

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้างนี้เป็นโครงการศึกษาอิสระ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเสนา โดยมีการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตาม โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมาก่อน
4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาค้างนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยควรมีอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน (Polit & Hunger, 1983 อ้างถึงใน ยุวดี ฤชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2540) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีการกระจายเป็นโค้งปกติ แต่เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการศึกษา ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อความเป็นไปได้ในการศึกษา

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเสนา คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยา หรือมารับยาแทน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน ผู้ศึกษาแนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสอบถามความสมัครใจ นัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วย แจ้งเรื่องวันและเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา และการนำข้อมูลไปใช้ ว่าไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ และออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

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

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) และ การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การกำจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) โดยในโปรแกรมนี้นำแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะเวลาพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยเนื้อหาในกิจกรรม นำมาจากเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และเทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี การสอนสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 นำเนื้อหาที่ได้มากำหนดโครงสร้าง โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มโดยการผสมผสานเนื้อหาจาก คู่มือเทคโนโลยีการดูแลญาติ ผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และ เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) มาพัฒนาเป็นกิจกรรมการดูแลได้ 4 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

1.3 นำเนื้อหาที่ได้มาจัดทำ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษา และคู่มือในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.4 นำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตประกอบด้วย โครงสร้างกลุ่ม และการดำเนินการกลุ่ม ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ตลอดการดำเนินการทั้ง 4 ครั้ง มีผู้ช่วยกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน มีประสบการณ์ด้านการให้คำปรึกษา มา 5 ปี และมีประสบการณ์การทำกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยกลุ่ม และช่วยบันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกัน และระยะสิ้นสุดกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประมาณ 60- 90 นาที ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจ และพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่ม กับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย การกล้าแสดงออก ความรู้สึกเปิดเผยตนเองของสมาชิกกลุ่ม

3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ระเบียบการเข้ากลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม นั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้นำกลุ่ม กล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัว
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจง วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม สถานที่ในการเข้ากลุ่ม
4. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนืองที่บ้าน

ระยะดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกลงในการดูแลผู้ป่วย โดยบันทึกลงในใบงาน และแลกเปลี่ยนอ่านให้กลุ่มฟังพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สนับสนุนกำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกถึงความคาดหวังหรือความต้องการในการดูแลผู้ป่วยลงใบงาน และแลกเปลี่ยนกันอ่าน และสรุปตามประเด็น
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

สมาชิกช่วยกันสรุปการเข้ากลุ่ม ผู้นำสรุป วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม เน้นให้เห็นถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา การดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกันโดยพูดเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญในการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ระยะดำเนินการกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาและอภิปรายร่วมกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำใบงานและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาพร้อมทั้งเสนอแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน
3. สมาชิกร่วมกันอภิปราย และเปิดโอกาสให้มีการกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
4. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ยังขาด
2. ก่อนปิดกลุ่มให้ผู้ดูแลนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยไปอ่านที่บ้าน หากมีข้อสงสัยให้นำมาถามครั้งต่อไปหรือโทรศัพท์เข้ามาที่กลุ่มงานจิตเวชโดยตรง
3. ให้ผู้ดูแลกลับไปสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยพร้อมบันทึกและนำมาคุยครั้งหน้าเพื่อเป็นการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย
4. นัดหมายเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
2. ให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ของตนที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย
3. ให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญปัญหาและสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้สมาชิกรู้จักการจัดการความเครียดและมีทักษะการผ่อนคลายความเครียด

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย ให้สมาชิกได้ทักทายด้วยเรื่องต่างๆ ไปก่อน
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนสรุปกลุ่มครั้งก่อนและประเมินเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ระยะดำเนินการกลุ่ม

1. ให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกในใบงานและแลกเปลี่ยนกันอ่าน
2. ให้สมาชิกบันทึกความรู้สึกที่มากหรือเกิดขึ้นบ่อย พร้อมเขียนสาเหตุของความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึก หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกัน
3. ผู้นำกลุ่มรับฟังอย่างเข้าใจ เห็นใจ ขอมรับความรู้สึก ความคิดของสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกท่านอื่นที่มีความรู้สึกหรือมีความคิดด้านลบ
4. ผู้นำกลุ่มบรรยายสรุปในหัวข้อผลของความรู้สึกและการแสดงอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย
5. ผู้นำกลุ่มโยงความรู้สึกเรื่องอารมณ์และความรู้สึกด้านลบเกิดขึ้นจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยและการมองสถานการณ์ปัญหาที่แตกต่างกัน
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทบทวนการมองปัญหาของตนเองพร้อมทั้งการจัดการแก้ไข
7. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
8. ผู้นำกลุ่มโยงความรู้สึกวิธีการจัดการปัญหาของสมาชิกที่ผ่านมาว่าใช้วิธีใดพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน
9. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและให้สมาชิกฝึกทักษะการผ่อนคลาย

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้สึกของสมาชิกหลังจากฝึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมพร้อมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. ผู้ดูแลสามารถบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกันด้วยเรื่องทั่วไปก่อน
2. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญเรื่องระบบสนับสนุนที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิก

ระยะดำเนินการกลุ่มแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นเมื่อมีความไม่สบายใจหรือมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเคยได้รับความช่วยเหลือจากใคร และแหล่งใดบ้างในชุมชน
2. สมาชิกร่วมกันอภิปราย
3. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญ เสนอแหล่งช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม เรื่องแหล่งข้อมูลการช่วยเหลือเพิ่มเติม
4. ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งแสดงบทบาทสมมุติเรื่องการสื่อสารทางบวก และทางลบ ของญาติและผู้ป่วยจิตเภท
5. ให้สมาชิกอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องการสื่อสาร และให้สมาชิกฝึกการสื่อสารที่ละคู่ สมาชิกที่เหลือสังเกตและให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมเสนอแนะ
6. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็น เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามสิ่งที่ได้จากการฝึกทักษะและการนำไปใช้

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและตอบข้อซักถาม
2. ให้สมาชิกอภิปรายประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มตรวจสอบความมั่นใจของสมาชิกในการดูแลผู้ป่วยด้วยการซักถาม
4. สรุปสาระสำคัญ ก่อนปิดกลุ่มให้สมาชิกทำแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. นัดหมายทำแบบประเมินภาระหลังได้รับ โปรแกรมอีก 2 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นทุกขั้นตอน

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และเวลาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการอิสระ ดังนี้

1. ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจเดิมใช้เวลา 90 นาที ปรับเป็น 60 นาที
 2. ปรับแก้ลำดับเนื้อหา ในกิจกรรมที่ 1 โดยให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รูปแบบการดำเนินกิจกรรมไว้ในช่วงแรกหลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว
 3. มีการปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมบางช่วงโดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแทนที่การใช้ใบงาน
 4. ในกิจกรรมที่ 3 ปรับชื่อหัวข้อให้เหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหาในกิจกรรมจากเดิม การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง เป็น การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างเนื้อหา
 5. ในคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล มีการตัดเนื้อหาบางส่วนที่แสดงไว้เด่นชัดเรื่องสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก กรรมพันธุ์ เนื่องจาก จะไปเพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบไปให้ผู้ดูแล
- หลังจากนั้นผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ทั้ง 4 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่จะนำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากทดลองใช้กิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร แต่ผู้นำกลุ่มต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติม พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ อายุ เพศ การเข้ารับการรักษา อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ระดับการพึ่งพาตนเอง และการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

2.2 แบบวัดภาระในการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแล ได้แบ่งภาระในการดูแลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ที่มีผลมาจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อความทางลบทั้งหมด ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีความรู้สึก เช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

การประเมินภาระจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คำถามแต่ละข้อจะตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระโดยรวมและแต่ละด้านแยกกัน โดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1 – 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลโดยรวมและรายด้าน

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542 : 108) และ Best (1970 : 257) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลมากที่สุด
 คะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลมาก
 คะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลปานกลาง
 คะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อย
 คะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดภาระของผู้ดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน กำหนดค่าความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .94 ค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าเท่ากับ .93 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาพผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้ศึกษาจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการศึกษา

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบทดสอบมีเนื้อหาที่สอดคล้องและครอบคลุมกับกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตทั้ง 4 กิจกรรม คำถามทั้งหมดมี 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรู้ของผู้ดูแล ต้องตอบถูกร้อยละ 75 ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้ศึกษาจะดำเนินกิจกรรมซ้ำเฉพาะข้อที่ผู้ดูแลไม่ผ่านและประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 ท่าน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยปรับคำถามเนื้อหาและปรับแก้ภาษาที่ใช้ในบางข้อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น เช่น

ข้อ 1. โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดไปจากคนทั่วไป มีข้อเสนอแนะว่า คำจำกัดความกว้างเกินไป ให้ปรับเป็น โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

ข้อ 2. สาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง มีข้อเสนอแนะว่า ให้ตัดคำว่า อาจ ออก ให้ปรับเป็น สาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง

ข้อ 5. โรคจิตเภท เมื่อรักษาจนอาการทุเลาแล้ว สามารถหยุดยาเองได้ โดยไม่ต้องรอให้แพทย์สั่ง มีข้อเสนอแนะว่า ให้เขียนเชิงบวก เพราะ ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้อง ให้ปรับเป็น โรคจิตเภท เมื่อรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ไม่สามารถหยุดยาเองได้ ต้องรอให้แพทย์อนุญาตหรือปรับยาก่อน

2. ผู้ศึกษาตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ขั้นตอนดำเนินการโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ศึกษาดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระที่กล่าวมาในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 การเตรียมตัวผู้ศึกษา

1.2.1 ผู้ศึกษาได้ศึกษากระบวนการ และวิธีการดำเนินการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

1.2.2 ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ เทคนิค วิธีการ และดำเนินการฝึกกระบวนการกลุ่มในหอผู้ป่วย จากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา ในวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จนสามารถดำเนินการกลุ่มได้ด้วยตนเอง

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำโครงการ โดยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเสนา ในการขอความร่วมมือในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยส่งหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างโครงการศึกษาอิสระ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา เพื่อทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในคลินิกจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินโครงการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

1.4 เตรียมผู้ช่วยศึกษา จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยศึกษามีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษากิจกรรมต่างๆในการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม วิธีการสัมภาษณ์ และการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของตนได้ชัดเจน

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเสนา เพื่อค้นหาผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนแล้ว ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มกับผู้ดูแล หากผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม แล้วประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre- Test) ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

1.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ

2. ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินโครงการ โดยใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมพลอยไพฑูริย์ โรงพยาบาลเสนา โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก และกิจกรรมที่ 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 60-90 นาที โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน มีกิจกรรมการดำเนินโครงการตามตารางดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

กลุ่มที่	ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1	1	15 มีนาคม 2549 เวลา 11.00 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
	2	เวลา 13.00 – 14.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2	1	16 มีนาคม 2549 เวลา 11.00 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
	2	เวลา 13.00 – 14.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
1	3	29 มีนาคม 2549 เวลา 10.30 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้องและ พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา
	4	เวลา 13.00 – 14.30 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม
2	3	30 มีนาคม 2549 เวลา 10.30 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้องและ พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา
	4	เวลา 13.00 – 14.30 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ซึ่งผลที่ได้เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียด โดยสรุปดังต่อไปนี้

สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

การดำเนินกลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม

เริ่มกลุ่ม สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีสมาชิก 2-3 คน ทำทางเฉย ๆ ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่ม ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม

แล้วให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง ชื่อ สกุล และประวัติตนเองสั้น ๆ ที่จะทำให้สมาชิกทราบและจำตนเองได้

ช่วงแรก สมาชิกไม่ค่อยกล้าพูด ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย ทำความรู้จักกัน ขณะเพื่อนสมาชิกคนอื่นพูด ถ้าต้องการทราบประวัติหรือข้อสงสัยให้ซักถามได้ มีสมาชิกท่านหนึ่งเล่ารายละเอียดและความรู้สึก ในการดูแลผู้ป่วยมาหลายปี ทำให้สมาชิกเริ่มซักถามกันเองในกลุ่ม เกิดความรู้สึกที่ดี และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน มีเสียงหัวเราะในกลุ่ม บรรยากาศเกิดความเป็นกันเอง สมาชิกท่านอื่นเริ่มกล้าแสดงออกมากขึ้น หลังจากนั้นได้ให้สมาชิกเสนอข้อตกลงเบื้องต้น บทบาทในการเข้ากลุ่มและผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการทำกลุ่ม เพื่อลดความวิตกกังวล ให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจมากขึ้น ผู้นำกลุ่มแสดงความสนใจในเรื่องราวของสมาชิก มีท่าทีตั้งใจรับฟัง ใส่ใจต่อความคิดเห็นและความรู้สึก ทำให้สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น

ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก สมาชิกเล่าถึงความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย หลาย ๆ คน เริ่มมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายขึ้น และก๊อิม มีสมาชิกคนหนึ่งพูดว่า “ความรู้สึกพวกเราก็ก็น่าแปลกต่างกันนะ จริง ๆ แล้ว เราก็ก็น่าได้ทุกข์อยู่คนเดียว” หลังจากที่ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกบอกถึงความคาดหวังและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกหลาย ๆ คนร่วมกันเสนอเช่น ต้องการฟังเพื่อน ๆ ว่ามีแนวทางในการดูแลอย่างไร ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ต้องการรู้รายละเอียดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพราะผู้ป่วยเริ่มเป็นมาไม่นาน อาการขึ้น ๆ ลง ๆ สมาชิกอีกท่านเสริมว่า มาเข้ากลุ่มก็ดีเหมือนกัน จะได้รับความรู้เยอะ เพราะเราต้องเป็นคนดูแลคนไข้เวลาอยู่บ้าน สมาชิกท่านหนึ่งเสนอว่า การได้ฟังเรื่องคนอื่น ทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น เพราะมีคนทุกข์เหมือนกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการเข้ากลุ่ม

การประเมินผลกิจกรรมกลุ่ม

สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้นำกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง โดยสนใจตอบคำถาม และกล้าแสดงความคิดเห็น เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีการรับรู้ว่ามีปัญหาคล้าย ๆ กัน มีการแสดงออก โดยมีการซักถามข้อมูลกันระหว่างสมาชิก และเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องการอยู่ร่วมกิจกรรมในช่วงบ่ายต่อ

สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินกลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม

สมาชิกมีความเป็นกันเองมากขึ้น ท่าทางยิ้มแย้ม แจ่มใส มีการพูดคุยเรื่องส่วนตัวทั่วไปกันก่อน ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกพูดคุยถึงการดูแลรักษาที่ผ่านมา เช่น เคยพาผู้ป่วยไป

นอนรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยเคยได้รับการช็อคไฟฟ้าหลายครั้ง ช่วงนอนโรงพยาบาลได้เข้ากลุ่มพูดคุย เข้ากลุ่มร้องเพลงนันทนาการ

สมาชิกท่านหนึ่งเล่าว่า “ลูกสาวของฉันเป็นใบ้และเป็นโรคจิตด้วย อาการขึ้น ๆ ลง ๆ เวลาโกรธจะไล่กัดคนอื่น คว้ามืดไล่ฟันคนอื่น มีอยู่ครั้งหนึ่งไล่ฟันตัวเอง ฉันวิ่งหนีและให้พ่อเขามาจับตัวไว้ ฉันไม่มีความสุข คนในบ้านก็ไม่มีใครสนใจ”

สมาชิกอีกท่านบอก “ผมก็เคยผ่านเหตุการณ์แบบนี้ ลูกชายพูดเพื่อเจอ เห็นว่ามีคนจะมาทำร้ายตน จึงไปคว้ามืดจะฟัน ได้ตอบบเขา ทำให้กลัวกันไปทั้งบ้าน”

เมื่อสมาชิกได้เล่าระบายเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วย สมาชิกหลายท่านแสดงความเห็นใจ ด้วยการมองสบตา ทำทีแสดงความเข้าใจ มีการพูดสนับสนุนให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ

ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นในเรื่องโรคจิตเภท การรักษา ลักษณะการดำเนินของโรค โดยการให้ข้อมูล และกระตุ้นให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ด้านพฤติกรรมและอาการรุนแรงที่เป็นปัญหา พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สมาชิกเสนออาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น

สมาชิกท่านหนึ่งบอกว่า “คนไข้ฉันไม่ยอมกินยา ไม่รู้จะทำอย่างไร บางวันก็ไม่ได้กินยา”

อีกท่านหนึ่งเสริมว่า “ฉันก็เจอปัญหานี้ บางทีเราก็กินยา ไม่มีเวลาดู บางทีก็ไม่ได้กินยาเหมือนกัน”

“สามีฉันนอนทั้งวัน ไม่ค่อยได้ช่วยงานบ้าน ต้องคอยบอกให้ไปอาบน้ำ เรียกกินข้าว บางครั้งเราก็โมโห แค่นี้เองงานก็พออยู่แล้ว”

สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เช่น

สมาชิกท่านหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “ถ้าคนไข้ไม่ได้กินยาตามเวลา อาการจะกำเริบ ขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ ฉันใช้วิธีพูดคุย ๆ หลอกล่อเขา เขาก็ยอมกิน”

“ฉันใช้วิธีละลายยาใส่ขันน้ำ แซ่ตู้เย็นไว้ให้เขากิน เขาก็กินน้ำจนหมด ก็เหมือนได้กินยา ถ้าพึ่งให้กินยาเอง คงไม่ยอมกิน”

“ลูกชายฉันก็ไม่ยอมกินยา เลยพามาหาหมอ หมอฉีดยาให้เดือนละ 1 เข็ม อาการก็สงบดี”

“คนไข้ที่นอนทั้งวัน ต้องกระตุ้นให้เขาช่วยทำงานบ้าง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน”

ระหว่างการเข้ากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการจัดการอาการที่เป็นปัญหา หากช่วงไหนที่สมาชิกต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้นำกลุ่มก็จะให้ข้อมูล สมาชิกหลาย ๆ ท่าน สนใจซักถาม เช่น ตัวอย่างคำถาม

“การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้ามีอันตรายไหม”

“ผู้ป่วยกินยานานเท่าไร จึงจะหยุดยาได้”

“ยาที่กินอยู่ทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยคือยาไหม”

ก่อนสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลไปอ่านที่บ้าน และให้ผู้ดูแลกลับไปสังเกตอาการผู้ป่วย หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกไว้ และนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป

การประเมินผลกิจกรรมกลุ่ม

สมาชิกมีความเป็นกันเองมากขึ้น มีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการพูดคุย แสดงความเข้าใจ และเห็นใจกับสมาชิกที่พบปัญหารุนแรงในการดูแลผู้ป่วย ที่ผ่านมามีสมาชิกหลายท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง โรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม และมีแนวทางในการดูแลและกลับไปสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่บ้านได้

สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา

การดำเนินกลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม

การทำกลุ่มครั้งนี้ ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ มีสมาชิกบางส่วนมาถึงก่อน บอกว่าให้หรือสมาชิกอื่นที่ยังไม่มา จนเวลา 10.30 น. จึงเริ่มเปิดกลุ่ม มีสมาชิกทั้งหมด 8 คน สมาชิกทักทายกัน เรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม สรุปการเข้ากลุ่มในครั้งที่แล้ว และถามถึงประเด็นที่ให้กลับไปสังเกตอาการและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลาย ๆ ท่านบอกว่าช่วงนี้อาการคงเดิม ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง

“มีท่านหนึ่งบอกว่า มีแต่หงุดหงิด ตะโกนเสียงดัง เราก็ขอให้เงียบ เขาก็เงียบไปเอง แต่ก่อนเขาส่งเสียงดัง เราจะต้องบอกให้เงียบทุกครั้ง”

“ท่านหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า คงเป็นเพราะเราเข้าใจเขามากขึ้น ไม่ได้ตอบเวลาเขาโกรธ ทำให้อารมณ์เขาสงบลง”

ขณะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ 15 นาที สมาชิกมาเพิ่มอีก 2 คน ท่าทางสมาชิกในกลุ่มยินดี ยิ้มและเชิญให้นั่ง บอกรู้สึกดีใจมาก “นี่ก็จะไม่มาเสียแล้ว” สมาชิกที่มาสายกล่าวขอโทษ ผู้นำกลุ่มสรุปให้ฟังว่า กลุ่มได้ดำเนินถึงช่วงไหน และเปิดประเด็นกิจกรรมที่ 3 โดยให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย สมาชิกแต่ละคนพูดระบายความรู้สึกของตนเองออกมาลักษณะคล้าย ๆ กัน เป็นส่วนใหญ่ ช่วงนี้ทำให้กลุ่มกล้าแสดงความรู้สึกและกล้าพูดมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มมองว่าตนมีปัญหาและมีความรู้สึกคล้าย ๆ กัน แยกเป็นความรู้สึกทางลบ เช่น

“รู้สึกผิดหวัง ที่ลูกเป็นแบบนี้ เขาเป็นลูกชายคนเดียว ทำงานราชการ พอมีอาการทางจิตต้องกลับมาอยู่บ้าน ไม่มีอาชีพ เราต้องเลี้ยงดูเขา”

“รู้สึกรำคาญและเหนื่อยหน่าย จะไปไหนก็ลำบาก เพราะเขาติดเราอยู่คนเดียว”

“รู้สึกกังวลและก็เป็นห่วงเขามาก กลัวคนจะทำร้ายเวลาเขาหงุดหงิด”

“รู้สึกอับอายที่ลูกเราไม่เหมือนคนอื่น คงเป็นเวรกรรม เราตายไปใครจะดูแลเขาแทน พี่น้องคนอื่นเขาก็มีลูกเมียไปหมด”

ขณะที่สมาชิกเล่ารายละเอียดความรู้สึก สมาชิกอื่นฟังอย่างตั้งใจ สนใจอารมณ์ของผู้เล่า และแสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจว่า “เขามีพี่น้อง เขาคงช่วยดูแลกันได้ ถ้าแม่ไม่อยู่ ตามสายเลือดพี่น้องไม่ทิ้งกันหรอก แม่ไม่ต้องกังวลใจไปก่อน เราคิดว่าพี่น้องคนไหนที่เขาจะช่วยเหลือได้ ก็มอบหมายให้”

สมาชิกท่านหนึ่งกล่าวว่า “หนูรู้สึกผิดที่ไม่ได้รักษาน้องชายตั้งแต่แรก รู้ว่าเขาเป็นตั้งแต่กำเนิด ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย คล้ายปัญญาอ่อน พาไปหาหมอดอนโต หมอบอกว่าต้องกินยาไปเรื่อย ๆ”

เพื่อนสมาชิกแสดงความเห็นและให้กำลังใจว่า มันไม่ใช่ความผิดของเรา ถ้าเขาเป็นตั้งแต่กำเนิดเราก็คงรักษาไม่ได้หรอก อย่าไปคิด ถ้ายังคิดก็ยิ่งทุกข์ ตอนนี้เราดูแลเขาให้ดีที่สุด เราก็ดีใจแล้ว

สมาชิกท่านหนึ่งบอก “รู้สึกเบื่อหน่าย และเครียดในการดูแลคนไข้ เดี่ยวดีเดียวร้าย เวลาพูดไม่รู้เรื่องก็เคยตีเขา และมาคิดได้ว่าไม่น่าทำ”

ความรู้สึกด้านบวกที่มีต่อผู้ป่วย เช่น

“บางทีฉันก็รู้สึกดีใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย คิดว่าใครคงดูแลได้ไม่ดีเท่าเรา คิดแบบนี้ก็เลยทำใจได้”

“ฉันรู้สึกรักและเป็นห่วงเขามากกว่าลูกคนอื่น เพราะเขาดูแลตัวเองไม่ได้”

ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ว่ามีทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นเชื่อมโยงความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการมองปัญหาแต่ละคนแตกต่างกัน

สมาชิกท่านหนึ่งเสนอว่า “ผมเคยเครียดมาก ในการดูแลน้องชาย แต่มานั่งคิดว่าเพราะอะไร ก็นึกได้ว่า เราไม่รู้วิธีดูแลเขา ไปปรึกษาหมอและหาหนังสืออ่านทำให้ได้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และก็รู้สึกสบายใจขึ้น”

ท่านหนึ่งบอกว่า “เคยเครียด ก็ไปคุยกับเพื่อนบ้าน ก็รู้สึกดีขึ้นบ้าง”

ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นปัญหา และการแก้ไขและให้ข้อมูลเรื่องความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ก่อนสิ้นสุดกลุ่ม ให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการฝึกหายใจ เพื่อให้จิตใจสงบ และสบายใจขึ้น สมาชิกหลาย ๆ ท่าน แสดงความเห็นว่าได้ประโยชน์จะนำไปใช้เวลาเครียด หรืออารมณ์ร้อน

การประเมินผลกิจกรรมกลุ่ม

สมาชิกมีความคุ้นเคยไว้วางใจกันมากขึ้น มีการแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงความรู้สึก และพูดระบายความทุกข์ มีการสนับสนุน ให้กำลังใจจากกลุ่ม เมื่อมีความรู้สึกด้านลบ เกิดความเข้าใจต่อการมองปัญหา และการรู้จักวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สมาชิกได้ฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีฝึกหายใจ และจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

การดำเนินกลุ่มและพัฒนาการกลุ่ม

เป็นการดำเนินกลุ่มช่วงบ่าย สมาชิกพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป ก่อน หลังจากนั้นสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการหาแหล่งช่วยเหลือ เมื่อมีความไม่สบายใจ หรือมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ส่วนมากที่พบบ่อย คือ เวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เช่น

“ถ้าผู้ป่วยอะอะอาละวาด จะช่วยกันจับ ญาติ ๆ จะมาช่วยกัน บางที่ต้องลากลมโซ่ไว้”

“ฉันเคยเรียกรถโรงพยาบาลศรีธัญญารับ เสียเงินไป 3,000 บาท”

“ฉันเคยให้ตำรวจมาจับ แล้วไปส่งศรีธัญญา”

มีสมาชิกในกลุ่มเสนอว่า “ก่อนจะใช้วิธีรุนแรง ควรพูดคุยกับเขาดิ ๆ ก่อน” ผู้นำกลุ่มได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม คือ บางครั้งต้องเตรียมไว้ว่า ถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินจะติดต่อใคร จะช่วยเหลือได้ทัน และให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์สถานที่ช่วยเหลือ

มีสมาชิกท่านหนึ่งบอกว่า “คนข้างบ้านนี้แหละดีที่สุด เพราะฉะนั้นเราต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดี เวลามีปัญหาเขาจะได้ช่วยเหลือเรา”

หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และแสดงบทบาทสมมุติ เรื่องการสื่อสารทางบวกและทางลบ ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อบทบาท และลองฝึกการสื่อสารที่ละคู่ สมาชิกสามารถทำได้ดี และบอกว่าจะนำไปใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่บ้าน

การประเมินผลกิจกรรมกลุ่ม

สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน สามารถบอกแหล่งขอความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ พร้อมทั้งได้ข้อมูลเพิ่มเติม สมาชิกให้ความร่วมมือในเรื่อง ฝึกทักษะการสื่อสาร และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน

การกำกับการศึกษา

หลังเสร็จกิจกรรมที่ 4 ผู้ศึกษามีการกำกับการศึกษาทันทีโดยผู้ช่วยศึกษาได้นำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ไปให้กลุ่มตัวอย่างทำ เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ และรายงานผลกำกับการศึกษา ดังนี้ ผู้ดูแลมีคะแนนแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ระหว่าง 80-100 % ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน ดังนั้น ถือว่าผู้ดูแลได้รับความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท	ร้อยละ
1	16	80.00
2	18	90.00
3	17	85.00
4	18	90.00
5	16	80.00
6	19	95.00
7	17	85.00
8	19	95.00
9	16	80.00
10	17	85.00
11	17	85.00
12	16	80.00
13	20	100.00
14	18	90.00
15	17	85.00
16	16	80.00
17	19	95.00
18	17	85.00
19	18	90.00
20	19	95.00

$$\bar{X} = 17.5, SD = 1.23$$

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.50 คิดเป็นร้อยละ 87.50 ซึ่งจัดว่ากลุ่มตัวอย่าง หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) ทุกคน

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง (Post – test) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาระในการดูแลชุดเดิม ในวันที่ 11 เมษายน 2549

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test