



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (รัตนศิริ ทาโต, 2551) เพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยมีตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O1 X O2 กลุ่มทดลอง
O3 O4 กลุ่มควบคุม

O1 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O2 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

X คือ การพยาบาลโดยใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O3 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

O4 คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังให้การพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 คนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตามแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งนี้ จึงนำบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย

ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมด้วย โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน และหลังการทดลองของ จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90.77 % ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 15

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนกลุ่มควบคุม 15 คน

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน
- 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด
- 4) มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดใน 3 ข้อตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า
- 3) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 2) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้
 - 2.1) เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย เช่นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร เป็นต้น
 - 2.2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
 - 2.3) มีการพึ่งพากันทางเศรษฐกิจ สังคม

3) สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ตามแนวคิด การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) การดำเนินกิจกรรมครั้งนี้จึงนำบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมด้วย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษาครั้งนี้ คือ **กลุ่มทดลอง**

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชในเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2554 โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ได้จำนวน 60 คน

2) เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ ด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาเจ็บป่วย (ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส, จันทรเพ็ญ สุทธิชัย โชติ, 2542) โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกเป็นกลุ่มทดลองก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน ต่อจากนั้นประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากคำตอบของผู้ป่วยและจากที่ผู้วิจัยสังเกต โดยกำหนดว่าต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนน เนื่องจากถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง และสามารถเข้าร่วมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบครันได้ จากนั้นประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

3) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบครันอย่างสังเขป หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและเต็มใจตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

4) จากนั้นผู้วิจัยจึงนำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันโดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) จากคุณลักษณะดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส, จันทรเพ็ญ สุทธิชัย โชติ, 2542) และเพื่อให้มีการเท่าเทียมกันมากที่สุดก่อนดำเนินการ

2) เมื่อรวบรวมกลุ่มทดลองครบ 15 คน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วย 1 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอีก 1 คนแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มทดลอง โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 15 คนหลังนั้นเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันปัญหา และอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตาม โปรแกรม (Drop out) ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกผู้ป่วยมากกว่าที่กำหนดเป็น 32 คนเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ กลุ่มทดลอง 17 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เมื่อทำการทดลองจริงจะได้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยครบทุกขั้นตอนจำนวน 30 คน

กลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คนตามที่กำหนดไว้ เมื่อทำการทดลองจริง กลุ่มทดลอง เหลือ 16 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล พร้อมกับขอความร่วมมือเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว อธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการแต่อย่างใด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) และให้กลุ่มตัวอย่างและญาติลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแบ่งเป็น 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการทดลอง

ประกอบด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) โดยสร้างเนื้อหาใน โปรแกรมตามแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ดำเนินการทดลอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) และได้จัดทำคู่มือส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น ประเมินร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตสาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท และการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบได้บ่อย ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง

3) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์ โดยในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จบการศึกษาลัทธิศาสตร์การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
- 3) เพื่อประเมินลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวและ โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- 4) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
- 5) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดความไว้วางใจ ขอมรับในตัวผู้วิจัยขอมรับการช่วยเหลือ เป็นแรงจูงใจให้มีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวเกิด

พฤติกรรมดูแลตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2) ชี้แจงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ทั่วไปของการเข้าร่วมในโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายละเอียดกิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะสภาพปัจจุบันทั่วไปของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว

4) ผู้วิจัยสรุปประเด็น โดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท

2) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องการรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (กนกวรรณ กันขาสาย, 2552) ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

1) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับ โรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยา อาการข้างเคียงของยาตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

2) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับ ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

1) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบได้บ่อยตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

2) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับความทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย

3) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับ ผลดีของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถเลือกใช้

วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
- 2) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญความเครียดหรือการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง
- 3) ผู้วิจัยรับฟังและสรุปประเด็นตามผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 4) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงผลดีของการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- 5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
- 6) นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการร่วมกิจกรรมที่ 5 ต่อไป

ครั้งที่ 4 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสาขบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Chien et.al, 2004) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมและผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
- 2) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบ

3) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นว่า เมื่อเกิดปัญหาแล้วได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจากแนวคิดของ Anderson, Hogerty, and Reiss.(1980) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในคลินิก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำร่วมกับปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยผู้ทรงมีความคิดเห็นตรงกันทั้งหมด 5 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ CVI > 0.8 (Polit and Hungler,1999;2001)

Content validity index = $\frac{\text{จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1) ควรพิจารณาเรื่องเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้มีความเหมาะสม โดยปรับจาก 60-90 นาที เป็น 45-60 นาที เนื่องจากถ้าใช้เวลานานเกินไปสมาธิของผู้ป่วยอาจไม่มากพอ และในระหว่างการดำเนินกิจกรรมควรพูดคุยเรื่องทั่วไปบ้างเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

2) ปรับแก้คำถามบางข้อในใบงานให้อ่านแล้วมีความเข้าใจง่ายขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีข้อจำกัดทางด้านการอ่านและเขียน เช่น สายตายาวอ่านไม่ชัดเจน หรือบางรายจะมีอาการปวดศีรษะขณะอ่านหนังสือนานๆ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องอ่านและเขียนให้เป็นบางราย

หลังจากปรับแก้แล้วผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลนภดล จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อปรับแก้เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม ความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ความชัดเจนของภาษา การสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินกิจกรรม

จากการทดลองใช้พบว่าเนื้อหาควรปรับเกี่ยวกับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีการผ่อนคลาย ไม่เป็นทางการมากเกินไปเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ โดยได้เพิ่มเกมส์สุภาษิตคำพังเพยมาใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทำให้เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมากขึ้น การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม แบบวัดต่างๆควรแบ่งให้ทำทีละเรื่อง ไม่ควรเร่งรีบเกินไป เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดไม่ผ่อนคลายได้ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยบางรายมีอาการกระสับกระส่ายบ้างเล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ไม่มีผู้ป่วยบ่นหรือขอออกจากกิจกรรม และให้ความยินยอมในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทของวัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์ (2549) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการจำแนกอาการเดือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ในด้านการจำแนกอาการเดือนและพัฒนาจากแบบสอบถามของเพชร คันธสายบัว (2544) ในด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมจำนวน 14 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 การจำแนกอาการเดือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิต ด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเดือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเดือนที่เกิดขึ้น จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเดือน ก่อนอาการทางจิตเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของทีมนุเคราะห์สุขภาพจิต รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด

ความหมายของคะแนน

5 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับสูงมาก

4 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับสูง

3 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

1 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในคลินิก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตแล จิตเวชในชุมชน จำนวน 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ใช้เกณฑ์ CVI > .80 (Polit and Hungler,1999;2001)

Content validity index = $\frac{\text{จำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ค่าความดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยได้แก้ไขข้อความที่มีความหมายไม่ชัดเจน และปรับคำพูดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจง่ายขึ้น

การหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Reliability)

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการหาความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด

ชุดที่ 1 คือ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาสร้างขึ้นโดยสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,16,17,20 คำถามด้านลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9,13,18,19 ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

วิธีตอบผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามทั้ง 20 ข้อ ทีละข้อแล้วให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าข้อความเหล่านั้นตรงกับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งกำหนดคะแนนแต่ละข้อดังนี้

| | |
|------------------|------------------|
| คำถามด้านบวก | คำถามด้านลบ |
| ใช่ เท่ากับ 1 | ใช่ เท่ากับ 0 |
| ไม่ใช่ เท่ากับ 0 | ไม่ใช่ เท่ากับ 1 |

การแปลผล

กำหนดคะแนนรวมของความรู้เรื่องโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ได้แบ่งระดับความรู้เรื่องโรคและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกำหนดเกณฑ์จากพิสัยเป็น 3 ระดับ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536)

คะแนนระหว่าง 15-20 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาอยู่ระดับสูง

คะแนนระหว่าง 8-14 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาอยู่ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาอยู่ระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะต้องได้คะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่าเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2) กรณีหากคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องร่วมกันประเมินค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไข จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์คือมากกว่าร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือกับการทดลอง (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในคลินิก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับการทดลอง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกับการทดลองที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงครามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชน จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการทดลองใช้ เท่ากับ .80

ชุดที่ 2 คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว ตามแนวคิดของ Jalowice (1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 13 ข้อ ดังนี้

| ข้อความ | คะแนนทางบวก | คะแนนทางลบ |
|-----------------------|-------------|------------|
| เป็นความจริงทั้งหมด | 4 | 1 |
| เป็นความจริงบ่อยครั้ง | 3 | 2 |
| เป็นความจริงน้อยครั้ง | 2 | 3 |
| ไม่เป็นความจริง | 1 | 4 |

เกณฑ์การคิดคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วนคือการเผชิญความเครียดทางบวกให้ค่าคะแนนทางบวก มี 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,4,6,7,8,9,10,11,12,13 การเผชิญความเครียดทางลบให้ค่าคะแนนทางลบ มี 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,5 นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย

การแปลความหมายของคะแนน

3.50 – 4.00 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสมมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม

1.00 - 1.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ต้องปรับปรุง

เกณฑ์กำกับการทดลอง ประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.50 ขึ้นไปถ้าผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะร่วมกันจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือกำกับการทดลอง (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในคลินิก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือกำกับการทดลอง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงครามที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการทดลองใช้ .80

ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ดำเนินการดังนี้

เตรียมผู้วิจัย โดยฝึกประสบการณ์การทำงานกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับความร่วมมือการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลอ่าวอุดม จังหวัดชลบุรี

1) เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จบการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานมากกว่า 5 ปี มีความพร้อมและเต็มใจในการช่วยเหลือในการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล มีความเข้าใจ ตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกกิจกรรม

2) ขอนหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี พร้อม โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวันที่ดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีในวันที่ 29 สิงหาคม 2554 จึงเริ่มดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการ

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โดยมีรูปแบบการให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรค การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การดูแลเกี่ยวกับการได้รับยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ เป็นต้น การให้บริการคำแนะนำดังกล่าวทั้งแบบรายบุคคล รายครอบครัวและรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งการให้บริการแบบคลินิกจิตเวชชุมชนนี้มุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการส่งเสริมศักยภาพการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำทั้งด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

กลุ่มทดลอง

พบกับผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหมาย โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายครอบครัว ให้การพยาบาลโดยใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวตามวัน เวลาที่นัดหมาย โดยให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย วันละ 7-8 ครอบครัว ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมเริ่มตั้งแต่เวลา 08.00 น. ถึงเวลา 18.00 น. ระยะเวลาทดลองทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมๆละ 45-60 นาที โดยระยะห่างแต่ละกิจกรรมๆละ

2 วัน จากการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้การต้อนรับและให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมดี ช่วงเวลาที่เข้าไปดำเนินกิจกรรมแต่ละครอบครัวอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สัมพันธ์กับอาชีพและภารกิจประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละครอบครัว ซึ่งในรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดความไว้วางใจ ขอมอบในตัวเองผู้วิจัยขอมอบการช่วยเหลือ เป็นแรงจูงใจให้มีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวเกิดพฤติกรรมแสดงตนเอง การป้องกันการป่วยซ้ำและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ จากนั้นให้กล่าวแนะนำตนเอง

2) ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ทั่วไป รายละเอียดกิจกรรมโดยย่อ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

3) ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะสภาพปัจจุบันทั่วไปของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว

4) ผู้วิจัยบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว

5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกัน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อกันว่าเป็นความรู้สึกที่เหมาะสมหรือไม่ และพูดคุย กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกด้านบวกที่มีต่อกัน.

6) ผู้วิจัยบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมดี ซึ่งการดำเนินกิจกรรมแต่ละรายครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง และเปิดเผยพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ มีบางรายครอบครัวที่ขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันบ้าง โดยมักจะเป็นเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การตำหนิผู้ป่วย เป็นต้น จากการดำเนินกิจกรรมโดยรวม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และบอกถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ สามารถเสนอขอแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างใดที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (กนกวรรณ กันยาสาข, 2552) ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

- 1) แจกแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ร่วมกันเฉลยและประเมินคะแนน
- 2) ผู้วิจัยแจกใบความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภทแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาของผู้ป่วย
- 3) ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยารักษาโรคจิต และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรค
- 4) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต
- 5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้วิจัยช่วยสรุปเนื้อหาความรู้อีกครั้ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือ แสดงออกถึงความตั้งใจในการร่วมกิจกรรมในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา จากผลการประเมินจากใบงาน มีผู้ป่วยและผู้ดูแลบางครอบครัวยังคงขาดความรู้ในเรื่องดังกล่าวนี้อยู่หลายครอบครัว ผู้วิจัยได้ร่วมอภิปรายกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการอภิปรายผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงจากยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

1) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบได้บ่อยตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

2) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสรุปประเด็นการอภิปราย

3) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับ ผลดีของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

การประเมินผล

จากการสังเกตท่าทางพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงออกถึงความสนใจในการร่วมกิจกรรม รวมถึงมีการพูดคุยตอบคำถามได้เป็นอย่างดี ผลการอภิปรายร่วมกันพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและวิธีการจัดการกับอาการเตือนและปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
- 2) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญความเครียดหรือการเจ็บป่วยและวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง
- 3) ผู้วิจัยรับฟังและสรุปประเด็นตามผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่า
- 4) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียดวิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมถึงผลดีของการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- 5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

การประเมินผล

จากการประเมินความเครียดผู้ป่วยและผู้ดูแลบางครอบครัวมีความเครียดและยังไม่มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ หลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงสาเหตุ อารมณ์ของความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และบอกแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง สามารถบอกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ครั้งที่ 4 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสารการแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เวลา 45 - 60 นาที ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมและผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
- 2) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบ
- 3) ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นว่า เมื่อเกิดปัญหาแล้ว ได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่
- 4) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน
- 5) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสรุปความรู้ที่ได้รับ และช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
- 6) ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม และนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมดี จากการอภิปรายร่วมกันพบว่าการสื่อสารในครอบครัวบางครอบครัวยังมีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ดูแลมักจะตำหนิผู้ป่วย สม่่าเสมอ หรือบางครอบครัวผู้ดูแลมักพุดจาประชดประชันผู้ป่วย เป็นต้น และยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง

สามารถบอกได้ถึงการใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกได้อย่างถูกต้อง และสามารถบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยได้

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) ก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยทำแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา และแบบประเมินการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (pre - test)

2) หลังเสร็จสิ้นการทดลองใช้เครื่องมือกำกับการทดลองประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ประเมินการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ในกลุ่มทดลองตรวจสอบผลพบว่าการทดลองได้คะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ทุกคน (ดังคะแนนในภาคผนวก)

3) กลุ่มทดลอง หลังทำการทดลองแล้ว 1 สัปดาห์จึงประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย

1) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent-t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independence t-test)