

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอรัฐประศาสตร์ จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครอบครัวซึ่งประกอบด้วยสมาชิกดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจจะเป็น เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเองมีความเกี่ยวพันทางพันธุกรรมหรือทางกฎหมายหรือบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20-60ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยควรมีอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน (Polit & Hunger, 1983) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการศึกษาดังนั้น ผู้ศึกษาจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อความเป็นไปได้ในการศึกษา

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลอรัญประเทศ คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยา หรือมารับยาแทน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ศึกษาแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสอบถามความสมัครใจ นัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วย แจ้งเรื่องวันและเวลา ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบาย วัตถุประสงค์ของการทำการศึกษา รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการ ดำเนินการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการศึกษานี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็น ภาพรวมในรูปผลของการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาก่อนที่ การศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วม การศึกษาจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบ วัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญ ในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

2. ศึกษาค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จีราพร รักการ (2549) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจระยะเวลา 60 นาที

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

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ โดยการเน้นเรื่องการสังเกตอาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา

และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขการพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อยลง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และเวลาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการอิสระโดยมีประเด็นที่ต้องแก้ไข ดังนี้

กิจกรรมที่ 1

1. ใบงานที่ 1/ข้อ 17 ช่างคิด ข้อ 18 อ่อนไหวไม่มีความหมายเกี่ยวข้องกับลักษณะของครอบครัวควรตัดออก

2. ใบงาน 1/3 ไม่ควรทำซ้ำ 2 ครั้งในครั้งเดียวกันซึ่งอาจไม่เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงในครั้งเดียวและปรับเนื้อหาของความหมายของคำให้ชัดเจน

กิจกรรมที่ 2

1. ใบงานที่ 2/1 ควรปรับภาษาให้เข้าใจง่าย
2. ใบงานที่ 2/2 และ ใบงานที่ 2/4 ควรปรับภาษาในคำชี้แจงไม่ให้ซับซ้อนเข้าใจง่าย

กิจกรรมที่ 3

การยกตัวอย่างในพฤติกรรมควรอ้างอิงจากผู้ป่วยครอบครัวนั้นๆ เพื่อให้สมาชิกเห็นภาพและเข้าใจใบงานมากขึ้น

หลังจากการปรับแก้ไขโปรแกรมมีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่จะนำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากทดลองใช้โปรแกรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้มีความกระชับ ชัดเจนขึ้น มีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติม พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

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

2.2.2 ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง

หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

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

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรมสูตร (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดภาวะของผู้ดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะ

เพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ 1 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือ ภาวะเชิงประนัย และภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมดีแล้ว

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานครอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้ของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ

3.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก

3.1.2 อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

3.1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10

3.1.4 การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13

3.1.5 การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20

3.1.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้ในการศึกษาของจิราพร รักการ(2549) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยปรับคำถามเนื้อหา และปรับแก้ภาษาที่ใช้ในบางข้อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

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

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 และ 20 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 10, 13, 18

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง คะแนนแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้ศึกษาใช้จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยปรับคำถามเนื้อหา และปรับแก้ภาษาที่ใช้ในบางข้อให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. ผู้ศึกษาตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

วิธีการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินโครงการด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัด 2 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยได้ลงทะเบียนเรียน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่าน

หนังสือ เอกสาร คำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษา ดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระที่กล่าวมาและจัดทำ แผนการดำเนินการศึกษา

1.3 ประสานงานโรงพยาบาลรัฐประเทศ , สาธารณสุขอำเภอรัฐประเทศ และ โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชน โดย แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอ ความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและ เก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

1.4 ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว ๆ ละ 3 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างจากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจง วัตถุประสงค์ และ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หากผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดอ บตกลงเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม โปรแกรม แล้วประเมินภาระการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre- Test) ก่อนได้รับโปรแกรมการสอน สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนศึกษาครอบครัวซึ่ง เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาเป็นเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 26 มีนาคม 2553 โดยทุกครอบครัวมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 3 คน ทั้ง 20 ครอบครัว ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก และระหว่าง สมาชิกในครอบครัว

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ สภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้ศึกษาสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอ สิ่งที่ยังค้างคาใจในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่อง โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1
8. ให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ทำใบงานที่ 1/3 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบ ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพุดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1/2
11. ผู้ศึกษาพุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
12. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีเพียงบางครอบครัวที่ผู้ดูแลอ่านหนังสือไม่ค่อยออกและบางครอบครัวผู้ดูแลสูงอายุการมองเห็นตัวหนังสือไม่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงใช้เวลาในการอ่านและอธิบายซ้ำให้ฟัง และจากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด อบอุ่น มีความสุข มีเพียงบางครอบครัวที่เป็นแบบห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ ซึ่งจากการพูดคุย พบว่ามีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวทำงานในช่วงเวลาที่ต่างกัน

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการเงิน เนื่องจากบางครอบครัวผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยรายได้จากสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้มีรายได้น้อยเพียงพอกับรายจ่าย และจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รัก สงสาร เป็นห่วง ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ถึงลูกฉันจะเป็นอย่างนี้ ฉันก็รักเขานะ ห่วงแต่ว่าสักวันถ้าฉันเป็นอะไรไปกลัวว่าไม่มีใครดูแลเขา”

“บางครั้งก็รู้สึกเสียใจนะที่เราต้องเราไป แต่ก็รักเขานะอยากจะให้เขาหายป่วยเสียที อยากให้เขาได้ไปทำงานได้เหมือนคนอื่น

“บางครั้งก็ท้อและเหนื่อยเหมือนกันแต่ก็รักและสงสารเขานะ”

จากนั้นผู้ศึกษาจึงสรุปความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อกันทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยาระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการรับประทานยา
2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้งมอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ ตามคู่มือผู้ดูแล
10. ผู้ป่วยจิตเภท
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่ว ได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หลงผิด และมีสมาชิกเสนออาการและพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาที่เป็นปัญหา เช่น

“ลูกชายฉันไม่ยอมกินยา ไม่รู้จะทำอย่างไร บางวันก็ไม่ได้กินยา”

“ถ้าคนไข้ไม่ได้กินยาตามเวลา อาการจะกำเริบ ขึ้น ๆ ลง ๆ ใต้ ฉันใช้วิธีพูดดีๆ หลอกล้อเขา เขาก็ยอมกิน”

“ฉันใช้วิธีละลายยาใส่ขันน้ำ แห่ตู้เย็นไว้ให้เขากิน เขาก็กินน้ำจนหมด ก็เหมือนได้กินยาลำพังให้กินยาเอง คงไม่ยอมกิน”

“ลูกชายฉันก็ไม่ยอมกินยา เลยพามาหาหมอ หมอนัดยาให้เดือนละ 1 เข็ม อาการก็สงบดี”

“ลูกสาวของฉันชอบเอายาไปซ่อน ไม่ยอมทานยาแล้วมาบอกว่าทานแล้ว”

“ลูกสาวฉันกินยาแล้วมีอาการน้ำลายไหล และเดินตัวแข็ง มันอายุคนอื่นจึงหยุดยาเองบอกว่าไม่กินก็ไม่เห็นเป็นอะไร”

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้ศึกษา บรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถามให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

9. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ยาที่หมอให้ต้องทานให้ครบ อาการจะได้ไม่กำเริบ”

“ฉันต้องคอยดูว่าเขามีอะไรผิดปกติ แปลก ๆ เช่น เริ่มมีอาการตาขวางและไม่ยอมนอนถ้ามีก็ต้องรีบพาไปหาหมอ เคี้ยวอาหารแข็งขึ้นมาจะยุ่ง”

สมาชิกได้นำเสนอเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่ว ได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“คนไข้ไม่ยอมนอนมาหลายคืนและบอกว่าเห็นพ่อเป็นควายกำลังจะไล่ขวิดคนอื่นอยู่”

“ข้างตัวเองอยู่ในห้อง ไม่พูดไม่จากับใคร หลบไปนั่งอยู่คนเดียว ข้าวปลาไม่ยอมกิน”

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค พบว่า สมาชิก มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พบว่า สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“พยายามไม่ให้นอนกลางวัน กลางคืนจะได้หลับได้”

“สามีฉันนอนทั้งวัน ไม่ค่อยได้ช่วยงานบ้าน ต้องคอยบอกให้ไปอาบน้ำ เรียกกินข้าว บางครั้งเราก็โม โห”

“ไม่ชอบสระผมต้องคอยบอกคอยเตือนให้สระอาทิตย์ละ 3 ครั้ง ถ้าคือไม่ยอมฟัง ก็ต้องขู่ว่า ถ้าตัวเหม็นสกปรกจะไม่ให้ออกไปไหน”

“งานบ้านก็ต้องคอยบอกให้เขาช่วยทำบ้าง แต่ก็ทำไม่สะอาดหรอก ก็ยังดี เขาจะได้อะไร”

“งานล้างจานก็ไม่อยากให้ทำหรอก ทำไปก็ไม่ได้เรื่อง เลอะเทอะ ไม่สะอาด ต้องมาตามเก็บ ถังที่หลังอีก ผู้ทำเองดีกว่าเหนื่อยทีเดียว”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่อง วิธีการจัดการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกทราบถึง แนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็น ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความรู้สึก ไม่สบายใจ เครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลบางคนเป็นบิดามารดาที่มีอายุมากจะมีความเครียด และวิตกกังวลว่าหากต่อไปไม่มีพวกเขาแล้วผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ผู้ป่วยบางคนที่ไม่

สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวจะต้องดูแลไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ก็เป็นห่วงเขาจะต่อไปฉันตายไปแล้วใครจะคอยดูแล ญาติคนอื่นก็คงไม่มาสนใจหรือคิดที่ไรก็กลัวใจทุกที”

“เครียดเหมือนกันนะที่ลูกเป็นแบบนี้ ไม่อยากให้เป็นอย่างนี้หรือ มันเป็นไปแล้วก็ต้องดูแลกันต่อไป”

และได้ให้สมาชิกได้เข้าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังต่อไปนี้

“บางที่ฉันเครียดมากๆ ก็จะออกไปคุยกับเพื่อนข้างบ้าน ได้ระบายออกไปเสียบ้างก็รู้สึกดีเหมือนกัน พอหายเครียดแล้วค่อยเข้าบ้าน”

“เวลาเครียดบางที่ฉันก็ไปนวดคลายเครียดได้เหมือนกัน”

“ถ้าเครียดมาก ๆ ก็จะชวนกันไปไหว้พระที่วัด บางทีก็ไปทำบุญต่างจังหวัด ก็ดีนะจิตใจจะได้สงบ เขา (ผู้ป่วย) จะได้ไปเปิดหูเปิดตาด้วย”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดีขณะที่ผู้ศึกษาสาธิตเทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ และจะนำไปใช้เองเวลาที่เกิดความเครียดทำให้ผ่อนคลายความเครียดและอารมณ์สงบขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

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

3. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร ในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/1

4. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

6. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม และทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุด โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้ศึกษาให้สมาชิกได้บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่า หากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปใช้บริการที่สถานีนามัม หรือไปรับบริการที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ส่วนผู้ที่มีปัญหาทางการเงิน ก็จะไปขอความช่วยเหลือยังเทศบาลเมืองอรัญประเทศเพื่อทำผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือรายเดือนและทำบัตรบัตรประกันสุขภาพเพื่อสะดวกในการรักษา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่พบได้บ่อย คือ เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“วันก่อนคนไข้อาละวาดฉันให้คนข้างบ้านมาช่วยกันจับและโทรแจ้งตำรวจเขาก็ไม่อยากมาและกว่าเขาจะมาถึงคนไข้ตัดต้นไม้หน้าบ้านไปหลายต้นแล้ว”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ เช่น โทรแจ้งที่เบอร์ 1669 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งทางทีมจะมีทีมกู้ภัยเข้ามาช่วยกับทีมของโรงพยาบาลเข้ามารับผู้ป่วยไปสถานที่รักษาที่ใกล้บ้านหรือมีปัญหาในการดูแลโทรปรึกษาได้ที่เบอร์ 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง

การกำกับ การทดลอง ผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองในกลุ่มตัวอย่างทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

| ครอบครัวที่ | วันที่ดำเนินการ | สถานที่ | กิจกรรม |
|-------------|------------------------------------|------------------------|---|
| 1,2,3,4 | 15,22 ก.พ, 1,8, 15 และ 22 มี.ค. 53 | บ้าน ของ ผู้ป่วย | กิจกรรมที่ 1พร้อมทำ(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท,2,3,4,5และ(Post-Test)ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน |
| 5,6,7,8 | 16,23 ก.พ, 2,9, 16 และ 23มี.ค. 53 | บ้าน ของ ผู้ป่วย | กิจกรรมที่ 1พร้อมทำ(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท,2,3,4,5และ(Post-Test)ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน |
| 9,10,11,12 | 17,24 ก.พ,3,10,17 และ 24 มี.ค. 53 | บ้าน ของ ผู้ป่วย | กิจกรรมที่ 1พร้อมทำ(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท,2,3,4,5และ(Post-Test)ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน |
| 13,14,15,16 | 18,25ก.พ,4, 11, 18 และ 25 มี.ค. 53 | บ้าน ของ ผู้ป่วย | กิจกรรมที่ 1พร้อมทำ(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท,2,3,4,5และ(Post-Test)ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน |
| 17,18,19,20 | 19,25 ก.พ,5,12,19 และ 26 มี.ค. 53 | บ้าน ของ ผู้ป่วย | กิจกรรมที่ 1พร้อมทำ(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท,2,3,4,5และ(Post-Test)ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน |

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

| คนที่ | คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | ร้อยละ |
|-------|---|--------|
| 1 | 28 | 93.33 |
| 2 | 26 | 86.66 |
| 3 | 28 | 93.33 |
| 4 | 25 | 83.33 |
| 5 | 28 | 93.33 |
| 6 | 29 | 96.66 |
| 7 | 27 | 90.00 |
| 8 | 28 | 93.33 |
| 9 | 29 | 96.66 |
| 10 | 29 | 96.66 |
| 11 | 24 | 80.00 |
| 12 | 27 | 90.00 |
| 13 | 27 | 90.00 |
| 14 | 27 | 90.00 |
| 15 | 30 | 100.00 |
| 16 | 27 | 90.00 |
| 17 | 29 | 96.66 |
| 18 | 29 | 96.66 |
| 19 | 27 | 90.00 |
| 20 | 29 | 96.66 |

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
ครอบครัว (n = 20)

| คนที่ | คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเภท | ร้อยละ |
|-------|--|--------|
| 1 | 16 | 80.00 |
| 2 | 16 | 80.00 |
| 3 | 17 | 85.00 |
| 4 | 18 | 90.00 |
| 5 | 19 | 95.00 |
| 6 | 20 | 100.00 |
| 7 | 19 | 95.00 |
| 8 | 17 | 85.00 |
| 9 | 18 | 90.00 |
| 10 | 19 | 95.00 |
| 11 | 16 | 80.00 |
| 12 | 19 | 95.00 |
| 13 | 19 | 95.00 |
| 14 | 18 | 90.00 |
| 15 | 18 | 90.00 |
| 16 | 18 | 90.00 |
| 17 | 19 | 95.00 |
| 18 | 19 | 95.00 |
| 19 | 18 | 90.00 |
| 20 | 18 | 90.00 |

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) ในวันแรกที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาระในการดูแลชุดเดิม (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลัง มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05