

บทที่ 3

วิธีดำเนินการการศึกษา

การศึกษา ครั้งนี้เป็นโครงการศึกษาอิสระ มีจุดประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 3 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำนวน 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ

2.1.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

2.1.2 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

2.1.3 เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระดับต่ำที่สุดถึงปานกลาง คือมีคะแนน 1- 3.49

2.1.4 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.1.5 เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ

2.2.1 เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2 เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

2.2.3 มีอายุระหว่าง 20-65 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2.4 เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2.3 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ

2.3.1 เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

2.3.2 มีอายุระหว่าง 20-65 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.3.3 เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่อยู่ในชุมชน เขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี โดยมีขั้นตอนการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านหมอเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) จากทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช

2. ดำเนินการคัดเลือกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ

3. สอบถามความสะดวกของผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในการเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินแต่ละกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

4. ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้ศึกษานัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มวิจัยก่อนการเข้าพบ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มวิจัย สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการศึกษา และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มวิจัยเข้าใจในวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มวิจัยผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษา ได้ตลอดเวลา ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มวิจัยตอบรับการศึกษาก็กลุ่มวิจัยเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษา ได้ปรับปรุงจากการศึกษา ของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. 1980) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุม ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์การรักษา

1.3 วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ ลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์การรักษา

1.4 สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา และค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา กำหนดรูปแบบกิจกรรม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านให้แก่

ผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย โดยมีสมาชิกในแต่ละครอบครัวจำนวน 3 คน คือผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม ทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้เวลาในการ ดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของ ครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิด การเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความ ต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้อง ปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้ เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการ แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (Problem solving skills)
การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของโรคจิตเภท และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอีกด้วย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่ประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำใ้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ ดิ่ดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำใ้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่ประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้

จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากนี้ทัศนคติของครอบครัวยังเป็นตัวกำหนดทิศทางในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมกรปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยถูกแสดงความรังเกียจจึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วยหรือผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้ศึกษานำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผ่านความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยนำรายละเอียดของโปรแกรมที่ปรับปรุงขึ้นทุกขั้นตอน รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ค่า CVI=1.0 โดยผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมดีอยู่แล้ว แต่มีปัญหาที่พบเพียงเล็กน้อยที่ควรปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. ปรับเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเป็น 45-60 นาที เนื่องจากบางกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ซึ่งเป็นเวลานานเกินไปอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในช่วงท้ายของการทำกิจกรรมลดลง

1.1 กิจกรรมที่ 3

1.1.1 ปรับเนื้อหาข้อที่ 2 จากผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแก้ไขเป็นให้สมาชิกสมาชิกเสนอพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เคยพบและวิธีการจัดการ เพื่อช่วยให้ผู้ศึกษาได้ประเมินประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วสรุปประเด็น ทำให้การให้ความรู้เป็นการเติมส่วนที่ขาดแทน

1.1.2 ใบงานที่ 3/2 เพิ่มช่องอื่นๆ ให้สมาชิกเสนอพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการ

1.2. กิจกรรมที่ 5

1.2.1 กิจกรรมที่ 2 ควรยกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาแล้วให้สมาชิกเสนอวิธีการจัดการ พร้อมกับบอกเหตุผล (เน้นเรื่องการสื่อสาร) ทำให้เราทราบแนวคิดของกลุ่มแล้วให้

แสดงเหตุผลว่า เพราะอะไร ไม่ใช่การสื่อสารทางลบ (หน้า 81 แก่จากการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลอง เป็นยกสถานการณ์ที่เป็นปัญหา แล้วให้สมาชิกเสนอวิธีการจัดการ พร้อมกับบอกเหตุผลเน้นเรื่องการสื่อสาร แทน)

1.2.2 ลดใบงานลงจากใบงานที่ 5/1, 5/2 เหลือแค่ใบงานเดียว (หน้า 83)

1.2.3 เกณฑ์การประเมินผล สมาชิกให้เหตุผลในการเลือกใช้ การสื่อสารทางบวกได้ (หน้า 81)

2. ภายหลังจากปรับแก้ให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือและเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด ใช้ภาษาที่ง่ายและมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ข้อความทางบวก 9 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับเป็นระดับมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.90 และความเที่ยงของเครื่องมือ 0.87

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1-9 เป็นด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถการสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความ

ทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16 และ 18 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 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

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ถูกสัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีความเชิงถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ	หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 6-7 วัน
บางครั้ง	หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 4-5 วัน
นานๆครั้ง	หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 2-3 วัน
ไม่เคยเกิด	หมายถึง ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งใช้ในการศึกษาของสรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้การตัดสินความตรงตามเนื้อหาจำนวนดัชนี ความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90 และความเที่ยงโดยรวม 0.87

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้ศึกษานำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร (Chronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.83

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา มี 2 ส่วน คือ

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20 ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3, 10, 18

ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลคะแนนดังนี้คือ ผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนน ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ศึกษาจะเป็นผู้ถามคำถาม ตามแบบทดสอบความรู้ดังกล่าว แล้วเก็บข้อมูลจากคำตอบของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน จำนวนดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(CVI) ได้เท่ากับ 1 ผู้ศึกษาได้นำไปปรึกษา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในชุมชนเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Leley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยให้คะแนนข้อคำถามที่ถูกต้อง 1 คะแนน และให้คะแนนข้อคำถามที่ผิด 0 คะแนน

เกณฑ์กำกับการศึกษา โดยภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 จากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยกำหนดระดับของการให้คะแนน ตามความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ 4 ระดับ ดังนี้

1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป จำนวนได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2547)

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

ผู้ศึกษาได้นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณา ปรับปรุง แก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายและครอบคลุมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับเพิ่ม ข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 31 “ปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย”

ข้อ 32 “โรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านดีขึ้น”

ข้อ 33 “ทัศนคติของครอบครัวที่ดีทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานตามเกณฑ์การรักษา และมาตรวจตามนัด”

หลังจากที่ได้ปรับเพิ่มตามความเห็นของผู้ทรงแล้ว ผู้ศึกษาได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ค่าเท่ากับ 1.0

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เดียวกับที่ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตร Kuder Richardson-20 ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.84

การดำเนินการโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest - posttest 1 design) ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินงาน โครงการศึกษอิสระด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการศึกษา โดยวิธี ดำเนินการศึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่าน เอกสาร ตำรา งานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยคุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คือ เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และเป็นพยาบาลในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เตรียมตัวด้านทักษะการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ขั้นตอนกระบวนการตลอดจนเทคนิคในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อการดำเนินการตาม โปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินการศึกษา

4. ประสานงานกับโรงพยาบาลบ้านหมอ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษา ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม โครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลแจ้งวันเวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

5. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

6. หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษา สอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดหมายวันเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผู้ศึกษาจะเป็นผู้เดินทางไปที่บ้านของผู้ป่วยตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นัดวัน เวลาในการทำกิจกรรม

7. กลุ่มศึกษาผู้ศึกษาได้เตรียมผู้ช่วยในการศึกษาเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การดำเนินงานตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยในการศึกษาเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตน ได้ชัดเจน โดยมีหน้าที่ช่วยทำการประเมินพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการดำเนินการ (Pre-test) โดยดำเนินการประเมินในวันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2553 และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการดำเนินการตามโปรแกรม สิ้นสุดลงในสัปดาห์ที่ 2 (Post-test) ในวันที่ 3 เมษายน 2553

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 5 ซึ่งทั้ง 5 กิจกรรมเป็นการจัดกิจกรรมรายครอบครัวแต่ละครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 รายและสมาชิกในครอบครัว 1 ราย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาทีจนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ในทุกขั้นตอนดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษามีบทบาทของการเป็นผู้ให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับความรู้ตลอดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยมีรายละเอียดการดำเนินการและผลการประเมินในแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกค่านับอกต่อผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก

2. ชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

3. สรุปล ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

4. พุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

5. อภิปรายช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการชักถามปัญหา อีกทั้งให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีเพียงสมาชิก 2 ครอบครัวที่สายตายาว มองตัวหนังสือไม่ชัด ไม่มีแว่นสายตา และอีก 4 ครอบครัวที่อ่านหนังสือไม่ค่อยออกผู้ศึกษาจึงอ่านและทวนคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจในการร่วมตอบคำถาม ซึ่งหลังจากการทำในงานที่ 1/1 เรื่องลักษณะของครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะ ครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดเป็นมิตรแต่จะมีบางครั้งที่มีปากเสียงกัน กิจกรรมที่ทำร่วมกันส่วนใหญ่ เป็นการดูโทรทัศน์มี 5 ครอบครัวที่มีลักษณะเห็นห่าง และต่างคนต่างอยู่ซึ่งจากการพูดคุย พบว่ามีสาเหตุจากการที่สมาชิกในครอบครัว ไม่ทราบวิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ อีกทั้งรู้สึกเบื่อหน่ายเวลา

เมื่อผู้ป่วยไม่เชื่อฟังคำแนะนำของญาติเรื่องการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบกับสมาชิกในครอบครัวมีภาระในการหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับใบงานที่ 1/2 เรื่องปัญหาที่พบ ในครอบครัว ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงิน พุดจาสื่อสารกันไม่เข้าใจพยายามหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหา ส่วน ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่ที่ผู้ดูแลและสมาชิกมีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีความรู้สึก ที่หลากหลาย มีทั้ง เศษ ๆ (ทำใจได้) พอใจสบายใจ ประทับใจ ภาคภูมิใจ รัก เห็นใจ สงสาร เป็นห่วง มีความหวัง กังวล หนักใจ เครียด ออกสั่นขวัญแขวน เบื่อ เหนื่อยหน่าย เอือมระอา รู้สึกผิด หงุดหงิด ผิดหวัง น้อยใจ และ เสียใจ ส่วนใหญ่จะรู้สึกสงสาร เป็นห่วงและมีความหวัง แต่ก็มีบางครอบครัวที่ท้อแท้ในการดูแล อีกทั้ง มี 3 ครอบครัวที่ท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก ไม่มีเวลาในการดูแล ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านคนเดียว ประกอบกับ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบบ่อยครั้งซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังนี้

“พยายามบอกให้เขากินยาเขาก็ไม่ยอมกิน บอกว่าหายแล้ว ”

“พอ ไม่กินยาก็ดินเรื่อยเปื่อย ไม่ยอมนอน ค่าคนข้างบ้าน ไปทั่ว เป็นแบบนี้หลายครั้งแล้ว”

“แม้ว่าแม่ก็ดูแลดีทุกอย่าง แต่คนไข้คือไม่ค่อยเชื่อฟัง”

“ชาตินี้มันคงไม่หายหรอก คงต้องเสียสตืออยู่อย่างนี้”

แต่จากการทำใบงานพบว่าไม่มีสมาชิกของครอบครัวใครระบุว่ารู้สึกคับข้องใจ สมน้ำหน้า รำคาญ อับอาย แค้นใจ และ โกรธผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รู้สึกรัก และสงสารครอบครัวที่ต้องดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกผิด และเสียใจที่เคยปฏิบัติตนไม่ดีกับผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“หนูสงสารพ่อกับแม่ แก่แล้ว แทนที่หนูจะได้เลี้ยงดูแก แต่แกกลับต้องทำงานเลี้ยงดูหนู”

“แม่เคยเตือนแล้ว เรื่องโทรศัพท์ ว่าอย่าโทรมาก แต่หนูไม่เชื่อ หนู โทรคุยกับเพื่อนผู้ชายตลอดเลย แม่เคยต้องจ่ายเงินค่าโทรศัพท์เป็นพันเลย”

“เขาบอกให้ผมกินยา จะได้หาย ผมก็ไม่เชื่อเขา จนเดี๋ยวนี้ หงุดหงิดนอน ไม่ได้เลย”

“เคยติดยา แม่บอกให้เลิกแล้วก็ไม่เลิกจนต้องเป็นอย่างนี้ ทำงานก็ไม่ไหว เป็นภาระเขาอีก”

“เราเคยไม่กินยา แสร้งแล้วก็อาละวาดเขา โดยที่เราเองก็‘ไม่รู้ตัว’”

จากนั้น ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และ พยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาสรุปความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อกัน พร้อมทั้งพูดคุยให้เกิด

แรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย อภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้ เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหา แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ดูแลและ สมาชิกใน ครอบครัว เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย เข้าใจและให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้อง ปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้ เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการ แก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. พุดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา

3. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

4. ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าจากการที่สมาชิกในครอบครัวร่วมกันทำใบงานที่ 2/1 และนำเสนอ เกี่ยวกับ ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ได้รับ พบว่าอาการนำ ก่อนที่ผู้ป่วย จะมีอาการผิดปกติคือ นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย พูดคนเดียว หูแว่ว และเห็นภาพหลอน ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในบางครอบครัวดังนี้

“ไม่ยอมนอนเลย กินกาแฟทั้งวันบอกว่าจะบำรุงสุขภาพ”

“พูดด้วยก็ตาขวางใส่ หงุดหงิด ตวาดใส่แม่ตลอดเวลา”

“บ่นพึมพำอยู่คนเดียว พอไปถามก็อึ้งๆ แล้วบอกว่ามีผู้ชายล่อรางวัลมาคุยด้วย”

จากการทำใบงานที่ 2/1 หัวข้อที่ 2 อาการที่เป็นชัดเจน จนทำให้รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต สมาชิกส่วนใหญ่เสนอในบันทึกว่าผู้ป่วยไม่ยอมนอน เดินเรื่อยเปื่อย ตะโกนคำเสียงดัง วิ่งออกจากบ้าน บอกว่ามีคนจะมาข่มขืน หวาดระแวงทุกคน คิดว่าจะมาตีบราซหารลับ มีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“ไม่นอนเลยหมอ เดินออกจากบ้านไปนั่งอยู่ใต้สะพานหลังโรงพยาบาล ถามว่ามาทำอะไร ก็บอกว่าไม่รู้ มันมาเอง เห็นท่าไม่ดีก็เลยพาไปรักษา”

“พูดมาก ตะโกนคำคนข้างบ้าน หว่าสกปรก ถ่มน้ำลายรดบ้านตัวเอง ฉันก็มองอยู่ว่าเขาไม่ได้ทำ บอกแล้วมันก็ไม่เชื่อ”

“อยู่ๆ ก็วิ่งออกจากบ้าน บอกว่าอยู่ไม่ได้มีคนจะมาข่มขืน”

“เดินผ่านใครก็ไม่ได้ หวาดระแวง ใครมองหน้าก็ไม่ได้หาว่ามาตีบราซหารลับ เวลาใครไม่มองหน้าก็ว่าเขาหลบๆ ซ่อนๆ ไม่จริงใจ”

“เห็นภาพใครในหนังสือ โทรทัศน์ หรือฟังวิทยุก็คิดว่าเป็นเรื่องราวของสามีตนเอง ไปอยู่กับผู้หญิงอื่น”

นอกจากนี้การทำใบงานที่ 2/1 หัวข้อที่ 3 พบว่าระยะเวลาก่อนนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ส่วนใหญ่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“ผมเห็นแม่ไม่นอนเลย เดินไป เดินมา ประมาณ 1 อาทิตย์ คิดว่าต้องไม่ปกติแน่ ก็เลยพาไปรักษา”

“หาวกระแวงผมมากเลยหมอ พูจจาไม่ดี ตาขวางเป็นได้ ชักสองอาทิตย์ ผมก็เลยพาไปตรวจ บอกเขาว่าพาไปตรวจสุขภาพประจำปี เขาถึงยอมไป”

“วิ่งออกจากบ้าน ทุกวันบอกว่าจะหนี เป็นแบบนี้อยู่ 5 วัน จับตัวกันไม่ไหวก็เลยพา ไปโรงพยาบาล”

สำหรับการทำใบงานที่ 2/1 หัวข้อที่ 4สาเหตุที่นำผู้ป่วยไปรับการรักษาคือ อยากให้ ผู้ป่วย เป็นปกติเหมือนที่เคยเป็น ดูแลตนเองได้ ปลอดภัย และมีความคิดปกติเหมือนคนทั่วไป ดังตัวอย่าง คำพูดของสมาชิกบางครอบครัว ต่อไปนี้

“อยากให้เขาปกติเหมือนเดิม ก็เลยพาไปหาหมอ”

“อยากให้เขาหายเพราะฉันแก่ลงทุกวัน ถ้าฉันตายไปเขาจะได้ดูแลตัวเองได้”

“อยากให้เขาปกติดี เหมือนคนอื่น ๆ จะได้ไม่ถูกรังแก”

ส่วนใบงานที่ 2/2 เรื่องการสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีอาการในอดีต หรือ กำลังมีอาการเหล่านั้นอยู่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมีอาการ มีความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว พูดเรื่อยเปื่อย จับใจความไม่ได้ มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ สมาธิเสียไป เปลี่ยนความสนใจได้ง่ายไม่สนใจปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน นอนไม่หลับในตอนกลางคืน กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ เดินไปเดินมา จากการ สอบถามตามใบงานที่ 2/3 เรื่องการรักษาโรคจิตเภทพบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับ การรักษา ด้วยการ รับประทานยาทางจิตเวช ผลจากการรักษาคือ หากรับประทานยา ตามเกณฑ์ การรักษาอย่าง สม่ำเสมอ ก็จะมีอาการสงบลง ดูแลตนเองได้ ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่มีอาการ กำเริบ แต่การ รับประทานยามีผลข้างเคียง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่ามีอาการ ง่วงซึม อยู่ตลอดเวลา ทำงานไม่ไหว อีกทั้งมีอาการตัวแข็งร่วมด้วย และพบว่าผู้ป่วยทุกรายเคย รับการรักษาใน โรงพยาบาล จำนวนครั้ง ของการรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล อยู่ในช่วง 2- 8 ครั้ง มีผู้ป่วย 2 รายที่เคยได้รับการรักษา ด้วย ไฟฟ้า และรู้สึกกลัวเมื่อแพทย์บอกว่าต้องรักษาด้วยไฟฟ้า เพราะคิดว่าตัวเองอาจเสียชีวิต หลังการ ถูกรักษาด้วยไฟฟ้า ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“กลัวมากเวลาที่หมอจะช็อตไฟฟ้า เพราะผมกลัวไม่ฟื้น เหมือนปลาที่ถูกไฟช็อต”

“กลัวว่าจะไม่ได้เห็นหน้าลูกอีก หลังจากถูกช็อตไฟฟ้า”

จากการสังเกตอาการข้างเคียงของผู้ป่วยภายหลังจากการรับประทานยา รักษาโรคจิตตาม ใบงานที่ 2/4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการง่วงซึม อยากนอนตลอดเวลา เฉื่อย มี 4 รายมีอาการตัว แข็งคอแข็ง เดินที่เหมือนหุ่นยนต์ มี 3 รายหิวบ่อย รับประทานอาหาร ได้มากขึ้นและอีก 8 รายปาก แห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบากดังคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

“กินยาแล้วเป็นอะไรไม่รู้หมอ มันง่วงนอนตลอดเวลาเลย ทำอะไรก็เข้าไปหมด”

“กินยาแล้วกินข้าวเยอะเลยหมอ ความจริงก็กลัวจะเสียหุ่นเหมือนกัน แต่ก็ต้องกิน เพราะมันหิว”

“พอกินยาแล้วปากแห้งตลอดเลย หนูเดินกินน้ำทั้งวัน บางทีแม่ก็ว่าหนู ว่ากินมากเกินไป”

ส่วนการตอบคำถามเรื่องการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตตามใบงานที่ 2/5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จับคู่คำตอบเมื่อมีอาการง่วงซึม อยากนอนตลอดเวลา ผื่นแดง ผิดคล้ายเมื่อถูกแสงแดดและหิวบ่อยรับประทานอาหารได้มากขึ้นได้ถูกต้อง ส่วนคำถามในหัวข้ออื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

ระหว่างการดำเนินกิจกรรมพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือและสนใจในการทำกิจกรรมและการตอบคำถามอย่างดี จากนั้นผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า ให้ความรู้ เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต อีกทั้งเฉลยคำตอบตามใบงานที่ 2/5 เพื่อสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ ในการ ดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวชมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น
5. เพื่อให้สมาชิกมีการตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของ

โรคจิตเภท

6. เพื่อให้สมาชิกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

5. บอกความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคมและประเทศ อีกทั้งรับปากว่าจะรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงดังกล่าว

6. บอกโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของโรคจิตเภท และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอีกด้วย

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
2. สรุปลักษณะอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค
3. ให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการ
4. ให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท
5. ให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยเริ่มต้นกิจกรรมด้วยการ ให้สมาชิกเล่าถึงความสำคัญของการป้องกันอาการกำเริบ และพูดคุยประสบการณ์ในการดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ใช้วิธีการดูแล ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา การให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยได้ทำงานบ้านเพื่อ ให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกครอบครัวดังนี้

“ฉันก็พยายามพูดกับเขาดีๆ ให้เขากินยา ตลอด เพราะเคยหยุดกินยาแล้ว ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมาตลอด”

“ผมกระตุ้นให้แม่กินยาตลอด โดยบอกกับแม่ว่าหมอสั่งเพราะ แม่เขารักและเกรงใจ หมอที่มาเยี่ยมบ้านมาก”

“เขาทำงานอื่นไม่ไหวก็พยายามให้ช่วยทำงานบ้าน เขาจะ ได้ไม่เหงา”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท พบว่าสมาชิก ส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการรับฟังเป็นอย่างดีอีกทั้งสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรคโดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1 เรื่องอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบพบว่าอาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเคยมีก่อนการกำเริบของโรคมีดังนี้ อยู่ไม่ติดที่ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย มีเสียงหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน

ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 3/2 พบว่าปัญหาที่พบบ่อยคือนอนไม่หลับ วิธีการจัดการคือ พยายามกลางวันไม่ให้นอนในตอนกลางวัน โดยให้ผู้ป่วยทำงานบ้าน เล็กๆ น้อยๆ บอกให้ผู้ป่วยงดการดื่มกาแฟ เพราะมีผู้ป่วย 5 รายดื่มกาแฟวันละ 2-3 แก้ว อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วย หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดังวิธีการจัดการคือ ปลดปล่อยผู้ป่วยสงบไปเอง หรือพูดคุย เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านอื่น ๆ คือผู้ป่วยชอบคุยโทรศัพท์ กับคนที่ไม่รู้จัก วิธีการจัดการของญาติในการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ การพูดคุยอธิบายผู้ป่วย เรื่องค่าโทรศัพท์ที่แพงเกินไป และบอกกับผู้ป่วยว่าตนเองเป็นห่วงกลัวว่าผู้ป่วยจะถูกหลอก ตัวอย่างคำพูดของสมาชิกเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยดังนี้

“มันกินกาแฟทั้งวันเลขหมอ บอกว่าง่วงนอนพอกกลางคืนก็นอนไม่หลับ ป้าก็บอกว่าเป็นห่วงเขา ให้เขาลดกาแฟลงหน่อย”

“ค่าข้างบ้านเรื่อยเลย หาว่าเขาแอบมองตัวเองจนเขากลัวกันหมดแล้ว แม่ก็เลยบอกความจริงว่าแม่กับพ่อไม่เห็นว่าเขาแอบมอง และพูดเรื่องอื่น ให้เขาลืม”

“คุยโทรศัพท์ทั้งวันเลย ไม่เคยเจอกันหลอก แล้วก็มาบอกกับแม่ว่าเป็นแฟน แม่ก็บอกเขาว่าเป็นห่วงกลัวถูกหลอกเหมือนข่าวในโทรทัศน์”

ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่าและ ให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาวิธีการจัดการอาการที่พบบ่อย และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งวิธีการจัดการ

จากนั้นผู้ศึกษาประเมินความรู้เรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทตามใบงานที่ 3/3 พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ตอบว่ามีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งความรุนแรงของโรคทำให้ตัวผู้ป่วยเองเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำงานไม่ไหว อีกทั้งครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลและหารายได้มาเลี้ยงดูผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวต้องเดือดร้อนเรื่องการเงิน

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ให้ผู้ป่วยได้ทำใบงานที่ 3/4 เรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และ ประสิทธิภาพการป่วยซ้ำ พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดเคยมีประสบการณ์การป่วยซ้ำ สาเหตุของ การป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยเองคือการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากขาดผู้ดูแล เรื่อง

การรับประทานยา คิดว่า ตนเองหาย แล้วนอกจากนี้ยังมีความคิดว่ารับประทานยา แล้วทำให้หิว
นอนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง ดังคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“เคยป่วยซ้ำคิดว่าหายดีแล้วก็เลยลองหยุดยา หลังจากนั้นแม่ก็จับผมส่ง โรงพยาบาลอีก
บอกว่าวุ่นวาย ไม่นอน เดินไปทั่ว”

“บางทีนึกเบื่อ ๆ ก็ลองหยุดยาดู เผื่ออาการจะดีขึ้น แต่ก็ไม่หาย ถูกพาไปรักษาอีก”

“กินยาแล้ววังงมากอยากช่วยแม่ก็ไม่ไหว เลย กินยาบ้างไม่กินยาบ้าง แล้วก็เลย คุ่มตัวเอง
ไม่ได้ คิดหากระแวงขึ้นมาอีก”

จากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและ ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่
ได้รับในครั้งนี้โดยผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้งภายหลังการดำเนินกิจกรรมพบว่าสมาชิก
บอกถึงการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่
เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรคซึ่งไม่ได้เกิดเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังเกิดผลกระทบต่อ
ผลกระทบต่อผู้ดูแล ผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อประเทศ อีกทั้งปัจจัย ที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
ซึ่งนอกจาก ตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังมีปัจจัยปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และ
ชุมชน อีกทั้งมีปัจจัยด้านทรมานสุขภาพ อีกด้วย

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 และสาริตย้อนกลับได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมี
แนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำ

ให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
 2. สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
 3. ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ
 4. ให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง
- ให้กับสมาชิก

การประเมินผล เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าสมาชิก ส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียง 2 รายที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ ปกติเล็กน้อย จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกกลัวและกังวลใจ เมื่อเกิดผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ รู้สึกเหนื่อยเมื่อต้อง คอยระวังว่าผู้ป่วย จะหนีออกจากบ้าน และคิดว่าหากตนเองไม่สบาย หรือเสียชีวิตไป ใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

“บางวันเขาอาการกำเริบขึ้นมา ก็ไม่ต้องทำอะไรกัน ต้องคอยดูกลัวว่าจะหนีอีก”

“อยู่ๆก็ตะโกนคำชาวบ้าน หวาดระแวงว่าจะมีคนมาแอบดู จนคนแถวนี้เขา ระอากันหมดแล้ว”

“ฉันก็คิดอยู่ ว่าถ้าวันหนึ่ง ฉันกับพ่อมันตายไปแล้วเขาจะอยู่ยังไง”

สำหรับตัวผู้ป่วยเองพบว่าส่วนใหญ่เครียดเรื่องอาการของตนเอง กลัวว่าจะไม่หาย กลัวว่าคนอื่นเขาจะรังเกียจถ้ารู้ว่าตนเองเป็น โรคจิต และกลัวว่าจะ ไม่มีผู้ดูแลดังคำพูดของผู้ป่วย ดังนี้

“หนูก็เครียดกลัวว่าถ้าคนอื่นรู้ว่าหนูเป็น โรคแบบนี้เขาจะไม่คุยด้วย”

“ถ้าไม่มีแม่คอยปลอบใจ คอยให้กำลังใจพี่ก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ยังไง”

“เป็นโรคนี้นานตั้งนานแล้ว ไม่หายซักที แล้วอย่างนี้จะไปหาหมอ”

จากนั้นผู้ศึกษาให้สมาชิกเขียนประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 พบว่าการจัดการความเครียดของสมาชิกส่วนใหญ่จะใช้วิธีการ หางานอดิเรกทำ หรือออกไปทำงานอื่น จะได้ลืมและไม่ต้องคิดมาก มีสมาชิก 1 ราย มีอาการ นอนไม่หลับ

ต้องไปพบแพทย์เพื่อขอยานอนหลับเป็นครั้งคราว บางรายใช้วิธีการพูดคุย กับเพื่อนบ้าน เพื่อระบาย ความเครียดในช่วงเย็นหลังจากเลิกงาน ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“เวลาเครียดมาก ๆ ก็ทำงานอื่นทำที่มันต้องออกแรงเช่นปลูกต้นไม้ จะได้ไม่ต้องคิดมาก”

“เวลาที่เขาอาการกำเริบป่าก็เครียดมากบางวันนอนไม่หลับ พอซัก 2 วันเห็นทำไม่ได้ ก็ต้อง ไปหาหมอ ขอยานอนหลับมากิน”

“มีเรื่องไม่สบายใจก็คุยกับเพื่อนบ้าน ตอนเย็นๆ หลังจากเลิกงานนี้แหละ คุยแล้วก็สบายใจ ขึ้นมาบ้าง เขาก็คอยให้กำลังใจดี”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลาย เครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งพบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือ และสนใจในการฝึกเป็นอย่างดี บอกว่าทำแล้วผ่อนคลาย ดังคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“ดีครับทำแล้ว รู้สึกเบาหัวมากขึ้น หายใจโล่งมากขึ้น”

“ทำท่าแบบนี้แล้วสบายขึ้น ปวดคั่นคอลดลง”

“พี่ว่าทำแบบนี้ดีนะ มันทำให้ผ่อนคลายและได้สมาธิ”

“หนูจะจำไว้วันใดให้แม่ แม่จะได้หายเหนื่อย”

ภายหลังการฝึกปฏิบัติพบว่าสมาชิกสามารถสาธิตย้อนกลับได้ อีกทั้งแสดงความคิดเห็นว่า เป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ทำให้มีสมาธิและผ่อนคลายมากขึ้น อีกทั้งช่วยลดอาการปวดเมื่อย และปวดศีรษะ

กิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสารและ ทักษะคิดของครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงทักษะคิดของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์การรักษของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง

3. บอกถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ คิดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การฝึกฝนการคิดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากนี้ทัศนคติของครอบครัวยังเป็นตัวกำหนดทิศทางในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยถูกแสดงความรังเกียจจึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้เห็นว่าตนเองป่วยหรือผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่ไม่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินกิจกรรม

1. แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการคิดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
2. ยกสถานการณ์ที่เป็นปัญหา แล้วให้สมาชิกเสนอวิธีการจัดการ พร้อมกับบอกเหตุผล โดยเน้นเรื่อง การสื่อสารทางลบ และ การสื่อสารทางบวก
3. ให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสารองค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ
4. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 5/2
5. ผู้ป่วยแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่บอกว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ก็คือการพูดที่ทำให้เข้าใจกัน การสื่อสารที่เหมาะสมคือการพูดโดยใช้น้ำเสียงดัง พอดิ ไม่ตะเบ็งเสียงหรือทำเสียงดังเกินไป จากนั้นผู้ศึกษายกสถานการณ์ที่เป็นปัญหาแล้วให้สมาชิกเสนอวิธีการจัดการ พร้อมกับบอกเหตุผล โดยเน้นเรื่อง การสื่อสารทางลบ และ การสื่อสารทางบวก ในใบงานที่ 5/1 และใบงานที่ 5/2 พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการรับฟัง

สถานการณ์ ตัวอย่างและมีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องราวที่ดีเพราะทำให้คิดได้ว่าคำพูดบางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะจะทำให้คนฟังรู้สึกเสียใจ ซึ่งสมาชิกเองก็เคยมีสถานการณ์คล้าย ๆ กับตัวอย่างเหมือนกัน และการพูดที่ดีต่อกันก็จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกดังนี้

การสื่อสารทางลบ

“ก็เคยหวังดี อยากให้เขากินยา เขาก็ไม่กินฉันก็เลยบอกกว่า ดี ไม่ต้องกินหรือจะได้อายุ ๆ ไปเลย”

“แม่ดูแลตัวเองให้ดีกว่าก่อนเถอะ เดินก็จะไม่ไหวอยู่แล้ว ยังจะมาคอยว่าหนูอีก”

“เวลาที่เขาพูดหว่าระแวงอะไรบ่อยเข้าผมก็ทนไม่ไหวก็เลยบอกเขาว่าจะทิ้งให้อยู่คนเดียว”

การสื่อสารทางบวก

“กินกาแฟเยอะไม่ดีนะลูก เคี้ยวอ่อนไม่หลับ เวลาตื่นนอนก็จะปวดหัวอีก”

“กินยานะแม่ จะได้หายเวลาหมอมายเยี่ยมเขาจะได้ดีใจ ที่แม่ดีขึ้น”

“ถ้าหนูเห็นเขากล้งน้ำลาย หรือแอบมองบอกแม่นะแม่จะได้ช่วยดูว่าเขาทำจริงหรือเปล่า”

“ต่อไปฉันจะพยายามเชื่อตามที่พี่พูด เพราะบางทีฉันก็คิดได้ว่าพี่ที่รักฉันเหมือนกัน”

จากนั้นให้สมาชิกบอกถึงเหตุผลของการ ไม่สื่อสารทางลบพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าการ สื่อสารทางลบทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งและความไม่เข้าใจกันทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ไม่ดี และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงกว่าเดิมดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังนี้

“ตะโกนใส่กันก็เปล่าประโยชน์ พาให้ทะเลาะกันอย่างที่หมอบอกนั่นแหละ”

“ยิ่งผมบังคับภรรยาเท่าไรเขาก็ยิ่งไม่เชื่อ ต้องค่อยๆบอกว่าเราเป็นห่วงจะดีกว่า”

“เคยดู เคยให้เขากินยาเคยเสียดัง แต่ก็ไม่ได้ผล ต้องพูดกับเขาดี ๆ เขาถึงจะฟัง”

จากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การสื่อสาร ในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1 และให้ สมาชิกได้พูดคุยในประเด็น ทักษะดีของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/3 ทักษะดีของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามความรู้สึกรู้สึกของท่านพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีอันตรายและน่ากลัว มีพฤติกรรมแปลกๆ อีกทั้งการมีผู้ป่วยดังกล่าวในครอบครัวยังทำให้ครอบครัวรู้สึกน่าอับอาย

จากนั้นให้สมาชิกตอบคำถามเรื่องทักษะดีของครอบครัวมีผลต่อการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาหรือไม่ อย่างไร พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ตอบว่าทักษะดีของครอบครัวที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังคำกล่าวของสมาชิกดังนี้

“ถ้าเราว่าเขาเป็นบ้า เป็นคน โรคจิตเขาก็จะเครียด และ รู้สึกไม่ดีกับเราเหมือนกัน ก็เลยไม่ยอมกินยาตามที่เรายก”

“ผมว่าถ้าคนในครอบครัวทำทำร้ายก็จะยังไม่ยอมรับผู้ป่วยก็จะยังทำให้เขา ไม่ยอมรับประทานยาตามที่หมอสั่ง เพราะคิดว่าไม่มีใครรักและเป็นห่วงเขา”

จากนั้น ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 5/2 และ ให้สมาชิกสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

การกำกับการศึกษา หลังจากดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาทำการวัดผลโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการ ใช้จ่ายตามเกณฑ์และการจัดการอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาโดยแสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทและความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ครอบครัวที่	คะแนนความรู้		
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	สมาชิกในครอบครัว
1	15	27	27
2	15	27	28
3	16	28	27
4	17	27	29
5	16	29	30
6	19	32	32
7	15	30	31
8	16	29	27
9	16	31	29
10	18	33	30
11	17	31	32
12	17	28	27
13	17	27	28
14	18	28	29

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กรอบคร้วท	คะแนนความรู้		
	ผู้ป่วย	ผู้ดูแล	สมาชิกในกรอบคร้ว
15	19	32	31
16	16	29	30
17	18	32	30
18	17	31	32
19	15	29	31
20	15	27	28

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากรอบคร้ว ผู้ป่วยจิตเภททุกราย มีคะแนนความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 75 ขึ้นไป ส่วนผู้ดูแล และสมาชิกในกรอบคร้วทุกคนก็มีคะแนนในการดูแลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เช่นกันคือร้อยละ 80 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา(Pre-test) ในวันแรกของผู้ดูแลและผู้ช่วยผู้ศึกษาเข้าร่วมการศึกษาโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ในวันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2553

หลังดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากรอบคร้วสิ้นสุดแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษา จึงทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้ง ให้กลุ่ม ตัวอย่าง ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งกล่าวคำขอบคุณ โดยดำเนินการในวันที่ 3 เมษายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้ สถิติทดสอบที (t-test)
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05