนผู้นิพนธ์ทุกคนอ่านและตรวจสอบบทความก่อนส่งไปตีพิมพ์

แหล่งทุนในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัวในการดำเนินวิจัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในงานวิจัย

References

1. World Health Organization. Schizophrenia. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia>, accessed 20 March, 2020.
2. World Health Organization. Schizophrenia. Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia>, accessed 23 March, 2019.
3. Kalasin Provincial Statistical Office. Kalasin provincial statistical report 2017. Available from: <http://kalasin.nso.go.th/index.php>, accessed 23 March, 2019.
4. Department of Mental Health. Annual report department of mental health fiscal year 2018. Bangkok: Lamom Publishing Co., Ltd.; 2018. (In Thai).

5. Office of the National Economics and Social Development Council. The Twelfth National Economic and Social Development Plan 2017-2021. Available from: <https://www.nesdc.go.th>, accessed 3 February, 2017.
6. Ganguly K, Chadda R, Singh B. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study. *Am J Psychiatr Rehabil* 2010; 13(2): 126-42.
7. Hussein H. Family functioning among caregivers of patients with schizophrenia in Baghdad city. *Karbala Journal of Medicine* 2012; 5(1): 1204-10.
8. Tan S, Yeoh A, Choo I, Huang A, Ong S, Ismail H, et al. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs* 2012; 21 (17-18): 2410-18.
9. Epstein N, Baldwin L, Bishop D. The McMaster model of functioning. *J Marriage Fam Couns* 1978;40(4):19-31.
10. DeSousa A. Family functioning in schizophrenia: A clinical study. *Paripex Indian Journal of Research* 2014; 3(9): 114-17.
11. Trangkhasombat U. Family therapy and family counseling. Bangkok: Family Research and Development Center, Thailand; 1997. (In Thai).
12. Thongkam A. Family function as perceived by people with relapsed schizophrenia. [M.Sc. Independent Study in Nursing]. Chiang Mai: Faculty of Graduate Studies, Chiang Mai University, Thailand; 2003.
13. Krinnoi S. Selected factors related to family functioning as perceived by family caregivers of schizophrenia patient. [M.Sc. Thesis in Nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Chulalongkorn University; 2012.
14. Boontoch K, Sricamsuk Saito A, Arunpongpaisal S. Social support in patients with schizophrenia. *Journal Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58(1): 89-100.
15. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. 5th edition. New Jersey: Pearson Education; 2003.
16. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.

การกำหนดกิจของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภทในบริบทชุมชน

จิรัชยา หลาวมา¹, เสาวคนธ์ วีระศิริ², พิมภา สุตรา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภทในบริบทชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่มีบุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวน 30 ครอบครัว รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุคคลโรคจิตเภท โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีการทำหน้าที่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.15$, $SD = 0.68$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.89$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย

ต่ำที่สุด ได้แก่ การเผชิญความเครียดและปัญหา ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.80$) และจากข้อมูลคำถามปลายเปิดพบการปฏิบัติที่น้อยที่สุด ได้แก่ การสังเกตสิ่งผิดปกติ และแสวงหาความรู้เพื่อดูแลบุคคลเจ็บป่วย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การเผชิญปัญหา การหาความรู้และการสังเกตอาการผิดปกติให้มีประสิทธิภาพในส่วนของระบบบริการสุขภาพควรดูแลครอบครัวให้พร้อมก่อนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและติดตามสนับสนุนครอบครัวในระดับปฐมภูมิในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว, โรคจิตเภท, บริบทชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น