

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาโครงร่างอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดภาระของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (The One Group Pretest - Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตรง อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ครอบครัวละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 อยู่ในระยะอาการของโรคสงบโดยผู้ศึกษาประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS) ก่อนได้รับการเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนไม่สูงกว่า 36 คะแนนซึ่งถือว่ามียาอาการทางจิตระดับน้อย

2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

2. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสาร ได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนมากกว่า 6 เดือน
5. มีคะแนนการระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย
2. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม และเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวเท่านั้น

#### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครนายก ตั้งแต่วันที่ 4 – 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) จากทะเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวช จากนั้น ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS)

2. ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) รวมทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช

3. ชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาของการดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว ครบ 20 ครอบครัว จึงสอบถามความความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา โดยดำเนินแต่ละกิจกรรมที่บ้านเป็นรายครอบครัว

5. ผู้ศึกษานัดหมายกลุ่มตัวอย่าง แจกเรื่องวันและเวลาที่ครอบครัวสะดวกในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมที่บ้านเป็นรายครอบครัว

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ประเภท

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

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยการกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ปรับปรุงมาจากของจิราพร รักการ(2549) ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรม โดยปรับเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และในกิจกรรมที่ 3 เพิ่มในเรื่องภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้มีรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว ดังนี้

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม ตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

### กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

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

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

#### กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

**ระยะประเมินผลการทดลอง** ผู้ศึกษาประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน 1 สัปดาห์ โดยการประเมินผลจะทำในสัปดาห์ที่ 6 เนื่องจากการศึกษาพบว่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและได้ทบทวน โปรแกรมที่ได้จัดขึ้นไปแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดีกว่าวัดทันทีภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

การกำกับทดลอง ภายหลังจากดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากคะแนนความรู้ของผู้ดูแลไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนน ขึ้นไป ผู้ศึกษาจะประเมินผลที่เกิดขึ้นร่วมกับครอบครัวและเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ขาดไป จนได้คะแนนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

**การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม** ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่านที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี และอาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ รวมทั้งพิจารณาความชัดเจนของภาษาและกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ ก่อนนำไปใช้จริง

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 ปรับคำว่า “ปัญหาที่พบในครอบครัว” เป็น “ปัญหาที่ครอบครัวพบขณะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน” และคำว่า “ปัญหาและอาการในส่วนของผู้ป่วย” ปรับเป็น “อาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย” ใบงานที่ 1/3 เรื่อง ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความเห็นว่าคุณชี้สอนน่าจะตัดออกไป ในกิจกรรมข้อ 13 ผู้ศึกษาไม่ควรกลับมากระตุ้นให้สมาชิกระบายอีกครั้ง(ชุด) ควรให้พูดระบายอย่างเต็มที่ อย่างอิสระ(ในข้อ 8) ผู้บำบัดควรกระตุ้นให้ระบายจนจบแล้วกลับ(บำบัด) อารมณ์ความรู้สึกของ case ให้เรียบร้อยไม่ควรกลับมาพูดซ้ำอีกครั้ง (ในข้อ 13)
2. กิจกรรมที่ 2 ปรับคำว่า “ญาติควรถือเป็นการกระตุ้นเตือน” เป็น “ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญที่จะดูแล” ใบความรู้ที่ 2/3 ข้อ 6 คำว่า ผู้ป่วยสามารถรักษาด้วยวิธีอื่น ตามความเชื่อของผู้ป่วย เพิ่มข้อความ “และต้องไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสภาพจิต”
3. กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ปรับใบความรู้ให้ชัดเจนเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ใบงานที่ 3/2 เพิ่มข้อ 5 ปัญหาอื่นๆที่พบในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ
4. ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มวัตถุประสงค์ อีก 1 ข้อ คือเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย และ ควรให้สมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่ามีเทคนิคในการคลายเครียดอย่างไรบ้าง
5. กิจกรรมที่ 5 เพิ่มวัตถุประสงค์ ข้อ 3. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ในใบงานที่ 5/3 เรื่องระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย ประเด็น แหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวควรทำเป็น check list เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) เทศบาล วัด พระ สังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน ชมรมผู้พิการทางจิต องค์การการกุศลต่างๆ และอื่นๆ ใบความรู้ที่ 5/2 เรื่อง ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย ควรให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้

เมื่อผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้(Try-out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก 3 ครอบครัว พบว่า ใบงานที่ 2/5 เรื่องการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ให้สมาชิกช่วยกันเลือกคำตอบวิธีการดูแล เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต บางครอบครัว สมาชิกบอกว่าอ่านยาก ข้อความยาว จึงปรับเป็นให้ผู้ศึกษาอ่านข้อความที่เป็นคำตอบแล้วให้สมาชิกช่วยกันเลือกคำตอบที่ถูกต้อง

ใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 เรื่องให้สมาชิกแสดงสถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสารทางลบและทางบวก บางครอบครัวสมาชิกจะไม่กล้าแสดงออก จึงปรับเป็นผู้ศึกษาเล่าสถานการณ์ให้ฟังแล้วอธิบายความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางบวก วิธีการสื่อสารทางบวกและสิ่งที่ควรปฏิบัติในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่ใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้จะเน้นรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน

ภาวะทั้ง 2 มิติ มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมดการประเมินภาวะการดูแลประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาแยกเป็น ภาวะเชิงปรนัย ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้ว หาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล 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	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุโรปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่านที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี และอาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาหลังจากนั้นผู้ศึกษานำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .89

**3. เครื่องมือกัมกับการศึกษา** ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษานำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3



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

4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13

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

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

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีดังนี้

25 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ	ดีมาก
23-24 คะแนน	อยู่ในระดับ	ดี
21-22 คะแนน	อยู่ในระดับ	ปานกลาง
19-20 คะแนน	อยู่ในระดับ	พอใช้
ต่ำกว่า 19 คะแนน	อยู่ในระดับ	ต้องปรับปรุง

เกณฑ์กำกับการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 หรือคิดเป็น 24 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ดูแล จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ สูตรครุเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

### ขั้นการดำเนินการทดลอง

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทั้งรายครอบครัวและรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการศึกษา

1.3 ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลนครนายก เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก และขอความร่วมมือในการทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการ

1.4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือก แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

1.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (pre-test) และจึงนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วมการศึกษา โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับและการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมในรูปผลของการศึกษาเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจาก การเข้าร่วมการศึกษาก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษา ได้ตลอดเวลา

## ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้ศึกษาดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึง วันที่ 9 เมษายน 2553 โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรม ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที วันละ 4 ครอบครัว รวม 5 วัน/สัปดาห์ จนครบ 20 ครอบครัวมีกิจกรรมการดำเนินการตามตารางดังนี้

### ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สัปดาห์	ครั้งที่	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
1	1	วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 11.00 – 12.00 น เวลา 13.00 – 17.00 น	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
2	2	วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 11.00 – 12.00 น. เวลา 13.00 – 17.00 น	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการ
3	3	วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 11.00 – 12.00 น. เวลา 13.00 – 17.00 น	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช
4	4	วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 11.00 – 12.00 น. เวลา 13.00 – 17.00 น	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
5	5	วันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 11.00 – 12.00 น. เวลา 13.00 – 17.00 น	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้นมากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 1/1 โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### วิธีดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกรอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พูดยุทธศาสตร์สัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้ศึกษาสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1
8. ให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ทำใบงานที่ 1/3 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพุดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1/2
11. พูดยุทธศาสตร์ให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
12. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ขอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 อีกครั้ง

## การประเมินผล

สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีเพียงบางครอบครัวที่ในช่วงแรกสมาชิกบางคนไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้ศึกษาจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ และจากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ศึกษา ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดีตอบใบงาน ตอบข้อซักถาม แสดงความคิดเห็น เล่าและระบายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวที่มีความเป็นมิตร อบอุ่น สามัคคี มีบางครอบครัว ที่มีลักษณะ ต่างคนต่างอยู่ ชอบตำหนิ และนำเบื้อหน้า โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจหรือสิ่งที่ เป็นปัญหาของครอบครัว พร้อมทั้งสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในครอบครัว สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการเงิน ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว ไม่ค่อยแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน พุดจาสื่อสารกันไม่เข้าใจ และใช้เวลาอยู่ด้วยกันน้อย

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สงสาร เป็นห่วง ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ห่วงเขามาก ถ้าฉันเป็นอะไรไปก่อนเขาจะเป็นอย่างไร”

“อยากให้หายป่วย แล้วทำงานได้เหมือนเดิม ดูแลช่วยเหลือตัวเองเหมือนกับคนอื่น ๆ เขา”

“ยากดีมีเงิน อยากรักจะดูแลกันไปอย่างนี้แหละ เขาเป็นอย่างนี้ก็สงสารเขาอะ” มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึกเบื่อ เหนื่อยหน่าย และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็น ระยะเวลาานาน และผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือช่วยงานภายในครอบครัวได้ เท่าที่ควรจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ดังตัวอย่าง คำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“บางทีก็รู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย เขาไม่เคยช่วยทำงานบ้านอะไรเลย กลับจากทำงานข้างนอกก็ต้องมาหุงหาข้าวทำงานบ้าน บางครั้งก็อยากหนีไปให้ไกลๆ เขาจะได้ช่วยเหลือตัวเองได้”

“ไม่รู้เป็นเวรเป็นกรรมอะไรถึงมาเป็นโรคนี้อ รักษายาก็ไม่หาย อะไรก็ทำไม่ได้พากันลำบากไปหมด”

“เวลาสงบๆ ก็ดี เวลาเขาอะอะอาละวาด นี่ซิ ใครเข้าใจก็ไม่ได้ ทำลายข้าวของเสียหายหมด ทีวี พัดลมพังหมด ประตูหน้าต่างทุบหมด”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาสรุปความรู้สึกที่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยว่ามีทั้ง อารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

## กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของ โรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษา โรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษา โรคจิตและพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของ โรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้ และบอกถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชได้

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

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
8. ใบความรู้ที่ 2/3 ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช
9. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ผู้ศึกษาให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ตามใบความรู้ที่ 2/3



10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างละเอียดและผู้ที่ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้  
อีกครั้ง

11. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างละเอียดและผู้ที่ศึกษาช่วยสรุปประเด็น  
จิตเภท

**การประเมินผล** ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้ บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการที่ให้ผู้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หลงผิด เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เริ่มมีอาการแปลกๆ มองตาขวางๆ แยกตัวอยู่คนเดียว พูดพึมพำอะไรคนเดียวไม่รู้ อยู่ดี ๆ ก็หัวเราะขึ้นมาคนเดียว “

“ไม่ยอมหลับ ยอมนอน เดินไปเดินมาทั้งคืนเลย บางทีก็มาเคาะฝาบ้านทั้งคืน ไม่มีใครได้หลับได้นอนกันหรอก”

“เขาบอกว่าชาติก่อนเขาเป็นผู้ปกครองของพ่อแม่พี่น้องเพราะฉะนั้นเขาจะตีจะทำโทษใครก็ได้ที่คือไม่เชื่อฟังเขา ทุกคนต้องอยู่ในอำนาจเขา”

“ไม่ยอมกินข้าวกินปลา บอกว่ามีคนเอายาพิษผสมอาหารให้เขากินกลิ่นเหม็นของยาพิษเขารู้ดี มีคนคอยจ้องจะฆ่าเขา”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่ามีสมาชิกในบางครอบครัวเชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากไสยศาสตร์ โคนของ หรือจากยาเสพติด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ญาติข้างสามมีเขาไม่ชอบ คอยจะดูถูกเหยียดหยาม เขาอยากให้เลิกกัน อาจจะทำของใส่ก็ได้ เพราะปกติเขาก็ดี ไม่เคยเป็นอย่างนี้”

“สาเหตุคงมาจากยาเสพติด ก็วัยรุ่นใช้มามาก ทั้งกัญชา ใบกระท่อม ยาบ้า ในครอบครัวไม่มีใครเป็นแบบนี้”

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

“ง่วงนอนทั้งวัน อยกนอนอยากเดียว ไม่มีแรงจะทำอะไรเลย มันง่วงทำอะไรไม่ได้เลย เลยต้องปรับลดยาเอง”

“กินยาแล้วท้องผูกมาก ปากแห้งคอแห้ง ไม่สุขสบายตัวเลย”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิต ดังตัวอย่างคำถาม ต่อไปนี้

“ปีกว่าแล้วหลังจากที่เขาได้ยาชนิดด้วยนี้ อาการค่อยๆดีขึ้นเรื่อยๆ ทำอะไรได้ ช่วยทำงานได้แต่ก่อนได้แต่ยากิน รักษาอย่างไรก็ไม่หาย สงสัยยากินคงใช้ไม่ได้ผล”

“แล้วจะต้องกินยาอีกนานไหม กินยาแล้วท้องผูกแล้วก็คอแห้งมาก ง่วงนอนตลอดเวลา”

“สังเกตว่ากินยาแล้วน้ำหนักขึ้นหลายกิโล เป็นเพราะยาหรือเปล่า แล้วจะทำอย่างไรดี”

หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกถาม และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิตและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวช ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้และเมื่อแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะบอกว่าดี มีประโยชน์อ่านเข้าใจง่ายจะนำไปใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือเมื่อมีปัญหาได้

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและ

ภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

5. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ
2. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
3. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
4. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
5. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
6. บอกถึงลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ และบอกถึงแนวทางในการช่วยเหลือได้

**สาระสำคัญ** การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

#### วิธีดำเนินกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1

3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเดือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเดือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3
8. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
11. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

สมาชิกได้นำเสนอเกี่ยวกับอาการเดือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี หงุดหงิด โมโหง่าย พุดคนเดียว แยกตัวไม่คุยกับใคร อาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วเห็นภาพหลอน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ไม่นอน เปิดไฟนั่งทำอะไรไม่รู้ทั้งคืน เหมือนทำงานอะไร แต่ไปดูไม่เห็นได้งานอะไรขึ้นมา”

“ซึม ๆ เฉย ๆ ไม่พูด ไม่จกกับใคร ถามก็ไม่อยากตอบ ชอบหลบไปนั่งอยู่คนเดียว ข้าวปลาไม่ยอมกิน”

“ไม่รู้เป็นอย่างไรมันหงุดหงิดไปหมด ไม่มีความสุข ไม่รู้เรื่องอะไรหาสาเหตุไม่ได้ บังคับไม่ได้”

“ถ้าเริ่มพูดคนเดียว มีหูแว่ว ประสาทหลอนต่อไปจะมีระแวง คำคนที่เข้าใกล้ เดียวก็อาละวาดแน่ๆ”

“ชอบออกนอกบ้าน เดินไปเรื่อยเปื่อย ถามว่าจะไปไหน พูดตอบไม่รู้เรื่อง” หลังจากที่ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค พบว่า สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ผู้ศึกษายกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พบว่า สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นอนไม่เป็นเวลา

“พาทำงานหรือพาออกกำลังกายและอย่าให้นอนกลางวัน กลางคืนจะได้หลับได้ แล้วก็กินยาตามที่หมอสั่งให้ครบ”

“พาเข้านอนตามเวลา พาสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน ไม่ชวนคุย”

หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

“ถามว่าเป็นอะไร ใจเย็นๆ อยากให้ทำอะไรให้ก็บอก อยากได้อะไรก็บอกมา ถ้ายังพูดกันไม่รู้เรื่อง จะพาไปอยู่โรงพยาบาล”

“พูดกับเขาแบบนุ่มนวล ไม่โกรธ ไม่ได้เถียง พูดดีๆ ไม่ขัดใจ แต่ถ้าอะอะ อาละวาดมาก ๆ ทำลายข้าวของควบคุมไม่ได้ก็ต้องพาส่งโรงพยาบาล”

ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“ต้องคอยกระตุ้นคอยเตือนให้ทำ ถ้าคือไม่ยอมฟัง ก็ต้องขู่บ้างว่า ถ้าไม่ทำจะพาไปอยู่โรงพยาบาล”

“บ้างทีก็พาไปอาบน้ำ บางครั้งก็อาบน้ำ ทำให้ทุกอย่าง”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

“ก็ต้องคอยบอกให้เขาช่วยทำงานบ้าง แต่ไม่ต้องหวังว่าจะต้องดีนะ พอเขาทำได้ก็ชื่นชมเขาหน่อยจะได้มีกำลังใจทำต่อไป แต่เขาทำประเดี๋ยวเดียวก็เลิก ก็ซึ่งเขาค่อยๆบอกเขาไปเรื่อย ๆ วันละนิด”

“บอกไว้ว่าจะให้เขารับผิดชอบทำอะไรบ้าง เช่นกวาดบ้าน กวาดลานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ช่วงแรกๆ ก็ทำด้วยกันก่อน หลังๆก็ให้เขาทำเอง แต่ก็คอยช่วยเขาอยู่”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท วิธีการจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและความรู้เรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช พบว่า หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็น ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทาง ในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไป

ใช้ในชีวิตประจำวันได้

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

**สาระสำคัญ** การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

##### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3การผ่อนคลายความเครียด

6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### วิธีดำเนินกิจกรรม

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

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

จากการที่ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดตนเอง (ใบงานที่ 4/1) พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง (คะแนน 26-29) มีบางรายที่มีความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความเครียดและความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (ใบงานที่ 4/2) พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่มีพวกเขาดูแลแล้วจะเป็นอย่างไร เพราะผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ฐานะทางบ้านไม่ค่อยดี ส่วนความเครียดที่พบในตัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการของพวกเขาเหล่านั้น กล่าวคือหากไม่มีผู้ดูแลแล้วพวกเขาจะอยู่กันอย่างไร บางครั้งคิดมากจะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“บางครั้งก็รู้สึกกังวล เป็นห่วงว่าถ้าไม่มีเราแล้วเขาจะอยู่อย่างไรต่อไป เขาไม่ค่อยพูดกับใครเก็บตัว ไม่รู้เขาคิดอะไรต้องการอะไร เราก็อึดใจ”

“บางวันคิดมากจนเครียด ทำให้นอนไม่หลับ กลัวเขาจะไปบวบวใครอีกแล้วก็จะ โคนดำ โคนโล่ออกมา”

“หนูก็เครียด สงสารแม่ เขาทำอบขนมอยู่คนเดียว หนูอยากช่วยได้มากกว่านี้ พ่อช่วยเอามาขายแต่ก็แบ่งเงินไป ตกเย็นก็ซื้อเหล้ากินจนเมาทุกวัน ค่าหนูกับแม่ทุกวัน”

“เครียดมากเหมือนพวกกันไม่รู้เรื่อง บางทีเขาก็เซ่อฟัง บางครั้งอยากทำอะไรก็ทำ แล้วแต่อารมณ์เขา เอาแน่นอนไม่ได้ บอกตามตรงบางครั้งก็โมโหนะ”

“ฉันก็เครียดนะที่ตัวเองไม่เป็นเหมือนกับคนอื่นเขา เวลาออกไปข้างนอกก็มีแต่คนมองแปลก ๆ เลยไม่ค่อยอยากจะออกไปไหน”

“เครียดเหมือนกันนะที่ลูกเป็นแบบนี้ เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย อากาศจะกำเริบ จะอาละวาดเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ แต่ก็ต้องทำใจ ไม่มีใครอยากให้เป็นแบบนี้หรอก มันเป็นไปได้ก็ต้องดูแลกันต่อไป”

จากนั้นจึงให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และร่วมกันเสนอแนะ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่พยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง มองโลกในแง่ดี คิดว่ายังมีคนอื่นที่แย่กว่า สมาชิกบางรายบอกว่าให้หางานอดิเรกทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลามาคิด บางคนคิดว่ามาอยู่ไกลๆ ผู้ป่วยแล้วจะหายเครียด บางคนคิดว่าต้องปล่อยวาง ต้องไม่คิดมาก ต้องคิดว่าเป็นเวอร์กรรมของเขาเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เปิดทีวี ดูละคร ฟังเพลงไปเรื่อย ๆ หรือไม่ก็ทำโน่นทำนี่ให้เพลินๆ ไป”

“เวลาเครียด ๆ ก็จะออกไปหาเพื่อนคุยให้สบายใจนะ พอหายเครียดแล้วค่อยเข้าบ้าน”

“ไปหาที่เงียบๆ หรืออยู่คนเดียว ไม่วุ่นวายกับใคร ก็ดีขึ้นได้แล้ว”

“ป้าก็พยายามทำงานบ้าน หรือหางานอื่นทำ จะได้ไม่ต้องมีเวลาไปคิด”

“ป้าก็ออกไปวัดไปทำบุญ ไปเจอคนโนนคนนี้ ได้พูดคุยกัน เรื่องโน้นเรื่องนี้ก็ดีขึ้นนะ”

หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือและสนใจเป็นอย่างดี และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“รู้สึกโล่งเลยหมอ สบายตัว นี้จะลองทำทุกวันได้ฝึกบ่อยๆ มันทำให้ผ่อนคลายดี มีสมาธิด้วย”

“รู้สึกดี หายใจทั่วท้องดีหยุดคิดเรื่องอื่นชั่วคราว”

“มันสบายดีนะ ทำได้ง่าย ไม่รู้จะไม่อย่างนั้นทำตั้งนานแล้ว”

โดยหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้เอง และที่สำคัญหลังจากปฏิบัติแล้ว ทำให้อารมณ์สงบขึ้น



## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลา 45 -60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ
2. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
3. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
4. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

**สาระสำคัญ** การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่น ได้รับความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

### วิธีดำเนินการกิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
2. ผู้ศึกษาและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1
4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใคร ในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/3
5. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 และให้ผู้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. ผู้ศึกษาสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุด

**การประเมินผล** ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆและการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

จากการที่ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองในเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” พบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แต่มีบางครอบครัวที่บอกว่าอายุไม่กล้าแสดง โดยสมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าเป็นสิ่งที่ดี สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ผ่านมามีบางอย่างก็ไม่ควรพูด เพราะอาจทำให้คนที่ได้ยินรู้สึกไม่ดี เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และไม่ยากให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอีก ดังตัวอย่าง เช่น

การสื่อสารทางลบ

“มีครั้งหนึ่งดูเขาที่ไม่ยอมกินยา เขาก็เลยหงุดหงิด บ่นและเดินหนีไป ไม่ยอมกินยาตามเวลา”

“ลูกไม่กินยา บางครั้งเราก็มีอาการเหมือนกัน ไม่อยากกินก็ไม่ต้องกิน”

“ไหนจะเหนื่อยงาน เหนื่อยกับเขา ทุกวัน เขาไม่คิดทำงานทำการบ้างเลยหรือไง”

การสื่อสารทางบวก

“แม่เป็นห่วงลูกนะ ลูกกินยาแล้วลูกจะได้อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดใจ”

“ถ้าลูกไม่กินยา เคี้ยวอนไม่หลับ เข้าไม่สะดวก แล้วก็ปวดหัว นะลูก”

“ฉันอยากให้คุณพูดดีๆ ไม่บ่น”

ผู้ศึกษาสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัวและสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อกันในการสื่อสาร จากนั้นผู้ศึกษาจึงให้สมาชิกบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ ถ้ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเล็กน้อยและไม่รุนแรงจะไปที่สถานีอนามัย แต่รับยารักษาโรคจิตจะมารับที่โรงพยาบาลนครนายกเป็นประจำ ถ้าจำเป็นต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจะมาขอใบส่งตัวที่โรงพยาบาลนครนายกก่อน

“ส่วนมากถ้าเป็นอะไรนิดหน่อย ก็ไปที่อนามัยนะ”

“ถ้าอาละวาดมากๆ เอาไม่อยู่ ก็ตามตำรวจให้ช่วยนำส่งศรีธัญญา”

“โชคดีหน่อย ที่เคี้ยวนี้ มีบัตรทองไม่ต้องเสียค่ารักษาแต่ก็มีค่าเดินทางที่ต้องเสียบาง”

“เคี้ยวนี้ได้เบียร์ยังชีพ ผู้พิการเดือนละ 500 บาท จาก อบต.พอช่วยได้บ้าง “

การกำกับทดลอง ภายหลังจากดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาประเมินความรู้ โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วม โปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในทุกครอบครัว มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไปซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

### ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลการศึกษา

หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 ผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ดูแลขาดไป และ ทบทวนทำความเข้าใจจนได้คะแนนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ภายหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะของผู้ดูแลในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน