

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD – 10) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นเพศชายหรือหญิง วัยผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจ
- 2) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้
- 3) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียว คนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ
- 3) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

5) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

- 1) เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน
- 3) มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวเท่านั้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยมิขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เพื่อตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จากนั้นประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมฯ ช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำสถานีอนามัยทั้ง 15 แห่งในอำเภอปากเกร็ด เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 ราย

2. ดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกในข้อ 1 แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ครอบครัวละ 1 คน รวม 20 คน

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ครบ 20 ครอบครัว จึงสอบถามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา และให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

4. ผู้ศึกษาชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้ศึกษานัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายครอบครัวที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วมการศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการเข้าร่วมการศึกษาก่อนที่โครงการศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 1 ชุด มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ (Family psychoeducation program and telephone follow-up) ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมมาจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยผู้ศึกษาได้เพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์ มาอีก 1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวโดยการกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบครัวประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 ศึกษาปัญหาและสาเหตุในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ส่งผลกระทบต่อภาวะของผู้ดูแล

1.3 สร้างโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา คั่นคว่า และบททวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดรูปแบบกิจกรรม เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวซึ่งปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) ให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย โดยมีสมาชิกในแต่ละครอบครัวจำนวน 3 คน คือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

ทั้งนี้กิจกรรมที่ 1-5 ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 45-60 นาที ส่วนกิจกรรมที่ 6 ดำเนินการ 5 ครั้งหลังการดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 ภายใน 3 วัน สรุปกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 6

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 6

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 6

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 6

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 6

โดยแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วสอบถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 1 ภายใน 3 วัน

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 1 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลคลังซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ย้ำสอบถามลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่พบในครอบครัว ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้มากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่ทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2

ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 2 ภายใน 3 วัน

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 2 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลงไ้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 2 คือ ภายหลังได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามเพื่อย้ำและกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการสอบถามอาการของโรค การสำรวจอาการทางจิต การรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคของผู้ป่วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตได้มากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของผู้ป่วย ที่ป่วยซ้ำบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ จะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการ กับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลตนเองลดลง

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3

ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที ดำเนินการกิจกรรมที่ 3 ภายใน 3 วัน

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 3 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลงไ้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เน้นย้ำสอบถามการสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาใน

ผู้ป่วย ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรค อาการเตือนที่พบได้บ่อย พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ในผู้ป่วยและวิธีการจัดการ ได้มากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4

ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 4 ภายใน 3 วัน

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 4 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 4 คือการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สอบถามการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองว่ามีระดับคะแนนเท่าใด สอบถามการจัดการกับความเครียด ทบทวนความหมาย สาเหตุ อาการอย่างย่อๆ สอบถามการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้กับชีวิตประจำวัน และตอบปัญหาข้อข้องใจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ด้อยพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึง

ความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5

ระยะเวลาที่ใช้ ประมาณ 15 นาที หลังการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลงวี่ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากได้นำความรู้จากการดำเนินกิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะทางสังคม สอบถามความรู้สึกในสถานการณ์จำลอง การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ทบทวนแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว และระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายไปใช้ในครอบครัว และตอบปัญหาข้อข้องใจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขคือ

1.1 กิจกรรมที่ 1 ปรับใบความรู้ให้สอดคล้องกับใบงาน และให้มีความกระชับเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับเนื้อหาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดให้ตรงกัน และเพิ่มกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกให้มากขึ้น

1.2 กิจกรรมที่ 2 ปรับใบความรู้ให้ชัดเจนและกระชับขึ้น ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น และปรับคำว่า แพ้ยา เป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

1.2 กิจกรรมที่ 3 ปรับเนื้อหาให้กระชับและชัดเจนขึ้น ใบความรู้ที่ 3/1 ข้อ 2 เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทหลีกเลี่ยงการแสดงความรู้สึกโกรธ พุดบ่นซ้ำๆ ถึงความผิดพลาดในอดีตของผู้ป่วยเช่น เรียนหนังสือไม่จบ ถูกไล่ออกจากงานให้ข้อความเป็นตามสภาพเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

2. หลังการปรับแก้ไขโปรแกรมมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่าย และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพสถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2) การระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

การประเมินการจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่านำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาการแต่ละประเภทแยกจากกันและการะโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของการะในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50 - 5.00 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 - 4.49 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49 หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้ในการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือการระเชิงปรนัยและการะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ภาระเชิงอำนาจ

ข้อ 5 “ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Leffley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ข้อ 1
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 13 และ 14
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อคำถามทางลบ 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

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

เกณฑ์กำกับการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 3 “ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะไม่คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น”

ข้อ 4 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกนโดยไม่มีเหตุผล ฯลฯ เป็นต้น”

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

ข้อ 14 “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอาการทางจิตสงบ จะสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้”

ข้อ 15 “เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ” แก้ไขเป็น “สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ”

ข้อ 27 “การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้” แก้ไขเป็น “การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้”

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรครุเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาอิสระ

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความรู้และฝึกทักษะของผู้ศึกษาในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ลงทะเบียนเรียนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในกลุ่มเฉพาะ วิชาละ 3 หน่วยกิต ในแต่ละวิชาได้รับประสบการณ์เรื่อง Psychoeducation โดยการสอนสุขภาพจิตศึกษาทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล รายครอบครัวจากการฝึกปฏิบัติงานทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลรวม 3 วิชา จำนวน 180 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในการสอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ประชาชนร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ของศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 จำนวน 3 วัน ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาครอบครัวของศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 จำนวน 3 วัน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 2 วัน โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษา รายครอบครัว แก่ผู้ป่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ ตำรา งานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้นักศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอน ที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินการศึกษา

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษา โดยประสานงานกับโรงพยาบาลชลประทานเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่ แล้วลงชุมชนเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ครอบครัวตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอน การดำเนินกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยทุกครอบครัว

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งนักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผ่านการศึกษากฎหมายภาคปฏิบัติจนครบแล้ว อยู่ในระหว่างการทำโครงการศึกษาอิสระ จำนวน 5 คน เพื่อให้มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดโดยผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

1.4.1 นัดหมายให้ผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการช่วยผู้ศึกษาดำเนินการในแต่ละกิจกรรมดังนี้

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ช่วยดำเนินกิจกรรมที่ 1 จนครบ 20 ครอบครัว

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ช่วยดำเนินกิจกรรมที่ 2 จนครบ 20 ครอบครัว

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 ช่วยดำเนินกิจกรรมที่ 3 จนครบ 20 ครอบครัว

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 4 ช่วยดำเนินกิจกรรมที่ 4 จนครบ 20 ครอบครัว

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 5 ช่วยดำเนินกิจกรรมที่ 5 จนครบ 20 ครอบครัว

ส่วนกิจกรรมที่ 6 ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมเองทุกครอบครัว

1.4.2 ประชุมปรึกษาหารือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม มอบเอกสารโครงการศึกษาอิสระ 50 หน้า โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ให้อย่างละ 1 ชุด / คน มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้คนละ 1 เล่ม

1.4.3 นัดหมายการเป็นผู้ช่วยในการ Try out เครื่องมือโดย

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้ช่วยในการ Try out กิจกรรมที่ 1

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้ช่วยในการ Try out กิจกรรมที่ 2

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้ช่วยในการ Try out กิจกรรมที่ 3

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 4 เป็นผู้ช่วยในการ Try out กิจกรรมที่ 4

ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 5 เป็นผู้ช่วยในการ Try out กิจกรรมที่ 5

ส่วนกิจกรรมที่ 6 ผู้ศึกษา Try out กิจกรรมเองทุกครั้งและทุกครอบครัว

1.4.4 นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง แต่ละผู้ช่วยวิจัย ในการดำเนินกิจกรรมทั้ง 20 ครอบครัว ๆ ละ 5 กิจกรรม

2. ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45- 60 นาที วันละ 4 ครอบครัว บ่าย 2 ครอบครัว เช่น 2 ครอบครัว รวมสัปดาห์ละ 20 ครอบครัว โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) / อาสาสมัครพัฒนาสังคมฯ ช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) ในแต่ละหมู่บ้านเพื่อ จัดกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีดังนี้

ตารางที่ 1 สรุป วัน เวลา ที่ดำเนินกิจกรรมที่ 1 – 6 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาราย
ครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

ครอบครัว ที่	วัน เวลา ที่ดำเนินกิจกรรม					
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	กิจกรรมที่ 5	กิจกรรมที่ 6
1	19มี.ค.51 13.00-14.00น.	26 มี.ค.51 13.00-14.00 น.	2 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	9เม.ย.51 13.00-14.00 น.	16เม.ย.51 13.00-14.00 น.	21,29มี.ค.51 5,11,16 เม.ย.51
2	19มี.ค.51 15.00-16.00น.	26 มี.ค.51 15.00-16.00 น.	2 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	9เม.ย.51 15.00-16.00 น.	16เม.ย.51 15.00-16.00 น.	21,29มี.ค.51 5,11,16 เม.ย.51
3	19มี.ค.51 17.00-18.00น.	26 มี.ค.51 17.00-18.00 น.	2 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	9เม.ย.51 17.00-18.00 น.	16เม.ย.51 17.00-18.00 น.	21,29มี.ค.51 5,11,16 เม.ย.51
4	19มี.ค.51 19.00-20.00น.	26 มี.ค.51 19.00-20.00 น.	2 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	9เม.ย.51 19.00-20.00 น.	16เม.ย.51 19.00-20.00 น.	21,29มี.ค.51 5,11,16 เม.ย.51
5	20 มี.ค.51 13.00-14.00น.	27มี.ค.51 13.00-14.00 น.	3 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	10 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	17เม.ย.51 13.00-14.00 น.	22,30มี.ค.51 6,12,17 เม.ย.51
6	20 มี.ค.51 15.00-16.00น.	27มี.ค.51 15.00-16.00 น.	3 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	10 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	17เม.ย.51 13.00-14.00 น.	22,30มี.ค.51 6,12,17 เม.ย.51
7	20 มี.ค.51 17.00-18.00น.	27มี.ค.51 17.00-18.00 น.	3 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	10 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	17เม.ย.51 13.00-14.00 น.	22,30มี.ค.51 6,12,17 เม.ย.51
8	20 มี.ค.51 19.00-20.00น.	27มี.ค.51 19.00-20.00 น.	3 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	10 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	17เม.ย.51 13.00-14.00 น.	22,30มี.ค.51 6,12,17 เม.ย.51
9	21 มี.ค.51 13.00-14.00น.	28มี.ค.51 13.00-14.00 น.	4 เม.ย.51 13.00—14.00 น.	11เม.ย.51 13.00-14.00 น.	18 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	23,31มี.ค.51 7,13,18 เม.ย.51

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ครอบครัว ที่	วัน เวลา ที่ดำเนินกิจกรรม					
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	กิจกรรมที่ 5	กิจกรรมที่ 6
10	21 มี.ค.51 15.00-16.00น. น.	28มี.ค.51 15.00-16.00 น.	4 เม.ย.51 15.00—16.00 น	11เม.ย.51 15.00-16.00 น.	18 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	23,31 มี.ค.51 7,13,18 เม.ย.51
11	21 มี.ค.51 17.00-18.00น. น.	28มี.ค.51 17.00-18.00 น.	4 เม.ย.51 17.00—18.00 น	11เม.ย.51 17.00-18.00 น.	18 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	23,31 มี.ค.51 7,13,18 เม.ย.51
12	21 มี.ค.51 19.00-20.00น. น.	28มี.ค.51 19.00-20.00 น.	4 เม.ย.51 19.00—20.00 น	11เม.ย.51 19.00-20.00 น.	18 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	23,31 มี.ค.51 7,13,18 เม.ย.51
13	22มี.ค.51 13.00-14.00น. น.	29มี.ค.51 13.00-14.00 น.	5เม.ย.51 13.00-14.00 น.	12 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	19 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	24 มี.ค.51 1,8,14,19 เม.ย.51
14	22มี.ค.51 15.00-16.00น. น.	29มี.ค.51 15.00-16.00 น.	5เม.ย.51 15.00-16.00 น.	12 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	19 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	24 มี.ค.51 1,8,14,19 เม.ย.51
15	22มี.ค.51 17.00-18.00น. น.	29มี.ค.51 17.00-18.00 น.	5เม.ย.51 13.00-14.00 น.	12 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	19 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	24 มี.ค.51 1,8,14,19 เม.ย.51
16	22มี.ค.51 19.00-20.00น. น.	29มี.ค.51 19.00-20.00 น.	5เม.ย.51 13.00-14.00 น.	12 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	19 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	24 มี.ค.51 1,8,14,19 เม.ย.51
17	23มี.ค.51 13.00-14.00น. น.	30มี.ค.51 13.00-14.00 น.	6 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	13 เม.ย.51 13.00-14.00 น.	20เม.ย.51 19.00-20.00 น.	25 มี.ค.51 2,9,15,20 เม.ย.51
18	23มี.ค.51 15.00-16.00น. น.	30มี.ค.51 15.00-16.00 น.	6 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	13 เม.ย.51 15.00-16.00 น.	20เม.ย.51 17.00-18.00 น.	25 มี.ค.51 2,9,15,20 เม.ย.51
19	23มี.ค.51 17.00-18.00น. น.	30มี.ค.51 17.00-18.00 น.	6 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	13 เม.ย.51 17.00-18.00 น.	20เม.ย.51 15.00-16.00 น.	25 มี.ค.51 2,9,15,20 เม.ย.51

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ครอบครัว ที่	วัน เวลา ที่ดำเนินกิจกรรม					
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	กิจกรรมที่ 5	กิจกรรมที่ 6
20	23มี.ค.51 19.00-20.00น.	30มี.ค.51 19.00-20.00 น.	6 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	13 เม.ย.51 19.00-20.00 น.	20เม.ย.51 13.00-14.00 น.	25 มี.ค.51 2,9,15,20 เม.ย.51

โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิก

ในครอบครัว

3. เพื่อประเมินลักษณะ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

4. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

5. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจ

ในการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาที่ใช้ 45 – 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วสอบถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย
4. ใบความรู้ที่ 1/1 โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ/ปากกา

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ โดยการบอกชื่อ นามสกุล สถานที่ปฏิบัติงาน อยู่ที่ สถานีอนามัย หมู่ 10 ตำบลคลองข่อย และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง ทีละคน

2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก โดยการพุดคุยสอบถามเรื่องทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับความเป็นอยู่ อาชีพ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมด้วยท่าที ที่เป็นมิตร และเรียกชื่อสมาชิกเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

3. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกบอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม การสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว และการติดตามทางโทรศัพท์ ว่ามีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท มีทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มี

ประสิทธิภาพ และมีทักษะทางสังคมในการสื่อสารและหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม โดยในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกัน การกำเริบของโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะ การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม ๆ ละ 45 – 60 นาที กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ ดำเนินกิจกรรมหลังกิจกรรมที่ 1-5 ภายใน 3 วัน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งนาน 15 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเพื่อจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด โดยรูปแบบของกิจกรรม จะเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การตอบแบบสอบถาม การแสดงความคิดเห็น การซักถาม และการประเมินผล โดยสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นที่บ้านของผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 เป็นการประเมินสภาพ ความเป็นอยู่ และลักษณะของครอบครัว และใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว ผู้ศึกษาพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวยังมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ไม่มีเวลาให้กัน ไม่ค่อยมีอารมณ์ขัน เครียด ส่วนลักษณะครอบครัวจะเป็นลักษณะครอบครัวที่มีความห่างเหินกัน มีปากเสียงกันบ่อย ต่างคนต่างอยู่ ชอบตำหนิ มีกฎระเบียบมาก และน่าเบื่อหน่ายโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัว พร้อมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกเกี่ยวกับภาระในการดูแล

7. ผู้ศึกษาสรุปในหัวข้อความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จากความรู้สึกทางลบ เป็นความรู้สึกทางบวก

8. พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และให้กำลังใจแก่สมาชิก

9. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปในเนื้อหาและข้อมูลที่ได้รับ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

11. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 และการติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 1 นี้พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยร่วมซักถามและแสดงความคิดเห็น มีสมาชิกเพียงบางครอบครัวที่อ่านหนังสือไม่ค่อยออกและไม่เข้าใจคำถาม ผู้ศึกษาได้อ่านและทวนคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และหลังจากการทำไปงานเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว (ใบงานที่ 1/1) พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิด เป็นมิตรและอบอุ่น มีเพียงบางครอบครัวที่มีลักษณะเห็นห่าง น่าเบื่อหน่าย และต่างคนต่างอยู่ มีปากเสียงกันบ่อย ชอบวิพากษ์วิจารณ์ ชอบตำหนิติเตียน ซึ่งจากการพูดคุยซักถามพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวต่างมีภาระในการทำงานไม่ค่อยได้มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน สมาชิกบางคนกลัวผู้ป่วย บางคนอ่อนไหว ขอมทำตามผู้ป่วยทุกเรื่องเพราะความรัก

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบ (ใบงานที่ 1/2) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางการเงินเนื่องจากสมาชิกบางคนขายที่ได้ แต่ถูกญาติโกงเงินไป บางคนขายที่แล้วยังไม่ได้เงิน บางคนยังไม่ได้ขายที่ สมาชิกไม่ค่อยมีเวลาวางใจให้แก่กันและกัน พูดจาสื่อสารกันไม่เข้าใจ และทัศนคติไม่ตรงกัน

ส่วนความรู้สึที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเภท (ใบงานที่ 1/3) พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ บางครอบครัวที่รู้สึกกังวล หนักใจ และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว บางครั้งผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียเวลามาดูแล ทำให้ไม่มีเวลาไปประกอบอาชีพหาเงินมาจุนเจือครอบครัว บางครอบครัวรู้สึกอกสั่นขวัญแขวน กลัวผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบทำร้ายผู้อื่น หรือทำสิ่งที่ไม่คาดคิดเช่น กระโดดลงแม่น้ำ จนเป็นข่าวลงหนังสือพิมพ์ เป็นข่าวทางโทรทัศน์ จะจุดไฟเผาบ้าน ดีศรีชนะน้ำเขยจนต้องเย็บ 8 เข็ม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทต่อไปนี้

“ รู้สึกอกสั่นขวัญแขวน ทำอะไรก็ต้องระวัง เวลาเขาอาละวาดต้องพูดเสียงดัง ต้องเอาจริงเอาจัง เขาจะได้รู้ว่าเราเอาจริง ไม่กล้าทำอะไรเราลองทำซิ “ (สีหน้าโกรธมองไปทางผู้ป่วย)

“ รู้สึกสงสารและเป็นห่วงเขานะ ไม่อยากให้เขาเป็นอย่างนี้หรอก ยังไงก็ต้องคอยดูแลเขาตลอดไปเพราะเขาคือลูก ฉันเสียใจที่ผ่านมานี้เลิกทำงานทุกอย่างมาดูแลเขาให้ดีที่สุด” (ร้องไห้)

“ ป้ารู้สึกท้อแท้ หนักใจเพราะกังวลในหลายๆเรื่อง โดยเฉพาะเวลาที่เขาอาการกำเริบใครก็พูดกับเขาไม่รู้เรื่อง ต้องเรียกหมอวรรณมาพูด มันถึงจะเชื่อ มันถึงจะยอมแต่โดยดี” (ร้องไห้)

“ สงสารแม่ ยิ่งเวลาไม่กินอะไรแล้ว กลัวแม่ไม่อยู่ด้วย ตั้งใจว่าเดือนหน้าจะออกจากงาน มาขายกล้วยเตี๋ยหน้าบ้าน จะได้มีเวลาดูแลแม่ ” (ร้องไห้)

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รู้สึกรักและสงสารครอบครัวที่ต้องเสียสละมาดูแลตนเอง บางครั้งรู้สึกเสียใจที่ทำอะไรผิดพลาดลงไป เนื่องจากรู้เท่าไม่ถึงการณ์ บางครั้งอยากให้คนเข้าใจ คิดว่าเขาก็มีหัวใจ เป็นคนเหมือนกัน พุดกันดีๆ ก็ได้ ทำไมต้องคอยดู คำ ว่า กลัว โดยเฉพาต่อหน้าสาธารณชน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่สะท้อนความรู้สึกซึ่งมีต่อครอบครัว ต่อไปนี้

“ ผมทำได้ทุกอย่าง จะช่วยปั่นขนมก็ได้ แต่ไม่อยากทำ เอาแต่ค่า ๆ ทำไมไม่พุดดีๆ กับผม บ้างที่คนอื่นยังพุดดี ๆ ได้ ผมก็มีหัวใจเหมือนกัน ”

“ ผมรักแม่ครับ สงสารแม่ที่ต้องมาคอยดูแล ผมรู้ว่าแม่เหนื่อย ผมจะพยายามกินยาให้ครบ ตามหมอสั่ง เพื่อที่จะได้หาย ไม่เป็นภาระของแม่ ตอนนี้ไม่สูบบุหรี่แล้ว มันเปลือง สูบยาเส้นเอาครับ ”

“ บางครั้งเวลาที่ผมของขึ้น ผมไม่รู้จะทำอะไรลงไป พอรู้ตัวก็เสียใจครับ ”

“ ฉันอยู่บ้านมันเหงา อยากให้ลูกมาอยู่ด้วย แต่เขาก็ต้องทำงาน ทำมาหากิน ไม่งั้นก็ไม่มีเงิน สงสารลูกที่ต้องมาดูแลแม่ที่เป็นแบบนี้ ”

บทบาทพยาบาล : สรุปลักษณะที่สมาชิกในแต่ละครอบครัวมีต่อกันและกัน ทั้งอารมณ์ ความรู้สึก ด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย พยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังอาการต่างๆ โดยการสังเกตอย่างใกล้ชิด หากมีปัญหาสามารถติดต่อพยาบาลได้ตลอดเวลา พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เห็นใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

ระยะเวลา ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 1 ภายใน 3 วัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจในการในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1
3. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ ในกิจกรรมที่ 1

4. เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึง
5. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า
6. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้อย่างต่อเนื่อง
7. เพื่อประคับประคองจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วย

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์
2. สอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1
3. สอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลพบที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมครั้งที่ 1
4. สอบถามเพื่อติดตามว่าความรู้สึกด้านลบซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วย

มีการปรับเปลี่ยนเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือไม่

5. ชมเชยผู้ดูแล เสริมแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่อไป
6. ข้างการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมที่ 2

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 1 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจเน้นย้ำสอบถามลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่พบในครอบครัว ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้มากยิ่งขึ้น

การประเมินผล

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 นี้พบว่าผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี ถ้าเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านหลังจากทำกิจกรรมที่ 1 เช่น เวลา มีปากเสียงกัน พูดจาสื่อสารกันไม่เข้าใจ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือ ผู้ดูแลรู้สึกอกสั่นขวัญแขวน รู้สึกกลัวผู้ป่วย รู้สึกควบคุมอารมณ์ต่างๆ ไม่ได้เช่น อารมณ์โกรธ ปฏิบัติอย่างไร บางครอบครัวก็ไม่พบปัญหา บางครอบครัวพบปัญหา แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ดูแลบางคนรู้สึกผิดที่ดูแลผู้ป่วย ดำเนินผู้ป่วยไปแล้ว บางครอบครัวภูมิใจที่ได้แสดงความรู้สึกดีๆ ต่อผู้ป่วย (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

บทบาทพยาบาล : ชมเชย ให้กำลังใจ และเป็นกำลังใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรค จิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่ทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต

5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ ปากกา

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ ในการเจ็บป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1 เป็นใบงานที่ให้สมาชิกได้ทำแบบสำรวจอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงาน พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ สามารถสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่าและนำเสนอ
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ผู้ศึกษาสอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตโดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/2 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และให้ตัวแทนนำเสนอ
6. ผู้ศึกษา สรุปประเด็น ตามประเด็นที่สมาชิกนำเสนอ
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตตามใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้ศึกษาสรุปประเด็นความรู้

อีกครั้ง

ผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 2

11. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 และการติดตามทางโทรศัพท์

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 2 นี้ พบว่าสมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ใบงานที่ 2/1) พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวพูดถึงอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ซึ่งมักพบได้แก่ นอนไม่หลับ เหม่อลอยและพูดคนเดียว บางรายมีอาการหูแว่วและเห็นภาพหลอนร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“อยู่ดีๆก็พูดคนเดียว ไม่ยอมคุยด้วย หงุดหงิดง่าย คำผู้คน ทำร้ายผู้คน จึงพาไปศรีธัญญา”

“เขาบอกว่าเห็นมัจจุราช จะมาเอาตัวเขา แล้วก็วิ่งรอบบ้านเลย ฉะนั้นจึงพาไปศรีธัญญา ”

“ มีเสียงบอกว่า คนนี้แหละระวังจะฆ่านะให้วิ่งหนีไปไกลๆฉันทันเลยพาไปศรีธัญญา “

“ มีคนบอกให้เอาเงินเสียบไม้ไว้ข้างฝาเพื่อทำบุญ เดี่ยวเทวดามาเอาเงิน แล้วจะได้ขึ้นสวรรค์ไปฉันทันตรวจดูยา พบว่าเขาไม่ได้กินยา จึงพาไปศรีธัญญา ได้ยามากินด้วย ได้ยาฉีดยามาฉีดเดือนละครั้ง”

“ ยีนตากลมอยู่ข้างบ้านสาว หวังให้เขาเห็นใจ ก็บอกแล้วว่าเป็นพี่น้องกัน แต่งงานกันไม่ได้ ก็ไม่ยอมเชื่อ จนเป็นหวัด แกรมใช้มีดฟันรถที่วิ่งผ่าน เลยให้ตำรวจเอาไปศรีธัญญา”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่าส่วนใหญ่บอกว่าเกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลนั้น มีบางครอบครัวที่เชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมเก่า จากกรรมพันธุ์บางครอบครัวคิดว่าถูกผีกล้ำข่มหนัก ขณะไปเกณฑ์ทหาร บางครอบครัวเชื่อว่าจากการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเสพยาบ้า จากการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังมากเกินไป ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ผมว่าอาการที่ผมเป็นน่าจะมาจากผมเป็นคนเครียดง่าย และชอบแยกตัวเอง ไม่ค่อยมีเพื่อน ”

“ ป้าว่ามันเป็นกรรมเก่า ชาติก่อนคงไปทำบาปไว้ ”

“ ก่อนไปเป็นทหารก็ดีๆ อยู่ ไปเป็นทหารได้ 6 เดือน ต้องนอนโรงพยาบาลบ้าเลย”

“ แนวนั้นมี แม่ก็เป็น น้ำก็เป็น ลูกก็เป็น อากี้ก็เป็น ฉันทันเองก็กลัวเหมือนกัน นี่พยายามปล่อยาง “

“ เขากินเหล้าสมัยมันเรียน ปวช. ป้าละเสียใจจริง ๆ เขามากินที่บ้านป้านี้แหละ ป้าไม่อยู่ไปขายของ ไปทำมาหากิน ไปหาเงินมาให้เขาใช้ หวังจะให้เรียนสูงๆ จะได้เป็นที่พึ่งของแม่ ” (ร้องไห้)

“ เขาไปเป็นยาม กิน เอ็ม ร้อย เป็น 10 ขวด ต่อกิน เอาไปจากบ้านนี้แหละ “

“ ลูกฉันเรียนมาก อ่านหนังสือมาก จนเป็นบ้า ฉันทันเลยให้หยุดเรียน “

จากการสอบถามถึงการรักษาที่ผ่านมา (ใบงานที่ 2/2 และ ใบงานที่ 2/3) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางจิตเช่น หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับในตอนกลางคืน ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มักไม่ค่อยมีอาการกำเริบตามมา แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านั้นมักมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ที่พบบ่อยคือ ตัวแข็ง และง่วงซึมอยู่ตลอดเวลา ถูกสมาชิกในครอบครัวตำหนิว่า ซี้ เกียจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มักหยุดยาเอง ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีบางรายที่นำยาไปทิ้ง โทษผู้ดูแลว่ารับประทานยาแล้ว (แต่ไม่ได้รับประทาน) ผู้ป่วยจำนวน จำนวน 10 คน ในจำนวน 20 คน ใช้ยาฉีดร่วมด้วยโดยฉีดเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยทุกคน เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีธัญญา เฉลี่ยแล้วอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลปีละ 2 ครั้ง ผู้ป่วย 5 คน เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนความรู้สึกเมื่อแพทย์บอกว่าผู้ป่วยต้องรักษาด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยบอกว่า กลัว มาก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ตั้งแต่ได้ยาลึคค้อยังชั่วหน่อย ต้องเดือนให้ไปฉีดทุกวันที่ 15 ของทุกเดือน ”

“ เขาหงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ใครทำอะไรก็ขวางหูขวางตาไปหมด ”

“ ไปนอนโรงพยาบาลบ่อย ปีนี้ 4 ครั้ง แล้วครั้งสุดท้ายคือไม่กินยา ไม่นอน พุดคนเดียว ”

“ เคยถูก ช็อต ไฟฟ้า กลัวมาก และ เจ็บด้วย ที่ตึก ถ้าใครคือ ๆ ไม่กินยา ก็โดนช็อตไฟฟ้า ”

“ ฉันทนะหมอจะรักษาแบบไหนก็รักษาไปเลย ฉันทอนุญาตทุกอย่าง อยากให้เขาหาย ”

“ เขาบอกว่าเขาหายแล้ว ฟังเพลงก็หาย กิน พารา ก็หาย พุดคนเดียว ต้องจับไปนอนร.พ. ”

“ มีคนข้างบ้านเขาเป็นบ้าด้วย ดิทยาบ้าด้วยพยายามฆ่าตัวตายช็อตไฟฟ้าแล้วดีขึ้นมา หมอให้กลับไปอยู่บ้านตั้งหลายปี ไม่กลับมาหาหมอดตามันคืออีก เมื่อปีที่แล้วผูกคอตาย ”

เมื่อสอบถามถึงวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว (ใบงานที่ 2/4) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะให้รับประทานยาแก้แพ้และคำแนะนำที่แพทย์แนะนำมา และถ้าบางรายที่มีอาการรุนแรงจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ถ้ามีอาการเล็กน้อย คือง่วงมาก พี่ก็จะให้เขานอน กลัวหกล้มและเกิดอุบัติเหตุตามมา ”

“ มีอยู่ครั้งพี่ผมแพ้มาก คือ มีนและกระสับกระส่ายมาก แม่ผมก็รีบพาไปโรงพยาบาลเลย ”

“ กินยาแล้วท้องผูก ท้องอืดท้องเฟ้อ ไปเอายาที่อานามัยมากิน ค่อยยังชั่ว ”

“ กินยาแล้วหิวมาก กินมาก น้ำหนักขึ้นมากเลย ก็พยายามออกกำลังกาย กินผัก มากๆ ”

“ ผิวผมขาวเหมือนฝรั่งเลย ก็พยายามใส่เสื้อคลุมไว้ ”

“ ส่วนใหญ่ผมก็ไปโรงพยาบาล ไปเอายามากิน บางครั้งถ้ามันลึนแข็ง ง่วงมากก็หยุดกินยาเอง ไม่ได้บอกหมอเขาหรอก ”

“ บางครั้งถ้าเขากินยาแล้วมีอาการง่วงมาก เขาก็ไม่กิน ต้องคอยดู บางทีเอายาไปทิ้งเอง ”

“ แม่ไม่กินอะไรเลย ข้าวอาหาร ยา นอนนิ่ง ต้องตามหมอ โธ่มาพุดหลายอย่าง แม่จึงกิน ”

“ ต้องให้กินยาทุกวัน ท้องผูกเดี๋ยวไปขอยานามัยให้ ไม่กินไม่ได้ ต้องไปนอนโรงพยาบาล

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ สนใจในการทำกิจกรรมและร่วมตอบข้อซักถาม ร่วมกันคิดถึงประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวประสบมา

บทบาทพยาบาล : สรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่องสาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต และเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาให้ความรู้เรื่องโทษของการดื่มน้ำมากเกินไป การรับประทานอาหารมากเกินไป ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยาทางจิตเวชและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวลดภาระในการดูแล

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2

ระยะเวลา ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 2 ภายใน 3 วัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจในการในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2
3. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ ในกิจกรรมที่ 2
4. เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึง
5. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า
6. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
7. เพื่อระดับประคองจิตใจผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์
2. สอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2
3. สอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลพบที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมครั้งที่ 2
4. สอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และวิธีการดูแล แก้ไขเบื้องต้น
5. ชมเชยผู้ดูแล เสริมแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่อไป

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 2 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลไข้ซึ่งความรู้ คำนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 2 คือภายหลังได้รับ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามเพื่อย้ำและกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการสอบถามอาการของโรค การสำรวจอาการทางจิต การรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคของผู้ป่วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตได้มากยิ่งขึ้น

การประเมินผล

ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2 นี้พบว่าผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เล่าเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากทำกิจกรรมที่ 2 เช่น ผู้ป่วยมีอาการตาขวาง คำสับสน ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ไม่นอนตลอดทั้งคืนจะปฏิบัติอย่างไร ผู้ป่วยง่วงอยากนอนตลอดเวลาทำอะไร ทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 2 เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ดูแลทราบเพิ่มเติมอีกครั้ง ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

บทบาทพยาบาล : ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชมเชย เป็นขวัญกำลังใจให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วย ก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยเข้าบ่อ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการ กับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลตนเองลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 3/2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 3/2 อาการเตือนที่พบบ่อย
5. ใบงานที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรคตามใบความรู้ที่ 3/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย

5. ผู้ศึกษาควรตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมเป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดกา
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้งพร้อมทั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 3 นี้ สมาชิกร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกันและนำเสนอ พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และบอกถึงวิธีการสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ (ใบงานที่ 3/1) พบว่าอาการเตือนส่วนใหญ่ ได้แก่ หิวแหว่ หรือเห็นภาพหลอน และแยกตัว ไม่ค่อยคุยกับใคร จากนั้นจึงให้สมาชิกยกตัวอย่างถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการจัดการ (ใบงานที่ 3/2) พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่เป็นเวลา วิธีการจัดการ คือพยายามไม่ให้นอนกลางวัน และไม่ค่อยสนใจดูแลตัวเอง วิธีการจัดการ คือ พูดคุยกับเขาดีๆ และกล่าวชมเขา กอดเขา เวลาเขาทำได้ บางคนมีโรคทางกายแทรกซ้อน มีอาการหงุดหงิดใช้ศาสนาเข้าช่วยดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ส่วนมากกลางคืนจะไม่นอน ก็พยายามให้เขาช่วยงานบ้านเล็กน้อยๆ ในตอนกลางวัน จะได้หลับช่วงกลางวัน”

“บางทีก็ไม่ยอมอาบน้ำ กินข้าวกินปลา ป้าก็จะพูดกับเขาดีๆ บางครั้งก็ขอเขา กอดเขา เหมือนเด็กๆคิดถึงเวลาที่เขายังเล็กๆ ทั้งๆ ที่ตัวทำแม่แล้ว ได้รับความอบอุ่นสินะ” (อิม :แต่น้ำตาซึม)

“บางครั้งผมก็หงุดหงิด เสียงดังบ้าง แม่เขาก็เข้าใจนะ คือเขาจะเงิบ ไม่ค่อยมาอุ้ม ปลดปล่อยให้ผมสงบไปก่อน”

“ ถ้าเขาพูดคนเดียวละก็ ลองไปคุยา นับดู ยาไม่ได้กิน ก็เน้นให้กินยา ถ้าไม่กินก็พาไปศรีบุญญาถ้าไม่กินบ่อยๆ แล้วอาการกำเริบหมอก็ให้ยามาฉีดทุกเดือน ฉันทดูแล 3 คน คนหนึ่งฉีดยา อีก 2 คนกิน”

“ฉันทเป็นมะเร็งเต้านมด้วย ผ่าตัดแล้ว ฉายแสงแล้ว ตอนนั้นเพลียมาก หงุดหงิดมากๆ ไม่อยากกินยาเลย แต่ก็ฝืนกินเพราะอยากจะหาย พยายามนับหนึ่งถึง 100 ก็ดีขึ้นนะ”

บทบาทพยาบาล : สรุปประเด็นที่สมาชิกได้ร่วมอภิปราย และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการสังเกตอาการ เดือนของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการ ตอบปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ทำให้สมาชิกมีความรู้มีทักษะในการ สังเกตอาการเดือนของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการที่ ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3

ระยะเวลา ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 3 ภายใน 3 วัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจในการในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3
3. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ ในกิจกรรมที่ 3
4. เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
5. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
6. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้อย่างต่อเนื่องการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
7. เพื่อประทับใจ ประคองจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วย

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์
2. สอบถามความรู้ที่ได้นำไปใช้ร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3
3. สอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลพบที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมครั้งที่ 3
4. สอบถามการสังเกตอาการเดือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการกับอาการเหล่านั้น

จัดการกับอาการเหล่านั้น

5. ชมเชยผู้ดูแล เสริมแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่อไป

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 3 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 3 คือการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ย้ำการสังเกตอาการเดือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วย ความรู้เรื่อง

การป้องกันการกำเริบของโรค อาการเตือนที่พบได้บ่อย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยและวิธีการจัดการ ได้มากยิ่งขึ้น

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 3 นี้พบว่าผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เล่าเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากทำกิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการ เช่น ไม่นอนทั้งคืน ตาขวาง หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าว เกียจคร้าน ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน นอนทั้งวัน ส่งเสียงดัง พูดจาหยาบคาย บางครอบครัวไม่พบปัญหา บางครอบครัวพบปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง บางครอบครัวไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3 โดยมีเหตุผลแตกต่างกันไป (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

บทบาทพยาบาล : ให้ข้อมูลที่ต้องการ ชมเชย เป็นขวัญกำลังใจให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
5. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุและอาการของความเครียดที่เกิดขึ้น
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ได้ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด : ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง พร้อมทั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ วิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่าง ๆ ที่ได้รับในครั้งนี้ ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5 และการติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 4

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 4 ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดตนเอง (ใบงานที่ 4/1) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง - มาก (คะแนน 29- 34) มีบางรายที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความเครียด และความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ใบงานที่ 4/2) พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่มีพวกเขาดูแลแล้วจะเป็นอย่างไร เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ฐานะทางบ้านไม่ค่อยดี ส่วนความเครียดที่พบในตัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการของพวกเขาเหล่านั้น กลัวว่าหากไม่มีผู้ดูแลแล้วพวกเขาจะอยู่กันอย่างไร บางครั้งคิดมากจะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ เวลาอยู่คนเดียว บางครั้งก็รู้สึกกังวล เป็นห่วงว่าถ้าไม่มีเราแล้วเขาจะอยู่อย่างไรต่อไป ”

“ บางวันคิดมากจนเครียด ทำให้นอนไม่หลับ หวาดผวากลัวเขาจะไปตีหัวใครอีก ”

“ ผมก็เครียด สงสารแม่ เขาหาเลี้ยงอยู่คนเดียว ถ้าไม่มีเขาไม่รู้ว่าจะอยู่กันอย่างไร ”

“ ฉันเครียดสงสารพี่ ถ้าฉันหาย พี่คงสบายใจมากขึ้น พ่อแม่ คงตายตาหลับ ”

“ ฉันเครียดสงสารเขา พ่อแม่มีสมบัติ แต่ยังไม่ไ้แบ่ง เขาน่าจะมีเงินส่วนตัวใช้เหมือนคนอื่น ”

จากนั้นจึงให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และร่วมกันเสนอแนะ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่พยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง มองโลกในแง่ดี คิดว่ายังมีคนอื่นที่แย่กว่า สมาชิกบางรายบอกว่าให้หางานอดิเรกทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลามาคิด บางรายบอกว่ากอดผู้ป่วยเอาความอบอุ่นให้กันและกันแล้วจะหายเครียด บางคนคิดว่ามาอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยแล้วจะหายเครียด บางคนคิดว่าต้องปล่อยวาง ต้องไม่คิดมาก ต้องคิดว่าเป็นเวรกรรมของตัวเอง บางคนคิดว่าลาออกจากงานแล้วมาอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยแล้วจะหายเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ผมพยายามไม่คิดมาก คิดเสียว่าคนที่แย่กว่าเรายังมีเยอะ เป็นโรคนี้มันไม่ตายหรอก เป็นเอคส์ซีน่ากลัวกว่า ”

“ ป้าก็พยายามทำงานบ้าน หรือหางานอื่นทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลาไปคิด ”

“ ถ้ามีเวลา ก็จะชวนเขาไปเดินเล่นแถวสนามเด็กเล่น เขาจะได้เปิดหูเปิดตาแต่งตัวหล่อขึ้น เขาอาบน้ำ สระผม เนื้อตัวสะอาดเราก็หายเครียด ”

“ พยายามกอดเขาไว้ เอาความอบอุ่นจากตัวเขา นี่นะเขาเป็นลูกหลานนะ อาการก็ดีขึ้น ”

“ สงกรานต์ ปีใหม่ก็ให้เขาอยู่บ้าน ป้าก็ออกไปทำบุญ ไปพบปะผู้คน ไปเจอสิ่งใหม่ก็ดีขึ้นนะ ”

“ คิดว่าเดือนหน้าถ้าออกมาขายก๋วยเตี๋ยวหน้าบ้าน อยู่ใกล้ๆ แม่แล้วคงจะไม่เครียดเท่านี้ ”

บทบาทพยาบาล : สรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง ให้กับสมาชิกและให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและสนใจเป็นอย่างดี สามารถสาธิตย้อนกลับได้ได้อย่างถูกต้อง คิด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไป

“รู้สึกดีครับ หายใจทั่วท้องดีหยุดคิดเรื่องอื่นชั่วคราว”

“มันสบายดีครับ ทำได้ง่าย ไม่รู้ว่าทำอย่างไรไม่อย่างนั้นทำตั้งนานแล้ว”

“ป้าจะเอาไปสอนแฟนด้วย มันไม่ยาก”

“ฉันคิดในแง่ดี เขาเป็นน้องเรา น่าจะพูดดีๆ พอฉันพูดดี เขาก็ช่วยฉันปั่นขนม ไม่ชโมยเอ็ม 100กิน ที่ผ่านมามีพยายามลืม ก็ดีขึ้นนะ”

โดยหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้เอง และที่สำคัญหลังจากปฏิบัติแล้ว ทำให้อารมณ์สงบขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4

ระยะเวลา ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 4 ภายใน 3 วัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจในการในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4
3. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ ในกิจกรรมที่ 4
4. เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในการนำเทคนิคการคลายเครียดไปใช้

ในชีวิตประจำวัน

5. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
6. เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด
7. เพื่อกระตุ้นประคองจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วย

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 4

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลทางโทรศัพท์
2. สอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4

3. สอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลพบที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยหลังทำกิจกรรมครั้งที่ 4
4. สอบถามเพื่อติดตามว่า สามารถนำความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด การผ่อนคลายความเครียดที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันหรือไม่
5. ชมเชยผู้ดูแล เสริมแรงใจในการทำหน้าที่ต่อไป

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 34 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 4 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 4 คือการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สอบถามคะแนน การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองว่ามีระดับคะแนนเท่าใด สอบถามการจัดการกับความเครียด ทบทวนความหมาย สาเหตุ อาการอย่างย่อๆ สอบถามการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้กับชีวิตประจำวันหรือไม่ และตอบปัญหาข้อข้องใจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 4 นี้พบว่าผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เล่าเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากทำกิจกรรมที่ 4 เรื่องทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สอบถามผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดแต่ละคน การจัดการกับความเครียดการนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้กับชีวิตประจำวัน บางครอบครัวไม่มีปัญหาเรื่องเครียด บางครอบครัวมีปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง บางครอบครัวไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4 โดยมีเหตุผลแตกต่างกันไป บางครอบครัวสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้กับชีวิตประจำวันผู้ศึกษาได้แก้ไขโดยการให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้อง บางครอบครัวให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อลดภาวะเครียด บางครอบครัวสอบถามปัญหาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 - กิจกรรมที่ 4 เพื่อทบทวนว่าผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องหรือไม่ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

บทบาทพยาบาล : ให้ข้อมูลที่ต้องการ ชมเชย เป็นขวัญกำลังใจให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุน

ทางสังคม และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้งตามใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
2. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่

3. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนตามใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคม, เครือข่าย และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็น ความรู้อีกครั้ง
5. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม และนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุด โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 5 นี้จากการที่ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองในเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “ การสื่อสารทางบวก” พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ผ่านมาว่าบางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะอาจทำให้คนที่ได้ยินรู้สึกไม่ดี เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอีก ดังตัวอย่าง เช่น

การสื่อสารทางลบ

“ ครั้งนั้นตวาดเขาและคุที่เขาไม่ยอมกินยา เขาก็เลยหงุดหงิด บ่นและเดินหนีไป ไม่ยอมกินยาตามเวลา ต่อ ไปนี้ฉันจะไม่ตวาด และคุเขาอีก ”

“ บางครั้งเหนื่อยมา พอมายเจอเขาพูดกระแทกเสียง อารมณ์เลยขึ้น เลยตวาดกลับไปทำให้เข้าหน้ากันไม่ติด ต่อ ไปจะไม่เกิดเหตุการณ์อย่างนี้อีก ”

การสื่อสารทางบวก

“ ตอนนี้นั่งดูทีวีไปก่อนนะลูก เดี่ยวสักพักค่อยกินยานะ เพราะถ้าลูกกินยาแล้วลูกจะได้อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดใจ ”

“ ถ้าหนูไม่นอน เดี่ยวตอนเช้าโทรมจะคุไม่สดใส ไม่สวยนะลูก ”

“ ผมอยากให้แม่พูดกับผมดีๆ ไม่คุผม ไม่ไปเล่าเรื่องผมให้คนอื่นฟังแล้วร้องไห้ผมอาย ”

“ ผมอยากให้พี่พูดกับผมดีๆ แล้วผมจะช่วยปั่นเม็ดยานุน ช่วยขายของ และช่วยงานอื่นๆ ”

บทบาทพยาบาล : สรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว และสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อกันในการสื่อสาร โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันฝึก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“ ลูกพอจะช่วยแม่ได้ไหม ถ้าแม่อยากให้ลูกกินยา ”

“ ผมอยากให้แม่สบายใจ ผมจะกินยาและ อาบน้ำ สระผม โดยไม่ต้องให้แม่เตือนนะครับ ”

“ ขอบใจมากนะ ที่ลูกรักแม่และทำตามแม่ขอร้อง ”

“ ขอบใจมากนะที่ช่วยงานทุกอย่าง ช่วงสงกรานต์ฉันมาขายดีมาก เธอช่วยพี่แล้วได้กำไรมาก”

“ ไปหาหมอนะลูก หมอจะได้ช่วย ลูกจะได้ไม่ไปทำร้ายคนอื่น เคียวเขาทำร้ายเอกนะลูก ”

“ เอ้ไปหาหมอกับแม่นะ จะได้ไม่ต้องได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยินอีก แม่รู้ว่าลูกรำราญ”

สมาชิกให้ความร่วมมือและบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำกลับไปใช้ในครอบครัว จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้สมาชิกบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ถ้ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเล็กน้อยและไม่รุนแรงจะไปที่สถานีอนามัย ยกเว้นเวลาที่มีอาการมากถึงหรือรับยาประจำ จะไปรับการรักษาที่สถาบันประสาท โรงพยาบาลศรีธัญญา ศิริราช พระนั่งเกล้า ชลประทาน วชิระ ราชวิถี ฯลฯ ส่วนใหญ่จะไม่เสียเงินค่ายา เนื่องจากมีบัตรทองยกเว้นรับยานอกโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลนอกเครือข่ายของบัตรทอง หรือ ลัดชั้นตอนการ Refer ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ส่วนมากถ้าเป็นอะไรนิดหน่อย ก็ไปที่อนามัยนะ”

“ถ้าอาละวาดมากๆ เอาไม่อยู่ ก็ตามตำรวจใส่กุญแจมือส่งศรีธัญญา”

“ โชคดีนะ ที่เคียวนี้ไม่ต้องเสียตังค์ มีบัตรทองค้อยังชั่วคราว”

“ ได้เบียร์ยังชีพ ผู้พิการเดือนละ 500 บาท จาก อบต. พอช่วยได้บ้าง ”

“ ไปโรงพยาบาลประสาทเสียเงินครั้งละ 2,000 บาท ฉันเพิ่งรู้จากหมอว่าศรีธัญญาก็มียาพวกนี้”

บทบาทพยาบาล : สรุปประเด็นที่ได้ จากนั้นจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ ตลอดจนวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน
วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ ในกิจกรรมที่ 5
2. สอนเป็นรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า
3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องภายหลังการจัดกิจกรรม
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการสื่อสารทางบวกให้มากขึ้น
5. ให้ความมั่นใจและย้ำประโยชน์ในการสื่อสารทางบวกผู้ป่วย
6. เป็นขวัญกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย
7. สอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคมและชุมชนที่ผู้ดูแลต้องการ
8. สอบถามการทดลองขอแหล่งสนับสนุนทางสังคมและชุมชนว่ามีความสำเร็จมาก หรือ น้อยเพียงใด

แนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับโทรศัพท์
2. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5
3. ผู้ศึกษาสอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลได้พบหลังการทำกิจกรรมที่ 5 และแนวทางแก้ไข
4. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรม
5. ผู้ศึกษาชมเชย เมื่อผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่อไป

ระยะเวลา ประมาณ 15 นาที ดำเนินการหลังกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5 หลังจากการจัดกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วันจะช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากได้นำความรู้จากการดำเนินกิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะทางสังคม สอบถามความรู้สึกในสถานการณ์จำลอง การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ทบทวนแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว และระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายไปใช้ในครอบครัว และตอบปัญหาข้อข้องใจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

ในการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 5 นี้พบว่าผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการพูดคุยทางโทรศัพท์ เป็นอย่างดี เล่าเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากทำกิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะทางสังคม บางครอบครัวไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร บางครอบครัวมีปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง บางครอบครัวไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยมีเหตุผลแตกต่างกันไป บางครอบครัวสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้เรื่องเทคนิคการสื่อสารเพื่อนำไปใช้กับชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมแลเครือข่าย เบี้ยยังชีพ จาก อบต. การช่วยเหลือจากชุมชนโดยใช้เงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ที่โอนผ่านมายัง อบต. เพื่อดำเนินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคบางครอบครัวสอบถามปัญหาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 - กิจกรรมที่ 5 เพื่อทบทวนว่าผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องหรือไม่ (ดังแสดงในภาคผนวก ก) บทบาทพยาบาล : 1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชมเชย เป็นขวัญกำลังใจให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมการ
สอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ (n=20)

คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1	28	93.33
2	28	93.33
3	29	96.67
4	29	96.67
5	30	100
6	29	96.67
8	30	100
7	29	96.67
9	29	96.67
10	29	96.67
11	28	93.33
12	29	96.67
13	29	96.67
14	28	93.33
15	28	93.33
16	29	96.67
17	29	96.67
18	29	96.67
19	29	96.67
20	29	96.67

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ดูแลทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในวันแรก ที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ในวันที่ 19 มีนาคม 2551

หลังดำเนินการตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณโดยดำเนินการในวันที่ 23-27 เมษายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05