

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

1.2 ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD – 10) ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เป็นเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจ
- 2) เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต
- 3) สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้
- 4) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2.2 ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ
- 3) มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- 5) เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

- 1) เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) มีการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน
- 3) มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต ตั้งแต่วันที่ 27 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) จากทะเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวช
2. ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวมทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ครบ 20 ครอบครัว จึงสอบถามความสะดวกของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินแต่ละกิจกรรมที่บ้านเป็นรายครอบครัว

4. ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้ศึกษานำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วมการศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมวิชาชีพและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษา ก่อนที่โครงการศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

1.3 ศึกษาปัญหาและสาเหตุในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแล

✓ 1.4 สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดรูปแบบกิจกรรม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งปรับมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย โดยมีสมาชิกในแต่ละครอบครัวจำนวน 3 คน คือผู้ป่วยจิต

เกท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ ติดต่อกันโดย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไขคือ

1.1 คำว่าเนื้อหาปรับเป็นคำว่าสาระสำคัญ เนื่องจากเป็นหัวข้อเดียวกัน และปรับเนื้อหาให้กระชับ เข้าใจง่าย

1.2 กิจกรรมที่ 2

1) ใบงานที่ 2/4 ปรับคำตอบให้มีความชัดเจนขึ้น โดยกำหนดหัวข้อในแต่ละรายข้อ เป็นตัวพยัญชนะ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของรายข้อคำถาม

2) ใบความรู้ที่ 2/1 ปรับความหมายของโรคจิตเภท

3) ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ปรับเนื้อหาให้กระชับขึ้น และปรับคำว่า แพ้ยา เป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

1.3 กิจกรรมที่ 3

1) ปรับเนื้อหาให้กระชับและชัดเจนขึ้น โดยนำใบความรู้ที่ 3/4 มารวมเข้าไว้ในใบความรู้ที่ 3/1 ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันอาการกำเริบจากการใช้ยา ปรับให้มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง

2) ใบความรู้ที่ 3/3 ตัดกิจกรรมในการพาผู้ป่วยสวดมนต์ไหว้พระออก เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น

2. หลังการปรับแก้ไขโปรแกรมมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น ใช้ภาษา

ที่ง่าย และมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

1) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

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

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

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

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาระณ์

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้ในการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ภาระเชิงอัตนัย

ข้อ 5 “ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ภาระเชิงปรนัย

ข้อ 11 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง” แก้ไขเป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง”

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษานำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .91

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาระณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 6 7 9 14 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 8 10 11 12 13 15 16 18 ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จักรระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

คะแนน	ความหมาย
4.50 – 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 – 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 – 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 – 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงโดยรวม .87

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษานำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และ ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

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

เกณฑ์กำกับการศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงโดยรวม .80 ซึ่งแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 2 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูด ผิดปกติได้” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูด และแสดงออกแตกต่างไปจากคนอื่นได้”

ข้อ 4 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคน ทั้งหมด ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเหตุผล ฯลฯ เป็นต้น”

ข้อ 5 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น”

ข้อ 6 “ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น”

ข้อ 14 “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง” แก๊ไขเป็น “ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอาการทางจิตสงบ จะสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้”

ข้อ 15 “เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ” แก๊ไขเป็น “สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ”

ข้อ 27 “การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้” แก๊ไขเป็น “การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้”

ข้อ 29 “การผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น” แก๊ไขเป็น “การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง และรู้สึกสบายขึ้น”

ข้อ 30 “การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย” แก๊ไขเป็น “การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ชัดเจน ได้ใจความ เข้าใจง่าย”

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยปรับปรุงจากการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) และ พรสวรรค์ พูลกระจำง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อและข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

เกณฑ์กำกับการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในการปฏิบัติตน การใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงโดยรวม .83 ซึ่งแบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 2 “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย ท่านสามารถแก้ไขโดยรับประทานยาแก้แพ้เพิ่มเติมตามที่แพทย์สั่งไว้” แก้ไขเป็น “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย ท่านสามารถแก้ไขโดยรับประทานยาแก้แพ้เพิ่มเติมตามที่แพทย์สั่งไว้”

ข้อ 4 “เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที” แก้ไขเป็น “เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตเพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที”

ข้อ 7 “การดื่มสุราขณะรับประทานยารักษาโรคจิต จะทำให้เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ” แก้ไขเป็น “การดื่มสุราขณะรับประทานยารักษาโรคจิต อาจจะทำให้ท่านเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ”

ข้อ 9 “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยาทางจิต เช่น ชัก เกร็ง หลังแอ่น ตาเหลือก การหายใจผิดปกติ ให้หยุดยาและมาพบแพทย์ทันที” แก้ไขเป็น “ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยาทางจิต เช่น ไข้สูง ชัก เกร็ง หลังแอ่น ตาเหลือก การหายใจผิดปกติ ให้หยุดยาและมาพบแพทย์ทันที”

ข้อ 12 “อาการของโรคจิตมี 2 แบบ คืออาการแสดงเด่นชัดและอาการแสดงไม่เด่นชัด” แก้ไขเป็น “อาการของโรคจิตมี 2 แบบ คืออาการด้านบวกและอาการด้านลบ”

ข้อ 15 “เมื่อท่านเกิดอาการง่วงซึม ท่านปรึกษาแพทย์เพื่อปรับการรับประทานยาให้เป็นมือนอนหรือลดขนาดยา” แก้ไขเป็น “เมื่อท่านเกิดอาการง่วงซึมมากกว่าปกติ ท่านควรปรึกษาแพทย์”

ข้อ 17 “ยาทางจิตเป็นตัวที่ช่วยควบคุมสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการผิดปกติทางจิตไว้ได้” แก้ไขเป็น “ยารักษาอาการทางจิตเป็นตัวที่ช่วยควบคุมสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการผิดปกติทางจิตไว้ได้”

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในการปฏิบัติตน การใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .82

วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินงาน โครงการด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัด 2 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1) ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิตและ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในกลุ่มเฉพาะ โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้ง

รายบุคคล และรายกลุ่ม ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการศึกษา

3) ประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอไทรโยค โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับกลุ่มการพยาบาล

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ครอบครัว ะละ 3 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่คลินิกจิตเวช หรือที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

5) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดย ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู่มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 1/1 | ลักษณะของครอบครัว |
| 2. ใบงานที่ 1/2 | ปัญหาที่พบในครอบครัว |
| 3. ใบงานที่ 1/3 | ความรู้สึกที่ผู้ดูแล/สมาชิกมีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 4. ใบงานที่ 1/4 | ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว |
| 5. ใบความรู้ที่ 1/1 | โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 6. ใบความรู้ที่ 1/2 | ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย | |

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันประเมินลักษณะของครอบครัวตาม ใบงานที่ 1/1 และ ปัญหาที่พบในครอบครัวตามใบงานที่1/2 ผู้ศึกษาสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว
5. ให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1
8. ให้สมาชิกได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยให้ทำใบงานความรู้สึกที่มีต่อกันตามใบ งานที่ 1/3และ1/4 และให้สมาชิกนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อกันว่า เป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้าน บวกที่มีต่อกัน
10. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิต เภท ตามใบความรู้ที่ 1/2
11. ผู้ศึกษาพูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้ง ชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
12. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 และ1/4 อีกครั้ง
14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยร่วมซักถามและแสดงความคิดเห็น มีสมาชิกเพียงบางครอบครัวที่อ่านหนังสือไม่ค่อยออกและ ไม่เข้าใจคำถาม ผู้ศึกษาได้อ่านและทวนคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน และหลังจากการทำใบ งานเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว (ใบงานที่ 1/1)พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิด เป็นมิตรและอบอุ่น มีเพียงบางครอบครัวที่มีลักษณะเหินห่าง น่าเบื่อหน่าย และต่างคนต่างอยู่ ซึ่ง จากการพูดคุยซักถามพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวต่างมีภาระในการ ทำงาน ไม่ค่อยได้มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบ (ใบงานที่ 1/2) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาทางด้าน การเงิน และสมาชิกไม่ค่อยมีเวลาว่างให้แก่กันและกัน ส่วนความรู้สึกที่ผู้ดูแลและสมาชิกใน

ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยจิตเภท (ในงานที่ 1/3) พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ มีเพียงบางครอบครัวที่รู้สึกกังวล หนักใจ และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว และบางครั้งผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบ ทำให้ต้องเสียเวลามาดูแล ทำให้ไม่มีเวลาไปประกอบอาชีพหาเงินมาจุนเจือครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“รู้สึกสงสารและเป็นห่วงเขานะ ไม่อยากให้เขาเป็นอย่างนี้หรอก อย่างไรก็ตามก็ต้องคอยดูแลเขาตลอดไป”

“บางทีก็รู้สึกท้อแท้ มีบ้างที่หนักใจเพราะกังวลในหลายๆเรื่อง โดยเฉพาะเวลาที่เขาอาการกำเริบ”

ส่วนความรู้สึกรักของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รู้สึกรักและสงสารครอบครัวที่ต้องเสียสละมาดูแลตนเอง และบางครั้งรู้สึกเสียใจที่ทำอะไรผิดพลาดลงไป เนื่องจากรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“หนูรักแม่ค่ะ สงสารแม่ที่ต้องมาคอยดูแล หนูรู้ว่าแม่เหนื่อย”

“บางครั้งเวลาที่ผมของขึ้น ผมไม่รู้ว่าทำอะไรลงไป พอรู้ตัวก็เสียใจครับ”

จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปความรู้สึกรักที่สมาชิกมีต่อกันและกัน ทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เห็นใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ระยะเวลา

45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องการรับประทานยามืออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้

2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

3. บอกถึงวิธีการจัดการเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้อง
สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การรักษาโรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
4. ใบงานที่ 2/4 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
7. ใบความรู้ที่ 2/3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภทตามใบงานที่ 2/1, และ 2/2 จากนั้นให้สมาชิกนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกได้สังเกต

อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตตามใบงานที่ 2/3 และ การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียง จากยาตามใบงานที่ 2/4 และให้สมาชิกนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว

6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วย เกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ผู้ศึกษาให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ตามใบความรู้ ที่ 2/3
10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้ อีก ครั้ง
11. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
12. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ใบงานที่ 2/1) พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวพูดถึงอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ซึ่งมักพบได้แก่ นอนไม่หลับ เหม่อลอยและพูดคนเดียว บางรายมีอาการหูแว่วและเห็นภาพหลอนร่วมด้วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“อยู่ดีๆก็พูดคนเดียว ไม่ยอมคุยด้วย หงุดหงิดง่าย”

“มันบอกว่าเห็นมัจจุราช จะมาเอาตัวมัน แล้วมันก็วิ่งรอบบ้านเลย”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่าส่วนใหญ่บอกว่าเกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลนั้น มีบางครอบครัวที่เชื่อว่าเกิดจากเวรกรรมเก่า ดัง ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ผมว่าที่อาการที่ผมเป็นน่าจะมาจากผมเป็นคนเครียดง่าย และชอบแยกตัวเอง ไม่ค่อยมีเพื่อน”

“ป้าว่ามันเป็นกรรมเก่า ซาคีก่อนคงไปทำบาปไว้”

จากการสอบถามถึงการรักษาที่ผ่านมา (ใบงานที่ 2/2)พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ถ้าผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มักไม่ค่อยมีอาการกำเริบตามมา แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเหล่านั้นมักมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ที่พบบ่อยคือ ตัวแข็ง และง่วงซึมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มักหยุดยาเอง ไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีบางรายที่นำยาไปทิ้ง เป็นต้น ดังตัวอย่าง คำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ผมก็ไปโรงพยาบาล ไปเอายามากิน บางครั้งถ้ามันลึ้นแข็ง ง่วงมากก็หยุดกินยาเอง ไม่ได้บอกหมอเขาหรอก”

“บางครั้งถ้าเขากินยาแล้วมีอาการง่วงมาก เขาก็ไม่กิน ต้องคอยดู บางทีเอายาไปทิ้งเอง”

เมื่อสอบถามถึงวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว (ใบงานที่ 2/4) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะเข้ารับประทานยาแก้แพ้และคำแนะนำที่แพทย์แนะนำมา และถ้าบางรายที่มีอาการรุนแรงจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถ้ามีอาการเล็กน้อย คือ ง่วงมาก พี่ก็จะให้เขานอน กลัวยกแล้วและเกิดอุบัติเหตุตามมา”

“มีอยู่ครั้งที่ผมแพ้มาก คือ มีนและกระสับกระส่ายมาก แม่ผมก็รีบพาไปโรงพยาบาลเลย”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ สนใจในการทำกิจกรรมและร่วมตอบข้อซักถาม จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต และเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยาทางจิตเวชและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น
5. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
5. บอกถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษากรีนนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท โดยเฉพาะกรณีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้ศึกษา ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

9. ผู้ศึกษาให้สมาชิกบอกถึงวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ดังกล่าว ตามใบงานที่ 3/3

11. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างชัดเจนและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

12. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างละเอียดและศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

จากการที่สมาชิกร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกันและนำเสนอ พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และบอกถึงวิธีการป้องกันการกำเริบได้แก่ ดูแลให้กินยาอย่างต่อเนื่อง พยายามไม่ให้ผู้ป่วยเครียด โดยหางานอดิเรกให้ทำ เช่นรดน้ำต้นไม้ ดูทีวี ฯลฯ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“แม้ก็พยายามให้เขากินยาตลอด พยายามไม่ให้ขาด เคยขาดยาแล้วอาละวาดรันทวนาย่นาคู”

“หนูพยายามไม่ให้เครียด หาอะไรทำเพลินๆ ส่วนมากจะช่วยที่บ้านรดน้ำต้นไม้ บางครั้งเบื่อก็กินนอนดูทีวี”

ผู้ศึกษาจึงสรุปประเด็นและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา จากนั้นจึงซักถามเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ (ใบงานที่ 3/1) พบว่าอาการเตือนส่วนใหญ่ ได้แก่ หนาวหรือเห็นภาพหลอน และแยกตัว ไม่ค่อยคุยกับใคร จากนั้นจึงให้สมาชิกยกตัวอย่างถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการจัดการ (ใบงานที่ 3/2) พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่เป็นเวลา วิธีการจัดการ คือพยายามไม่ให้นอนกลางวัน และไม่คอยสนใจดูแลตัวเอง วิธีการจัดการคือ พุดคุยกับเขาดีๆ และกล่าวชมเขาเวลาเขาทำได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ส่วนมากกลางคืนจะไม่นอน ก็พยายามให้เขาช่วยงานบ้านเล็กน้อยๆ ในตอนกลางวัน จะได้หลับช่วงกลางคืน”

“บางทีก็ไม่ยอมอาบน้ำ กินข้าวกินปลา ป้าก็จะพูดกับเขาดีๆ บางครั้งก็คอยขอเขาเหมือนเด็กๆเลย”

“บางครั้งผมก็หงุดหงิด เสียงดังบ้าง แม่เขาก็เข้าใจนะ คือเขาจะเงิบ ไม่ค่อยมาจู้จี้ ปลอบให้ผมสงบไปก่อน”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกได้ร่วมอภิปราย และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ จากนั้นจึงซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและวิธีการจัดการที่เหมาะสม (ใบงานที่ 3/3) สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าจะดูแลให้รับประทานอย่างสม่ำเสมอ มีเพียงบางครอบครัวที่บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา เนื่องจากไม่ทราบถึงการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

อาการง่วงซึม ตาพร่ามัว

“ พยายามให้นั่งพักก่อน ”

“ บางครั้งเขาก็ไม่กินยา บอกว่ากินแล้วง่วงทั้งวัน มันเบลอๆ สมอมันไม่โล่ง ”

อาการตัวแข็ง คอแข็ง

“ บางคนเขาว่ากินยาไม่ถูก เหมือนของมันขึ้น ”

“ บางทีหนูต้องอยู่เฉยๆ ไม่อย่างนั้นเดี๋ยวเวียนหัว ”

ชัก เกร็ง หลั่งแอน ตาเหลือก การหายใจผิดปกติ

“ ส่วนมากแม่ไม่ค่อยเจอนะ แต่ถ้าเป็นอย่างว่า คงต้องรีบพาไปโรงพยาบาล ”

“ ผมว่ามันรุนแรงนะ ถ้าเจอกับตัวเองคงต้องไปหาหมอโดยเร็ว ”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า จากนั้นจึงให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการจัดการที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พบว่าหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ ทำให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหา และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้

3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้สมาชิกนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดตนเอง (ใบงานที่ 4/1) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีบางรายที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความเครียดและความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ใบงานที่ 4/2) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่มีพวกเขาดูแลแล้วจะเป็นอย่างไร เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ฐานะทางบ้านไม่ค่อยดี ส่วนความเครียดที่พบในตัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการของพวกเขาเหล่านั้น กลัวว่าหากไม่มีผู้ดูแลแล้วพวกเขาจะอยู่กันอย่างไร บางครั้งคิดมากจะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลาอยู่คนเดียว บางครั้งก็รู้สึกกังวล เป็นห่วงว่าถ้าไม่มีเราแล้วเขาจะอยู่อย่างไรต่อไป”

“บางวันคิดมากจนเครียด ทำให้นอนไม่หลับ”

“ผมก็เครียด สงสารแฟน เขาหาเลี้ยงอยู่คนเดียว ถ้าไม่มีเขาไม่รู้ว่าจะอยู่กันอย่างไร”

จากนั้นจึงให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และร่วมกันเสนอแนะ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่พยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง มองโลกในแง่ดี คิดว่ายังมีคนอื่นที่แย่กว่า สมาชิกบางรายบอกว่าให้หางานอดิเรกทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลามาคิด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“หนูพยายามไม่คิดมาก คิดเสียว่าคนที่แย่กว่าเรายังมีเยอะ เป็นโรคนี้มันไม่ตายหรอก เป็นเอดส์สั้นากลัวกว่า”

“ป้าก็พยายามทำงานบ้าน หรือหางานอื่นทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลาไปคิด”

“ถ้ามีเวลา ก็จะชวนเขาไปเดินเล่นแถวสนามเด็กเล่น”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง ให้กับสมาชิกและให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและสนใจเป็นอย่างดี สามารถสาธิตย้อนกลับได้ได้อย่างถูกต้อง คิด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“รู้สึกดีครับ หายใจทั่วท้องดี”

“มันสบายดีครับ ทำได้ง่าย ไม่รู้ว่าทำอย่างงี้ไม่อย่างนั้นทำตั้งนานแล้ว”

“ป้าจะเอาไปสอนแฟนด้วย มันไม่ยาก”

โดยหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้เอง และที่สำคัญหลังจากปฏิบัติแล้ว ทำให้อารมณ์สงบขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อยลง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

2. ผู้ศึกษาและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว

3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1

4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ ตามใบงานที่ 5/3

5. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

7. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองในเรื่อง “ การสื่อสารทางลบ ” และ “ การสื่อสารทางบวก ” พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ผ่านมาว่าบางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะอาจทำให้คนที่ได้ยินรู้สึกไม่ดี เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และไม่ยากให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอีก ดังตัวอย่าง เช่น

การสื่อสารทางลบ

“ ครั้งนั้นवादเขาและดูที่เขาไม่ยอมกินยา เขาก็เลยหงุดหงิด บ่นและเดินหนีไป ไม่ยอมกินยาตามเวลา ”

“ บางครั้งเหนื่อยมา พอมานเจอเขาพูดกระแทกเสียง อารมณ์เลยขึ้น เลยवादกลับไป ”

การสื่อสารทางบวก

“ ตอนนี้นั่งดูทีวีไปก่อนนะลูก เดี่ยวสักพักค่อยกินยานะ เพราะถ้าลูกกินยาแล้วลูกจะได้อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดใจ ”

“ ถ้าหนูไม่นอน เดี่ยวตอนเช้าโทรมและดูไม่สดใสนะลูก ”

“ ผมอยากให้แม่พูดกับผมดีๆ ไม่คุณแม่ ”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัวและสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อกันในการสื่อสาร โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันฝึก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“ ลูกพอจะช่วยแม่ได้ไหม ถ้าแม่อยากให้ลูกกินยา ”

“ผมอยากให้มีแม่สบายใจ ผมจะกินยาและดูแลตนเองนะครับ”

“ขอบใจมากนะ ที่ลูกรักแม่และทำตามที่แม่ขอร้อง”

สมาชิกให้ความร่วมมือและบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำกลับไปใช้ในครอบครัว จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้สมาชิกบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ถ้ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเล็กน้อยและไม่รุนแรงจะไปที่สถานีอนามัย ยกเว้นเวลาที่มีอาการมากถึงหรือรับยาประจำ จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ แต่ถ้ารุนแรงมากทางโรงพยาบาลอำเภอจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดต่อไป ส่วนใหญ่จะไม่เสียเงินค่ายา เนื่องจากมีบัตรประกันสุขภาพ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ส่วนมากถ้าเป็นอะไรนิดหน่อย ก็ไปที่อนามัยนะ”

“ถ้าอาละวาดมากๆ เอาไม่อยู่ ก็ตามพวก อสม.และกู้ภัยมาช่วยกันนำส่งโรงพยาบาล”

“โชคดีนะ ที่เดี๋ยวนี้ไม่ต้องเสียดั่งค์ มีบัตรสุขภาพคอยยั้งชั่วคราว”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่ได้ จากนั้นจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ ตลอดจนวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาทำการวัดผลโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ครอบครัวที่	คะแนนความรู้		
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	สมาชิกในครอบครัว
1	17	27	26
2	18	28	26
3	18	26	27
4	17	29	27
5	17	27	27
6	16	28	28
7	17	29	27
8	18	28	27
9	16	29	27
10	19	28	28
11	18	26	27
12	17	27	27
13	18	30	28
14	19	28	27
15	17	27	26
16	18	28	27
17	18	27	28
18	17	28	27
19	18	28	26
20	18	28	29

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) ในวันแรกที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ในวันที่ 3 มีนาคม 2551

หลังดำเนินการตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ โดยดำเนินการในวันที่ 2 เมษายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05