

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคะแนนภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรม รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว ในแต่ละครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้จากการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักโดยมีคุณสมบัติดังนี้
 - 1.1 บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน
 - 1.2 ให้การดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
 - 1.3 มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี
 - 1.4 มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
 - 1.5 สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
 - 1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลรองซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้
 - 2.1 มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน
 - 2.2 มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ
 - 2.3 อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี
 - 2.4 สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
 - 2.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD10

3.2 มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี

3.3 สามารถพูดคุยหรือสื่อสารรู้เรื่อง

3.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลไทรน้อยและสถานีอนามัยในอำเภอไทรน้อยเพื่อคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น จากทะเบียนผู้ป่วยจิตเภท โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกรอบครัวซึ่งมีสมาชิกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 กรอบครัวแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ศึกษาแนะนำตัว แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมสอบถามความสมัครใจ ใช้การติดต่อกับผู้ดูแลโดยตรง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงสอบถามความสะดวกของกรอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการเข้าร่วมการศึกษา

3. นัดหมายกรอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแต่ละกรอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในกรอบครัว ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากรอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่บ้านเป็นรายกรอบครัวเพื่อลดภาระในการเดินทางของกรอบครัวกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่มีรถโดยสารประจำทาง การจัดกิจกรรมที่บ้านยังเป็นการทำให้กรอบครัวได้จัดกิจกรรมในสถานที่ที่คุ้นเคยส่งเสริมบรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถกำหนดเวลาที่เหมาะสมได้เอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มที่จะศึกษาก่อนการเข้าพบ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มที่จะศึกษา สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในกรอบครัวเมื่อสมาชิกในกรอบครัวที่เป็นกลุ่มที่จะศึกษาเข้าใจในวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา และตอบรับเข้าร่วมโครงการศึกษาจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น รวมทั้งมี

การใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มที่จะศึกษาผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่จะศึกษาสามารถแจ้งขอยกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มที่จะศึกษาตอบรับการศึกษาก็ให้กลุ่มที่จะศึกษา เช่นยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 1 ชุด มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแล
3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว และแบบวัดความรู้ผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 ผู้ศึกษานำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอไทรน้อย มาใช้ในการปรับปรุง โดยผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980; 1986) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 5 กิจกรรมโดยมีการปรับปรุงเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 ด้วยการเพิ่มการให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำดำเนินการสัปดาห์ละ 1- 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมละ 45 – 60 นาที โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธ์ภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาแล้วถามถึงเรื่องครอบครัวลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้นมีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลงและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภทและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาวะหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

สาระสำคัญ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขการพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อยลง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน ที่ปรับปรุงไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จำนวน 3 ท่านคือ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 1 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม และนำมาปรับปรุงผู้ศึกษาได้นำโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุง คือ

1.1 ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านแนะนำให้ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับเนื้อหาโดย ปรับจาก 60 นาที เป็น 45- 60 นาที และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมลดลง จาก 5 สัปดาห์ ในเวลา 3 สัปดาห์ โดยปรับจากการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรม เป็นการดำเนินการครั้งละ 1 – 2 กิจกรรม เนื่องจาก ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่ยาวนานอาจเป็นการรบกวนเวลาในการทำงานของผู้ดูแล และผู้ดำเนินการศึกษา เพราะต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกับภาระงานของทั้งผู้ดูแล และผู้ดำเนินการศึกษา

1.2 ปรับแก้เรื่องการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1.3 ปรับปรุงคู่มือให้มีความสะดวกต่อการใช้งาน โดยจัดทำแผ่นกิจกรรมมีสีที่แตกต่างกันของแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิก ผู้ป่วยเข้าใจง่ายสามารถใช้ได้สะดวก รวดเร็วเมื่อเกิดปัญหาที่ต้องการคำตอบในกิจกรรมเหล่านั้น

1.4 กิจกรรมที่ 1 ใบงานที่ 1/3 ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น

1.5 กิจกรรมที่ 2 เรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น

1.6 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยเพิ่มกลุ่มอาการทางลบในใบงานด้วยเช่น พฤติกรรมแยกตัว อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

1.7 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ปรับเรื่องการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยใช้แผ่น CD เพื่อความน่าสนใจ แต่ต้องประเมินครอบครัวยุคใหม่มีทรัพยากรสนับสนุนหรือไม่ผู้ศึกษาจะใช้ Notebook เปิดประกอบการสอนและสาริต

1.8 กิจกรรมที่ 5 ให้เพิ่มเติมในส่วนแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาโดยเพิ่มสายด่วนของกรมสุขภาพจิตเบอร์ 1323

2. หลังจากการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำมาคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1

3. ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของตำบลขุนศรี อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3 ครอบครัวโดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก และบางกิจกรรมมีความซ้ำซ้อนกัน ผู้ศึกษาจึงได้มีการปรับเนื้อหาในการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่ายและมีกร殃ตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

2.2.1 ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2.2.2 ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม 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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคองกรรมสูตร (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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านคือ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยและไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม

2. ค่าความเที่ยง (reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่มารับบริการสถานีนามัยในอำเภอไทรน้อย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวม เท่ากับ .92

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้ศึกษาปรับจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ จิราพร รักการ(2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ และเพิ่ม เรื่อง ผลกระทบของการป่วยซ้ำอีก 2 ข้อ เป็น 32 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

3.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก

3.1.2 อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

3.1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10

3.1.4 การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13

3.1.5 การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20

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

3.1.7 ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 32 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 31

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีดังนี้

26	คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ	ดีมาก
24-25	คะแนน	อยู่ในระดับ	ดี
22-23	คะแนน	อยู่ในระดับ	ปานกลาง
20-21	คะแนน	อยู่ในระดับ	พอใช้
	ต่ำกว่า 20 คะแนน	อยู่ในระดับ	ต้องปรับปรุง

เกณฑ์กำกับการศึกษา ภายหลังจากใช้โปรแกรมผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีค่า คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดีผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 เนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าเหมาะสมและไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่มารับบริการสถานีนอนมัยในอำเภอไทรน้อยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครุเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20

ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ 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

เกณฑ์กำกับการศึกษา ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป หากผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวชชั้นสูง (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 เนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าเหมาะสมและไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่มารับบริการสถานีอนามัยในอำเภอไพร่น้อยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาอิสระ

1. ขั้นตอนการเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความรู้และฝึกทักษะของผู้ศึกษา ในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบคลุม โดยผู้ศึกษาได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในกลุ่มเฉพาะ จำนวน 3 หน่วยกิต รวมทั้งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และครอบคลุม โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบคลุม แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

1.2 นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในการดำเนิน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานี้ผู้ศึกษาจะดำเนินการสอนด้วยตนเองกับทุกครอบครัวโดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มตลอดการศึกษา กิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 45-60 นาที จนครบ 3 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและ ความรุนแรงของโรคและ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำรวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

1.3 ประสานงานกับโรงพยาบาลไทรน้อยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไทรน้อย เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอ ไทรน้อย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยของอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

1.4 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คนซึ่งผู้ช่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนอย่างน้อย 3 ปี และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมตาม

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การดำเนินงานตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยในการศึกษา เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน โดยมีหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม จัดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แจกใบงานกิจกรรม และมีการประเมินผลก่อนและหลังการทำกิจกรรมที่บ้านทุกครั้ง

1.5 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเข้าพบผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน 20 ครอบครัวตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

1.6 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ขั้นตอนดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2553 ซึ่งเป็นการให้กับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ใช้เวลากิจกรรมละ 45 – 60 นาที วันละ 4 ครอบครัวเข้า 2 ครอบครัว บ่าย 2 ครอบครัว รวม 5 วัน/สัปดาห์ ดำเนินการจนครบ 3 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีกิจกรรมการดำเนินการกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี/เวลา	ครอบครัวที่	กิจกรรม
1	8 มีนาคม 2553		กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ แรงจูงใจให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดภาวะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท(Pre test)
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	1	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	2	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	3	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	4	
	9 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	5	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	6	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	7	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	8	
	10 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	9	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	10	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	11	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	12	
	11 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	13	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	14	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	15	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	16	
12 มีนาคม 2553			
เวลา 07.00 – 09.00 น.	17		
เวลา 10.00 – 12.00 น.	18		
เวลา 12.30 – 14.30 น.	19		
เวลา 15.00 – 17.00 น.	20		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี/เวลา	ครอบครัวที่	กิจกรรม
2	15 มีนาคม 2553		กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	1	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	2	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	3	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการการ
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	4	อาการที่เป็นปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภท
	16 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	5	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	6	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	7	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	8	
	17 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	9	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	10	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	11	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	12	
	18 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	13	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	14	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	15	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	16	
19 มีนาคม 2553			
เวลา 07.00 – 09.00 น.	17		
เวลา 10.00 – 12.00 น.	18		
เวลา 12.30 – 14.30 น.	19		
เวลา 15.00 – 17.00 น.	20		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี/เวลา	ครอบครัวที่	กิจกรรม
3	22 มีนาคม 2553		กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญ
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	1	ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	2	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมและ
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	3	ทำการกำกับการทำงานทดลองโดยวัดความรู้ผู้ดูแล
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	4	ผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท
	23 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	5	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	6	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	7	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	8	
	24 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	9	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	10	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	11	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	12	
	25 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	13	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	14	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	15	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	16	
26 มีนาคม 2553			
เวลา 07.00 – 09.00 น.	17		
เวลา 10.00 – 12.00 น.	18		
เวลา 12.30 – 14.30 น.	19		
เวลา 15.00 – 17.00 น.	20		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี/เวลา	รอบครั้งที่	กิจกรรม
4	29 มีนาคม 2553		ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดภาวะการดูแล
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	1	(Post test) จำนวน 20 รอบครัว
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	2	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	3	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	4	
	30 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	5	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	6	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	7	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	8	
	31 มีนาคม 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	9	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	10	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	11	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	12	
	1 เมษายน 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	13	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	14	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	15	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	16	
	2 เมษายน 2553		
	เวลา 07.00 – 09.00 น.	17	
	เวลา 10.00 – 12.00 น.	18	
	เวลา 12.30 – 14.30 น.	19	
	เวลา 15.00 – 17.00 น.	20	

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์และโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้ครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|---------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 1/1 | ลักษณะของครอบครัว |
| 2. ใบงานที่ 1/2 | ปัญหาที่พบในครอบครัว |
| 3. ใบงานที่ 1/3 | ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 4. ใบความรู้ที่ 1/1 | โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 5. ใบความรู้ที่ 1/2 | ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 6. ดินสอ/ปากกา | สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย |

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อโดยการบอกชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงานว่าปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีอนามัยปากคลองหม่อมแหม่ม ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวโดยการพุดคุยสอบถามเรื่องต่างๆ ไปเกี่ยวกับความเป็นอยู่ อาชีพ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และเรียกชื่อสมาชิกเพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้ครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมใน โปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท มีทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะทางสังคมในการสื่อสารและหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม โดยในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมละ 5 วันกิจกรรมละ 45 - 60 นาทีจนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยสมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเพื่อจะได้รับ ประโยชน์อย่างสูงสุด โดยรูปแบบของกิจกรรมจะเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การตอบแบบสอบถาม การแสดงความคิดเห็น การซักถาม และการประเมินผล โดยสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นที่บ้านของผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ผู้ศึกษาสอบถามครอบครัวเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 เป็นการประเมินสภาพ ความเป็นอยู่ และลักษณะของครอบครัว และใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว

5. ให้ตัวแทนแต่ละคนนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และใบงานที่ 1/2

6. ผู้ศึกษารูปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ตามใบความรู้ที่ 1/1

8. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกเกี่ยวกับภาระในการดูแล ให้ทำใบงานที่ 1/3

9. ผู้ศึกษาสรุปในหัวข้อความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จากความรู้สึกทางลบเป็นความรู้สึกทางบวก ตามใบความรู้ที่ 1/2

10. พุศุคยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และให้กำลังใจแก่สมาชิก ในการดูแลผู้ป่วย

11. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้ครอบครัวทำใบงานที่ 1/3 อีกครั้ง

12. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปในเนื้อหาและข้อมูลที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นอีกครั้ง

13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยร่วมซักถามและแสดงความคิดเห็น มีสมาชิกบางครอบครัวอ่านหนังสือไม่ออกและไม่เข้าใจในคำถาม ผู้ศึกษาจึงอ่านแล้วให้ทำไปพร้อมๆกันเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และหลังจากทำใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดโดยเฉพาะในกรณีผู้ดูแลเป็นบิดามารดา มีบางครอบครัวมีความห่างเหิน เบื่อหน่าย และต่างคนต่างอยู่โดยเฉพาะที่ผู้ดูแลมีฐานะเป็นที่ น้องของผู้ป่วย ซึ่งจากการพูดคุยซักถามพบว่า ส่วนใหญ่มีภาระในการทำงาน ต้องหากินเลี้ยงครอบครัวและเลี้ยงดูผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาชีพต้องอยู่กับบ้าน ไม่ค่อยมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับปัญหาที่พบในใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว คือส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาด้านการเงิน และปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ค่อยช่วยเหลืองานบ้านและต้องคอยกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องเสียเวลาคอยดูแลใกล้ชิด ส่วนใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเป็นห่วง สงสารผู้ป่วย มีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายจากโรคจิตเภท มีเพียงบางครอบครัวที่รู้สึกท้อแท้และหนักใจในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมานาน บางครั้งผู้ป่วยมีอาการกำเริบ สื่อสารกันไม่รู้เรื่อง ต้องคอยดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัว ดังต่อไปนี้

“รู้สึกเป็นห่วงและสงสารเขาเนะ บางทีอาการกำเริบพูดกันไม่รู้เรื่องเลย ไม่รู้เวรกรรมอะไร”

“บางทีก็หนักใจเหมือนกัน จะปล่อยให้อยู่คนเดียวก็ไม่ได้ ต้องคอยกลับมาดูอยู่ไม่เป็นอันทำงานเลย”

“ทำไงได้ละเป็นพี่น้องกัน ไม่มีใครถ้าเราไม่ดูก็ไม่มีใครเอาแล้ว ปล่อยให้ไว้ก็ต้องคอยห่วงอีก”

“เป็นห่วงเขามากถ้าไม่มีเราแล้วจะอยู่กับใคร ใครจะรักเขาเท่าพ่อแม่ไม่มีหรือ เวิร์กจริง ๆ เลยเกิดมาไม่เหมือนคนอื่นเขา”

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกรักครอบครัว ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยบางรายได้แสดงความรู้สึก ดังนี้

“บางทีก็สงสารลูกเขานะ ต้องคอยมาดูแลเราทำงานก็เหนื่อยแล้ว แต่บางทีมีอาการมันก็ทำอะไรไม่ได้มันมันง่วง”

“หนูว่าไม่ค่อยมีใครเข้าใจหนูเลย เอาแต่ใช้งานพอไม่ทำให้ก็โกรธหาว่าจี้เกียจ”

“ฉันก็ท้อเหมือนกันล่ะหมอ กินยามาตลอดมันก็ไม่หายซักที เวิร์กอะไรก็ไม่รู้”

ผู้ศึกษาสรุปความรู้สึกที่ครอบครัวมีต่อกัน มีทั้งความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยและพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญ ของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ และเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องมากขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและ ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกมีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
5. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง

เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้

2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

3. บอกความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทได้

4. บอกโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลงและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภทและ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิต
 2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
 4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
 5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
 6. ใบงานที่ 2/6 ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท
 7. ใบงานที่ 2/7 ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และประสบการณ์การป่วยซ้ำ
 8. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยารักษาโรคจิต
 9. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
- คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

2. ผู้ศึกษาให้ครอบครัวทำใบงานที่ 2/1, 2/2, 2/3, 2/4 และ 2/5 เป็นใบงานที่ให้สมาชิกได้บอกถึงอาการของโรคจิต ทำแบบสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงของยาและให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่สามารถสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

3 ผู้ศึกษา สรุปประเด็นที่ครอบครัวเล่าและนำเสนอ

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษารวมถึงอาการข้างเคียงของยา ตามใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภท

5. ผู้ศึกษาสอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่อง ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และประสบการณ์การป่วย ให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/6 และ 2/7 และให้ตัวแทนนำเสนอ

6. ผู้ศึกษา สรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกนำเสนอ

7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ตามใบความรู้ที่ 2/2

8. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรมที่ครอบครัวร่วมกันพูดคุย มีความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆของครอบครัว เกี่ยวกับอาการและสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วย (ใบงานที่ 2/1และ 2/2) พบว่า อาการนำก่อนเกิดอาการผิดปกติ ที่มักพบบ่อยคือ นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เดินไปมา บางรายมีหูแว่วว่า ประสาทหลอนเห็นว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง หลงผิดพูดคนเดียว หัวเราะโดยไม่มีสาเหตุ ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวต่อไปนี้

“นอนไม่หลับทั้งคืน กลางวันก็ไม่นอน เดินออกนอกบ้านพูดพร่ำไปเรื่อยๆ”

“ตะโกนคำคนข้างบ้าน เอาเดินไปแถวข้างบ้านเขาด้วย”

“แอบอยู่ในห้องไม่ยอมออกมาได้ยินเสียงพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว”

จากการสอบถามสมาชิกในครอบครัวถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากปัญหาด้านจิตใจ ร่างกาย พันธุกรรม และบางครอบครัวเชื่อว่าเป็นกรรมเก่า ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกครอบครัวต่อไปนี้

“พอมันมีรอบเดือนเท่านั้นแหละมันก็มีอาการเลย”

“เมื่อชาติที่แล้วคงทำอะไรใครไว้ ชาตินี้เลยเกิดมาไม่เต็มเหมือนใครเขา”

“หลังจากที่เข้าห้องแล้วไม่มีใครยอมรับเป็นพ่อเด็กเขาก็เริ่มเพื่อเลย”

“เป็นกรรมพันธุชิ เพราะญาติๆ เขา ผู้ชายเป็นกันหลายคน”

จากการสอบถามสมาชิกในครอบครัวถึงการรักษาที่ผ่านมา (ใบงานที่ 2/3) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงมีอาการปกติ และเมื่อสอบถามถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต (ใบงานที่ 2/4) อาการที่พบมากที่สุดคือ ง่วงซึม นอนหลับตลอด พูดช้า ลิ้นคับปาก คอแข็ง เดินตัวตรงๆ ที่อ้อๆ จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง และไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากยายังไม่หมด ดังคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“กินยาแล้วทำอะไรไม่ได้เลย ซึมนอนทั้งวัน คุณเพ็ชฯ”

“เดินตัวแข็งๆ มือก็สั่นมาก ต้องคอยระวังกลัวเป็นมากจะชัก”

จากการสอบถามถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา (ใบงานที่ 2/5) พบว่าส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์เพื่อขอปรับยา มีบางรายหยุดยาเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถ้าง่วงๆ ซึมๆ มาก ก็ให้หยุดยาเองเป็นช่วงๆ”

“ถ้าดูแล้วมีอาการมาก คอแข็ง ตัวแข็งเกร็งก็จะรีบพาไปหาหมอ”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ครอบครัวเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา อาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาตามใบความรู้ที่ 2/1 ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามได้

จากการสอบถามสมาชิกในครอบครัวถึงความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท (ใบงานที่ 2/6) พบว่า มีผลกระทบมีผลกระทบกับตัวผู้ป่วยเองมากที่สุดคือ เมื่อเพื่อป่วยอาการกำเริบผู้ป่วยก็ดูแลตนเอง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ส่งผลต่อครอบครัวที่ต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด คนในชุมชนก็กลัว ดังคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“ก็ตัวเขาเองนั่นแหละพอเป็นแล้วก็ทำอะไรไม่ได้ ต้องพึ่งคนอื่นตลอด เราก็อ้างป่ล่อยไม่ได้ ต้องคอยดูอยู่ ก็เดือคร้อนนทั้งเราทั้งเขานั่นแหละ”

“เวลาอาการกำเริบที่เดือนร้อนทั้งหมู่บ้านเลย เทียวไปป่าหลังคาบ้านอื่นเขา ตะโกนค่าหน้าบ้านเขาอยู่กันไม่สงบเลย”

จากการสอบถามสมาชิกในครอบครัวถึงปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (ใบงานที่ 2/7) พบว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ที่พบมากคือ จากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ บางทีไม่กินยา ไปดื่มเหล้า และถ้าครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดหรือขาดการสื่อสารที่ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ อีกสาเหตุหนึ่งคือคนในชุมชนบางคนที่ไม่เข้าใจก็อาจล้อเลียนผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเครียด อาการกำเริบขึ้นมาอีก ดังคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“บางทีฉันเบื่อๆ เพื่อนมาชวนไปกินเหล้าก็ไปกินกับเขา ก็เริ่มอาการกำเริบขึ้นมาอีก

“ป่ากับลุงก็ไม่ได้ว่างมาดูแลเขาทั้งวันหรือกหมอบ บางทีปล่อยไว้คนเดียวกินยามั่งไม่กินมั่ง รู้อีกทีอาการกำเริบแล้ว ทำไงได้ก็ต้องหากันไปกินกันไปอย่างนี้แหละหมอบ”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ครอบครัวเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำตามใบความรู้ที่ 2/2 ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมากขึ้น สามารถตอบคำถามได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้ พุถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดปัญหาอย่างจริงจัง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบรุนแรงได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

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

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
5. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้งพร้อมทั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อีกและศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรมที่ครอบครัวร่วมกันพูดคุย มีความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (ใบงานที่ 3/1 และ 3/2) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการ นอนไม่หลับ เดินไปมา พูดคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ดังคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“พอมันไม่นอน ซัก 2 – 3 วันก็ดูเถอะ เคี้ยวอาการมันก็กำเริบ”

“เริ่มมองคนอื่นตาขวางๆ ไม่พูดไม่จาข้าวปลาไม่กิน”

“ไม่ช่วยทำงานอะไร งานบ้านก็ไม่สนใจ น้ำท่าไม่อาบก็แสดงว่าเริ่มแล้ว”

จากการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวถึงประสบการณ์การป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนมาก จะจัดการด้วยการให้รับประทานยา หลีกเลี้ยง ไม่ให้ผู้ป่วยเครียดและถ้ามีอาการมากขึ้นก็พาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ถ้ามันไม่เครียดมันก็ไม่มีอาการกำเริบหรอก อันไหนเลี้ยงได้ฉันก็เลี้ยงมันจะได้ไม่มีอาการกำเริบ”

“ต้องระวังไม่ให้ไปกินเหล้ากินยากับพวกเพื่อนๆ อาการก็ดีตลอด”

“กินยาให้สม่ำเสมอตามหมอบอกก็ไม่มีปัญหาหรอก ก็คอยดูอย่าให้ยาหมดเพราะเขากินยาเองอยู่แล้วพอยาหมดก็ไปเอาที่อนามัยเดี๋ยวนี้ดีเขาส่งมาให้ที่อนามัยไม่ต้องไปไกล”

“คอยดูเห็นท่าไม่ดีก็ต้องพาไปหาหมอที่ศรีธัญญาโน้น ก็เขารักษาประจำอยู่ที่นั่น”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกในครอบครัวเล่าและให้ความรู้เรื่องอาการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ พบว่าครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถ

นำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

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. CD ผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต
7. CD การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และ นำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด : ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดโดยการฝึกการผ่อนคลายใจเพื่อผ่อนคลายและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองให้กับสมาชิกตามใบความรู้ที่ 4/3 ให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม แผ่น CD ของกรมสุขภาพจิต
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง พร้อมทั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

จากการให้สมาชิกทำแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดตนเอง (ใบงานที่ 4/1) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีบางรายที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย จากนั้นก็เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสเล่าเรื่องที่ทำให้เครียด หรือไม่สบายใจ(ใบงานที่ 4/2) ซึ่งพบว่าสิ่งที่ครอบครัวเครียด คือ จะควบคุมอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมีอาการเครียด ส่วนในรายที่เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วยก็กังวลว่าถ้าตนเองไม่มีชีวิตอยู่แล้วผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร กลัวต้องไปเป็นภาระของคนอื่นแล้วไม่มีใครดูแล บางครั้งคิดแล้วก็ร้องไห้และนอนไม่หลับ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“ก็เป็นห่วงเขาเนาะ ถ้าฉันไม่อยู่แล้วใครจะดูแลเขาต่อ จะมีใครรัก สงสารเขาเท่าพ่อแม่ไหม เพราะทำอะไรก็ได้ จะกินจะอยู่ยังไง”

“ก็เครียดเหมือนกันวันไหนดีก็ดี วันไหนอาการกำเริบก็กลัวกันทั้งบ้าน”

“ผม (ผู้ป่วย) ก็เครียดเหมือนกันนะพอมานะเป็นอย่างนี้แล้วมันไม่เต็มร้อย ช่วยงานเขาได้นิดๆหน่อยๆ”

จากนั้นผู้ศึกษาให้สมาชิกในครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและร่วมกันเสนอแนวทางร่วมกันในการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีปรับ

ความคิดของตนเอง หรือพยายามทำงานเพื่อให้ไม่มีเวลาคิดเรื่องเดิมซ้ำๆ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“ก็คุยกับลูกพูดให้เขาฟังว่าพ่อ (ผู้ป่วย) เป็นอย่างนี้ช่วยกันดูแลด้วยแม่เองก็อายุมากขึ้นไม่ค่อยไหวแล้ว พ่อเขาเจ็บปากก็สบายใจขึ้น”

“ออกไปทำงานพอมันยุ่งๆ ก็ลืมไปเอง”

“ผม(ผู้ป่วย)ก็ออกไปทำบุญที่วัดบ้าง ได้คุยกับคนอื่นบ้างก็ดีขึ้น มันชินแล้ว”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกในครอบครัวเล่าและให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการและวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียดและสาธิตโดยใช้ CD ของกรมสุขภาพจิต เรื่องการฝึกลมหายใจผ่อนคลายความเครียด เปิดทาง Notebook ให้ครอบครัวดูและปฏิบัติตามพร้อมกับให้ครอบครัวสาธิตย้อนกลับซึ่งสามารถทำได้ถูกต้อง สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจแบบผ่อนคลายแล้วสมาชิกได้ให้ครอบครัวหลับตาฟัง เป็น CD ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งมีหลายครอบครัวที่มีอุปกรณ์พร้อมก็ขอ CD ไว้ฝึกปฏิบัติเองเพื่อจะได้ใช้ผ่อนคลายเวลาที่เกิดความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในครอบครัวดังนี้

“เออคิดนะ ฉันว่าจริงๆ ฝึกเองไม่ต้องใช้คอมก็ได้ เพราะก็แค่หายใจให้ถูกเท่านั้น”

“เหมือนว่าได้เรื่องสมาธิด้วยนะเนี่ยะ ทำแล้วสบายดี เดี่ยวต้องให้คนอื่นลองมั่ง”

“ฉันก็เคยทำนะแบบนี้ ทำแล้วมันโล่งดี”

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อยกว่า ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาผู้สรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้งตามใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
2. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่
3. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย เช่นสายด่วนของกรมสุขภาพจิต เบอร์ 1667 และสถานีตำรวจใกล้บ้าน และให้ผู้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้สมาชิกร่วมกันสรุป ความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
5. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์

การประเมินผล

จากการที่ผู้ศึกษาให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “สื่อสารทางบวก” (ใบงาน 5/1 และ 5/2) พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยบอกว่าสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตจริงซึ่งถ้าทำบ่อยๆ ครอบครัวคงหมดปัญหาโดยให้เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบและทางบวก ตัวอย่างเช่น

การสื่อสารทางลบ

“บางทีหงุดหงิดมาเหมือนกัน เจอมันก็อาละวาดไปเลยไม่รู้ใครบ้างว่าใคร คราวนี้โมโหใส่กันมีแต่พังกับพัง”

“ถ้าเขาเข้าชี้มาๆ ก็จะไม่พูดด้วยเลย ออกไปที่อื่น เขาอยู่ทางนี้ก็ทำลายข้าวของหมด”

การสื่อสารทางบวก

“ใจเย็นๆก่อน ค่อยๆพูดสิ่งที่ต้องการอะไร”

“ไปอาบน้ำก่อนดีไหม จะได้แต่งตัวหล่อๆไง”

“แม่เป็นห่วงลูกนะ กินข้าวซะ เดี่ยวจะได้กินยา อาการจะได้ดีตลอด”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกในครอบครัวเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว พร้อมทั้งให้ฝึกสื่อสาร โดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม ตัวอย่างคำพูดดังนี้

“พ่อช่วยกินยาตามเวลาด้วยนะจะได้สบาย อาการไม่กำเริบ”

“ผมจะช่วยแม่ทำงานบ้านนะ แต่ถ้าไม่สะดวกเท่าไรก็อย่าคุณนะผมจะพยายามให้ดีขึ้น”

“ขอบใจนะจะลูกที่ช่วยแม่ทำงานบ้าน”

จากนั้นผู้ศึกษาให้ครอบครัวบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือได้ สมาชิกทุกคนร่วมกันพูดคุยและหาแนวทางในการแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ ตามคู่มือ เช่น สถานีนอนามัย อบต. อสม. สถานีตำรวจ และตั้งตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“เดี๋ยวนี้ศิริบายาใกล้บ้านนอนามัยไปง่ายหน่อยไม่ต้องรอ ถึงเดือนก็ไปรับยาได้เลยไม่เสียตังค์ด้วย”

“ยังดีนะที่อบต.เขายังช่วยเรื่องเงินสงเคราะห์ ได้มา 500 บาทต่อเดือน เอาไว้ซื้อของใช้เล็กๆน้อยๆให้เขาได้บ้าง”

“เวลาอาการกำเริบมากๆก็โทรบอกหมออนามัยเขา เขาก็ไปตามตำรวจมาช่วยจับส่งโรงพยาบาล”

“เวลามีปัญหาไม่เร่งด่วนก็รอหมอบจากพระนั่งเกล้าเขาออกเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละครึ่ง ก็สะดวกขึ้น หมอบเขาก็ใจดีนะ”

ผู้ศึกษารูปประเด็นที่น่าเสนอและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนและวิธีการติดต่อเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

การกำกับการศึกษา

หลังเสร็จกิจกรรมที่ 5 ผู้ศึกษามีการกำกับการศึกษาทันทีโดยผู้ช่วยศึกษาได้นำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลจำนวน 32 ข้อ และแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ข้อ ไปให้กลุ่มตัวอย่างทำ เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม และรายงานผลกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนน	ร้อยละ
1	27	84.38
2	30	93.75
3	26	81.25
4	26	81.25
5	27	84.38
6	28	87.50
7	27	84.38
8	31	96.88
9	30	93.75
10	28	87.50
11	32	100.00
12	28	87.50
13	31	96.88
14	28	87.50
15	27	84.38
16	29	90.63
17	28	87.50
18	26	81.25
19	32	100.00
20	27	84.38

$\bar{X} = 28.40, S.D. = 1.95$

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 32 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 81.25 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.40 คิดเป็นร้อยละ 88.75 ซึ่ง จัดว่า หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ทุกคน

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนน	ร้อยละ
1	28	87.50
2	30	93.75
3	27	84.38
4	26	81.25
5	27	84.38
6	27	84.38
7	27	84.38
8	29	90.62
9	32	100.00
10	28	87.50
11	28	87.50
12	27	84.38
13	28	87.50
14	27	84.38
15	26	81.25
16	27	84.38
17	26	81.25
18	26	81.25
19	30	93.75
20	28	87.50

$\bar{X} = 27.70, S.D. = 1.55$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 32 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 81.25 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.70 คิดเป็นร้อยละ 86.56 ซึ่งจัดว่า หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ทุกคน

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

คนที่	คะแนน	ร้อยละ
1	17	85
2	16	80
3	17	85
4	15	75
5	15	75
6	16	80
7	15	75
8	15	75
9	15	75
10	15	75
11	16	80
12	15	75
13	16	80
14	15	75
15	15	75
16	18	90
17	16	80
18	15	75
19	16	80
20	16	80

$\bar{X} = 15.65, S.D. = .87$

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.65 คิดเป็นร้อยละ 78.25 ซึ่งจัดว่า หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) ทุกคน

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรมที่ 1

2. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบแล้ว 1 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 4) ผู้ศึกษาทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ ระหว่างวันที่ 29 มีนาคม - 2 เมษายน 2553 และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

