

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในชุมชนอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แต่ละครอบครัวที่ผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงมากที่สุด โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลรอง มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV TR มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุย สื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ศึกษาสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวในช่วงเวลาที่มาใช้บริการ พร้อมทั้งประเมินว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่ามีความสมัครใจที่จะปฏิบัติตามที่กำหนด ผู้ศึกษาขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา โดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

3. นัดหมายโดยแจ้งเรื่องวันและเวลา ในการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวที่บ้านตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คนที่	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1	หญิง	51	ประถมศึกษา	น้อง
2	หญิง	22	ประถมศึกษา	มารดา
3	หญิง	42	ประถมศึกษา	มารดา
4	ชาย	54	มัธยมศึกษา	บิดา
5	หญิง	56	ประถมศึกษา	มารดา
6	ชาย	40	มัธยมศึกษา	ลูกชาย
7	ชาย	59	มัธยมศึกษา	พี่ชาย
8	หญิง	46	ประถมศึกษา	ภรรยา
9	หญิง	53	ประถมศึกษา	มารดา
10	ชาย	60	ประถมศึกษา	บิดา
11	ชาย	47	ปริญญาตรี	สามี
12	หญิง	59	ประถมศึกษา	มารดา
13	หญิง	53	ประถมศึกษา	มารดา
14	หญิง	51	ประถมศึกษา	ภรรยา
15	ชาย	42	ประถมศึกษา	บิดา
16	ชาย	49	ประถมศึกษา	บิดา
17	หญิง	28	อนุปริญญา	บุตร
18	ชาย	56	มัธยมศึกษา	สามี
19	หญิง	45	ประถมศึกษา	มารดา
20	ชาย	54	ประถมศึกษา	บิดา

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 นำเนื้อหาที่ได้มากำหนดโครงสร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้าและทบทวนผลงานศึกษาที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho-education) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้หลักของการเผชิญปัญหา (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ซึ่งในการศึกษานี้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

สาระสำคัญ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยการนำหลักการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมาใช้ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับ อารมณ์ ความรู้สึก การจัดการปัญหา การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดและสามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รู้จักการผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีความคิดด้านลบต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

สาระสำคัญ การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ปรับปรุงขึ้นสำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้และคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษาได้นำรายละเอียดของโปรแกรมที่ได้ปรับปรุงแล้วทุกขั้นตอน พร้อมเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับเนื้อหา การใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ทั้งในโปรแกรมและคู่มือผู้ดูแลตรงกันคือ เรื่องวิธีการคลายเครียด ให้เลือกสอนเพียง 1 วิธี เป็นวิธีที่เข้าใจง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติได้จริง เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ผู้ศึกษาจึงเลือกสอนวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเครียด เนื่องจากเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่

จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่แก้ไขและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติม สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาทีตามที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษานำ

ปัญหาที่พบจากการทดลองใช้ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยมีคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

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

2. ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 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 กรรณสูตร (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 มีภาระในการดูแลปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือ พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ 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 คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ 1 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมดีแล้ว

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาแต่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

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

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของ

เครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนน ความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีการเสนอแนะเพิ่มเติม

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

การดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้ศึกษาจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการศึกษา โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้ ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานศึกษา ร่วมกับขอ คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1 2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว พร้อมโครงร่างการศึกษาอิสระฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการ

ศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว และเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยศึกษา จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดบันทึก รายงานพฤติกรรมต่างๆ ที่สังเกตเห็นในขณะที่ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรม และช่วยแจกแบบประเมิน การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ทั้ง pre-test และ post-test) และแจกแบบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ช่วยศึกษามีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่างๆ ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของตนได้ชัดเจน

1.5 ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว ตาม ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา หลังจากนั้นนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาจะ เดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

2.5 ระยะเวลาดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิต ศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยทุกครอบครัวมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 3 คน ทั้ง 20 ครอบครัว ในระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 19 มีนาคม 2553 (รายละเอียดการดำเนินการกิจกรรมอยู่ในภาคผนวก ค) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิก และระหว่าง สมาชิกในครอบครัว

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและ ประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้สมาชิกทราบ กิจกรรมโดยย่อ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม

4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ สภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้ศึกษาสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกได้บันทึกลงในใบงาน

6. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1 วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

7. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิก เกี่ยวกับความรู้สึกที่เหมาะสมโดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว บอกถึงความรู้สึกด้านบวกที่มีต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น

8 ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1/2

9 ผู้ศึกษาพูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

10. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

สมาชิกในแต่ละครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และจากการที่สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด อบอุ่น มีความสุข มีเพียงบางครอบครัวที่ห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ ซึ่งจากการพูดคุยพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวทำงานในช่วงเวลาที่ต่างกัน

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางด้านการเงิน เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ต่ำ บางครอบครัวมีสมาชิกประกอบอาชีพเพียงคนเดียว ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ต้องกู้เงินนอกระบบหรือยืมญาติพี่น้อง เพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัว

ผลที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางบวกของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รัก สงสาร เป็นห่วง ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถึงเขาจะเป็นอย่างนี้ ฉันก็รักเขา ถ้าเป็นไปได้ฉันไม่อยากให้เกิดขึ้นเลย ทำให้ฉันเป็นเสียเอง ฉันต้องดูแลเขาต่อไป”

“รู้สึกสงสารลูกไม่รู้เมื่อไหร่จะหายป่วยเสียที อยากให้เขาทำงานหรือทำอย่างอื่นได้ด้วยตัวของเขาเอง เหมือนกับคนอื่น ๆ เขา”

“ถึงอย่างไรเขาก็เป็นน้องผม ผมก็รักและเป็นห่วงเขาเหมือนกัน ผมไม่ทิ้งเขาหรอก แม้ไม่ต้องเป็นห่วง ผมจะมารับยาให้ทุกเดือน”

ผลที่แสดงถึงภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึกเบื่อ เหนื่อยหน่าย และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานาน และผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือช่วยงานภายในครอบครัวได้เท่าที่ควรจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“บางทีก็รู้สึกท้อแท้นะ มันเบื่อเหมือนกัน เราต้องดูแลเขาตลอด ไปไหนไม่ได้เลย ไม่เคยไปค้างคืนที่ไหนเลย เย็นมาก็ต้องรีบกลับ กลัวไม่มีใครดูแลมัน จะเอาไปด้วยก็ไม่ไหว มันรันทวยกับเขาไปทั่ว เป็นอย่างนี้ตั้งแต่มันเริ่มบ้าแล้ว”

“รู้สึกน้อยใจในโชคชะตา ทำไมต้องมาเกิดกับครอบครัวของเราด้วย ไม่รู้ไปทำเวรทำกรรมอะไรไว้ถึงได้เป็นแบบนี้ ฉันพยายามจะทำบุญก็ไปทำไม่ได้ ติดที่ต้องดูแลมันนั่นแหละ”

“เวลากลางคืนเขาชอบอาละวาด ไม่ได้หลับได้นอนกัน ต้องนั่งเฝ้าไว้กลัวมันทำร้าย กลัวมันออกนอกบ้าน สารพัดที่จะคิด ความดันขึ้นกินยาอยู่ยงไingers ก็ไม่ลง ก็เพราะต้องอดนอนเฝ้ามันนั่นแหละ”

“ก็มีแต่หมอนั่นแหละมาเยี่ยม ไม่มีใครเขาสนใจบ้านฉันหรอก ตั้งแต่ลูกฉันบ้า”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปความรู้สึกที่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยว่ามีทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท และการจัดสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 2. ให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 ให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
 3. สรุปตามประเด็นที่สมาชิกบันทึกในใบงาน
 4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภทเรื่อง ตามใบความรู้ที่ 2/1
 5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
 6. สรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
 7. ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาตามใบความรู้ที่ 2/2
 8. ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านทั้งที่เป็นวัตถุและเป็นบุคคลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
 9. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำให้สมาชิกทุกคนมีสุขภาพจิตดี ตามใบความรู้ที่ 2/3
 10. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
 11. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
 12. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3
- การประเมินผล**
- ผลที่แสดงถึงความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อากาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หลงผิด เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ที่แรกก็พูดคนเดียวไม่รู้ว่าจะทำอะไร แถบออกว่าสวดมนต์ ก็เชื่อแก ไม่คิดว่าจะเป็นอย่างอื่นไป ๆ มา ๆ อยู่ดี ๆ ก็หัวเราะขึ้นมาคนเดียว บอกว่าตัวเองเป็นเจ้าของอีก ก็เลยคิดว่าแกคงต้องเป็นบ้าแน่ ๆ”

“ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมาทั้งคืนเลย บางทีหายไปจากบ้านเป็นวัน ๆ ไม่รู้ไปไหน จนมีคนรู้จักมาบอกว่าเห็นเดินอยู่ข้างถนน แล้วก็เดินพูดอะไรอยู่คนเดียวก็ไม่รู้”

“อยู่ดี ๆ ก็ไม่ทำอะไร นอนอย่างเดียว เดินไปเดินมา เราก็เบื่อจะดูแล ต้องคอยระวัง”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่ามีสมาชิกในบางครอบครัว เชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากไสยศาสตร์ โดนของ ถูกผีเขมร ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถูกผีเขมรเข้าแน่ ๆ แถวนี่แรงมาก จะชอบเดินออกนอกบ้านเวลาวันโกน วันพระ”

“ฉันว่าสงสัยจะโดนของแน่ ๆ อยู่ดี ๆ ก็บอกว่ามีคนจะมาฆ่า”

ผลที่แสดงถึงความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

สำหรับประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยใช้ยาเกิน และอาการข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุด คือ ง่วงซึม ผู้ป่วยบางคนทานยาแล้วมีอาการง่วงซึมทั้งวัน บางครั้งทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามกำหนดเวลาที่แพทย์สั่ง ทำการปรับยาเอง บางคนนยาไปทิ้งบ้าง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ง่วงนอนทั้งวันเลยพี่ อยากนอนอยากเดียว ไม่มีแรงจะทำอะไรเลย บอกตรง ๆ เลยนะ บางวันผมก็ไม่กิน กินแล้วมันง่วงทำอะไรไม่ได้เลย”

“ผมเคยมีตัวแข็ง คอแข็งนะ ปวดเกร็งไปหมดเลย ตอนนั้นอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ตอนนี้อาการน้อยลงแล้ว เวลาไปทำงาน คนสอบถามเป็นอะไร เดินแข็งมาเลย”

ผลที่แสดงถึงความสนใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจซักถามผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิต ดังตัวอย่างคำถาม ต่อไปนี้

“ผมว่าตอนนี้ผมไม่ได้เป็นอะไรแล้ว ผมจะหยุดกินยาได้หรือยังครับ”

“ลูกฉันไม่ค่อยยอมกินยา ต้องบังคับกันตลอด หมอให้ยามาก็เอาไปซุก ๆ ไว้ที่ไหนบ้างก็ไม่วู้ อย่างนี้จะขอหมอเปลี่ยนเป็นยาฉีดแทนได้ไหม”

“แล้วพ่อจะต้องกินยาอีกนานไหมคะ ถึงจะหาย”

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการ**

ดูแลที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกบันทึกลงในใบงาน
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างสม่ำเสมอและศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

ผลที่แสดงถึงความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

"ต้องกินยาที่หมอสั่งให้ครบครัน อาการจะได้ไม่กำเริบ"

"ตอนนั้นเคยไปรับยาให้เขาที่โรงพยาบาล หมอบอกว่าต้องเข้าใจว่าเขาป่วย ไม่ใช่คนบ้า ต้องพูดกับเขาดี ๆ อย่าดุ อย่าเสียงดังใส่เขา แล้วก็ต้องคอยดูให้เขากินยาตามที่หมอสั่ง"

"ก็ต้องคอยดูว่าเขาจะมีอะไรผิดปกติ แปลก ๆ ไปหรือเปล่า ถ้ามีก็ต้องรีบพาไปหาหมอ เดี่ยวอาการจะขึ้นมาจะยุ่ง"

ผลที่แสดงถึงความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบ

สมาชิกได้นำเสนอเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

"พูดอยู่คนเดียว แล้วเขาก็บอกว่ามีคนมาเรียกให้ออกไปหานอกบ้าน ตอนนั้นเขาก็อยู่กับฉันแค่สองคน ฉันไม่เห็นจะได้ยินอะไรเลย"

"ซึม ๆ ไม่พูดไม่จากับใคร หลบไปนั่งอยู่คนเดียว ข้าวปลาไม่ยอมกิน"

"เขาบอกว่าบางที่อยู่ดี ๆ ก็รู้สึกแปลก ๆ ยังไงก็ไม่รู้บอกไม่ถูก มันอึดอัดเหมือนอยู่ในห้องแคบ ๆ อย่างนี้ใช่อาการเตือนไหมครับ"

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่าและให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค พบว่า สมาชิก มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ผลที่แสดงถึงความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยของผู้ดูแล

ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พบว่า สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นอนไม่เป็นเวลา

"ให้นอนกลางวันน้อย ๆ กลางคืนจะได้หลับได้ แล้วก็กินยาตามที่หมอสั่งให้ครบ"

"ก็ไม่เห็นเป็นอะไรนี่ อยากนอนตอนไหนก็นอน วัน ๆ ก็ไม่ได้ทำอะไรอยู่แล้ว"

หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

“ทำเฉย ๆ ไว้ ไม่ต้องไปสนใจ เดียวก็เจ็บไปเอง”

“พูดกับเขาดี ๆ ไม่เสียงดังใส่ แต่ถ้าอะอะ อาละวาดมาก ๆ ก็ต้องดุกันบ้าง ถ้าเอาไม่ไหวจริง ๆ ก็ต้องส่งโรงพยาบาล”

ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“ต้องคอยบอกคอยเตือนให้ทำ ถ้าคือไม่ยอมฟัง ก็ต้องขู่บ้างว่า ถ้าตัวเหม็นสกปรกจะไม่ให้ออกไปไหน”

“ก็ช่างมัน ปล่อยให้ เรื่องของตัวเองยังไม่สนใจ ฉันเองก็ต้องทำงาน ไม่ค่อยมีเวลามาดูหรอก”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

“ก็ต้องคอยบอกให้เขาช่วยทำบ้าง เขาพอจะช่วยทำอะไรได้ก็ให้เขาทำไป นิด ๆ หน่อย ๆ ก็ยังดี เขาจะได้ไม่เบื่อ”

“ไม่ต้องให้ทำหรอก ทำไปก็ไม่ได้เรื่อง ไม่สะอาด ต้องมาตามเก็บทีหลังอีก สู้ทำเองดีกว่าเหนื่อยทีเดียว”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น พบว่า หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
2. สรุประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
3. ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
4. ให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาริตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
5. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างน้อยหนึ่งและผู้ศึกษาช่วยสรุประเด็นความรู้ที่ครั้ง

6. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างถี่ถ้วนตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

ผลที่แสดงถึงความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล

เมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความรู้สึกไม่สบายใจ เครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลบางคนเป็นบิดามารดาที่มีอายุมากจะมีความเครียด และวิตกกังวลว่าหากต่อไปไม่มีพวกเขาแล้วผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ผู้ป่วยบางคนที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวจะต้องดูแลไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ก็เป็นห่วงเขาเนอะ ต่อไปฉันตายไปแล้วใครจะคอยดูแลเขา พี่น้องก็ไม่มี คนอื่นเขาก็คงไม่มาสนใจหรอก คิดทีไรก็ลุ่มใจทุกที”

“เครียดเหมือนกันนะที่ลูกเป็นแบบนี้ เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย กลางคืนก็ไม่นอน เราก็ต้องเฝ้า แต่คิดดูอีกที ก็สุดแต่เวรแต่กรรม ไม่มีใครอยากให้เป็นแบบนี้หรอก มันเป็นไปแล้วก็ต้องดูแลกันต่อไป”

“ผมก็เครียดนะที่ตัวเองไม่เป็นเหมือนกับคนอื่นเขา เวลาออกไปข้างนอกก็มีแต่คนมองแปลก ๆ เลยไม่ค่อยอยากจะทำอะไร”

ผลที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล

และได้ให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังต่อไปนี้

“เวลาเครียด ๆ ก็จะออกไปคุยกับเพื่อนข้างบ้าน ได้ระบายออกไปเสียบ้างก็รู้สึกดีนะ พอหายเครียดแล้วค่อยกลับบ้าน”

“เปิดทีวีดูไปเรื่อย ๆ เดี่ยวก็ลืม ๆ ไปเอง บางทีก็นอนหลับไปเลย”

“ก็อยู่เฉย ๆ ทำไรก็ได้ มันเป็นไปแล้ว”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดีขณะที่ผู้ศึกษาสาธิตเทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ และจะนำไปใช้เวลาที่เกิดความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม
2. สรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
3. ให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1
4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/1
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. สรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. นัดหมายการทำแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 6

การประเมินผล

ผลที่แสดงถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของครอบครัว

ผู้ศึกษาให้สมาชิกได้บอกถึงการสื่อสารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าหากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่พบได้บ่อย คือ เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดึงตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“เวลาไม่สบายนิด ๆ น้อย ๆ ก็จะไปเฝ้ายาที่อนามัยหมอมอเป้านี้แหละมากินไปก่อน ถ้าไม่สบายมาก ๆ ค่อยไปถึงโรงพยาบาลเปลงยาว บางทีก็มีหมอมอจากโรงพยาบาลมาตรวจ”

“ช่วงที่เขามีอาการกำเริบขึ้นมา แล้วอะอะอาละวาด ก็ต้องมาช่วยกันจับ บางทีก็เอาไม่อยู่เหมือนกัน ต้องขอแรงเพื่อนบ้านมาช่วยด้วย มีอยู่ครั้งหนึ่งเอาไม่ไหวจริง ๆ ยังเคยโทรแจ้งตำรวจมาช่วยกันจับเลย”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

2.3 การกำกับการศึกษา

ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษา ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยแสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

คนที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ร้อยละ
1	28	93.33
2	27	90.00
3	29	96.66
4	29	96.66
5	28	93.33
6	29	96.66
7	28	93.33
8	30	100.00
9	28	93.33
10	27	90.00
11	30	100.00
12	30	100.00
13	30	100.00
14	28	93.33
15	30	100.00
16	28	93.33
17	27	90.00
18	30	100.00
19	29	96.66
20	28	93.33

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งจัดว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมากกว่า 24 ข้อ

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้ศึกษาประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Post-test) 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเข้าใจในกระบวนการการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน และแจ้งให้ทราบว่าผู้ดูแลสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการศึกษาครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำการประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรมที่ 1
2. ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้ศึกษาเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553 – 19 มีนาคม 2553
3. เมื่อครบกำหนดการศึกษา คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้ศึกษาทำการประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ ระหว่างวันที่ 22 - 26 มีนาคม 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

