

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรม รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอชะอำ จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือเป็นผู้ป่วยจิตเภท วัยผู้ใหญ่ อายุ 18-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอชะอำ ซึ่งมีคะแนนจากการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองจากการประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับต่ำ – ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 24-72 คะแนน) เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือ ในการดำเนินการศึกษานี้

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน ดังนี้ เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ เป็นเพศชายหรือหญิงวัยผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้แต่ในการศึกษานี้จะประเมินผลเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 20 คน โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทจากเวชระเบียน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชะอำ และจากสถิติเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชะอำ โดยคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งประเมินว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่าไม่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

3. นัดหมายครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยแจ้งเรื่องวันและเวลา ในการดำเนินกิจกรรมที่บ้าน การจัดกิจกรรมที่บ้านยังเป็นการทำให้ครอบครัวได้จัดกิจกรรมในสถานที่ที่คุ้นเคยส่งเสริมบรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถกำหนดเวลาที่เหมาะสมได้เอง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ครอบครัวตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มศึกษาก่อนการเข้าพบ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มศึกษา สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม ในการศึกษานี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มศึกษาเข้าใจในวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา และตอบรับเข้าร่วมศึกษาจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มศึกษาผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มศึกษาสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษา ได้ตลอดเวลา ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มศึกษาตอบรับการศึกษาก็ให้กลุ่มศึกษาเช่นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจาก โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและ มีการฝึกปฏิบัติการ การประเมิน โดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดี ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ(2541)โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี โดยศึกษา โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทิพวรรณ น่วมทอง(2547) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ที่พัฒนามาจากโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้านของพัชรา ชันลา (2548) และศึกษาคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1.2 ผู้ศึกษานำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอชะอำ โดยคงโครงสร้างเดิมไว้ คือประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว **กิจกรรมที่ 2** การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว **กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการรักษาด้วยยาทางจิต **กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว **กิจกรรมที่ 5** การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมเนื้อหาใน **กิจกรรมที่ 6** การติดตามทางโทรศัพท์ **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา** คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้านของพัชรา ชันลา (2548) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991)

1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีรูปแบบของการให้คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเวชและศึกษาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง

2) กำหนดขั้นตอนและเนื้อหาในกิจกรรมตามแนวคิดการให้การให้คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3) ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจาก โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้านของพัชณา จันทร์ลา (2548) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญมาก โดยการสร้างสัมพันธภาพนี้ พัฒนาขึ้นตามสมมติฐานของการเจ็บป่วยทางจิตที่ว่าสาเหตุของความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล มาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้นเป้าหมายของการปฏิบัติทางการพยาบาลจิตเวช คือการพยายามที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วย ผู้ศึกษากับสมาชิกครอบครัว ของผู้ป่วย และผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

สาระสำคัญ การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ผู้ศึกษาผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษาไปพร้อมกับกระบวนการการพยาบาลเพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวจะเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้นเป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนประทับประคองท่ามกลางความไว้วางใจและการเปิดเผยข้อมูล หรือความรู้สึก ทั้งในด้านการกระทำ ความคิดและความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันมีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน การปฏิบัติในการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ แต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป ในทาง

กลับกันหากการปฏิบัติในขั้นตอนแรกล้มเหลว ก็สามารถทำนายได้ว่า การปฏิบัติในขั้นต่อไปก็จะไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบกระบวนการ

ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาทางจิต และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ มาสู่การดูแลในชุมชน และให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก โดยมีเหตุผลว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้าน และดำเนินชีวิตที่บ้าน ผู้ศึกษาจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับสมาชิกครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุขมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว สามารถใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน อีกทั้งครอบคลุมเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การงดใช้สารเสพติด

ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

สาระสำคัญ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งทางด้านวัตถุและทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ มีความสามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่า จิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคล จะทำให้การติดต่อกับผู้อื่นดีขึ้น และเช่นเดียวกันถ้าสังคมดีก็จะช่วยทำให้จิตใจของบุคคลมีพัฒนาการดี ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ดีกว่าเดิมได้

ระยะเวลาดำเนินการ 30 นาที

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สาระสำคัญ วิธีที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องโดยการมาตรวจตามนัด ปัจจัยอื่นๆที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจะสามารถช่วยกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการคอยสังเกตอาการเตือน เนื่องจากก่อนจะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อน ซึ่งถ้าการรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงทีจะป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ภาวะที่มักพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เป็นช่วงเวลาวิกฤตในชีวิต ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกย่อแหย่ไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม ผู้ศึกษาจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่จำเป็นได้

ระยะเวลาดำเนินการ 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

สาระสำคัญ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที การติดตามทางโทรศัพท์ ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994) เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นທີ່ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ สมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น

ระยะเวลาดำเนินการ ครั้งละ 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้ศึกษานำ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านซึ่งผ่านความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ปรับปรุงขึ้นทุกขั้นตอน รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ได้ค่า CVI=1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็น

โปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมอยู่แล้ว แต่มีปัญหาที่พบเพียงเล็กน้อยที่ควรปรับปรุงแก้ไขคือ

1.1 ปรับแก้เรื่องการประเมินผลในแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

1.2 ปรับปรุงคู่มือให้มีความสะดวกต่อการใช้งาน โดยจัดทำแผนกิจกรรมมีสีที่แตกต่างกันของแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจง่ายสามารถใช้ได้สะดวกรวดเร็วเมื่อต้องตอบคำถามในกิจกรรมเหล่านั้น

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างและความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังการทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ครอบครัวสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม เมื่อทำการกำกับทดลองโดยวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ พบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลทำแบบประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวยังแสดงความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยประเมินจากการให้การต้อนรับ ความสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความกระตือรือร้น ผู้ป่วยและครอบครัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างเปิดเผย และบอกว่า ชอบให้พยาบาลมาเยี่ยมให้การดูแลและให้คำแนะนำที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะภาพ รายได้ ผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาล

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของพัชณา ชันลา (2548) ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ 4) ด้านการป้องกันกรกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบ

แบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของคุณมากที่สุด แบ่งข้อความทั้งหมด ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) |
| 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) |
| 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) |
| 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) |

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังต่อไปนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำสม่ำเสมอทุกครั้ง หรือทำเป็นประจำ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนใหญ่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เคยทำเลย

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความหมายทางบวก (ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24)

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

ข้อความหมายทางลบ (ข้อ 4, 5, 8, 9, 11)

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

การคิดคะแนนและการแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ (มัลลิกา บุญนาค, 2548) ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาทางจิต จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน

แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

9 - 18 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

19 - 27 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

28 - 36 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

8-16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

17-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

25-32 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21)

4- 8 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

9- 12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

13-16 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำจำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4 - 6 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

7 - 9 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

10 -12 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนโดยรวม จำนวน 24 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-96 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

24-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

49-72 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

73-96 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .83 (ของพัชณา ชันลา (2548) สำหรับในการศึกษาอิสระนี้ ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปทำการศึกษากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา มี 2 ส่วน คือ

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของพัชณา ชันลา (2548) ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด

20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนน 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

เกณฑ์การประเมินผล คือ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม (ในครั้งที่4) ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์คือมีค่าคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป หรือร้อยละ 75 (จันทร์หา ชีระสมบูรณ์,2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (content validity) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณา ปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อ 2 “อาการทางจิตเกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก” แก้ไขเป็น “อาการทางจิตเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ความเครียด ความขัดแย้งกับสังคมรอบข้างเป็นสาเหตุร่วมกัน”

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

ข้อ 4 “พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้” แก้ไขเป็น “การติดสารเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง อาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบซ้ำได้”

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

ข้อ 14 “การรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการทางจิตดีขึ้น” แก้ไขเป็น “การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ”

ข้อ 16 “ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ฯลฯ” แก้ไข เป็น “ผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า ฯลฯ”

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เป็นแบบทดสอบที่นำมาจาก แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ พัชนา ชันลา (2548) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 3 ท่านได้แก่พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อใน ภาคผนวก ก) ประเมินความตรงของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิต ของจันทร์หา ธิระสมบุญ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง

การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,14,16,18,20,26,27

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,9,13,15,17,19,21,22,23,25,28

เกณฑ์การประเมินผล คือ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 21 คะแนนขึ้นไป หรือร้อยละ 75

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้ศึกษานำแบบทดสอบที่ พัชนา ชันลา (2548) พัฒนาขึ้น มาใช้และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่านได้แก่พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

เกณฑ์กำกับการศึกษา

1. หลังดำเนินการกิจกรรมตาม โปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษามีการประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที ทำการวัดผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรม ซึ่งผู้ศึกษาใช้เกณฑ์กำกับการศึกษาตาม การศึกษาของจันทรา ธีระสมบุรณ์ (2542) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมี คะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลักเพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลหลักจำนวน 28 ข้อซึ่งผู้ดูแลหลักต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนนขึ้นไป ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้ดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านอย่างสมบูรณ์ และครอบคลุม หากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไป ทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักขาดไป และดำเนินการสนับสนุนและให้ความรู้ แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม จนกระทั่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตาม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์ การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ของ พัทธนา ชันลา (2548) สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นผู้ศึกษาจะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

3. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของพัธนา ชันลา (2548) ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นผู้ศึกษานำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30

คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิต ของจันทร์หา ธีระสมบูรณ์ (2542) ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นผู้ศึกษานำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตร Kuder Richardson

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest-post test) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ในชุมชนชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วยดำเนินการศึกษา 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการศึกษา ประกอบด้วย

1) เตรียมผู้ศึกษา การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรางาน วิจัยร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยคุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านคือเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่มและเป็นพยาบาลในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2) เตรียมตัวด้านทักษะการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการตลอดจนเทคนิคในการผู้ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน เพื่อการดำเนินการตามโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

4) เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลชะอำและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรีในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลแจ้งวันเวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

5) ผู้ศึกษาทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

6) ภายหลังได้รับอนุมัติผู้ศึกษาดูตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ทดลองจนขั้นตอนและกระบวนการในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

7) ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา หลังจากนั้นจึงนัดหมายผู้ป่วย จิตเภทในการดำเนินการ โดยผู้ศึกษาจะเป็นผู้เดินทางไปที่บ้านของผู้ป่วยตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

8) เมื่อกลุ่มวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจแล้วผู้ศึกษาจึงขอความร่วมมือในการเช่นยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์แบบสอบถาม โดยขอธิบายวิธีสัมภาษณ์จนกลุ่มวิจัยเข้าใจจึงตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Pre-test)

9) กลุ่มศึกษาผู้ศึกษาได้ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการดำเนินการ (Pre-test) และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการดำเนินการตามโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งสุดท้าย (Post-test)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา โดยดำเนินการดังนี้

1) ภายหลังจากตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองแล้วผู้ศึกษาเริ่มดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของ) โดยในโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านโดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกโดยในการเยี่ยมบ้านแบบรายกลุ่ม จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยตนเองทั้ง 6 กิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ การเยี่ยมในครั้งที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) แล้วดำเนินกิจกรรมที่ 1 ,2 ,3 ในครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,4 ในครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,5 และในครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,3,4,5 ผู้ศึกษาประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเภทสำหรับญาติ ในกิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ติดตามทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที เพื่อทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

1) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 1 ในวันที่ 28- 31 มีนาคม 2553 ผู้ศึกษาไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทโดยดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม จำนวน 3 ครอบครัว และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อน (pre-test) จากนั้นได้ปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทการรักษาด้วยยาทางจิต และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ในวันที่ 1 เมษายน 53 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 1

2) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 - 5 เมษายน 2553

และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตาม

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

ในวันที่ 6 เมษายน 53 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 2 3) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 3 ในวันที่ 7-10 เมษายน 2553 และปฏิบัติกิจกรรม

การพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ในวันที่ 11 เมษายน 53 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 3

4) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 4 ในวันที่ 12-15 เมษายน 2553 และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทการรักษาด้วยยาทางจิต และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ในวันที่ 16 เมษายน 53 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นเวลา 15 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 4 18-19 เมษายน 2553 เวลา 8.00 – 16.00 น ติดตามประเมินผล (Post- test)

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ครั้งที่	วัน เดือน ปี / เวลา	ครอบครัวที่	กิจกรรม
1	28 มีค 53 8.00-9.00 น	1 – 3	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
	28 มีค 53 13.00-14.00	4-6	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
	29 มีค 53 8.00-9.00 น	7-9	และผู้ดูแลหลัก
	29 มีค 53 13.00-14.00 น	10-12	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรค
	30 มีค 53 8.00-9.00 น	13-15	จิตเภท การรักษาด้วยยาทางจิตและการ
	30 มีค 53 13.00-14.00 น	16-18	ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
	31 มีค 53 8.00-9.00 น	19-20	
วันที่ 1 เมย 53 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์			
2	2 เมย 53 8.00-9.00 น	1 – 3	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
	2 เมย 53 13.00-14.00 น	4-6	และผู้ดูแลหลัก
	3 เมย 53 8.00-9.00 น	7-9	กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัด
	3 เมย 53 13.00-14.00 น	10-12	สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน
	4 เมย 53 8.00-9.00 น	13-15	ครอบครัว
	4 เมย 53 13.00-14.00 น	16-18	
	5 เมย 53 8.00-9.00 น	19-20	
วันที่ 6 เมย 53 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์			
3	7 เมย 53 8.00-9.00 น	1 – 3	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
	7 เมย 53 13.00-14.00 น	4-6	และผู้ดูแลหลัก
	8 เมย 53 8.00-9.00 น	7-9	กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัด
	8 เมย 53 13.00-14.00 น	10-12	สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน
	9 เมย 53 8.00-9.00 น	13-15	ครอบครัว
	9 เมย 53 13.00-14.00 น	16-18	
	10 เมย 53 8.00-9.00 น	19-20	
วันที่ 11 เมย 53 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ครั้งที่	วัน เดือน ปี / เวลา	ครอบครัวที่	กิจกรรม
4	12 เมย 53 8.00-9.00 น	1 - 3	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
	12 เมย 53 13.00-14.00 น	4-6	
	13 เมย 53 8.00-9.00 น	7-9	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาทางจิตและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
	13 เมย 53 13.00-14.00 น	10-12	
	14 เมย 53 8.00-9.00 น	13-15	
	14 เมย 53 13.00-14.00 น	16-18	กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว
	15 เมย 53 8.00-9.00 น	19-20	
	วันที่ 17 เมย 53		กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

1. มีสัมพันธภาพที่สร้างสรรค์กับผู้ศึกษา
2. ให้ความร่วมมือในการสนทนา และเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ศึกษา

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ศึกษาและสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในขั้นตอนแรกของการดำเนินการกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต้องมีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมกันในการค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นยังส่งผล

ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพจากสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มการสร้างสัมพันธภาพครั้งนี้จะใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (สมาชิกภายในกลุ่ม) เป็นผู้นำในการทำกลุ่มและผู้ศึกษาจะเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนการดำเนินกลุ่ม (Facilitator) โดยมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มสามารถดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมช่วยควบคุมความก้าวหน้าของการดำเนินการทำกิจกรรม เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- 1) ใบความรู้ที่ 1(ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท)
- 2) ใบความรู้ที่ 2(การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน)
- 3) ใบความรู้ที่ 3(ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง)
- 4) แบบบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (ใบกิจกรรมที่ 1)
- 5) กระดาษ A4
- 6) ปากกา, ดินสอ

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. ผู้นำกลุ่ม แนะนำตัวเองและประวัติโดยย่อ จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา การนัดหมาย ทั้งเวลาและสถานที่นัดหมาย
4. ผู้นำกลุ่มสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและปัญหา ข้อสงสัยที่พบให้สมาชิกตามใบความรู้ที่ 1
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดถึงการดูแลตนเองที่บ้าน และเปิดโอกาสซักถามข้อสงสัยภายในกลุ่ม ตามใบความรู้ที่ 2
6. ผู้กลุ่มให้สมาชิกพูดถึงความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัย ตามกิจกรรมใบความรู้ที่ 3
7. ผู้นำกลุ่มร่วมกับสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

จากการเข้าไปแนะนำตัว และทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ทั้ง 20 ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นมิตรและเป็นกันเองอย่างคุ้นเคย ยิ้มแย้มพูดคุยทักทาย ให้ความร่วมมือในการสนทนาด้วยเป็นอย่างดี เนื่องจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักบางครอบครัวบอกกับผู้ศึกษาว่า ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานจากที่อื่นมาเยี่ยมแบบนี้เลย รู้สึกตื่นเต้นมากทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกิดการเรียนรู้ซึ่งกัน ในบางครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเกิดความคุ้นเคยกับผู้ศึกษาเป็นอย่างดี เพราะเคยเจอกันบ้างแล้วตอนที่ไปรักษาที่โรงพยาบาล และบางครอบครัวผู้ศึกษาได้เคยออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาพร้อมกับเจ้าหน้าที่ในระดับชุมชน แต่มีบางครอบครัวแสดงความไม่พอใจ ใ่ว่างใจ โดยดูจากท่าทางระมัดระวังเวลาพูดคุยด้วยทำให้ผู้ศึกษาต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าครอบครัวอื่น อาจเนื่องมาจากสาเหตุที่ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่สังคมกับผู้อื่นแม้กระทั่งสมาชิกในครอบครัวก็มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีนัก ทักษะคิดของผู้ดูแลหลักที่มีต่อผู้ป่วยเป็นไปในแง่ลบ เบื่อหน่ายและมีความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแลหลักและสมาชิกคนอื่นๆ เป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผล ทักษะคิดของครอบครัวของผู้ดูแลหลักที่มีต่อผู้ป่วยก็เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักมีการพูดคุยระหว่างกันมากขึ้น แสดงความเอื้ออาทรต่อกัน มีการช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้นจากเดิม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การยอมรับความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วย รู้ได้จากการสังเกต และจากการพูดคุยการบอกเล่าจากตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักรับปากว่าจะให้การสนับสนุนดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยให้มากขึ้นกว่าเดิม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ตามลำพังจะดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตรงตามแพทย์สั่ง และจะพยายามพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

การพบกันในการทำกลุ่มครั้งที่ 1 ระหว่างผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม สมาชิก เป็นไปด้วยความราบรื่น มีบรรยากาศความเป็นมิตร เป็นกันเองเกิดความไว้วางใจ สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพอควร ในกลุ่มจะมีสมาชิก 6 คน ที่สนใจฟังเนื้อหาและมีความกระตือรือร้นในการซักถาม สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่ม คอยกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

กิจกรรมที่ 2: การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

- 1.สำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการที่แท้จริง และกำหนดได้ว่าปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคืออะไรได้ตามสภาพความเป็นจริง
 - 2.ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดร่วมกัน
 - 3.สร้างพฤติกรรมใหม่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้นหลังจากได้มีการแก้ปัญหา
- ร่วมกัน

ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม บอกสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการดูแลเบื้องต้นได้

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

สาระสำคัญ การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ผู้ศึกษาผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษาไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวจะเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้นเป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนประคับประคองท่ามกลางความไว้วางใจและการเปิดเผยข้อมูล หรือความรู้สึก ทั้งในด้านการกระทำ ความคิดและความรู้สึก โดยมีกำหนดเป้าหมายร่วมกันมีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน การปฏิบัติในการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ แต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป ในทางกลับกันหากการปฏิบัติในขั้นตอนแรกล้มเหลว ก็สามารถทำนายได้ว่า การปฏิบัติในขั้นต่อไปก็จะไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบกระบวนการ

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษากล่าวทักทายและผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในกลุ่มเกี่ยวกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น
3. ผู้ศึกษาให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึง
 - สำรวจปัญหา สาเหตุ ความต้องการที่แท้จริง และกำหนดได้ว่าปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคืออะไรได้ตามสภาพความเป็นจริง

ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดร่วมกัน
สร้างพฤติกรรมใหม่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้นหลังจากได้มีการแก้ปัญหาร่วมกัน

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกส่งตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกในใบงานดังกล่าวและร่วมกันอภิปราย

5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ได้

6. ผู้นำกลุ่มสรุปผลกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้างขณะที่อยู่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเอง และครอบครัว ในการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดปัญหาการป่วยซ้ำที่อาจตามมา และอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วม ความสนใจ และร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อที่สนทนากันอยู่ ตลอดจนการซักถามในปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

เป้าหมายที่ 1 เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถ

1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาได้
2. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเองได้
3. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมกลุ่ม

1. ให้สมาชิกพูดถึงโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ และการรักษา
2. ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการ สาเหตุ และการรักษา
3. ผู้นำกลุ่มสรุปและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา
4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเปิดโอกาสซักถามและให้กำลังใจในการรักษาต่อไป

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตใน เรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. พுகุยและถามผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติในเรื่องโรคจิตเภท พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่พบว่ายังขาดความรู้โดยศึกษาจากคู่มือ การดูแลตนเองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและญาติ และใบความรู้ที่ 1

2. พுகุยและสอบถามปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการดูแลตนเองที่บ้าน

3. วินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการสอบถามและวางแผนการให้ความรู้

4. เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเห็นความสำคัญพร้อมที่จะปฏิบัติ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมองเห็นปัญหาและร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน

เป้าหมายที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ใบความรู้เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถอธิบายสาระสำคัญของเนื้อหาในใบความรู้แต่ละเรื่องได้ ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้นำความรู้จากใบความรู้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ใบความรู้ “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. แนะนำการอ่านใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้ใบความรู้ที่ 2
2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักทดลองอ่านใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้ใบความรู้ที่ 2
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ภายหลังจากอ่านใบความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ร่วมอภิปรายเพื่อเลือกแนวทางนำไปปฏิบัติแต่ละเรื่องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกระตุ้นให้นำไปสู่การปฏิบัติ

เป้าหมายที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างเต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลหลักให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ต้องกระตุ้นหรือให้ความช่วยเหลือ

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
3. ร่วมจัดทำตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตามแบบตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (ใบกิจกรรมที่ 1)
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามตารางที่จัดทำร่วมกัน โดยผู้ดูแลหลักคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวกช่วยเหลือเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมถึงให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ เช่น การให้คำชมเชย รางวัล เป็นต้น

เป้าหมายที่ 4 เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตและการปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถ

1. บอกความหมายของยารักษาโรคจิต และข้อควรระวังเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตได้
2. บอกวิธีการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้องได้
3. บอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาได้

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรม เรื่องการให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต การปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องของยารักษาโรคจิต ได้แก่ ความหมายของยารักษาโรคจิต และข้อควรระวังเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต
2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ควรซื้อยาทานเอง ไม่ควรหยุดยาเอง ควรรับการรักษาตามแพทย์นัด เป็นต้น โดยใช้ใบความรู้ที่ 3(ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง)
3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา โดยใช้ใบความรู้ที่ 3 (ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง)

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถาม ปัญหาต่าง ๆ จากการที่ได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก นั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเน้นในเรื่องการให้ความรู้และให้ความสำคัญในกิจกรรมนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ตระหนักและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสาระสำคัญ คือ การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้แนะนำการใช้ใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ดูแลหลักใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังแนะนำการใช้ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ญาติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากการ ให้ผู้ป่วยบอกว่ากิจกรรมประจำวันที่ตนสามารถทำได้มีอะไรบ้าง และพร้อมทั้งบอกรายละเอียดในการทำกิจกรรมประจำวันได้ ส่วนผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงการดูแลและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ รวมทั้งได้รับความรู้จากการอ่านใบความรู้เรื่อง โรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการปฏิบัติตนในการใช้ยารักษา

โรคจิตที่ถูกต้อง เนื่องมาจากกิจกรรมการพยาบาลนี้ มุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท

ดังนั้น ลักษณะกิจกรรมจึงเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยการสอน แนะนำ และสาธิตการใช้ใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นในการวางแผนปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และปฏิบัติตามแผนนั้น และจากการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ ก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสรุปได้ว่า การใช้ใบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิม และผู้ดูแลหลักได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากกว่าก่อนการให้ความรู้รวมทั้ง มีแนวทางในการปฏิบัติ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า ภายหลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิต แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักโดยใช้ใบความรู้ รวมทั้งสาธิตการใช้ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าเดิม และผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนการให้ความรู้เช่นเดียวกัน

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียด การยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น และช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
2. จัดบริเวณและสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
3. ปรับข้อตกลงภายในบ้านให้เหมาะสม
4. สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด และมีความรัก

ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที

รูปแบบและสถานที่ดำเนินการ ดำเนินการเป็นรายกลุ่มครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยเอง

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้คือ

1. ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมด้านวัตถุและด้านบุคคล
2. ให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านซึ่งได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความเครียดและอารมณ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยใช้ใบความรู้ที่ 2 (หน้า 27) ใบความรู้ที่ 4 (หน้า 36) ใบความรู้ที่ 5(หน้า 38) และใบความรู้ที่ 8
3. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทั้งที่เป็นวัตถุและเป็นบุคคล
4. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประเมินความต้องการ ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย
5. ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมรับทราบวัตถุประสงค์และให้ความร่วมมือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 6.หาแนวทางร่วมกันในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แนะนำวิธีการสร้างบรรยากาศภายในบ้านเช่น การสนทนาร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การสร้างอารมณ์ขันในขณะสนทนา เป็นต้น

วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้

- ใบความรู้ที่ 2 การให้คำปรึกษาการพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตในสังคม
 ใบความรู้ที่ 4 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
 ใบความรู้ที่ 5 การจัดการกับความเครียด
 ใบความรู้ที่ 8 การจัดสิ่งแวดล้อม

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว นั้น พบว่าสภาพที่บ้านของผู้ป่วย ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้นเป็นบ้านไม้ได้ดูสูง สภาพบ้านค่อนข้างโปร่ง มีบริเวณกว้างพอสมควร ค่อนข้างสะอาด ไม่รกรุงรังมากนัก และดูสะอาดตา มีอากาศถ่ายเท สภาพแวดล้อมรอบๆบ้านไม่รก มีการจำกัดขยะเป็นที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในเวลากลางวันในการทำ

กิจกรรมร่วมกันอยู่ใต้ถุนบ้าน และอีกกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวไม่มีใต้ถุน สภาพบ้านจะดูแลดีกว่ากลุ่มแรก เนื่องจากปลูกอยู่ติดๆกับบ้านผู้อื่น แอ้ออากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ลักษณะการจัดบ้าน ไม่เป็นระเบียบ บางบ้านมีสัตว์เลี้ยง เช่น ไก่ ทำให้ส่งกลิ่นเหม็น ภายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องความสะอาด ความมีระเบียบของบ้าน

จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบทุกกิจกรรม สภาพแวดล้อมโดยภาพรวมดีขึ้น เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้พูดคุย และแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน-นอกบ้านของผู้ป่วย ให้เอื้อต่อการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ด้วย และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจนคือ ทำให้สิ่งแวดล้อมภายใน-นอกบ้านของผู้ป่วย สะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า ภายหลังจากที่ได้ทำกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น เช่น บ้านสะอาดขึ้น คุสบายๆ และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดวางสิ่งของต่างๆทั้งใน-นอกบ้าน ทำให้บ้านน่าอยู่มากขึ้น อากาศถ่ายเทสะดวกมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

จากการสังเกตพฤติกรรม การรับฟัง ความสนใจ และร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามในปัญหาต่างๆ และร่วมทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สาระสำคัญ วิธีที่จะป้องกันไม่ให้อาการกลับเป็นซ้ำ คือ การให้การรักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องโดยการมาตรวจตามนัด ปัจจัยอื่นๆที่ช่วยป้องกันไม่ให้อาการกลับเป็นซ้ำ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลักจะสามารถช่วยกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการคอยสังเกตอาการเตือน เนื่องจากก่อนจะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการอื่นๆนำมาก่อน ซึ่งถ้าการรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงทีจะป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ภาวะที่มักพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เป็นช่วงเวลาวิกฤตในชีวิต ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขำแยะไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม ผู้ศึกษาจะต้องเป็น

ผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถเผชิญปัญหาได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่จำเป็นได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกถึงพฤติกรรมหรืออาการเตือนของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้
2. สามารถประเมินอาการกำเริบได้ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
3. มีทักษะ ในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้
4. ลดภาวะความเครียด และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นพฤติกรรมหรืออาการเตือนของผู้ป่วย อาการกำเริบ
2. ให้สมาชิกร่วมอภิปรายถึงอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ
3. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันฝึกทักษะในการเผชิญภาวะวิกฤต
4. ผู้นำกลุ่มสรุปอาการเตือนของผู้ป่วย และวิธีจัดการกับภาวะวิกฤต รวมถึงเสนอแนะทักษะในการเผชิญภาวะวิกฤต

กิจกรรมการพยาบาล

ผู้ศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช ได้ถูกต้อง รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ จำเป็นได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท พฤติกรรมหรืออาการเตือนที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ การเตรียมการป้องกัน โดยใช้ใบความรู้ที่ 9 ,10 และ 11
2. ให้ความรู้เรื่องการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รู้และเข้าใจถึงภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้ โดยใช้ใบความรู้ที่ 11

การประเมินผล จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ 5 พบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจกิจกรรมนี้ โดยส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั่วๆไปที่เจอ

กับเหตุการณ์แบบนี้อยู่บ่อยๆแต่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องนี้มาก่อนเลย จากการที่ได้พูดคุยถามถึงเวลา ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและรุนแรง มีวิธีการจัดการกับภาวะการนั้นๆอย่างไรกันบ้าง พบว่ามีอยู่ 4 ครอบครัว ที่เคยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ได้แก่

ผู้ป่วย 2 รายมีอาการคล้ายๆกัน คือแอบไปดื่มเหล้า แล้วมีอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย อาละวาด ญาติพาส่งโรงพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือ

ผู้ป่วยรายที่ 3 ไม่ยอมกินยาติดต่อกันหลายวัน จึงทำให้อาการกำเริบและกลับมีอาการหนักกว่าเก่ามากขึ้น มีอาการตาขวาง ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตรกับบิดา บอกไม่ใช่บิดาตนเอง แยกตัว ไม่มีวิธีที่จะจัดการได้อย่างไร

ผู้ป่วยรายที่ 4 ทะเลาะกับพี่สาวอยู่บ่อยๆ เนื่องจากพี่สาวเป็นคนขี้บ่น จุกจิก คอยว่าผู้ป่วยอยู่เสมอ และมักทำท่ารำคาญไม่อยากจะอยู่ร่วมด้วย อยากให้ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า ทำให้ผู้ป่วยโกรธเคือง และไม่พอใจ เกิดการทะเลาะกันอย่างรุนแรงถึงขั้นขว้างปาข้าวของที่อยู่ใกล้ๆ มือ เช่นทีวี พัดลม เสียหายอยู่เป็นประจำ ซึ่งทั้ง 4 ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤติดังกล่าวนี้ ไม่รู้วิธีที่จะแก้ปัญหา ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สุมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินที่ถูกต้อง เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้ในเรื่องนี้ อย่างจริงจังมาก่อน เมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน ดังนั้นเมื่อผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช จึงได้รับความสนใจจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมาก

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อติดตามประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง
2. เพื่อให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมพยาบาล

การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยมีขั้นตอนกิจกรรมดังนี้ คือ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
2. สอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จนสิ้นสุดกิจกรรม
3. สอบถามปัญหาความต้องการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักพบที่บ้าน ตามปัญหาที่พบทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักแต่ละครอบครัว
4. ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
5. ชมเชยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

การประเมินผล สังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น ตลอดจนซักถามปัญหาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาความต้องการของผู้ดูแลหลักหลังจากได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ในด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการให้คำปรึกษา ชี้แนะ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ศรีหิรัญ (2544) ที่ศึกษาการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำการโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเพื่อประเมินปัญหาความต้องการ หลังจากได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน หลังจากให้การสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหา ให้กำลังใจ ในสิ่งที่ยังกังวลและกลัว ชมเชยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักปฏิบัติถูกต้องและเกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรม

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษามีการประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที ทำการวัดผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก เพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลหลัก จำนวน 28 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนนขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้ดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านอย่างสมบูรณ์และครอบคลุม หากผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักขาดไป และดำเนินกิจกรรมสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม จนกระทั่งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตาม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผลการประเมินดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน (n = 20)

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

$\bar{X} = 16.05, S.D. = .94$

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.05 คิดเป็นร้อยละ 80.25 ซึ่งจัดว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) ทุกคน

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุน และให้ความรู้ที่บ้าน (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล	ร้อยละ
1	23	82.14
2	24	85.71
3	24	85.71
4	22	78.57
5	22	78.57
6	25	89.29
7	23	82.14
8	22	78.57
9	22	78.57
10	23	82.14
11	23	82.14
12	24	85.71
13	24	85.71
14	23	82.14
15	24	85.71
16	23	82.14
17	23	82.14
18	22	78.57
19	23	82.14
20	22	81.14

$\bar{X} = 23.05, S.D. = .88$

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน สูงสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ต่ำสุด เท่ากับ 22 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 75.00 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.05 คิดเป็นร้อยละ 82.32 ซึ่งจัดว่า หลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด (ร้อยละ75) ทุกคน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของพัชรา ขันลา (2548) ประกอบด้วย ครอบคลุมครั้งที่ 1 –3 วันที่ 28 มีนาคม 2553 ครอบคลุมครั้งที่ 4-6 วันที่ 28 มีนาคม 2553 และ ครอบคลุมครั้งที่ 7-9 วันที่ 29 มีนาคม 2553 ครอบคลุมครั้งที่ 10-12 วันที่ 29 มีนาคม 2553 ครอบคลุมครั้งที่ 13-15 ในวันที่ 30 มีนาคม 2553 ครอบคลุมครั้งที่ 16-18 วันที่ 30 มีนาคม 2553 ครอบคลุมครั้งที่ 19-20 วันที่ 31 มีนาคม 2553 และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-test) ภายหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมทั้ง 20 ครอบครั้ว โดยใช้เครื่องมือชุดเดิม ในวันที่ 18-19 เมษายน 2553 โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยทำการศึกษา เป็นผู้ทำการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนให้ความรู้ที่บ้าน โดยใช้ สถิติทดสอบที (t-test)
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนำมาวิเคราะห์โดย คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05