

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิสระเพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดิวก่อนและหลัง มีรายละเอียดของการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัวแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้จากการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนภาวะการดูแลระดับปานกลางขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
5. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้
6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกี่ยวพันทางสายเลือด
4. มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
5. เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
6. ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
7. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้

8. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

ผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาคด้วยความสมัครใจ
5. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการศึกษา อีกทั้งเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) ผู้ศึกษาจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเภท (ICD 10) ที่อยู่ในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารักษาหรือมารับใบส่งตัวเพื่อไปรับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลตติภูมิ รวมทั้งติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลโดยตรง จากสมุดทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
2. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 20 ครอบครัว แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ครบ 20 ครอบครัว จึงสอบถามความสะดวกของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินแต่ละกิจกรรมที่บ้านเป็นรายครอบครัว
4. ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้ศึกษานัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

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 ค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ปรับปรุงมาจากของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980; 1986) ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 5 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการกิจกรรมวันละ 4 ครอบครัว แต่ละกิจกรรมห่างกัน 5 วัน และผู้ศึกษาได้เพิ่มเติม กิจกรรมที่ 6 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ไปแล้ว 3 วัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน

1.3 นำเนื้อหาที่ได้มาจัดทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลโดยคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ปรับปรุงมาจากของ จิราพร รักการ (2549)

1.4 นำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และรูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ประกอบไปด้วยขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษา ผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยการนำหลักการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมาใช้ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับ อารมณ์

ความรู้สึก การจัดการปัญหา การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รู้จักการผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีความคิดด้านลบต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

สาระสำคัญการพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ดำเนินการ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน (ระยะเวลาประมาณ 20 นาที)

สาระสำคัญ ทักทายสอบถามเรื่องทั่วไปความรู้สึกของผู้ดูแลและผู้ป่วย สมาชิกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม วิธีการนำไปปฏิบัติแล้วว่าเป็นอย่างไร ต้องการให้เพิ่มเติมตรงส่วนใดบ้าง ความรู้ที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลได้พบหลังการทำกิจกรรม และแนวทางแก้ไขชมเชย เสริมแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการทำหน้าที่ต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่ปรับปรุงไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่านคือ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชขั้นสูง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะในการปรับรายละเอียดของเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ และคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 และนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงคือ

1.1 ปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับเนื้อหาโดย ปรับจาก 45-60 นาที เป็น 60-90 นาที เพราะรายละเอียดเนื้อหาแต่ละกิจกรรมมีมากและครอบครัวทำได้ช้าบางครอบครัวต้องอ่านให้ฟัง โดยที่ผู้ศึกษาไม่ได้แสดงความคิดเห็นแต่อย่างใด

1.2 ปรับแก้เรื่องการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1.3 กิจกรรมที่ 2 เรื่องความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ในกลุ่มยาจิตเวชตัวใหม่ซึ่งมี EPS น้อยกว่ากลุ่มเก่า ให้เพิ่มเติมในเรื่องการมีฤทธิ์กด WBC เช่นมีอาการไข้ เจ็บคอ

1.4 ในกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยเพิ่มกลุ่มอาการทางลบในใบงานด้วยเช่น พฤติกรรมแยกตัว อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

1.5 ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ปรับเรื่องการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดเหลือเพียง 2 กิจกรรมเพราะกิจกรรมอื่นๆ ครอบครัวยังไม่ค่อยได้ ได้ฝึกทักษะให้แก่ครอบครัว 2 กิจกรรม คือ การฝึกหายใจช้าๆและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

1.6 กิจกรรมที่ 5 ให้เพิ่มเติมในส่วนแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาโดยเพิ่ม สายด่วนของกรมสุขภาพจิตเบอร์ 1667

2. หลังจากการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 ครอบครัวโดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควรบางครอบครัวต้องอ่านใบงานให้ครอบครัวได้ทำไปพร้อมๆกัน สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษาที่ง่ายและมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบสัมภาษณ์การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดการะ 2 ด้านได้แก่ การะเชิงปรนัย และการะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

2.2.1 ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ 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 ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ 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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกันและภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านคือ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความ

ถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินใจตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. ค่าความเที่ยง (reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสระบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวม เท่ากับ.89

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันประกอบด้วยข้อคำถาม 30 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

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

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

เกณฑ์การ วัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มีดังนี้

25 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับดีมาก
23-24 คะแนน อยู่ในระดับดี
21-22 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง
19-20 คะแนน อยู่ในระดับ พอใช้
ต่ำกว่า 19 คะแนน อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง

3. แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ 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 ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีค่า คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (จิราพร รักการ, 2549) จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และ กระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 1 ท่าน (ดังรายงานในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และ

ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และ ลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนทั้ง 3 ท่านเห็นด้วยกับความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้คำนวณ ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 ผู้ศึกษาได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษา ที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสระบุรีจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิด เป็น 15 คะแนนขึ้นไป (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) หากผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่ กำหนด ผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทาง ในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของ ผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดย ผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้ คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน คำนวณดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 ผู้ศึกษาได้นำไปปรึกษา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะ ทำการศึกษาที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสระบุรีจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไป

คำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเรอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาอิสระ

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาในเรื่องการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวผู้ศึกษา ได้ผ่านการฝึก การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในระหว่างที่ศึกษา โดยในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง การฝึกปฏิบัติการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มเฉพาะเคยผ่านประสบการณ์ในการให้ทำจิตบำบัดรายบุคคลรายกลุ่มและได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากการอ่านเอกสาร ตำรา งานศึกษา ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยมาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในการดำเนิน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานี้ ผู้ศึกษาจะดำเนินการสอนด้วยตนเองกับทุกครอบครัว โดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มตลอดการศึกษา กิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพกิจกรรมที่5การพัฒนาทักษะทางสังคม กิจกรรมที่6การติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 (ภายใน 3 วันนาน 20 นาที)

1.3 ประสานงานกับโรงพยาบาลเสาไห้และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสาไห้ เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอเสาไห้ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยของอำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี

1.4 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คนซึ่งผู้ช่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การดำเนินงานตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยในการศึกษาเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน โดยมีหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม จดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แจกใบงานกิจกรรม และมีการประเมินผลก่อนและหลังการทำกิจกรรมที่บ้านทุกครั้ง

1.5 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาเข้าพบผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน 20 ครอบครัวตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

1.6 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 วันกิจกรรมละ 60 - 90 นาทีวันละ 4 ครอบครัว เข้า 2 ครอบครัว บ่าย 2 ครอบครัว แต่ละกิจกรรมห่างกัน 5 วัน ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

รอบ (/5วัน)	ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1	1	24 – 28 กุมภาพันธ์ 2553 เวลา 7.00 – 9.00 น. เวลา 15.30 – 17.30 น.	ให้ผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลผู้ป่วย จิตเภท (Pre test) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
2	2	1 – 5 มีนาคม 2553 เวลา 7.00 – 9.00 น. เวลา 15.30 – 17.30 น.	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ โรค และการรักษา
3	3	6 – 10 มีนาคม 2553 เวลา 7.00 – 9.00 น. เวลา 15.30 – 17.30 น.	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการการ อาการที่เป็นปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภท
4	4	11 -15 มีนาคม 2553 เวลา 7.00 – 9.00 น. เวลา 15.30 – 17.30 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
5	5	16 – 20 มีนาคม 2553 เวลา 7.00 – 9.00 น. เวลา 15.30 – 17.30 น.	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมและทำ การกำกับการทดลองโดยวัดความรู้ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท
6	3	23 มีนาคม 2553 8.00 -18.00 น.	กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ภายหลัง เสร็จกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วันใช้เวลาครอบครัว ละ 20 นาที
7	7	29 - 30 มีนาคม 2553 เวลา 8.00 – 12.00 น. เวลา 13.00 – 16.00 น.	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบวัดภาวะการดูแล (Post test) จำนวน 20 ครอบครัว

โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้ สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อโดยการบอกชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงานว่าปฏิบัติงานอยู่ที่.....และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พูดยุขสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกโดยการพุดคุยสอบถามเรื่องต่างๆ ไปเกี่ยวกับความเป็นอยู่ อาชีพ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และเรียกชื่อสมาชิกเพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท มีทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะทางสังคมในการสื่อสารและหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม โดยในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที กิจกรรมละ 5 วันจนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกันและกิจกรรมที่ 6 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยสมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งที่จะได้รับ ประโยชน์อย่างสูงสุด โดยรูปแบบของกิจกรรมจะเป็นการ

เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การตอบแบบสอบถาม การแสดงความคิดเห็น การซักถาม และการประเมินผล โดยสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นที่บ้านของผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวโดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 เป็นการประเมินสภาพความเป็นอยู่ และลักษณะของครอบครัว และใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว ผู้ศึกษาพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวยังมีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ไม่มีเวลาให้กัน ไม่ค่อยมีอารมณ์ขันเครียดส่วนลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวที่มีความห่างเหินกัน มีปากเสียงกันบ่อย ต่างคนต่างอยู่ ชอบตำหนิ มีกฎระเบียบมาก และน่าเบื่อหน่ายโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัว พร้อมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ผู้ศึกษาให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2

6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1

8. ให้สมาชิกได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยให้ทำใบงานความรู้สึกที่มีต่อกันตามใบงานที่ 1/3 และ 1/4 และให้สมาชิกนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว

9. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อกันว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อกัน

10. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1/2

11. ผู้ศึกษาพูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

12. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจ ขอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถามและให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 และ 1/4 อีกครั้ง

14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยร่วมซักถามและแสดงความคิดเห็น และหลังจากทำใบงานที่ 1/1 พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิด โดยเฉพาะในกรณีผู้ดูแลเป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจิตเภท มีบางครอบครัวมีความห่างเหิน เบื่อหน่าย และต่างคนต่างอยู่ โดยเฉพาะที่ผู้ดูแลมีฐานะเป็น พี่ น้องของผู้ป่วย ซึ่งจากการพูดคุยซักถามพบว่า ส่วนใหญ่มีภาระในการทำงาน ต้องหากินเลี้ยงครอบครัวและเลี้ยงดูผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาชีพต้องอยู่กับบ้าน ไม่ค่อยมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน

สำหรับปัญหาที่พบในใบงานที่ 1/2คือส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาด้านการเงิน และปัญหาที่ผู้ป่วยได้แต่นอนไม่ค่อยช่วยเหลืองานบ้านแต่ก็ทำได้ ดีกว่าผู้ป่วยวุ่นวาย อาละวาด ทำให้ต้องเสียเวลาคอยดูแลใกล้ชิด แต่ก็เป็นที่หวังของผู้ป่วย

สำหรับใบงานที่ 1/3 พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีความสงสาร และเห็นใจผู้ป่วย และต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึกเกรียด กังวลใจ หนักใจ โดยเฉพาะบิดา และมารดาผู้ป่วยกังวลว่าหากไม่มีตนเองแล้วใครจะดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“รู้สึกสงสารและเป็นห่วงถ้าแม่ตายไป กลัวว่าพี่น้องจะไปมีครอบครัวจะ ไม่มีใครดูแล”

“บางครั้งก็ลุ่มใจมาก ๆ ก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม บางทีก็คิดว่าอยากพึ่งทางไสยศาสตร์ดูบ้าง ไม่เชื่อก็อย่าลบล้าง”

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกรักครอบครัว ดังที่ผู้ป่วยในบางครอบครัว กล่าวว่า

“รู้ว่าแม่รักแต่บางครั้งก็ไม่ได้รู้ว่าทำอะไรลงไป ไม่อยากสร้างปัญหาให้แม่เดือดร้อน”

“บางครั้งก็เบื่อบ้านตัวเองนะ หมอ กินยามาหลายปีแล้ว ยังไม่หาย”

“ผมก็พยายามทำใจเย็นแล้วนะ แต่พ่อก็ชอบใช้หีบของเยอะไปหมด ทำให้ทะเลาะกันก็มี”

จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อกันและกัน ทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวก และด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวก ต่อผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเห็นใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้นผู้ศึกษาสามารถที่จะ ประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ เข้าใจผู้ป่วย ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเจ็บป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1 และ ใบงานที่2/2 เป็นใบงานที่ให้สมาชิกได้ทำเกี่ยวกับอาการของโรคจิตและแบบสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภท ตามใบงานที่ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงาน
- 3 ผู้ศึกษา สรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่าและนำเสนอ
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยารักษาโรคจิต
5. ผู้ศึกษาสอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตโดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/3 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตตามใบงานที่2/4 ทั้งในอดีตและปัจจุบัน การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาตามใบงานที่ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอ
6. ผู้ศึกษา สรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกนำเสนอ
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆของสมาชิก พบว่าสมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้ บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยในช่วงที่ให้สมาชิกได้ทำใบงานที่ 2/1 และใบงานที่ 2/2 สมาชิกบางคน บางครอบครัวยังไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการและการรักษาของโรคจิตเภท ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวต่อไปนี้

“อยู่ดีๆ ก็พูดคนเดียว และบอกว่าได้ยินเสียงคนมาว่ามานินทา เราบอกว่าไม่ได้ยิน ไม่มีใครก็หูหนวก หาวัวเราไม่เชื่อ หรือว่าจะมีจริงแต่เรามองไม่เห็น หรือเปล่าหมอ”

และจากการสอบถามครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคพบว่าส่วนใหญ่บอกว่าเกิดจากกรรมเวรผีเข้าหรือจากการที่ผู้ป่วยเป็นคนเครียดไม่ค่อยยุ่งกับใครมารดาของผู้ป่วยรายหนึ่ง ดังคำกล่าวของมารดาผู้ป่วยที่ว่า

“ป้าว่าเป็นไปได้ไหมว่าลูกป้าอาจโดนของ หรือผีเข้าเพราะอยู่ดีๆ ก็เป็นขึ้นมา ไม่ได้ป่วยอะไรมาก่อนเลย”

จากการสอบถามถึงการรักษาที่ผ่านมา ในใบงานที่ 2/2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชและเคยนอนโรงพยาบาลหลายครั้งเคยรักษาด้วยไฟฟ้าและเคยมีอาการกำเริบรุนแรงต้องนำส่งโรงพยาบาลด่วนเพราะทำลายของ และอาละวาดทำให้ญาติกลัวกันมาก เดือดร้อนกันไปหมดต้องช่วยกันจับหลายคน

“รักษากันมานานแล้ว ไปรคนำมนต์ก็ไปแต่ไม่หาย คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมกันมาแต่ก็ต้องดูแลกันไปจนกว่าจะตายจากกัน”

จากการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยพบว่า

“รู้ว่าแม่รักแต่บางครั้งก็ไม่รู้ตัวว่าทำอะไรลงไป ไม่อยากสร้างปัญหาให้แม่เดือดร้อน”

“กินยานานๆก็เหมือนระหมอ บางทีก็ลึ่มกิน แม่เขาให้กินเอง บางครั้งลึ่มแข็ง ง่วงมากเลยนอนทั้งวัน แม่จะไปเอายาให้”

ผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1 และความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2 แล้ว เกิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ซักถามและร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ พบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้และเมื่อแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมาชิกส่วนใหญ่จะบอกว่า ดี มีประโยชน์ อ่านเข้าใจง่าย จะนำไปใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือเมื่อมีปัญหาได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกบันทึกลงในใบงาน
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค และพบว่าครอบครัวได้มีการพูดคุยออกถึงปัญหา และวิธีการป้องกันการกำเริบของโรค ได้แก่ การกินยาอย่างต่อเนื่อง พยายามไม่ให้ผู้ป่วยเครียด หางานอดิเรกให้ผู้ป่วยทำ ดังตัวอย่างคำพูดของครอบครัวต่อไปนี้

“ตอนนั้นเคยอาละวาด เราก็มีวแต่ทำงานไม่ได้ดูแล่ากินยาหรือเปล่าให้มันกินเอง อาละวาดมากต้องส่งโรงพยาบาล เรียกตำรวจมาช่วยเอาคนเดียวไม่อยู่เลย เช็ดจริงๆ”

“บางครั้งก็หงุดหงิดนะเวลา เข่าบ่นผม พอผมเสียงดังแม่เขาจะเงิบ ไม่ค่อยมาจู๊จี้ แกเดินหนีไปสักพักปล่อยให้ผมสงบแกถึงมาคุยด้วย ผมรู้ว่าแกก็กลัวผมเหมือนกัน ผมก็สงสารแม่ที่ทำแบบนั้น

“เดี๋ยวนี้อันนี้สังเกตุ ว่าหาก ไม่นอนเดินทั้งคืนเลย พุคคนเดียวจนชาวบ้านแถวนี้เขารู้กันหมดแล้วเลยไม่มีใครยุ่งด้วย ต้องรีบพาไปหาหมอที่สระบุรีเร็วๆ ถ้าไม่มันเอาไม่อยู่ หมอกำชับให้กินยา ถ้ากินไม่ต่อเนื่องจะให้ฉีดยาเดือนละเข็มแทนแต่ก็ต้องพาไปฉีดที่อนามัยหรือโรงพยาบาล ใกล้บ้านอีกไม่รู้อาจจะให้ใครพาไป หมออนามัยก็อยู่ข้างไม่อยู่ข้างไปประชุม”

หลังจากผู้ศึกษาได้ให้ความรู้สมาชิกตามใบความรู้ที่ 3/1 , 3/2 และใบความรู้ที่ 3/3 แล้วพบว่าสมาชิกสามารถบอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้สามารถบอกอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยประเมินจากเมื่อผู้ศึกษาเปิด โอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถามสมาชิกสามารถสรุปความรู้ที่ได้รับและตอบคำถามของผู้ศึกษาได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
2. สรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
3. ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
4. ให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง ให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
5. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้
อีกครั้ง

6. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างถี่ถ้วน
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิกพบว่าสมาชิกให้ความสนใจในการประเมินระดับความเครียดของตนเอง ร่วมมือในการทำแบบประเมินระดับความเครียดของตนเองทุกคน ทราบระดับความเครียดของตนเอง บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น บอกแนวทางในการจัดการกับความเครียด

ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นมารดาจะมีความวิตกกังวลว่าถ้าแม่ตายไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีใครดูแลที่น้อง เขาจะสนใจเหมือนแม่หรือไม่ จะอยู่อย่างไร เพราะผู้ป่วยไม่มีอาชีพ เงินทองก็มีเก็บไม่มาก

“ทุกวันนี้พี่ก็ไม่อยากคิดมากหรอก ต้องเอาทางพระเจ้าข่มไว้แล้วค่อยสบายใจหน่อย”

“บางวันจะพาเขาไปวัด จิตใจจะได้สบาย ยังมีคนที่แ่กว่าเราอีก โรคของเขาก็เหมือนโรคเบาหวานต้องกินยาทุกวัน”

ส่วนในผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดและกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองว่า

“ทุกวันนี้ยังไม่ค่อยจะได้กินอะไรเลย น้องมันขายข้าวโพดให้กินแต่ข้าวโพดทุกวัน เลย ไม่มีงานทำคิดมากอยากตายๆ ให้มันพ้นไปเหมือนกันนะหมอ”

“คุณหมอสอนการหายใจ ผมชอบทำได้ง่ายหายใจสะดวกไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย อาการ สาเหตุ และวิธีการจัดการและวิธีผ่อนคลายความเครียดและสาธิตให้ครอบครัวดูและปฏิบัติตามพร้อมกับให้ครอบครัวสาธิตย้อนกลับย้อนกลับซึ่งสามารถทำได้ถูกต้อง โดยพบว่าสมาชิกทุกคนสนใจในการทำแบบประเมินความเครียด บางคน บางครอบครัวขอแบบประเมินให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำ มีการสอบถามถึงระยะเวลาในการทำแบบประเมินความเครียดว่าทำได้ทั้งกันในแต่ละครั้งเป็น ระยะเวลาานเท่าไร ทำบ่อยๆ ทุกสัปดาห์ได้หรือไม่ สนใจขณะที่ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด มีการ ซักถามข้อสงสัยตลอดเวลา นอกจากนี้แล้วเมื่อสาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจแบบผ่อนคลายแล้วสมาชิกได้ให้ครอบครัวหัดฟังเพลงลมหายใจเข้าออกของ เสถียรธรรมสถาน บอกว่าดีมาก ๆ ฟังแล้วจิตใจสบาย มีประโยชน์ ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดี และยังสนใจวิธีอื่นๆ ในคู่มือ และจะนำไปฝึกปฏิบัติบ่อยๆ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาผู้สรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้งตามใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
2. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่าเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร ในชุมชนที่อาศัยอยู่
3. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย เช่น สายด่วนของกรมสุขภาพจิต เบอร์ 1667 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้สมาชิกร่วมกันสรุป ความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
5. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมายการทำแบบสอบถาม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์

การประเมินผล จากการที่สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดง บทบาทตามมติตามสถานการณ์จำลอง การสื่อสารทางลบ และการสื่อสารทางบวก พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยบอกไม่เคยคิดแบบนี้มาก่อนและคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี มาก ปรับใช้ได้กับคนอื่นๆ ได้ ด้วยนอกจากจะใช้กับผู้ป่วยยังใช้นอกบ้านได้อีก ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกโดยสมาชิกสามารถบอกได้ถึง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพสามารถเลือกใช้ทักษะการสื่อสาร ได้อย่างเหมาะสม บางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะทำให้คนได้ยินรู้สึกไม่ดี ดังตัวที่มารดาของผู้ป่วยกล่าว เช่น

“เคยว่าเขาเสียงดัง เรื่องที่ไม่กินยาและไม่เก็บที่นอน ไม่เก็บงานข้าวกินเลอะเทอะ เขาเลยหงุดหงิด ไม่ยอมกินยา”

“บางครั้งก็ไม่ได้จะตั้งใจว่าหอรอกนะ แต่บางทีเหนื่อยมาพอเจอสภาพนี้แล้วอารมณ์เลยขึ้น ทำให้ว่าไปหลายคำเลยก็เสียใจเหมือนกันว่าเราน่าจะใจเย็นกว่านี้”

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการให้คนในครอบครัวพูดกับเขาดีๆ ไม่เห็นเขาเป็นที่รองรับอารมณ์ดังกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“ผมอยากให้ทุกคนพูดกับผมดีๆ ไม่คู่ผม บางครั้งผมก็กลัวพ่อจะตีผมเหมือนกัน”

ให้ครอบครัวฝึกพูดในสิ่งที่ดี ดังคำกล่าวของมารดาผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า

“ลูกพอจะช่วยแม่ได้ไหม ถ้าแม่อยากให้ลูกช่วยงานบ้านเล็กๆน้อยนะลูกนะ”

“ขอบใจนะลูกรักของแม่ ที่หนูทำตามแม่ขอร้องนะครับ”

ผู้ศึกษาฝึกทักษะให้ผู้ป่วย ใช้การสื่อสารทางบวกกับครอบครัว เช่นผู้ป่วยจิตเภทพูดกับมารดาว่า

“ผมอยากให้แม่สบายใจ ผมจะกินยาสม่ำเสมอครับ ผมรักแม่ครับ”

จากนั้นให้ครอบครัวบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือได้ สมาชิกทุกคนร่วมกันพูดคุยและหาแนวทางในการแก้ปัญหาเมื่อมีปัญหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ ตามคู่มือ เช่นสายด่วน 1667 และดั่งตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“เดี๋ยวนี้ดีหน่อยไปรับยาไม่ต้องจ่ายดั่งก็มีบัตร 30 บาทเมื่อก่อนแย่ต้องจ่ายเองบางเดือนก็ไม่ได้ไปเอายามากิน”

“อบต. จะให้เงินแม่ซึ่งเป็นเงินคนแก่เดือนละ 500 บาท ของผู้ป่วยอีก 500 บาท หนูเลยค่อยยังชั่วหน่อยเพราะต้องหาเงินคนเดียวเลี้ยงแม่เลี้ยงน้องด้วย พี่ อสม.บอกมีปัญหาก็ไปตามเขาได้”

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ดำเนินการ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน (ระยะเวลาประมาณ 20 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้ หลังทำกิจกรรมที่ 5
2. ให้คำแนะนำเป็นรายครอบครัวตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าของแต่ละครอบครัว
3. ช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยคาดไม่ถึง
5. ให้ผู้ดูแล เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและเป็นการช่วยเหลือระดับประคอง
6. เป็นที่ปรึกษาและเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาทักทายสอบถามเรื่องทั่วไปและ กับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่รับโทรศัพท์
2. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลและผู้ป่วย สมาชิกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ศึกษาสอบถามครอบครัวถึงวิธีการนำไปปฏิบัติแล้วเป็นอย่างไรต้องการให้เพิ่มเติมตรง

ส่วนใดบ้าง

4. ผู้ศึกษาทบทวนความรู้ที่สำคัญของแต่ละกิจกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรม
5. ผู้ศึกษาสอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลได้พบหลังการทำกิจกรรม และแนวทางแก้ไข
6. ผู้ศึกษาชมเชย เสริมแรงจูงใจให้ผู้ดูแลในการทำหน้าที่ต่อไป

การประเมินผล จากการที่ผู้ศึกษาโทรศัพท์หาคอบครัวผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกดีใจที่โทรมาไม่ทอดทิ้งกัน เมื่อผู้ศึกษาสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ได้ให้ความรู้ไปสามารถตอบได้ แต่บางอย่างเช่น การกินยาตัวใหม่ที่เพิ่งได้มาแล้วมีผลข้างเคียง ผู้ดูแลสงสัยว่าเกิดจากอะไร ผู้ศึกษาได้ตอบข้อซักถาม ไปและผู้ศึกษาสอบถามการนำความรู้ไปปฏิบัติว่าต้องการให้เพิ่มเติมอะไรบ้าง ผู้ดูแลบอกว่าอ่านจากคู่มือที่ให้ไว้ก็พอทำได้แล้วและคงต้องฝึกทำไปเรื่อยๆและอยากให้นำเยี่ยมที่บ้านด้วย ดังคำกล่าวของผู้ดูแลดังต่อไปนี้ เช่น

“เวลาเครียดหนูจะหายใจเข้าช้าๆหายใจออกช้าๆอย่างที่หมอสอน รู้สึกดีขึ้นมากเลยคะ”

“เมื่อวานฉันพามันไปวัด เลยหมอ ข้างบ้านเขาก็ไม่ค่อยกลัวแล้วนะคนเขาก็ทักทายดี ลูกฉันยิ้มได้ ฉันก็ดีใจ”

“น้ำสาวเขาบอก ถ้าค่อยยังชั่วแล้วให้ลูกฉันไปช่วยขายของที่ร้านปากซอยให้วันละ 60 บาท ก็ยังดีนะหมอนะดีกว่าอยู่บ้านเฉยๆ”

“พวกฉันขอบคุณหมอมานะที่มาสอนอะไรหลายอย่าง ดีกว่าเมื่อก่อน เมื่อก่อนไม่เคยมีใครมาสอนแบบนี้เลย วันหลังหมอมานะอีกนะ”

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจจากการรับโทรศัพท์และขอให้ ผู้ศึกษาโทรมาที่บ้านอีกในโอกาสหน้า ท้ายที่สุดของการสนทนาผู้ศึกษาให้กำลังใจ ชื่นชม และเพื่อเป็นการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาได้ในเวลาที่ตกลงร่วมกัน (8.00 -20.00 น.)

การกำกับการศึกษา

หลังเสร็จกิจกรรมที่ 5 ผู้ศึกษามีการกำกับการศึกษาทันทีโดยผู้ศึกษาได้นำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและ สมาชิกในครอบครัว และแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทให้กลุ่มตัวอย่างทำ เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรมโดยมีผลการประเมินคะแนนความรู้ดังตารางที่ 2 - 4

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแล (Pre-test) โดยให้ตอบแบบสัมภาษณ์ในวันแรกของการทำกิจกรรมที่ 1 และผู้ศึกษาทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post - test) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้ว 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการใน ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง 30 มีนาคม 2553 รวมระยะเวลาในการจัดกระทำและประเมินผลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา ชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูล สามารถบอกยกเลิกได้ทันที โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะนำไปใช้วิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูลจากที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไว้ และจะรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เพื่อเผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมสำหรับเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

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

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05