

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

วิธีการดำเนินโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้เป็นโครงการศึกษาอิสระเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้งก่อนและหลังการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท

2.1.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน

2.1.2 เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

2.1.3 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

2.1.4 เป็นผู้ที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนน ระหว่าง 25-76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

2.1.5 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.1.6 เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2.1 เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2 เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

2.2.3 มีอายุระหว่าง 20-65 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2.4 เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2.3 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

2.3.2 มีอายุระหว่าง 20-65 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.3.3 เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จากคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จากนั้นผู้ศึกษาจะนัดผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เรื่อง วันและเวลา ในการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มศึกษาก่อนการเข้าพบ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มศึกษา สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มศึกษาเข้าใจในวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและตอบรับเข้าร่วมศึกษา จะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มศึกษาผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษาสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษา ได้ตลอดเวลา ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มศึกษาตอบรับการศึกษากลุ่มศึกษาเห็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.2 กำหนดขั้นตอนและเนื้อหาในกิจกรรมตามแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 สร้างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ ผู้ศึกษาคงโครงสร้างเดิมไว้ แต่ได้เพิ่มเติมเนื้อหาในกิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุมมากขึ้น ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัวลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากครอบครัวมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้ครอบครัวมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของ

กิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำเป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิกจำเป็นต้องทราบถึง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคเพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุและทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วย

ให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การมีความรู้ในเรื่องทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วน

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้ศึกษานำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผ่านความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ปรับปรุงขึ้นทุกขั้นตอน รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ค่า CVI=1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมใดแต่ละขั้นตอนและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมดีอยู่แล้ว แต่มีปัญหาที่พบเพียงเล็กน้อยที่ควรปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด พิจารณาเพิ่มความรู้ข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) ซึ่งอาจมี

อาการข้างเคียงที่แตกต่างจากยากลุ่มเดิม เช่น risk ต่อการเกิด metabolic syndrome , WBC ต่ำและให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องยาจิตเวชกลุ่มอื่นซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับจากจิตแพทย์กรณีที่มีโรคร่วม

2. กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ พิจารณาเพิ่มพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (ใบงานที่ 3/4) เพื่อสอดคล้องกับใบความรู้ที่ 3/4

3. กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม พิจารณาเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมเรื่องโทรศัพท์สายด่วนทางสุขภาพจิต

4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดรูปแบบก่อนข้างยากเกินไปสัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท ควรปรับเนื้อหา ภาษาที่ผู้ป่วยและญาติอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา การแก้ไขมีดังนี้ คือ

1. เพิ่มความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่

1.1 ภาวะที่เลือดมีเม็ดโลหิตน้อยกว่าปกติมาก (agranulocytosis) และมีอาการทางคลินิกคือ ไข้ อ่อนเพลียอย่างมาก (severe asthenia) และมีแผลภายในช่องปาก (buccopharyngeal) และ/หรือมีแผลรอบทวารหนัก (perineum) ซึ่งอาจเกิดอย่างเฉียบพลันได้ การดูแลคือต้องตรวจเลือดทุกสัปดาห์หรือตามที่แพทย์กำหนด

1.2 ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) เป็นภาวะที่อ้วนโดยเฉพาะส่วนเอว กล่าวคือ มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม., 80 ซม. ในชายและหญิงตามลำดับ ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายระบบ การดูแลเบื้องต้นคือ การออกกำลังกาย วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ลดอาหารไขมันลง และรับประทานอาหารพวกแป้งไม่เกินร้อยละ 50 ของอาหารที่รับประทาน ให้รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น อาหารธัญพืช ข้าวกล้อง ผัก ถั่ว ลดอาหารพวกเนื้อสัตว์ ใช้น้ำมันถั่วเหลืองแทนน้ำมันปาล์ม งคกะทิ งคสุรา

2. กิจกรรมที่ 3 ใบงานที่ 3/4 เพิ่มพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว โมโหง่าย วุ่นวายมาก ผู้ป่วยซึม เจ็บเมข แยกตัว ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น หัวเราะคนเดียวหรือพูดคนเดียว ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด การนอนไม่เป็นเวลา ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ทำงานหรือออกเที่ยวนอกบ้าน นอนหลับตลอดวัน ดูทีวีเกือบทั้งวัน และส่งเสียงดังพูดหยาบคาย

3. กิจกรรมที่ 5 เพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมเรื่องโทรศัพท์สายด่วนทางสุขภาพจิต ในใบความรู้ที่ 5/5

4. ปรับปรุงภาษาและเนื้อหาที่ใช้ในคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ๆ

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมฯที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างและความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังจากทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ครอบครัวสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม เมื่อทำการกำกับการทดลองโดยวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ พบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลทำแบบประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังแสดงความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยประเมินจากการให้การต้อนรับ ความสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยความกระตือรือร้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างเปิดเผย และบอกว่า ชอบให้พยาบาลมาเยี่ยมให้การดูแลและให้คำแนะนำที่บ้าน

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีระยะเวลา ภาษา ที่ใช้เหมาะสมและเป็นโปรแกรมที่มุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือส่งเสริมจนผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นภายหลังจากใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทำให้ผู้ศึกษาสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปทำการศึกษาต่อไปได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของรัฐนี้ ศรีหิรัญ (2544) โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแล ผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการกลับเป็นซ้ำ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งจำนวนข้อคำถามทั้งหมดเป็น ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. ด้านการใช้ยาและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) |
| 2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) |
| 3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) |

4. ด้านการกลับเป็นซ้ำ

จำนวน 4 ข้อ (ข้อ22-25)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของตนมากที่สุด ผู้ศึกษาได้ตั้งเกณฑ์การวัด 4 ระดับ โดยกำหนดการให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังต่อไปนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำสม่ำเสมอทุกครั้งหรือทำเป็นประจำ 5-7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทุกครั้ง (ทำมากกว่าไม่ทำ) 3 - 4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ทำนานๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนน้อย 1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เคยทำเลย
กำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ข้อความหมายทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,22, 23, 24, 25

ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน 4 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ทำนานๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

ข้อความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 8, 9, 11

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

การแปลความหมายของคะแนน

การแปลผลคะแนน ทำได้โดยนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมและมีการแปลความหมายโดยแบ่งระดับของคะแนนตามค่าพิสัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (มัลลิกา บุนนาค, 2548) ดังนี้

1. การดูแลตนเองในด้านการใช้ยาและสารเสพติด มีข้อคำถาม 9 ข้อ (ข้อ 1-9)

มีค่าคะแนนระหว่าง 9-36 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

9-18 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับต่ำ

19-28 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

29-36 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. การดูแลตนเองในด้านสุขภาพจิต มีข้อคำถาม 8 ข้อ (ข้อ 10-17) มีค่าคะแนน ระหว่าง 8-32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

8 -16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

17 -25 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

26 -32 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

3. การดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีข้อคำถาม 4 ข้อ (ข้อ 18-21) มีค่าคะแนนระหว่าง 4 -16 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

4 -8 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

9 -12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

13-16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

4. การดูแลตนเองในด้านการกลับเป็นซ้ำ มีข้อคำถาม 4 ข้อ (ข้อ 22-25) มีค่าคะแนนระหว่าง 4 -16 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4-8 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

9-12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

13-16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

5. การแปลผลคะแนนโดยรวม จำนวน 25 ข้อ มีค่าคะแนนของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 25-100 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

25-50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

51-76 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

77-100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การ

ให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยกำหนดระดับของการให้คะแนนตามความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณา ปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายและครอบคลุมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 10. “ เมื่อรู้สึกโกรธท่านทำลายสิ่งของที่ขวางหน้า” แก้ไขเป็น “ เมื่อรู้สึกโกรธท่านควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ จนคิดอยากระบายอารมณ์โดยการแสดงออกมาเลย ”

ข้อ 14 “ ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามโอกาส เช่นไปวัดไปโบสถ์ สวดมนต์ทำสมาธิ” แก้ไขเป็น “ ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามโอกาสเช่น ไปวัดไปโบสถ์ สวดมนต์ ทำสมาธิ การสวดอ้อนวอนพระเจ้า การละหมาด ”

ข้อ 15 “ ท่านสังเกตอาการเตือนของความเครียดอยู่เสมอ เช่น ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก นอนไม่หลับ” แก้ไขเป็น “ ท่านสังเกตอาการเตือนของความเครียดอยู่เสมอ เช่น ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ ”

หลังจากที่ได้ปรับแก้ตามความเห็นของผู้ทรงแล้ว ผู้ศึกษาได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ค่าเท่ากับ 1.0

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ราย และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในชุมชนเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77

3. เครื่องมือที่ใช้กับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก	ได้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้คะแนน	0	คะแนน

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

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,10,18

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (content validity) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณา ปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อ 2 “อาการทางจิตเกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก” แก้ไขเป็น “อาการทางจิตเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ความเครียด ความขัดแย้งกับสังคมรอบข้างเป็นสาเหตุร่วมกัน”

ข้อ 3 “โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ โคนผีเข้า โคนของ” แก้ไขเป็น “โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ โคนผีเข้า โคนของ”

ข้อ 4 “พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก้ไขเป็น “การติดสารเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า

หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำได้”

ข้อ 11 “การรักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล”
แก้ไขเป็น “การรักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล อ้วนลงพุงได้”

ข้อ 14 “การรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการทางจิตดีขึ้น” แก้ไขเป็น “การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้อาการทางจิตดีขึ้น”

ข้อ 16 “ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ฯลฯ” แก้ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า ฯลฯ”

จากนั้นผู้ศึกษานำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.0

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ได้นำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในชุมชนเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของจิราพร รักรการ(2549)โดยใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20

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

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่านและจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นผู้ศึกษาปรับแก้แบบวัดความรู้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นและแก้ไขข้อคำถามบางข้อ ที่มีข้อความซ้ำซ้อนหรือมีนัยเดียวกันกับข้ออื่นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 11 “พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก้ไขเป็น “การติดยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำได้”

ข้อ 19 “การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และการให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และการให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวเช่น ให้ช่วยทำงานบ้าน ซักผ้า ล้างจาน เป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 24 “ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า” แก้ไขเป็น “ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่า”

ข้อ 30 “การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้นๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย” แก้ไขเป็น “การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้นๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย และใช้น้ำเสียงอ่อนโยน”

จากนั้นนำแบบวัดความรู้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.0

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จิราพร รักการ (2549) ได้นำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

เกณฑ์กำกับการศึกษา

ภายหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คณะแนวความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและคณะแนวความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การดำเนินการโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินงานเองด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลังการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในชุมชนอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1) การเตรียมความรู้และฝึกทักษะของผู้ศึกษาในเรื่องการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผู้ศึกษาได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล ในชุมชนและในกลุ่มเฉพาะ รวมทั้งผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรางาน วิจัยร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2) เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

3) เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลโพธารามและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษาโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาล

ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเรื่องมือการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลแจ้งวันเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

4) ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มศึกษาจำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือในการศึกษา หากผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นัดวัน เวลาในการทำกิจกรรม โดยนัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในวันที่ 2-6 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ในวันที่ 7-11 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ในวันที่ 12-16 มีนาคม 2553 และนัดเยี่ยมครั้งที่ 5 ในวันที่ 17-21 มีนาคม 2553

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการศึกษา

1) ผู้ศึกษาทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม อำเภอโพธาราม และนายแพทย์สาธารณสุขอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 1 ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม 2553 ผู้ศึกษาไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อน (pre-test) จากนั้นได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการวันละ 4 ครอบครัว

3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ในวันที่ 2-6 มีนาคม 2553 และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด

4) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 3 ในวันที่ 7-11 มีนาคม 2553 และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ

5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 4 ในวันที่ 12-16 มีนาคม 2553 และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

6) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 5 ในวันที่ 17-21 มีนาคม 2553 และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สรุปการดำเนินกิจกรรมในโครงการ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 1 -5

กิจกรรม	วัน เดือน ปี	ลำดับที่ครอบครัว
ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนดำเนินการศึกษา (Pre-test)		
กิจกรรมที่ 1	25 กุมภาพันธ์ 2553	1-4
การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมี	26 กุมภาพันธ์ 2553	5-8
ส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย	27 กุมภาพันธ์ 2553	9-12
(ครอบครัวละ 60 นาที)	28 กุมภาพันธ์ 2553	13-16
	1 มีนาคม 2553	17-20
กิจกรรมที่ 2	2 มีนาคม 2553	1-4
การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3 มีนาคม 2553	5-8
การใช้ยาและสารเสพติด	4 มีนาคม 2553	9-12
(ครอบครัวละ 90 นาที)	5 มีนาคม 2553	13-16
	6 มีนาคม 2553	17-20
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ	7 มีนาคม 2553	1-4
	8 มีนาคม 2553	5-8
(ครอบครัวละ 90 นาที)	9 มีนาคม 2553	9-12
	10 มีนาคม 2553	13-16
	11 มีนาคม 2553	17-20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรม	วัน เดือน ปี	ลำดับที่ครอบครัว
กิจกรรมที่ 4	12 มีนาคม 2553	1-4
การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและ	13 มีนาคม 2553	5-8
พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด	14 มีนาคม 2553	9-12
(ครอบครัวละ 90 นาที)	15 มีนาคม 2553	13-16
	16 มีนาคม 2553	17-20
กิจกรรมที่ 5	17 มีนาคม 2553	1-4
การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการ	18 มีนาคม 2553	5-8
ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม	19 มีนาคม 2553	9-12
(ครอบครัวละ 90 นาที) และกำกับการศึกษาโดยการ	20 มีนาคม 2553	13-16
วัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวัด	21 มีนาคม 2553	17-20
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ		
ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังดำเนิน	26 มีนาคม 2553	1-5
การศึกษา (Post-test)	27 มีนาคม 2553	6-10
	28 มีนาคม 2553	11-15
	29 มีนาคม 2553	16-20

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

5. เพื่อให้ครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้วถามถึงเรื่องครอบครัวลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากครอบครัวมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้ครอบครัวมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้นมีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ (joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวโดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกครอบครัวกล่าวแนะนำตนเอง

2. พูดยุขสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. สร้างข้อตกลงหรือ (contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้งข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. ผู้ศึกษาสอบถามครอบครัวเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้ศึกษาสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ให้ครอบครัวนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2

6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1

8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

จากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้ง 20 ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นกันเอง ยิ้มทักทาย ร่วมการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว

และผู้ศึกษาได้ เนื่องจากผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการเชื่อมผู้ป่วยในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความคุ้นเคยกับผู้ศึกษาเป็นอย่างดี และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อถือได้ง่าย แต่ก็มีผู้ป่วยและครอบครัวอีก 2 ครอบครัวที่ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าครอบครัวอื่น อาจเนื่องจากทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยเป็นไปในแง่ลบ และมีความรู้สึกอับอายที่มีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินกิจกรรมในลักษณะรักษาความลับของครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวก็ให้ความร่วมมือมากขึ้น กล่าวพูดแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ผู้ศึกษาให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด เป็นมิตร สามัคคี อบอุ่น มีความสุข มีเพียงบางครอบครัว ที่เป็นแบบต่างคนต่างอยู่ มีปากเสียงกันบ่อย ซึ่งจากการพูดคุยพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวทำงานในช่วงเวลาที่ต่างกัน มีกิจกรรมที่ทำร่วมกันน้อยและขาดทักษะในการสื่อสารทางบวก สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน สมาชิกในครอบครัวมีอาชีพเกษตรกร บางครอบครัวรับจ้าง มีรายได้ไม่มากนัก ไม่ค่อยเพียงพอกับรายจ่าย

ผู้ศึกษาให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน นำเสนอเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ส่วนใหญ่มีความรู้สึกด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ รัก เป็นห่วง สงสาร เห็นใจ ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัวต่อไปนี้

“ตอนเด็กๆ เขาน่ารัก เลี้ยงง่าย พอมีเรื่องเครียด แล้วเขามาเป็นแบบนี้ ฉันก็สงสาร ลูกทั้งคนฉันดูแลเขาได้”

“รู้สึกสงสารน้อง ไม่รู้เมื่อไหร่จะหาย อยากให้น้องได้เรียนต่อ แล้วทำงานดีๆ”

“เป็นห่วงพ่อ ต้องคอยดูแล กลัวเดินไปไหนๆ ไม่เห็น นี่พี่สาวก็ให้ออกจากงานมาช่วยดูแลพ่อที่บ้าน”

มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึก อับอาย หงุดหงิด เบื่อหน่าย เอือมระอา น้อยใจ และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยป่วยมาเป็นระยะเวลาเป็นเวลานาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ หรือทำงานก็ไม่ได้นาน ไม่ช่วยเหลืองานในบ้าน ไม่อาบน้ำ ไม่รับประทานยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“รู้สึกหงุดหงิดเหมือนกัน ทำงานอยู่คนเดียว ไม่มีใครช่วยเลย”

“เบื่อหน่าย ไม่ยอมกินยา ต้องแอบบดยาผสมในอาหารให้กิน น้ำก็ไม่ยอมอาบ”

“ท้อแท้ ดูผู้ป่วยมานานๆ ก็เบื่อเหมือนกัน”

“เวลาเรามีอาการ จะ ไม่นอน ร้องคำเสียงดัง กว้างป่า ข้าวของ รู้สึกอายเพื่อนบ้าน”

“น้อยใจ รู้สึกเพื่อนบ้านรังเกียจลูก ไม่รู้ไปทำเวรกรรมอะไรไว้”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยว่ามีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกในการดูแลผู้ป่วยและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยในที่สุด ผู้ศึกษาพยายามพูดคุย โน้มน้าว กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึก ด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการดูแล ผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลสัปดาห์ที่ 5 ทักษะคติของครอบครัวที่มีต่อ ผู้ป่วยก็เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เช่น การพูดคุย การยอมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย การรับปากว่าจะพาผู้ป่วยไปพบ แพทย์ตามนัด

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษาของโรค จิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการ ดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติ อย่างไม่อย่างใดจะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการ เตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิด ความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและครอบครัวพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้ครอบครัวทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่ครอบครัวเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1และ2/2
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้ครอบครัวทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่ครอบครัวเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิตตามใบความรู้ที่ 2/2
8. ผู้ศึกษาและครอบครัวพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด โทษของการติดสารเสพติดโดยให้ครอบครัวทำใบงานที่ 2/6
9. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่ครอบครัวเล่า
10. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องสารเสพติดตามใบความรู้ที่ 2/4 และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้
11. ให้ครอบครัวร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
12. มอบหมายให้ครอบครัวกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภทและลองปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ
13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

สืบเนื่องจากกิจกรรมที่ 1 เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง ขณะที่อยู่บ้าน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงให้เวลากับกิจกรรมนี้เพิ่มขึ้น คือ ได้ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและ การรักษา แนะนำการใช้ใบความรู้เรื่อง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตอย่างละเอียดเพื่อให้ญาติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ผลจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับ อาการของโรคจิตเภท การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การรักษาที่ได้รับพบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ เดินไปเดินมา พูดคนเดียว มีพฤติกรรมแปลกประหลาด หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง หลงผิดเป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เห็นเขาเดินไปเดินมา ไม่นอนทั้งคืน พูดพิมพ์อะไรคนเดียวก็‘ไม่รู้’ แล้วบอกว่าตนเองเป็นพระพุทธรเจ้ากลับชาติมาเกิด”

“เห็นเขาเดินต่อเท้า พูดกับต้นไม้ ‘ไม่รู้ว่าเป็นอะไร’

“ไม่ยอมกินข้าว บอกว่ามีคนจ้องจะเอายาพิษมาใส่”

“เขาบอกว่าได้ยินเสียงพระองค์ใหญ่มาบอกให้ไปอินเดีย เลยเดินออกนอกบ้านหายไประยะหลายวัน ให้คนช่วยตามหา พบว่าเดินไปเดินมาอีกหมู่บ้านหนึ่ง”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่ามีสมาชิกในบางครอบครัวเชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากไสยศาสตร์ โคนของ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ฉันว่าอาการเหมือนผีเข้า อยู่ๆก็ทำตาขวางๆ เดินไปมาไม่นอน”

“อาจจะ โคนของ ไปนั่งทับเจ้าที่เจ้าทางที่ไหนเข้า หรือ ไม่ก็บนไว้แล้วไม่ได้ไปแก้”

สำหรับประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต พบว่าพบว่ามีผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยใช้ยาเกิน และอาการข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุด คือ ง่วงซึม ผู้ป่วยบางคนทานยาแล้วมีอาการง่วงซึมทั้งวัน บางครั้งทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามกำหนดเวลาที่แพทย์สั่ง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“กินยาแล้วง่วงนอน ออกไปตีฟิ่งไม่ได้ เลยไม่ค่อยได้กิน เอามากินรวมกันตอนกลางคืน”

“ตะกอนกินยาแล้วรู้สึก คอแข็ง กรามแข็ง ตอนนี้เป็นแล้ว”

“ฉันรู้สึกเหมือนผีดิบเลยเมื่อกินยา สงสัยกินยามากไป เลยหยุดยา รู้สึกดีขึ้น”

“กินยาแล้วรู้สึกอ้วนขึ้น”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ครอบครัวให้ความสนใจซักถามผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิต ดังตัวอย่างคำถาม ต่อไปนี้

“ต้องกินยาตลอดชีวิตไหม อยากเปลี่ยนไปรักษาแบบอื่นบ้าง”

“หนูว่าหนูไม่ได้เป็นอะไรแล้ว หยุดยาได้ไหม”

“ลูกไม่ยอมกินยา ฉันเลยบดยา ผสมในอาหาร ไม่รู้ทำถูกหรือเปล่า”

สำหรับประสบการณ์เกี่ยวกับสารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยบางคนยอมรับว่า เคยเสพยาบ้า สุขกัญชา คมกาว คมทินเนอร์มาก่อน แต่ตอนนี้เลิกแล้ว แต่สมาชิกบางครอบครัวบอกไม่แน่ใจว่า ผู้ป่วยเลิกหรือยัง ผู้ป่วยบางรายติดกาแฟ คืมกาแฟกระป๋องหรือกาแฟซอง วันละหลายครั้ง บางรายติดพวกเครื่องคืมชูกำลัง เอ็ม 150 กระทั่งแดง หรือพวกน้ำอัดลม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“แม่ให้เงิน วันละ 20 บาท ไว้ซื้อขนม แต่ผมชอบกาแฟกระป๋องมากกว่า หรือไม่ก็พวก กระทั่งแดง เอ็ม 150”

“ตะกอนเคยดมกาว กับเพื่อนบ่อยๆ ตอนหลังแม่ไล่ค่าเพื่อนๆ ไปหมด เคยแอบไปดมกาว กับเพื่อนๆ บ้างแต่ไม่บ่อย”

“เคยสูบบุหรี่ ตอนนี้อยู่ไม่ได้สูบ สูบครั้งละประมาณ ครึ่งซอง”

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นตามที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เรื่องยารักษา โรคจิตและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดยการสอน แนะนำและสาธิตการใช้ใบความรู้ ทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การใช้ยารักษาโรคจิตและสามารถดูแลตนเองจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตได้ มีความรู้และเข้าใจการติดสารเสพติดที่ส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำได้ สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบซ้ำได้
3. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึง อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคเพราะ

ความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษากล่าวนำถึงความสำคัญของยารักษาอาการทางจิตและให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและวิธีการจัดการ ตามใบงานที่ 3/1 และ 3/2
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ตามใบความรู้ที่ 3/1
4. ผู้ศึกษาสอบถามครอบครัวเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/3
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/2
6. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/3
7. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/4 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
8. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่ครอบครัวเล่า
9. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/4
10. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
11. ให้ครอบครัวร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
12. มอบหมายให้ครอบครัวกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ 3 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจในกิจกรรมนี้มาก เนื่องจากเคยประสบ ผู้ป่วยในครอบครัวมีอาการข้างเคียงจากยาและมีอาการกำเริบชนิดต้องปรับยา บางคนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1-3 ครั้ง ผู้ศึกษาให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต สมาชิกในแต่ละ

ครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เวลากินยาแล้ว คอแห้ง หมอ...บอกว่าให้จิบน้ำบ่อย ๆ ได้แต่อย่ากินน้ำมากนักเดี๋ยวน้ำเกิน”

“ถ้าวังนอนมาก ก็ให้นอนซัก 1-2 ชม. ได้ อย่าไปขับรด ขับรา เดี่ยววูบ”

“กินยาแล้วอ้วนขึ้น ก็พยายามกินข้าวน้อยลง ออกกำลังกาย ทำงานบ้านไป”

“เวลานั่งเขียนผ่านานๆ พอลุกเร็วๆ แล้ววูบ ก็พยายามลุกช้าๆ ตอนนี่ไม่เป็นแล้ว”

“เวลาออกแดด ผิวจะแพ้ง่าย ต้องใส่เสื้อแขนยาว”

แต่ก็มีบางครอบครัวที่ยังไม่เข้าใจเรื่องอาการข้างเคียงจากยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เห็นกินยาแล้วหลับทั้งวัน ก็เลยให้นอนต่อไป เพราะคิดว่าวังมาก และจะได้ไม่อาระวาด”

“กินยาแล้วเห็นบ่นคอแข็งๆ นึกว่ากินยามากไป เลยลดกินวันละเม็ด”

สำหรับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเดือนและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สมาชิกได้นำเสนอเกี่ยวกับการสังเกตอาการเดือนของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับทั้งคืน เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน ไม่สนใจตัวเอง นั่งซึมเฉย เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เห็นคน ไข่ยืนด่าอยู่คนเดียว บางทีก็หงุดหงิด ขว้างปาข้าวของ”

“เห็นนั่งซึมเฉย ไม่พูดไม่จากับใครหลายวัน ข้าวปลาไม่กิน”

“ไม่นอนมาหลายคืนแล้ว น้ำท่าไม่ยอมอาบ ไม่ช่วยงานบ้าน”

“พ่อชอบเดินแก้ผ้า หนูอายเขา เลยขังพ่อไว้”

ครอบครัวที่ประสบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าว ไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไรดี และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สินได้ ดังนั้น เมื่อผู้ศึกษาได้สรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่าและบรรยายสรุปให้คำแนะนำ เรื่องการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การป้องกันการกำเริบของโรค อาการเดือนที่พบบ่อย วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ผู้ศึกษากดตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พบว่า ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ไขแต่ละพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

“แรกๆ ก็ยอมกินยาที่อยู่หรรอก แต่พอนานๆ ไป ก็บอกเบื่อไม่ยอมกินยาอีก ต้องแอบผสมยาใส่ในอาหาร”

หญิงหงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

“ทำเฉยๆ ไป อย่าไปต่อปาก ต่อคำ เดี่ยวก็เงียบไปเอง”

“พยาบาลพูดกับเขาเพราะๆ อย่าไปเอ็ด ไปด่าว่า แต่ถ้าไม่ไหวจริง ๆ ก็ช่วยกันนำส่งโรงพยาบาล”

ซิม เฉยเมย แยกตัว

“ก็ชวนไปตลาดนัด บางทีก็ให้พี่ชายเขาพาไปขายรูปที่ดำเนินไม่ปล่อยให้ว่างมาก เดี่ยวคิดมาก”

พฤติกรรมแปลก ๆ เช่น หัวเราะคนเดียวหรือพูดคน

“ผมก็ทำเฉยๆ ไป เห็นจนชินแล้ว ไม่ได้ดูค่าเขาหรรอก”

อาการหลงผิด

“สังเกตว่าถ้าอยู่ว่าง ๆ เขาจะมีอาการ ก็เลยให้ทำโน้นทำนี่ไม่ให้ว่างมาก”

นอนไม่เป็นเวลา

“ให้สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน”

“กลางวันไม่ให้นอนนาน ให้ทำงานหนักๆ เหนื่อยเข้าก็หลับไปเอ”

ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“คอยเตือนให้อาบน้ำ หลอกล่อไปว่าจะซื้อขนมมาให้ จะพาไปที่ตลาดนัด ถ้าตัวเหม็นสกปรกจะไม่ให้ออกไปไหน”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

“ชวนให้ทำงานบ้านเท่าที่ทำได้ ช่วยๆ กันไปไม่ปล่อยให้ทำคนเดียว ไม่ไปดูค่าเขาหรรอก”

“พอเขาช่วยงานบ้านได้ ก็พยายามชมเขา”

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต
2. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของครอบครัว
3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

5. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุและทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้นุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้นุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพจิตตนเองตามใบงานที่ 4/1 และให้นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
2. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตตามใบความรู้ที่ 4/1
4. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/2 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/2 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/3
8. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาริตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับครอบครัว ตามใบความรู้ที่ 4/4 และให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติตาม
9. ให้ครอบครัวร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
10. มอบหมายให้ครอบครัวกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกได้เล่าถึงประเด็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแล สมาชิก มีวิธีการดูแลตนเองให้สบายใจขึ้นดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เวลาเครียดๆ ก็ออกไปโน้น ไปนี้บ้าง ทำให้สบายใจขึ้น”

“ก็ออกไปคุยกับเพื่อนๆ ช่างบ้านบ้าง ได้ระบายออกไปเสียบ้างก็รู้สึกดีนะ พอหายเครียดแล้วค่อยเข้าบ้าน”

“เคยนั่งร้องไห้เหมือนกัน เวลาพ่อเหนื่อยมากๆ มีพี่สาวมาช่วยปลอบก็ดีขึ้น”

จากนั้นให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความรู้สึกไม่สบายใจ เครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ อาศัยรายได้หลักจากบิดา มารดาหรือพี่น้อง ซึ่งรายได้ไม่มากนักทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนเป็นบิดามารดาที่มีอายุมากจะมีความเครียด และวิตกกังวลว่าหากต่อไปไม่มีพวกเขาแล้วผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เป็นห่วงเขาเพราะว่า ถ้าต่อไปพ่อแม่ไม่อยู่ ตายไปแล้วใครจะคอยดูแล พี่ๆน้องๆคนอื่นเขาก็มีครอบครัวของเขา ก็คงไม่มาสนใจหรอก คิดทีไรก็กลัวใจทุกที”

“เครียดเหมือนกันนะที่น้องเป็นแบบนี้ เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย เวลาอาการจะกำเริบ จะอาละวาด ขว้างปาข้าวของ ไม่นอนทั้งคืน ร้องเพลงลั่นไปหมด เกรงใจเพื่อนบ้าน”

“เครียดนะ แต่ก็ต้องทำใจ ไม่มีใครอยากให้เป็นแบบนี้หรอก มันเป็นไปแล้วก็ต้องดูแลกันต่อไป”

“ผมก็เครียดเหมือนกันนะ งานก็ไม่มีทำ พ่อแม่ชอบห้ามโน้นห้ามนี้ รำคาญ”

และได้ให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“เปิดทีวีดูไปเรื่อยๆ ฟังวิทยุเดี๋ยวก็ลืมไปเอง บางทีก็นอนหลับไปเลย”

“ถ้าเครียดมากๆก็จะชวนกันไปไหว้พระที่วัดก็ดีขึ้นจิตใจจะได้สงบ (ผู้ป่วย)จะได้ไปเปิดหูเปิดตาด้วย”

จากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยบางรายชอบสวดมนต์ บางรายมารดาจะพาไปทำบุญที่วัดในหมู่บ้าน ฟังพระเทศน์บ้าง ผู้ดูแลบางครอบครัวก็นำเทปเพลงธรรมะมาเปิดให้ผู้ป่วยฟัง

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสภาพที่บ้านของผู้ป่วย ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นบ้านชั้นเดียว ไม่ได้ยกพื้น สภาพบ้านค่อนข้างทรุดโทรม และคู่มือก่อสร้างอาคารไม่ค่อยถ่ายเท สภาพแวดล้อมรอบๆบ้าน มีขยะกระจัดกระจายและอีกประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวได้ดูสูง สภาพบ้านดูดีกว่ากลุ่มแรก เนื่องจากอยู่กลางทุ่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แต่ลักษณะการจัดบ้าน ไม่เป็นระเบียบ บางบ้านมีสัตว์เลี้ยงไว้ได้ดูบ้านเช่น หมู ไก่ ทำให้มีกลิ่นเหม็น บางบ้านทำขนมขายก็มีสัตว์เลี้ยงเช่น แมวจำนวนมากอยู่ในบ้านด้วย ภายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำในเรื่องความสะอาด ความมีระเบียบของบ้าน จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบทุกกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาล ได้พูดคุย และแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วย ให้เอื้อต่อการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ด้วย และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจนคือ ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย สะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าภายหลังจากที่ได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น บ้านสะอาดขึ้น และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้นอากาศถ่ายเทสะอาดดีขึ้น มีการแยกกักกันสัตว์เลี้ยงเป็นสัดส่วน มากกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

จากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการ จัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดี ขณะที่ผู้ศึกษาสาธิตเทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้เวลาที่เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังได้รู้จักแบ่งเวลามาจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ทำให้บ้านสะอาด น่าอยู่ จิตใจสบายขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การมีความรู้ในเรื่องทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วน

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกรับ ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและครอบครัวแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้เวลาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้ครอบครัวได้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำในวันหนึ่งตามใบงานที่ 5/1 และผู้ศึกษาสรุปประเด็นดังกล่าว

2. ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามสถานการณ์ที่พบตามใบงานที่ 5/2

3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามใบความรู้ที่ 5/1 และ 5/2

4. ผู้ศึกษาแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/3 และ ใบงานที่ 5/4 และให้ครอบครัวร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว

5. ผู้ศึกษาและครอบครัวแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยให้ครอบครัวได้ฝึกทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมตามใบงานที่ 5/5 และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

6. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัวในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสารองค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/3

7. ให้ครอบครัวได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ครอบครัวนึกถึงใครและได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/5 และ 5/6

8. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่ครอบครัวอาศัยอยู่และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนตามใบความรู้ที่ 5/4 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

9. ให้ครอบครัวร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

10. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมายการทำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกได้เล่าถึงกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันพบว่า ส่วนใหญ่จะตื่นนอนก่อนข้างสาย หลังจากนั้นก็ทานอาหารเลย ไม่อาบน้ำ แล้วนอนอยู่ในบ้านต่อ ไม่ค่อยได้ออกไปไหน ไม่ได้ช่วยงานบ้านมากนัก ซึ่งความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“ผมรู้สึกเบื่อ บางครั้งก็อยากช่วย บางครั้งก็ไม่อยากช่วย

“หนูกลัวช่วยแล้วไม่ถูกใจแม่ เบื่อเหมือนกันไม่รู้จะทำอะไรดี”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามสถานการณ์ที่พบ ได้แก่ ให้ลองเก็บที่นอน กวาดบ้านถูบ้าน ล้างจาน ซักผ้า อาบน้ำ สระผม แปรงฟัน ตัดเล็บ ช่วยเย็บตุ๊กตา พบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยที่ให้ญาติคอยกระตุ้นและกล่าวชมเชยเป็นระยะ ซึ่งเมื่อได้กลับไปประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นสังเกตได้จากการที่ญาติบอกว่า

“ตั้งแต่หมอมายเยี่ยม และให้คำแนะนำ เขาก็ดีขึ้นมาน้อย กินง่ายง่ายขึ้น อาบน้ำบ่อยกว่าเดิม”

“ป้ารู้สึกว่าเขาช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น ทำอะไรได้เอง ไม่ต้องคอยบอกมากนัก”

นอกจากนี้การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หนูรู้สึกดี ที่ได้ช่วยงานแม่บ้าง แม่จะได้ไม่เหนื่อยมากนัก”

จากนั้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ก่อนนั้น เคยค่าเขาเวลาเขาอาละวาด เขาก็ค่ากลับ แกรม ขว้างปาข้าวของ วุ่นวายไปหมด ต่อไปถ้าเป็นอย่างนี้ก็ต้องพยายามใจเย็นๆ พูดกับเขาดีๆ”

“บางที่เขาที่ไม่ได้ตั้งใจหรอก มันหลุดหลุดไปเอง ก็โรคของเขานั้นแหละ ปากก็เข้าใจเขาเนาะ ค่อยๆ พูดกับเขา”

นอกจากนี้ผู้ศึกษาให้สมาชิกได้บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่า หากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะไปใช้บริการที่สถานีนามขี้ไก่กลับบ้าน รับยามารับประทาน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ส่วนผู้ที่มีปัญหาทางด้านการเงิน ก็จะไปขอความช่วยเหลือยังองค์การบริหารส่วนตำบลที่คนอาศัยอยู่เพื่อขอเบี้ยยังชีพผู้พิการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่พบได้บ่อยคือเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“เวลาไม่สบายนิดๆ หน่อยๆ ก็จะไปเอายาที่สถานีนามขี้ไก่ข้างบ้านนี้แหละ มากินไปก่อนถ้าไม่สบายมากๆ ค่อยไปโรงพยาบาล”

“ช่วงที่เขามีอาการกำเริบ แล้วอะอะอาละวาด เอาเขาไม่อยู่เหมือนกัน ต้องขอแรงที่ๆ นื่องๆ เพื่อนบ้านมาช่วยกันจับ ถ้าเอาไม่ไหวจริงๆ ก็โทรแจ้งตำรวจมาช่วยกันจับเลย”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาในชุมชน ที่สมาชิกอาศัยอยู่และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษาคำเนินการกำกับการศึกษาทันที ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้ดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบครัน อย่างสมบูรณ์และครอบคลุม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 หรือคิดเป็น 16 คะแนนขึ้นไปทุกรายและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวัดความรู้ของญาติจำนวน 30 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 24 คะแนนขึ้นไปทุกราย แสดงผลการประเมินดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
 ครอบครัวย (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนแบบทดสอบความรู้	ร้อยละ
1	16	80.00
2	16	80.00
3	17	85.00
4	17	85.00
5	16	80.00
6	16	80.00
7	17	85.00
8	16	80.00
9	16	80.00
10	18	90.00
11	16	80.00
12	16	80.00
13	17	85.00
14	18	90.00
15	17	85.00
16	18	90.00
17	17	85.00
18	17	85.00
19	16	80.00
20	16	80.00
เฉลี่ย	16.65	83.25

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย สูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.65 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.25 ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทหลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ทุกคน

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนแบบทดสอบความรู้	ร้อยละ
1	24	80.00
2	25	80.33
4	25	80.33
5	24	80.00
6	24	80.33
7	25	80.33
8	24	80.00
9	25	80.33
10	24	80.00
11	24	80.00
12	24	80.00
13	24	80.00
14	24	80.00
15	24	80.00
16	24	80.00
17	24	80.00
18	24	80.00
19	24	80.00
20	24	80.00
เฉลี่ย	24.25	80.53

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.33 ต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.25 คิดเป็นร้อยละ 80.53 ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่าง หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ทุกคน

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับสมาชิก หลังการใช้โปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนแบบทดสอบความรู้	ร้อยละ
1	24	80.00
2	25	80.33
4	25	80.33
5	24	80.00
6	24	80.00
7	25	80.33
8	24	80.00
9	24	80.00
10	24	80.00
11	25	80.33
12	25	80.33
13	24	80.00
14	24	80.00
15	24	80.00
16	24	80.00
17	24	80.00
18	24	80.00
19	25	80.33
20	24	80.00
เฉลี่ย	24.35	80.11

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับสมาชิกใน
ครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ
80.33 ต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.35 คิดเป็นร้อยละ 80.11
ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่าง หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่
กำหนด คือร้อยละ 80 ทุกคน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการดำเนินการ (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ครอบครัวที่ 1-4 ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2553, ครอบครัวที่ 5-8 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 , ครอบครัวที่ 9-12 ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2553, ครอบครัวที่ 13-16 ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553, ครอบครัวที่ 17-20 ในวันที่ 1 มีนาคม 2553 และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-test) 1 สัปดาห์ภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรม ครอบครัวที่ 1-5 ในวันที่ 26 มีนาคม 2553 , ครอบครัวที่ 6-10 ในวันที่ 27 มีนาคม 2553, ครอบครัวที่ 11-15 ในวันที่ 28 มีนาคม 2553, ครอบครัวที่ 16-20 ในวันที่ 29 มีนาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการศึกษา มาคำนวณหาค่าสถิติ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้ สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05