

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนท่าช้าง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี

2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายเก่าที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ

1) ได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน

2) ไม่จำกัดการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ

3) ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้

4) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและให้ความร่วมมือ

2.2 ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

2) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

แต่ในการศึกษานี้จะทำการประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 20 คน โดย

1. ผู้ศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีอยู่ในทะเบียนของโรงพยาบาลท่าช้างที่ได้รับการส่งต่อจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช ชักประวัติ ตรวจสอบคุณสมบัติ และคัดเลือกผู้ดูแลหลัก

2. เมื่อคัดเลือกได้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมตามที่กำหนดแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักอย่างสังเขป เพื่อตรวจสอบความสนใจและการยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา

3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ศึกษาให้เซ็นต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ วิธีเข้าร่วมในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งออกจากการเข้าร่วมการศึกษา ก่อนที่โครงการศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 3 ชุด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านโดยได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา(2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี โดยศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา(2548) และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ร่วมกับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) แนวคิดระบบการพยาบาลของ Orem (1991) และ ศึกษาคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1.2 นำเนื้อหาที่ได้มากำหนดโครงสร้างเป็น โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาได้เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับและให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หมายถึงกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านและชุมชน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข โดยพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม เป็นกิจกรรมที่จะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักลดความวิตกกังวล สามารถจัดการกับปัญหาได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิต หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการสอน แนะนำ และสาธิต และใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการใช้ยาทางจิต โดยเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคและการรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการความเครียดและอารมณ์

ความรู้สึกละอายใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยที่ผู้ดูแลหลักเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษา กระทำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกัน โดยให้ความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมที่นำไปสู่การเกิดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด แนะนำวิธีการช่วยเหลือและวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะเครียด และป้องกันการภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้ศึกษานำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นทุกขั้นตอน รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่า เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมใดแต่ละขั้นตอน และมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมดีอยู่แล้ว แต่มีปัญหาคือพบเพียงเล็กน้อยที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือ

1) ควรปรับเนื้อหาในโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของ Orem

2) ภาษาที่ใช้ในใบความรู้ควรเป็นภาษาที่ผู้ป่วยและญาติอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย ไม่ควรใช้ภาษาวิชาการมากเกินไป และควรสรุปเนื้อหาความรู้ให้กระชับ

3. ควรใช้คำที่เหมาะสมเพื่อให้การแปลความหมายของประโยคถูกต้องและชัดเจน หลังจากนั้นผู้ศึกษา ได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา การแก้ไขมีดังนี้ คือ

1) เพิ่มรายละเอียด เนื้อหา ความรู้ ในโปรแกรมฯ ทุกกิจกรรมให้ครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2) ปรับปรุงภาษาที่ใช้ภาษาที่ใช้ในใบความรู้ให้เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่ายฯ

3) เลือกใช้คำที่เหมาะสมทำให้ประโยคเกิดความชัดเจนและถูกต้อง

หลังจากนั้นผู้ศึกษา ได้นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก จำนวน 3 ครอบครัว ที่อยู่ในชุมชนท่าช้าง อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อดูความเป็นไปได้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้ศึกษาต้องปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาท้องถิ่นที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะภาพสมรส รายได้ ผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาล

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของพัชณา ชันลา (2548) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของคนมากที่สุด แบ่งจำนวนข้อคำถามทั้งหมดเป็น ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) |
| 2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) |
| 3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) |
| 4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) |

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังต่อไปนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรือทำเป็นประจำ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนใหญ่ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์

ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เคยทำเลย

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความหมายทางบวก (ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24)

ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน	4	คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ทำนาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อความหมายทางลบ (ข้อ 4, 5, 8, 9, 11)

ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน	1	คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ทำนาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ให้คะแนน	4	คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ (มัลลิกา บุญนาค, 2548) ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาทางจิต จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

9-18	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
19-27	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
28-36	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

8-16	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
17-24	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
25-32	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4-8	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
9-12	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
13-16	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4-6	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
7-9	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
10-12	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนโดยรวม จำนวน 24 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-96 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

24-48	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
49-72	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
73-96	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.83

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการศึกษา

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของ พัทธนา ชันลา (2548) ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนนคือ

ตอบถูก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,,15,16,17,19,20

ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3, 10, 18

ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คิดคะแนนโดยการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์การประเมินผล คือ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม (สัปดาห์ที่3) ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75 (จันทร์หา ชีระสมบูรณ์, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ พัทธนา ชันลา (2548) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ประเมินความตรงของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3.2 **แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก** เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติของ พัทธนา ชันลา (2548) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 27

ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 28

ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คิดคะแนนโดยการนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์การประเมินผล คือ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 21 คะแนนหรือร้อยละ 75 (จันทร์หา ชีระสมบูรณ์, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษานำแบบทดสอบที่ พัฒนา ขั้นต่ำ พัฒนาขึ้น มาประยุกต์ และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน(Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

วิธีการดำเนินการศึกษา

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้ ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารในเรื่องการสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษารอบครัวรายกลุ่ม และรายครอบครัว จากกรมสุขภาพจิต ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเฉพาะกลุ่ม และฝึกทักษะ โดยได้รับการฝึกสอนจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม ได้แก่ อำนวยความสะดวกก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและสมาชิก เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น นำกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ กระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลง การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การชี้แนะในการให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ที่แหล่งฝึกปฏิบัติงานและในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ร่วมกับปรึกษาและขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และครอบคลุม

2. เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3. ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าช้าง พร้อม โครงร่างการศึกษาอิสระฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย เพื่อเสนอขออนุมัติในหลักการ ขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษา

4. เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการศึกษา ช่วยกระตุ้นสมาชิกในการทำกิจกรรม ร่วมสังเกตการณ์และจดบันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งบันทึกปัจจัยบำบัดต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ช่วยในการดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้นรายบุคคล และรายกลุ่ม การให้ความรู้ และรับผิดชอบงานในการออกเยี่ยมบ้าน โดยการชี้แจงโครงการ ขั้นตอนการดำเนินการ และกิจกรรมต่างๆ

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คนและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง ขั้นตอนและระยะเวลาในการทำกิจวัตร ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือในการศึกษา หากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นัดวัน เวลาในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมทั้งค้นหาสภาพปัญหา จากจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดวินิจฉัยและวางแผนการช่วยเหลือ

2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัว ครั้งที่ 1 ในวันที่ 12-14 เมษายน 2551 ผู้ศึกษาไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัว และโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนจากนั้นได้ปฏิบัติ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาทางจิต และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เวลาในการเยี่ยมครั้งนี้ประมาณ 60 นาที

3. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ในวันที่ 16-18 เมษายน 2551 โดยห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เพิ่มเติม กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม และกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว โดยใช้เวลาในการเยี่ยมครั้งนี้ประมาณ 60 นาที

4. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 3 ในวันที่ 20 - 22 เมษายน 2551 โดยห่างจากครั้งที่สอง 1 สัปดาห์และ ปฏิบัติกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เพิ่มเติม กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และกิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้เวลาในการเยี่ยมครั้งนี้ประมาณ 60 นาที

สรุปการดำเนินงานกิจกรรมในโครงการ ตามตารางที่ 1 -3

ตารางที่ 1 การดำเนินงานกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่

ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

การรักษาด้วยยาทางจิต และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมครบคร้วละ 60 นาที

	วัน เดือน ปี	เวลา
ครบคร้ว ที่ 1 – 7	12 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครบคร้ว ที่ 8- 14	13 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครบคร้ว ที่ 15 – 20	14 เมษายน 2551	09.00-17.00 น.

ตารางที่ 2 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

และให้ความรู้เพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมครอบครัวละ 60 นาที

ลำดับ	วัน เดือน ปี	เวลา
ครอบครัว		
ครอบครัว ที่ 1 – 7	16 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครอบครัว ที่ 8- 14	17 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครอบครัว ที่ 15 – 20	18 เมษายน 2551	09.00-17.00 น.

ตารางที่ 3 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

และให้ความรู้เพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่

ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

และกำกับการศึกษา โดยการวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตและ ความรู้เกี่ยวกับการ

ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมครอบครัวละ 60 นาที

ลำดับ ครอบครัว	วัน เดือน ปี	เวลา
ครอบครัว ที่ 1 – 7	20 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครอบครัว ที่ 8- 14	21 เมษายน 2551	08.00-18.00 น.
ครอบครัว ที่ 15 – 20	22 เมษายน 2551	09.00-17.00 น.

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละตอนแสดงใน
เครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

1. มีสัมพันธภาพที่สร้างสรรค์กับนักศึกษา
2. ให้ความร่วมมือในการสนทนา และเข้าร่วมกิจกรรมกับนักศึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้
เกิดการยอมรับสัมพันธภาพ ความร่วมมือระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยมีขั้นตอนใน
การปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเอง
และประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อ่อนน้อม แสดงความสนใจในผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จากนั้น
ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกล่าวแนะนำตนเอง
2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้าง
ความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ตลอดจนกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

4. พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

5. ผู้ศึกษาพูดคุยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้เข้าใจ ขอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

6. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

จากการเข้าไปแนะนำตัว และทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ทั้ง 20 ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นมิตรและเป็นกันเองอย่างคุ้นเคย ยิ้มแย้มพูดคุยทักทาย ให้ความร่วมมือในการสนทนาด้วยเป็นอย่างดี เนื่องจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบางครอบครัวบอกกับผู้ศึกษาว่า ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานจากที่อื่นมาเยี่ยมแบบนี้เลย รู้สึกตื่นเต้นมาก ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกิดการเรียนรู้ซึ่งกัน ในบางครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเกิดความคุ้นเคยกับผู้ศึกษาเป็นอย่างดี เพราะเคยเจอกันบ้างแล้วตอนที่ไปรับยาทานต่อที่โรงพยาบาล และบางครอบครัวผู้ศึกษาได้เคยออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาพร้อมกับเจ้าหน้าที่ในระดับชุมชน แต่มีบางครอบครัวแสดงความไม่ค่อยไว้วางใจ โดยดูจากท่าทางระมัดระวังเวลาพูดคุยด้วย ทำให้ผู้ศึกษาต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าครอบครัวอื่น อาจเนื่องมาจากสาเหตุ ที่ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่สังคมกับผู้อื่นแม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวก็มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีนักทัศนคติของผู้ดูแลหลักที่มีต่อผู้ป่วยเป็นไปในแง่ลบ เบื่อหน่ายและมีความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแลหลักและสมาชิกคนอื่นๆ เป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลสัปดาห์ที่ 5 ทัศนคติของครอบครัวของผู้ดูแลหลักที่มีต่อผู้ป่วยก็เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักมีการพูดคุยระหว่างกันมากขึ้น แสดงความเอื้ออาทรต่อกัน มีการช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้นจากเดิม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การยอมรับความคิดเห็นและความต้องการของ

ผู้ป่วย รู้ได้จากการสังเกต และจากการพูดคุยการบอกเล่าจากตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักรับปากว่าจะให้การสนับสนุนดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มากขึ้นกว่าเดิม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ตามลำพัง จะดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตรงตามที่แพทย์สั่ง และจะพยายามพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

- 1.สำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการที่แท้จริง และกำหนดได้ว่าปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคืออะไรได้ตามสภาพความเป็นจริง
- 2.ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดร่วมกัน
- 3.สร้างพฤติกรรมใหม่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้นหลังจากได้มีการแก้ปัญหาาร่วมกัน

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ โดยกระตุ้นให้เกิดการหาข้อสรุปเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้ศึกษาใช้ประโยคในการเริ่มต้น เช่น “เราจะคุยอะไรกันดีคะ” “ตอนนี้คุณบอกได้ไหมคะว่าจะให้ดิฉันช่วยเหลืออะไร” “มีอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจ และพอจะบอกให้ดิฉันทราบได้ไหมคะ”
2. การสำรวจปัญหา โดยต้องกำหนดให้ได้ว่าปัญหาคืออะไร โดยทั้งสองฝ่ายต้องเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจน ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการแก้ไขคืออะไร

2.1 การถาม ลักษณะคำถามที่ใช้ คือ

คำถามปลายเปิด เป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้ตอบ มีโอกาสแสดงความคิด ความรู้สึก การเรียงลำดับเหตุการณ์ตามที่เกิดขึ้นจริง ใช้คำถาม เช่น “ครอบครัวของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ” หรือ “ช่วยเล่าความรู้สึกตอนนั้นให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ”

คำถามเจาะเรื่อง ถามเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ปัญหาการนอนไม่หลับ การรับประทานอาหาร ความรู้สึกอ่อนเพลีย ความรู้สึกเบื่อ ปัญหาความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

ของครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดต่างๆ

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วย

ด้านการใช้ยาทางจิต

“เป็นโรคนี้นานๆ คุณเคยรู้สึกเบื่อหรือไม่” “เวลาเบื่อคุณทำอะไร....”

“ลองเล่าให้ฟังหน่อยนะคะ ว่ากินยาอย่างไร เมื่อไหร่บ้าง

“เข้ากินยาอะไรบ้าง”

“ขามีดสี.....กินเวลาไหนบ้าง , สี.....นี้ละ กินอย่างไร”(ให้ผู้ป่วยเอายาออกมาถามทีละตัว)

“ต้องรับประทานยาติดต่อกันนานๆเคยรู้สึกเบื่อบ้างมั๊ย” “ถ้าเบื่อ.....คุณทำอะไร”

“ กินยาแล้วเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการปากแห้ง คอแห้งมั๊ย กลืนน้ำลายลำบากมั๊ย ,คิดช้า ง่วงซึม เดินตัวแข็งแรงหรือเปล่า ,ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ้างมั๊ย”

“ กินเหล้ารีเปล่า ,สูบบุหรี่มั๊ย ยาบ้า กัญชาเคยสูบหรือเปล่า”

“เวลาหมอนัด.... เคยมีบ้างไหมที่ไม่อยากไป” “ถ้าไม่อยากไปแล้วทำอะไร”

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

“อยู่ที่บ้านทำอะไรบ้าง ทำเองหรือเปล่า หรือต้องมีคนอื่นช่วย”

“ช่วยทำงานบ้านบ้างรีเปล่า ,ทำทุกวันมั๊ย”

“การนอนหลับเป็นอย่างไรบ้างคะ”

“เวลานอนไม่หลับคุณทำอะไร....”

“ปกติเวลาอยู่ที่บ้านทำอะไรบ้าง” หรือ “เวลาอยู่ที่บ้านใครทำอาหารให้”

“เคยรู้สึกเบื่ออาหารบ้างไหม”

“คุณมีส่วนช่วยในการทำงานบ้านบ้างไหม เช่น ซักเสื้อผ้าเอง กวาดบ้านถูบ้าน รดน้ำต้นไม้และอื่นๆที่คุณสามารถช่วยทำ ”

ด้านการดูแลสุขภาพจิต

“ เมื่อเกิดความเครียดแล้วคุณมีวิธีการทำอย่างไรให้หายเครียด และอาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยไหม แล้วคุณจัดการกับความเครียดนี้ได้ทุกครั้งไหม”

“ เวลาไม่สบายใจ เคยเล่าให้ใครฟังบ้างมั๊ย (ถ้าไม่เคย แล้วทำอะไร),(ถ้าเคย เล่าแนะนำว่าอย่างไร เล่าช่วยได้มั๊ย)”

ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

“ เคยมีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายวันมั๊ย”

“เวลานอนไม่หลับ มีอาการหงุดหงิดมั๊ย”

“เคยได้ยินเสียงคนมาพูด แล้วมองไม่เห็นตัวคนพูดมั๊ย, ถ้าเคย....เค้าพูดว่าอย่างไรบ้าง”

“เคยได้ยินเสียงคนพูดในหัวเรามั๊ย”

“เคยเห็นภาพหลอน หรือเห็นผี เห็นวิญญาณหรือเปล่า ถ้าเห็น...แล้วรู้สึกอย่างไร, ทำอย่างไร”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ถามผู้ดูแลหลัก

ด้านการใช้จ่ายทางจิต

“เวลาผู้ป่วยอยู่บ้านกินยาขากมั๊ยคะ” “เคยแอบทิ้งยาหรือเปล่า”

“ถ้าเค้าไม่กินยา แล้วคุณทำอะไรคะ”

“เวลาหมอนัดเค้าไปตามนัดทุกครั้งมั๊ยคะ” “ถ้าไม่ไป คุณทำอะไรคะ”

“เขาเคยดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติดอื่นๆบ้างหรือเปล่า” หรือ

“เคยมีบ้างมั๊ยที่เค้าแอบไปใช้สารเสพติด แล้วคุณทำอะไร”

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

“ เขาช่วยเหลือตนเองได้มากน้อยขนาดไหน ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยซิคะ”

“ คุณคอยดูแลช่วยเหลือเค้าอย่างไรบ้าง”

“รู้สึกอย่างไรที่ต้องดูแลเค้าแบบนี้”

“เวลาทีมงานของครอบครัว เขามีส่วนร่วมทุกครั้งหรือเปล่า”

“ เขาชอบ ทักทายหรือพูดคุยกับคนอื่นๆ บ้างหรือเปล่า”

ด้านการดูแลสุขภาพจิต

“ เคยสังเกตบ้างไหม เวลาเขามีอาการมากขึ้น เขาแสดงหรือมีพฤติกรรมอย่างไร” “แล้วคุณทำอย่างไร”

ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

“คุณรู้ได้อย่างไรว่าเขามีอาการมากขึ้น”

“ก่อนที่เขาจะมีอาการมากขึ้น เขาเป็นอย่างไร”

“ คุณพอจะบอกได้ไหมว่า อาการเตือนก่อนเขาจะมีอาการกำเริบมากกว่าเดิมนั้นมีอะไรบ้าง ที่พอสังเกตได้ ช่วยบอกให้ฉันฟังหน่อยได้ไหมคะ”

“คุณจะมีส่วนช่วยอย่างไรได้บ้างในการป้องกันไม่ให้เขามีอาการกำเริบมากกว่าเดิมที่เขาเป็นอยู่ และถ้าเขามีอาการคุณจะมีวิธีการจัดการอย่างไรบ้าง”

ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ระบายมากที่สุดหรืออาจกระตุ้นด้วยพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด เช่น การพยักหน้า

2.2 ฟังและทวนคำถาม เพื่อช่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่กล่าวถึงให้ตรงกัน

2.3 การสะท้อนความรู้สึก โดยอาจขึ้นต้นด้วยคำพูดว่า “คุณรู้สึก” หรือ “คุณรู้สึก
เหงา” หรือ “ตลอดเวลาคูณรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง”

2.4 สรุปความเรื่องที่สนทนาทั้งหมด โดยไม่สรุปจากความคิดและความรู้สึกหรือ จาก
ประสบการณ์ของผู้ศึกษาเป็นพื้นฐาน

3. ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่
ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด มี
พฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิต ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง ซึ่ง
ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นผู้ตัดสินใจและลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

3.1 การให้ข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักยังไม่รู้และเป็นข้อมูลที่สำคัญซึ่งจะนำไปสู่
การตัดสินใจ และการสร้างพฤติกรรมใหม่

3.2 การสนับสนุนในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การ
สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการให้กำลังใจ
มากขึ้น

3.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุดในการสำรวจปัจจัย
ที่เกี่ยวข้อง และผลที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ต่างๆหรือวิธีการแก้ปัญหา หรือการแสดงพฤติกรรมใหม่

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถาม
ปัญหาต่างๆ

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พบว่า
ระยะแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยของตน แต่ก็มีแค่ 2-3 คนปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย
อะไรมาก ก็สบายดีได้ใช้ชีวิต และทำในสิ่งที่ตนเองต้องการไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครก็สามารถอยู่ได้อย่างสบาย
ไม่เดือดร้อน ไม่อยากให้ใครมายุ่งวุ่นวายด้วยรำคาญ ในส่วนของผู้ดูแลหลักได้ให้ข้อมูลกับผู้ศึกษาเองว่า
ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง ในบางเรื่อง ได้แก่ การรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา
ตามเวลา ต้องคอยเตือนและคอยหยิบยาให้บ่อย ๆ แอบเพิ่ม-ลดยาเองโดยไม่บอก ทานยาไม่ครบมื้อก็มี
หรือมีบางครั้งก็แอบทิ้งยา และเมื่อผู้ศึกษาได้ถามและฟังจากที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง ทำให้ทราบสาเหตุที่
ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาเนื่องจากเบื่อที่ต้องรับประทานยามาเป็นเวลานาน แต่ไม่หายซักที หรือบาง

คนก็บอกว่า รู้สึกว่าตัวเองอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป การเพิ่มขาก็อยากให้หายไวๆจะได้ไม่ต้องกินยานานๆ หลังจากรับประทานยามักจะคิดอะไรไม่ค่อยออก ในบางครั้งก็มีอาการง่วงนอน ทำงานไม่ไหว ในเรื่องของ การใช้สารเสพติด มีผู้ป่วยบางคนชอบดื่มสุราแล้วมีอาการเมา อะอะอาละวาด พุดจาหยาบคาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีเรื่องทะเลาะกับคนในละแวกบ้าน ใกล้เคียง และคนในครอบครัวเป็นประจำ การดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้ป่วยบางคนช่วยเหลือตัวเองได้แต่ไม่ยอมทำ ไม่ยอมช่วยเหลืองานบ้าน อยู่เฉยๆถึงเวลากิน ถึงเวลานอน เมื่อได้พูดคุยให้คำปรึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในการที่ช่วยทำงานบ้าน เพราะกลัวถูกตำหนิ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเหมือนคนอื่นเขา จนเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับโรคที่ตนเองเป็น คิดว่ารักษาอย่างไรก็คงไม่หาย ดังนั้น ก็ไม่ต้องรักษาเสียเลยจะดีกว่า แต่หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม และได้กลับไปประเมินผลอีกครั้ง

ในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาที่ดีขึ้น สังเกตได้จากกรที่ญาติบอกว่า “ตั้งแต่หมอมายเยี่ยมบ่อยๆ และให้คำแนะนำช่วยเหลือพวกเขา รู้สึกว่าเขามีอารมณ์ดีขึ้นมากเลย มีอารมณ์ขัน บางคนก็พูดมากขึ้นกว่าเดิม กระตือรือร้นอยากจะทำกินยา และกินยาง่ายมากขึ้น ไม่คือ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี”

ในด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็ดีขึ้นกว่าเดิม เช่น สนใจเรื่องการแต่งตัวกลัวเดี๋ยวหมอมายาแล้วแต่งตัวไม่เรียบร้อยหมอมจะไม่ชอบและไม่พูดด้วย และพยายามที่จะช่วยเหลือทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ สนใจการออกกำลังกาย”

และเมื่อได้สนทนาให้คำปรึกษาในส่วนของผู้ดูแลหลักนั้นพบว่า เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง ญาติไม่ทราบว่าจะจัดการกับผู้ป่วยได้อย่างไร ทำให้เครียดในบางครั้ง ปัญหาการขาดยาญาติจะเล่าให้ฟังว่า “เห็นอาการเขาดีแล้วไม่อาละวาด รับประทานว่าจะทานยาเองเลยปล่อยให้เขาหัดจัดยาและทานยาเอง พอถามเขาก็บอกว่าทานยาแล้ว แต่พอไปดูที่ซองยาก็รู้ว่าทานยาไม่ครบ และมีบางตัวที่ทานเกิน และอีกอย่างผู้ดูแลหลักก็มีภาระต้องหลายอย่าง เนื่องจากรายได้ของครอบครัวไม่ค่อยพอในการใช้จ่าย ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแล เลยไม่ค่อยได้ดูแลเขาเท่าที่ควร แกรมบางครั้งก็มีงาน/กิจกรรมในหมู่บ้าน จำเป็นต้องทิ้งเขาไว้ตามลำพัง ไม่กล้าพาไปด้วย กลัวเดี๋ยวมีอาการกำเริบขึ้นมาจะดูแลไม่ไหว แต่ก็ไม่บ่อยนะบางครั้งก็เป็นห่วงเขาเหมือนกัน ” ทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบ และไม่ได้รับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของตัวเอง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาญาติเล่าให้ฟังว่า “ไม่รู้จะหันไปปรึกษาใคร จะไปโรงพยาบาลก็เดินทางลำบาก ไม่มีรถต้องจ้างรถไป บางครั้งก็มีบางครั้งก็ไม่มี เสียเงินจ้างเขาก็ไม่ค่อยมีด้วย แกรมบางครั้งเขาก็ไม่ค่อยอยากจะไปส่ง บอกว่าเสียเวลา เพราะผู้ป่วยก็ไม่เห็นจะดีขึ้นเลย อาการก็เหมือนเดิม แต่ถ้ามีหมอมายาดูแล เป็นครั้ง

คราวถึงที่บ้านแบบนี้ ก็จะได้ คน ไข้งะ ได้มีกำลังใจ และดูเหมือนเขาจะเชื่อหมอมากกว่าถ้าบอกให้ทำอะไร เขาจะเชื่อ และจะทำตามมากกว่าที่ฉันบอกเขาเสียอีก มีอะไรฉันจะได้ปรึกษาหมอได้บ้างด้วย รู้สึกได้ว่า ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาตามลำพัง”

จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร บ้างขณะที่อยู่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรสักดิ์ และคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเอง และครอบครัว กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นเพื่อลดปัญหาการป่วยซ้ำที่อาจตามมา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

เป้าหมายที่ 1

เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถ

1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาได้
2. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเองได้
3. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. พูดคุยและถามผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติในเรื่องโรคจิตเภท พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่พบว่ายังขาดความรู้โดยศึกษาจากคู่มือ การดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและญาติ (หน้า 62) และใบความรู้ที่ 1
2. พูดคุยและสอบถามปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการดูแลตนเองที่บ้าน
3. วินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการสอบถามและวางแผนการให้ความรู้
4. เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเห็นความสำคัญพร้อมที่จะปฏิบัติ
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมองเห็นปัญหาและร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน

เป้าหมายที่ 2

ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ใบความรู้เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถอธิบายสาระสำคัญของเนื้อหาในใบความรู้แต่ละเรื่องได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้นำความรู้จากใบความรู้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ใบความรู้ “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. แนะนำการอ่าน ใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้ใบความรู้ที่ 2
2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทดลองอ่านใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้ใบความรู้ที่ 2
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ภายหลังจากอ่านใบความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจบแล้ว

4. ร่วมอภิปรายเพื่อเลือกแนวทางการนำไปปฏิบัติแต่ละเรื่องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลหลักกระตุ้นให้นำไปสู่การปฏิบัติ

เป้าหมายที่ 3

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลหลักให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ต้องกระตุ้นหรือให้ความช่วยเหลือ

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการ ดังนี้

1. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
3. ร่วมจัดทำตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตามแบบตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (ใบกิจกรรมที่ 1)
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามตารางที่จัดทำร่วมกัน โดยผู้ดูแลหลักคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวกช่วยเหลือเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมถึงให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ เช่น การให้คำชมเชย รางวัล เป็นต้น

เป้าหมายที่ 4

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตและการปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถ

1. บอกความหมายของยารักษาโรคจิต และข้อควรระวังเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตได้
2. บอกวิธีการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้องได้
3. บอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาได้

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติการ เรื่องการให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคจิต การปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องของยารักษาโรคจิต ได้แก่ ความหมายของยารักษาโรคจิต และข้อความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิต
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ควรซื้อยาทานเอง ไม่ควรหยุดยาเอง ควรรับการรักษามาตามแพทย์นัด เป็นต้น โดยใช้ใบความรู้ที่ 3
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา โดยใช้ใบความรู้ที่ 3

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

จากกิจกรรมที่ 2 เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก นั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเน้นในเรื่องการให้ความรู้และให้ความสำคัญในกิจกรรมนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ตระหนักและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสาระสำคัญ คือ การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้แนะนำการใช้ใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ดูแลหลักใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังแนะนำการใช้ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ญาติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้ลงปฏิบัติตามใบกิจกรรมที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกกิจวัตรประจำวันที่คุณสามารถทำได้มีอะไรบ้าง และพร้อมทั้งบอกรายละเอียดในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงการดูแลและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ รวมทั้งได้รับความรู้จากการอ่านใบความรู้เรื่อง โรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง เนื่องมาจากกิจกรรมการพยาบาลนี้ มุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท

ดังนั้น ลักษณะกิจกรรมจึงเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการสอน แนะนำ และ สาธิตการใช้ใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความ มั่นใจมากขึ้นในการวางแผนปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และปฏิบัติตามแผนนั้น และจากการ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ได้ ก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสรุปได้ว่า การใช้ใบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคู่มือในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิม และผู้ดูแลหลักได้รับความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากกว่าก่อนการให้ความรู้รวมทั้ง มีแนวทางในการปฏิบัติ และสามารถนำไปปฏิบัติ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า ภายหลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักโดยใช้ใบความรู้ รวมทั้งสาธิตการใช้ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าเดิม และผู้ดูแลหลักมี ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนการให้ความรู้เช่นเดียวกัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
2. จัดบริเวณและสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
3. ปรับข้อตกลงภายในบ้านให้เหมาะสม
4. สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด และมีความรัก

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการ ปฏิบัติกิจกรรมดังนี้คือ

1. ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมด้านวัตถุและด้านบุคคล
2. ให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การจัดการกับความเครียดและอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้ใบ ความรู้ที่ 2 (หน้า 27) ใบความรู้ที่ 4 (หน้า 36) ใบความรู้ที่ 5(หน้า 38) และใบความรู้ที่ 8

3. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวประเมินสภาพทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทั้งที่เป็นวัตถุและเป็นบุคคล

4. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประเมินความต้องการ ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

5. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมรับทราบวัตถุประสงค์ และให้ความร่วมมือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

6.หาแนวทางร่วมกันในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แนะนำวิธีการสร้างบรรยากาศภายในบ้านเช่น การสนทนาร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสร้างอารมณ์ขัน ในขณะที่สนทนา เป็นต้น

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว นั้น พบว่าสภาพที่บ้านของผู้ป่วย ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้นเป็นบ้านไม้ได้ดูสูง สภาพบ้านค่อนข้างโปร่ง มีบริเวณกว้างพอสมควร ค่อนข้างสะอาด ไม่รกรุงรังมากนัก และดูสะอาดตา มีอากาศถ่ายเท สภาพแวดล้อมรอบๆบ้านไม่รก มีการจำกัดขยะเป็นที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในเวลากลางวันในการทำกิจกรรมร่วมกันอยู่ได้ดูบ้าน และอีกกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวไม่มีได้ดู สภาพบ้านจะดูแยกแวกกลุ่มแรก เนื่องจากปลูกอยู่ติดๆ กับบ้านผู้อื่น แอ้ออากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ลักษณะการจัดบ้าน ไม่เป็นระเบียบ บางบ้านมีสัตว์เลี้ยง เช่น ไก่ ทำให้ส่งกลิ่นเหม็น ภายหลังที่ผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องความการดูแลสะอาด ความมีระเบียบของบ้าน

จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบทุกกิจกรรม สภาพแวดล้อมโดยภาพรวมดูดีขึ้น เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษา ได้พูดคุย และแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน-นอกรบ้านของผู้ป่วย ให้เอื้อต่อการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ด้วย และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจนคือ ทำให้สิ่งแวดล้อมภายใน-นอกรบ้านของผู้ป่วย สะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าภายหลังจากที่ได้ทำกิจกรรมการ

พยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น เช่น บ้านสะอาดขึ้น คุสบายๆ และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดวางสิ่งของต่างๆทั้งใน-นอกรบ้าน ทำให้บ้านน่าอยู่มากขึ้น อากาศถ่ายเทสะดวกมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกถึงพฤติกรรมหรืออาการเตือนของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้
2. สามารถประเมินอาการกำเริบได้ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
3. มีทักษะ ในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้
4. ลดภาวะความเครียด และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ จำเป็นได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท พฤติกรรมหรืออาการเตือนที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ การเตรียมการป้องกัน โดยใช้ใบความรู้ที่ 9 และ 10
2. ให้ความรู้เรื่องการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รู้และเข้าใจถึงภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้ใบความรู้ที่ 11

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ 5 พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้ความสนใจกิจกรรมนี้ โดยส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งๆที่ก็เจอกับเหตุการณ์แบบนี้อยู่บ่อยๆแต่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องนี้มาก่อนเลย จากการที่ได้พูดคุยถามถึงเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบและ

รุนแรง มีวิธีการจัดการกับภาวะการณ์นั้นอย่างไรกันบ้าง พบว่ามีอยู่ 5 ครอบครัว ที่เคยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ได้แก่

ผู้ป่วย 2 รายมีอาการคล้ายๆกัน คือแอบไปดื่มเหล้า แล้วมีอาการคลื่นคลั่ง เอะอะโวยวาย อาละวาด คว้ามืดจะทำร้ายคนในครอบครัวญาติไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร จึงขอร้องให้เพื่อนบ้านช่วยกับจับมัดมือ ให้กินยาเพื่อให้สงบแล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลเพื่อให้หมอช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่ 3 ไม่ยอมกินยาติดต่อกันหลายวัน จึงทำให้อาการกำเริบและกลับมีอาการหนักกว่าเก่ามากขึ้น มีอาการตาขวาง บีบคอแม่ ต้องร้องขอให้เพื่อนบ้านมาช่วยแยกออกและจับมัดไว้ รอจนอาการสงบก็ปล่อย และต้องคอยระวังตัวเองอยู่ตลอด ไม่รู้วิธีที่จะจัดการได้อย่างไร

ผู้ป่วยรายที่ 4 ทะเลาะกับพี่สาวอยู่บ่อยๆ เนื่องจากพี่สาวเป็นคนขี้บ่น จุกจิก คอยว่าผู้ป่วยอยู่เสมอ และมักทำท่ารำคาญไม่อยากจะอยู่ร่วมด้วย อยากให้ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า ทำให้ผู้ป่วยโกรธเคือง และไม่พอใจ เกิดการทะเลาะกันอย่างรุนแรงถึงขั้นขว้างปาข้าวของที่อยู่ใกล้ๆมือ เสียหายอยู่เป็นประจำ

ผู้ป่วยรายที่ 5 แอบไปเสพยาแล้วมีอาการหูแว่วว่ามีคนจะมาทำร้าย จึงคว้ามืดท่อนไล่ตีคนในครอบครัวจนเกิดความวุ่นวายไปหมด ต้องช่วยกันจับตัวและมัดไว้ ไม่รู้จำทำอะไรต้องรอให้อาการสงบก่อนแล้วจึงพาส่งโรงพยาบาล

ซึ่งทั้ง 5 ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤติดังกล่าวนี้ ไม่รู้วิธีที่จะแก้ปัญหา ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สุมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินที่ถูกต้อง เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้ในเรื่องนี้อย่างจริงจังมาก่อน เมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน ดังนั้นเมื่อผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช จึงได้รับความสนใจจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมาก

การกำกับการศึกษา

หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษามีการประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที ทำการวัดผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก เพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลหลัก จำนวน 28 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องมีคะแนนความรู้

ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนนขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้ดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านอย่างสมบูรณ์และครอบคลุม หากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักขาดไป และดำเนินกิจกรรมสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม จนกระทั่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตาม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผลการประเมินดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายงานผลการกำกับการศึกษา จำแนกตามคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก

ลำดับที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท	คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก
1	19	21
2	19	25
3	18	27
4	16	20
5	18	22
6	17	21
7	16	21
8	20	26
9	19	23
10	18	20
11	17	23
12	17	21
13	19	23
14	18	22
15	20	25
16	18	25
17	17	24
18	17	25
19	17	26
20	16	23

จากตารางที่ 4 การรายงานผลการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษา ไม่พบว่า มีผู้ป่วยที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 15 คะแนน แต่พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 21 คะแนน ซึ่งผู้ศึกษาได้เข้าไปทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก ในข้อที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถตอบได้เป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ซักถามถึงข้อสงสัย และได้มีการติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ แล้วทำการประเมินอีกครั้ง โดยให้ผู้ดูแลหลักทำแบบทดสอบความรู้ชุดเดิม พบว่า ผู้ดูแลหลักทั้ง 2 รายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 21 และ 22 คะแนนตามลำดับ จึงถือว่าผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ครอบคลุมวันที่ 1 –7 ในวันที่ 12 เมษายน 2551 ครอบคลุมวันที่ 8-14 ในวันที่ 13 เมษายน 2551 และ ครอบคลุมวันที่ 15-20 ในวันที่ 14 เมษายน 2551 และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-test) 1 สัปดาห์ภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมทั้ง 20 ครอบคลุม ในวันที่ 27 เมษายน 2551 โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยทำการศึกษาเป็นผู้ทำการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW FW (Statistical Package for the Social science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการศึกษา มาคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้ว เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05