

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 - 59 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารับบริการ ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา และ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือ บุตรคนใดคนหนึ่ง ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลเพื่อสะดวกในการมาเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับบริการ ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 - 59 ปี ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจ

2) เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

3) มีอาการทางจิตในระดับน้อย ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา มีค่าคะแนนต่ำกว่า 36 คะแนน

4) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

5) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้

6) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท

2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

4) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้

5) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการ ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จากเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 25 – 27 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ได้ทั้งหมด 22 คน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน เพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 22 คนที่ได้รับการคัดเลือกจากเวชระเบียน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเหลือเพียง 20 คน และติดต่อผู้ดูแลโดยทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำโปรแกรมซึ่งมีผู้สนใจ จำนวน 20 คน (มีผู้ดูแลของผู้ป่วย 2 คนที่ไม่สะดวกในการมาเข้าร่วมโปรแกรมติดต่อกันภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์จึงขอลงตัวออก)

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ครบ 20 ครอบครัว จึงสอบถามความสะดวกของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะทำงานและมีเวลาว่างในช่วงเลิกงานวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 16.30- 18.30 น. และวันหยุดสุดสัปดาห์ โดยตกลงดำเนินกิจกรรมที่หอผู้ป่วยใน

3. ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษาและขอความร่วมมือ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จะต้องเข้าร่วมโปรแกรมครบครันละ 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยโปรแกรม 1 ครั้งจะประกอบด้วย 2 กิจกรรม

4. ผู้ศึกษานัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายครอบครัวที่หอผู้ป่วยใน ตามที่นัดหมายเวลาไว้

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือดีและมาเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทุกครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงการศึกษาอิสระได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการด้านการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2551 และได้รับอนุญาตให้ทำการศึกษาได้ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการศึกษา โดยทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เมื่อวันที่ 25 – 27 สิงหาคม พ.ศ. 2551 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 20 คน และผู้ดูแล 20 คน ผู้ศึกษาจึงเริ่มสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัว อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วมการศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อกรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมทางวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากกรเข้าร่วมการศึกษาก่อนที่โครงการศึกษาจะสิ้นสุดได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา และในระหว่างเข้าร่วมโครงการสามารถขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยได้ หรือหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการศึกษาสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลาโดยทางโทรศัพท์ตามที่ได้ให้ไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่ง พัฒนามาจาก แนวคิดการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคทางจิตเวชสำหรับครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค พยาธิสภาพ แนวคิดทฤษฎี และรูปแบบของการให้ความรู้ครอบครัว โดยการกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

1.3 ศึกษาปัญหาและสาเหตุในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.4 สร้างโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ปริญญาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดรูปแบบกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาและแนวทางการดูแลเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษา โดยผู้ศึกษาได้สร้างโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว โดยปรับปรุงจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจากการศึกษาของจิราพร รักษาการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตสำหรับครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยผู้ศึกษาได้ตัดกิจกรรมที่ 4 ออกเนื่องจากการสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำถึงปานกลาง และสามารถบอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว จึงประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยดำเนินการเป็นรายครอบครัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว โดยเนื้อหาของกิจกรรมโดยรวมจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ติดต่อกันโดย สัปดาห์แรก ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 โดยใช้เวลาดำเนินการละ 60 นาที ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของโรคและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคจิตเภท พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยาทางจิตเวช และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา

การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพและวิธีการขอความช่วยเหลือ การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสารและการอยู่ร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก่ใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก.) ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขคือ

1.1 กิจกรรมที่ 1

1) ใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว ให้ปรับโดยจับคู่ข้อความที่ตรงกันข้ามไว้เป็นคู่แล้วเรียงไว้ใกล้ๆ กันเพื่อให้เห็นความแตกต่างชัดเจน

1.2 กิจกรรมที่ 2

1) ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท ปรับคำถามให้ชัดเจนขึ้น โดยเพิ่มคำว่า “คืออะไร” ต่อท้ายคำถาม

2) ใบงานที่ 2/3 ปรับการใช้เครื่องหมายไปในทางเดียวกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสับสน

3) ใบงานที่ 2/4 ปรับคำตอบให้มีความชัดเจนขึ้น โดยกำหนดหัวข้อในแต่ละรายข้อเป็นตัวพยัญชนะ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของรายข้อคำถาม

4) ใบความรู้ที่ 2/1 ปรับความหมายของโรคจิตเภท

5) ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ปรับความหมายของยารักษาโรคจิตให้เข้าใจง่าย ปรับเนื้อหาให้กระชับและชัดเจนขึ้น

6) ใบความรู้ที่ 2/3 ปรับเนื้อหาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตให้สอดคล้องกับคำนิยามของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

1.3 กิจกรรมที่ 3

1) ใบงานที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทให้ปรับถ้อยคำให้เข้าใจง่าย

2) ใบความรู้ที่ 3/1 ปรับเนื้อหาให้กระชับและชัดเจนขึ้น

2. หลังการปรับแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่าย เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจำนวนสมาชิกในครอบครัว

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 18 ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3

นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้ในการศึกษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงโดยรวม .87

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ปรับปรุงแก้ไขโดยปรับข้อความ ภาษาให้ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่ายเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ

8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10

4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และ
ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13

5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15,
16, 17 และ 19 และ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20

6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ
21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์กำกับการศึกษา ผู้ดูแล ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงโดยรวม .80 ซึ่งแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีชัดเจน เข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 2 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการพูดผิดปกติได้”

ข้อ 4 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น”
แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น”

ข้อ 6 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น”

ข้อ 7 “ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง ไม่สนใจ ตัวเอง” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว แยกตัวเอง เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจตัวเอง”

ข้อ 8 “เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนอื่นทั่วไป” แก้ไขเป็น “เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนอื่นทั่วไป”

ข้อ 9 “สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง” แก้ไขเป็น “สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง”

ข้อ 10 “โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ ” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ”

ข้อ 12 “ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในจิตใจจนทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก้ไขเป็น “ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทได้”

ข้อ 14 “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอาการทางจิตสงบถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากสุราหรือยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง”

ข้อ 21 “หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน การให้ผู้ป่วยจิตเภททำงานหรือทำกิจกรรมที่ใช้กำลังในเวลากลางวัน เช่น ขุดดิน รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า เพื่อให้เหนื่อย จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้” แก้ไขเป็น “หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน การให้ผู้ป่วยจิตเภททำงานหรือทำกิจกรรมที่ได้ใช้กำลังในเวลากลางวันเช่น ขุดดิน รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้าจะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยต้องการพักผ่อนมากขึ้นและ จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้”

ข้อ 28 “หากท่านมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ อาการดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากความเครียดได้” แก้ไขเป็น “การสื่อสารทางบวกมักแสดงออกถึงความคิด ความเข้าใจ เห็นใจ และรับรู้ความรู้สึก เป็นการสื่อสารที่ดี” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ข้อ 29 “การผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น” แก้ไขเป็น

“วิพากษ์วิจารณ์ ต่อว่าหรือใช้น้ำเสียงดุคั้นและแสดงอารมณ์โต้ตอบกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง”

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งปรับปรุงจากการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) และของพรสวรรค์ พูลกระจำง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อและข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบ ว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

เกณฑ์กำกับการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในการปฏิบัติตน การใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงโดยรวม .83 ซึ่งแบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้ชัดเจน เข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 2 “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย ท่านสามารถแก้ไขโดยรับประทานยาแก้แพ้เพิ่มตามที่แพทย์สั่งไว้” แก้ไขเป็น “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตไม่รุนแรง เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย อาการอาจหายเองได้ เมื่อท่านรับประทานยาแก้แพ้หรือยาลดอาการข้างเคียงจากยาตามที่แพทย์สั่ง”

ข้อ 5 “เมื่อท่านเป็นโรคจิตเภทแล้ว ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้” แก้ไขเป็น “เมื่อท่านป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว การรับประทานยารักษาอาการทางจิตจะช่วยควบคุมอาการทางจิตไม่ให้กำเริบขึ้นได้”

ข้อ 8 “เมื่อท่านมีอาการหน้ามืด มึนศีรษะ ต้องรีบลุกขึ้นอย่างรวดเร็ว” แก้ไขเป็น “เมื่อรับประทานยาแล้ว ท่านมีอาการหน้ามืด มึนศีรษะต้องรีบลุกขึ้นอย่างรวดเร็ว” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ข้อ 11 “โรคจิตเภทส่วนใหญ่จะปรากฏอาการครั้งแรกในวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ข้อ 12 “อาการของโรคจิตมี 2 แบบ คืออาการแสดงเด่นชัดและอาการแสดงไม่เด่นชัด” แก้ไขเป็น “อาการของโรคจิตเภทที่พบ มักมีความผิดปกติด้านความคิด การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา

ข้อ 13 “เมื่อท่านป่วยช้าบ่อยๆทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว” แก้ไขเป็น “เมื่อท่านป่วยทางจิตช้าบ่อยๆทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว”

ข้อ 14 “ท่านเชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน” แก้ไขเป็น “ท่านเชื่อว่าการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยทางจิตไม่จำเป็นต้องรับประทานยา” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินโครงการศึกษาด้วยตนเองทั้งหมด ดังนี้

- 1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนดำเนินงาน
- 2) ประสานงานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี พร้อมส่งโครงร่างโครงการศึกษาอิสระฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งส่งโครงร่างการศึกษา ต่อคณะกรรมการด้านการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมเพื่อทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้ในวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2551

แล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับกลุ่มงานการพยาบาล

3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนในระหว่างวันที่ 25-27 สิงหาคม พ.ศ.2551 ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คนและผู้ดูแลจำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก จากนั้นผู้ศึกษาประสานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยใน เพื่อเข้าพบผู้ป่วยจิตเภท และโทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลเพื่อชักชวนเข้าร่วมโครงการ โดยนัดหมายที่หอผู้ป่วยใน เพื่อแนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เซนต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลทั่วไปทั้งของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล และประเมินแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) ในวันแรกที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นจึงนัดเวลาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว ที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

5) ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวที่หอผู้ป่วยใน สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที จนครบ 4 กิจกรรม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน (ตั้งแต่ 25 สิงหาคม - 7 กันยายน 2551) ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้เกิดผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลความรู้สึที่ดีต่อกัน
5. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วจึงถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบงานที่ 1/4 ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ดูแล
5. ใบความรู้ที่ 1/1 โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
6. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

พบว่าสมาชิกทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยซักถามและแสดงความคิดเห็น มีบางครอบครัวที่อ่านหนังสือไม่ค่อยออกและไม่เข้าใจคำถาม ผู้ศึกษาได้อ่านและอธิบายคำถามเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน และหลังจากทำใบงานเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว (ใบงานที่ 1/1) พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวอบอุ่น เป็นมิตรและใกล้ชิด มีเพียงบางครอบครัวที่มีลักษณะเห็นห่าง ไม่ค่อยใกล้ชิดกันเนื่องจากผู้ดูแลมีภาระในงานอาชีพและต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงไม่ค่อยมีเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆร่วมกัน

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบ (ใบงานที่ 1/2) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน ส่วนความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท (ใบงานที่ 1/3) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ แต่บางครอบครัวก็รู้สึกกังวล หนักใจและท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาาน ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว และบางครั้งเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียเวลามากมาย ทำให้ไม่มีเวลาไปประกอบอาชีพหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“รู้สึกสงสารและเป็นห่วงเขานะ ไม่อยากให้เขาเป็นอย่างนี้หรอก แต่ยังไงก็ต้องดูแลเพราะเขาเป็นลูกเรา”

“รู้สึกหนักใจมากนะเวลาที่เขามีอาการกำเริบ เพราะลำบากมาก ไหนจะต้องทำงาน ไหนจะต้องพาเขามาหาหมอ ไหนจะต้องหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย มันมีปัญหาจริงๆ”

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รู้สึกรักและสงสารผู้ดูแลเหมือนกันที่ต้องสละเวลามาดูแลตนเอง และบางครั้งรู้สึกเสียใจที่ทำอะไรผิดพลาดลงไป เนื่องจากไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“หนูรักแม่ค่ะ สงสารแม่ที่ต้องมาคอยดูแล หนูรู้ว่าแม่เหนื่อย ถ้าหนูเลือกได้ก็ไม่อยากเป็นอย่างนี้หรอก”

“เวลาที่ผมของขึ้น ผมไม่รู้ว่าทำอะไรลงไปพอรู้ตัวก็เสียใจเหมือนกันครับ ของก็พัง แม่ก็เสียใจ ”

ในกิจกรรมที่ 1 ผู้ศึกษาพบว่าความรู้สึกที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีต่อกันและกัน มีทั้งอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งความรู้สึกด้านลบจะมีผลต่อการแสดงอารมณ์ พฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงช่วยปรับความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีมุมมองด้านบวก มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยโดยอาศัยพื้นฐานความรู้สึกที่แท้จริงซึ่งก็รักและห่วงใยเนื่องจากผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ไม่ให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ ก็จะช่วยลดภาระหนักในการดูแล ส่วนผู้ป่วยก็อยากให้ผู้ดูแลรับรู้ความรู้สึกของตนบ้าง ซึ่งตัวผู้ป่วยเองไม่ได้อยากป่วยหรือต้องการเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ แต่บางครั้งก็ควบคุมตัวเองไม่ได้ ผู้ศึกษาจึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เห็นใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น และการที่ผู้ศึกษาให้ความรู้สึกที่ดี ห่วงใย เอื้ออาทรอยากช่วยเหลือทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทั้งต่อตัวผู้ศึกษา ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกันดี

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องการรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|-----------------|--|
| 1. ใบงานที่ 2/1 | อาการของโรคจิตเภท |
| 2. ใบงานที่ 2/2 | การรักษาโรคจิตเภท |
| 3. ใบงานที่ 2/3 | การสังเกตอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคจิต |
| 4. ใบงานที่ 2/4 | การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคจิต |

5. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
7. ใบความรู้ที่ 2/3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
8. คู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

จากการที่ให้ผู้ดูแลทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ใบงานที่ 2/1) พบว่าอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ซึ่งมักพบ ได้แก่ นอนไม่หลับ เหม่อลอยและพูดคนเดียว บางรายมีอาการหูแว่วและเห็นภาพหลอนร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“อยู่ดีๆก็พูดคนเดียว ไม่ยอมคุยกับญาติ ถามก็จะหงุดหงิด ไม่สนใจฟังเวลาพูดด้วย”

“มันบอกว่าเห็นผี ร้องโวยวายว่กแล้ว ไม่ยอมนอน ชั้นก็ต้องนั่งถ่างตาอยู่เป็นเพื่อนทั้งคืน”

และจากการสอบถามผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่าส่วนใหญ่บอกว่าเกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียด และบุคลิกภาพเดิม และบางรายบอกเคยใช้สารเสพติดมาก่อน บางครอบครัวเชื่อว่าเกิดจากเวรกรรม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ผมว่าที่ผมเป็นน่าจะเป็นเพราะผมเครียดง่าย และไม่ชอบคุยกับใคร ชอบอยู่เงียบๆ”

“ป้าว่ามันเป็นเวรกรรมมั้ง ซาดีก่อนคงทำบาปกรรมไว้เยอะ”

ผู้ศึกษาจึงให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ อาการเพื่อแก้ไขความคิดที่ผิดๆ และจากการสอบถามถึงการรักษาที่ผ่านมา (ใบงานที่ 2/2) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มักไม่ค่อยมีอาการกำเริบตามมา แต่ผู้ป่วยเหล่านั้นมักจะเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ที่พบบ่อยคือ ตัวแข็ง และง่วงซึมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มักหยุดยาเอง ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยบอกว่ากินยาแล้วทำงานไม่ได้ บางรายนำไปถึง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ผมก็ไปเอายาโรงพยาบาลมากิน บางทีกินแล้วมันง่วงมากทำงานอะไรไม่ได้ ผมก็เลยไม่กินยา ไม่ได้บอกหมอเขาหรอก เพราะคิดว่าไม่เป็นอะไร”

“บางครั้งถ้าเขากินยาแล้วมีอาการง่วงมาก เขาก็ไม่กิน ต้องคอยดู กลัวเขาเอาไปทิ้ง”

เมื่อสอบถามถึงวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว (ใบงานที่ 2/4) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ได้ยาแก้แพ้และลดอาการข้างเคียงมารับประทานร่วมกับยาทางจิตเวชอยู่แล้ว และถ้าบางรายที่มีอาการรุนแรงจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถ้ามีอาการง่วงมาก อ่อนเพลีย พี่ก็จะให้เขานอนนะ กลัวเขาหกล้มและเกิดอุบัติเหตุ”

“มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ผมมีอาการมึนงง กระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ ถิ่นแข็ง พุดไม่รู้เรื่อง แม่ก็รีบพาผมไปโรงพยาบาลเลย”

ผู้ศึกษาจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องและให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มเติมและทำความเข้าใจกับผลและอาการข้างเคียงของยาที่สามารถแก้ไขได้ ในการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ สนใจในการทำกิจกรรมและร่วมตอบข้อซักถาม จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต และเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยเฉพาะการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยาทางจิตเวชและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น
5. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

การใช้ยา

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|-----------------|---|
| 1. ใบงานที่ 3/1 | การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย |
| 2. ใบงานที่ 3/2 | พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท |
| 3. ใบงานที่ 3/3 | อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาและวิธีการจัดการ |

4. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 3/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
6. ใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
7. คู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

จากการที่ร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกันและนำเสนอ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้มีการพูดคุย และบอกถึงวิธีการป้องกันอาการกำเริบได้ โดยการดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงความเครียด โดยหางานอดิเรกให้ทำ เช่นรดน้ำต้นไม้ ดูทีวี ฯลฯ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“แม่ก็พยายามให้เขากินยาตลอด พยายามไม่ให้ขาด เคยขาดยาแล้วอาละวาดวุ่นวายน่าดู”

“หนูพยายามหาอะไรทำเพลินๆ เพื่อไม่ให้เครียดส่วนมากจะช่วยที่บ้านรดน้ำต้นไม้ ดูทีวี บางครั้งก็ไปช่วยแม่ถือของที่ตลาดบ้าง เพราะแม่ต้องออกไปซื้อของสดมาทำกับข้าวขาย”

ผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา จากนั้นจึงซักถามเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ (ใบงานที่ 3/1) พบว่าอาการเตือนส่วนใหญ่ ได้แก่ หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน และแยกตัว ไม่ค่อยคุยกับใคร จากนั้นจึงให้สมาชิกยกตัวอย่างถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการจัดการ (ใบงานที่ 3/2) พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือ กลางคืนนอนไม่เป็นเวลา วิธีการจัดการ คือพยายามไม่ให้นอนกลางวัน และไม่คอยสนใจดูแลตัวเอง วิธีการจัดการ คือ พูดคุยกับเขาดีๆ ซักชวนให้ช่วยเหลือตัวเอง และกล่าวชมเขาเวลาเขาทำได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ส่วนมากกลางคืนจะไม่นอน ก็พยายามให้เขาช่วยงานบ้านเล็กน้อยๆทำโน่นทำนี่ร่วมกันในตอนกลางวัน กลางคืนจะได้หลับได้”

“ลูกป่านะมันไม่ยอมอาบน้ำ ไม่ค่อยกินข้าวกินปลา ชอบอยู่แต่ในห้อง ป้าก็จะพูดกับเขาดีๆ ค่อยๆพูด บางครั้งก็ต้องขอเหมือนเด็กๆเลย ให้รางวัลกันบ้าง”

“บางครั้งผมก็หงุดหงิด เสียงดังบ้าง แม่เขาก็ไม่เข้าใจผม เขาชอบจู้จี้ จนผมหงุดหงิด ผมก็จะโวยวาย แต่พอผมสงบอารมณ์ดีๆผมก็ขอโทษแม่นะ ผมก็พยายามควบคุมตัวเองนะ คอยบอกคอยเตือนตัวเอง”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ได้ร่วมอภิปราย และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ จากนั้นจึงซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและวิธีการจัดการที่เหมาะสม (ใบงานที่ 3/3) ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลส่วนใหญ่ บอกว่าต้อง

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีบางครอบครัวที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา เนื่องจากไม่ทราบถึงการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

ที่มีอาการวงงซึม ตาพร่ามัว

“บางครั้งเขาก็ไม่กินยา บอกว่ากินแล้ววงง เบลอๆทั้งวัน” ผู้ศึกษาจึงให้ความรู้เพิ่มเติมว่ายาทางจิตเวชเมื่อเรารับประทานเข้าไปแล้ว ยาจะปรับให้สารชีวเคมีในสมองสมดุลย์ ดังนั้นเมื่อเรารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สารเคมีในสมองก็ย่อมแปรปรวน ไม่คงที่ ทำให้อาการทางจิตเวชปรากฏเร็วขึ้นได้ จึงควรรับประทานยาให้สม่ำเสมอทุกวัน ซึ่งทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยก็มีความเข้าใจมากขึ้น และถ้ารู้สึกมีอาการวงงซึมมากผิดปกติควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา

ส่วนอาการตัวแข็ง คอแข็งเกร็ง

“บางคนเขาว่ากินยาไม่ถูก แต่บางทีหนูกินยาเม็ดขาวๆสักพักก็หายเอง”

ชัก เกร็ง หลังแอ่น ตาเหลือก ไข้ขึ้น การหายใจผิดปกติ

“ยังไม่เคยเจอ แต่ถ้าเป็นอย่างว่า คงต้องรีบพาไปโรงพยาบาลเหมือนกัน ”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเล่า จากนั้นจึงให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลทราบและเข้าใจถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาได้มากขึ้น และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการ

ช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ”
2. ใบงานที่ 4/2 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก”
3. ใบงานที่ 4/3 แหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 4/1 การสื่อสารในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 4/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
6. คู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

จากการที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองในเรื่อง “ การสื่อสารทางลบ ” และ “ การสื่อสารทางบวก ” พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความร่วมมือดี และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ผ่านมาว่า บางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะอาจทำให้คนที่ได้ยินรู้สึกไม่ดี เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และไม่ยอมให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอีก ดังตัวอย่าง เช่น

การสื่อสารทางลบ

“ ครั้งนั้นตวาดเขาและคูที่เขาไม่ยอมกินยา เขาก็เลยหงุดหงิดและเดินหนีไป ไม่ยอมกินยา ”

“ บางครั้งเหนื่อยมา พอมานเจอเขาพูดกระแทกเสียงดัง อารมณ์เลยขึ้น เลยตวาดกลับไป ”

การสื่อสารทางบวก

“ตอนนี้นั่งดูทีวีไปก่อนนะลูก เคี้ยวสักพักค่อยมากินยานะ เพราะถ้าลูกกินยาแล้ว ลูกจะได้อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดใจ”

“ถ้าหนูไม่นอน เคี้ยวตอนเช้าจะดูโทรมและไม่มีชีวิตชีวานะลูก”

“ผมอยากให้แม่พูดกับผมดีๆ ไม่ดุผม ”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัวและสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อกันในการสื่อสาร โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ร่วมกันฝึก ดังตัวอย่างคำพูด

“ลูกพอจะช่วยแม่ได้ไหม ถ้าแม่อยากให้ลูกกินยา”

“ผมอยากให้แม่สบายใจ ผมจะกินยาและดูแลตนเองครับ”

“ขอบใจมากนะ ที่ลูกรักแม่และทำตามที่แม่ขอร้อง”

ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ความร่วมมือและบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำกลับไปใช้ในครอบครัว จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้สมาชิกบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่ ถ้ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเล็กน้อยและไม่รุนแรงจะไปที่สถานีนามัหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ยกเว้นเวลาที่มีอาการมากหรือรับยาประจำ จึงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ถ้ารุนแรงมากทางโรงพยาบาลก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางต่อไป ส่วนใหญ่จะไม่เสียเงินค่ายา เนื่องจากมีบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทองอยู่แล้ว ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ส่วนมากถ้าเป็นอะไรนิดหน่อย ก็ไปที่อนามัยนะ”

“ถ้าอาละวาดมากๆ เอาไม่อยู่ ก็ตามพวกกู้ภัยหรือตำรวจมาช่วยกันนำส่งโรงพยาบาล”

“โชคดีนะ ที่เดี๋ยวนี้ไม่ต้องเสียตังค์ มีบัตรสุขภาพคอยยังช่วยหน่อย”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ได้ จากนั้นจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ ตลอดจนวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

การกำกับการศึกษา หลังดำเนิน โปรแกรมสิ้นสุดลง ผู้ศึกษาจึงทำการกำกับการศึกษาทันทีโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยแสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว (N=20)

ครอบครัว(คู่ที่)	คะแนนความรู้			
	ผู้ป่วย	ร้อยละ	ผู้ดูแล	ร้อยละ
1	17	89	28	93
2	17	89	28	93
3	17	89	26	86.6
4	18	95	27	90
5	16	84	29	96.6
6	19	100	27	90
7	16	84	29	96.6
8	18	95	28	93
9	19	100	27	90
10	18	95	28	93
11	17	89	26	86.6
12	18	95	29	96.6
13	18	95	28	93
14	18	95	27	90
15	19	100	29	96.6
16	17	89	26	86.6
17	19	100	29	96.6
18	17	89	28	93
19	18	95	27	90
20	16	84	29	96.6

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ขึ้นไป

หลังดำเนินการตามโปรแกรมสิ้นสุดลงแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผล ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการศึกษาพร้อมแสดงความขอบคุณ โดยดำเนินการในวันที่ 15-17 กันยายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวโดย หาคะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05