

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

#### วิธีการดำเนินโครงการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นโครงการศึกษาอิสระ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทประเมินผลโครงการ โดยการเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านเป็นการศึกษากลุ่มเดียว วัด 2 ครั้ง (The One Group Pretest - Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
  - 2.1) เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปีมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง
  - 2.2) เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประวัติว่าเคยมีปัญหาในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือทุกๆกรณี ดังนี้ คือ ขนาดเกิน 2 เดือน มีอาการกำเริบภายใน 3 เดือน และ/หรือมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน
  - 2.3) เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมาก่อน
  - 2.4) เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือ ในการดำเนินการศึกษานี้
  - 2.5) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบ สามารถให้ความร่วมมือ ตามกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้

## ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 คน จากคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จากนั้นผู้ศึกษาจะนัดผู้ป่วยและญาติ เรื่อง วันและเวลา ในการติดตามที่บ้าน ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว

## การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง จะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ

## เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษานี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน และ คู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองและสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองตามแนวคิดของ Orem (1995) มาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมัตถะ (2541)ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547)ที่มีแนวคิดว่าพยาบาลควรเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยการเป็นผู้ที่สอนให้คำแนะนำมีการเตรียมพร้อมครอบครัวในการดูแลที่บ้าน ซึ่งวิธีการในการพยาบาลแบบให้ความรู้และระดับประคองนั้นยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งติดตามให้การชี้แนะสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลายวิธีผสมผสานกันนั้นก็ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี การให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995)และการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของสุวิมล สมัตถะ (2541) , ทิพวรรณ น่วมทอง (2547)

1.2 นำเนื้อหาที่ได้มากำหนดโครงสร้าง โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยการผสมผสานการศึกษาของ Orem(1995)และการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมัตถะ (2541) ,ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยมี 5 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมที่2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมที่3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว กิจกรรมที่5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช (รายละเอียดของโปรแกรมอยู่ในโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านฉบับสมบูรณ์)

1.3 ได้นำเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนมาจัดทำ คู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติโดยการผสมผสานเนื้อหาความรู้ของ Orem(1995) และ จากการศึกษาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ ของสุวิมล สมัตถะ (2541)และ ทิพวรรณ น่วมทอง(2547) ประกอบด้วย รายละเอียด ดังนี้ คือ ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยจิตเภท การดำเนินของโรค สิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ การรักษา ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต การดูแลและจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย (รายละเอียดของคู่มือ อยู่ในคู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติฉบับสมบูรณ์)

1.4 นำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านและคู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำนวนภาษา โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ภายใต้การดูแลและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยยึดหลักการสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ้อยละ 80 ขึ้นไป

#### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรม และคู่มือ ที่ได้สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์

พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นทุกขั้นตอน พร้อมทั้งอยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษา รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่า เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ความตรงตามเนื้อหาในโปรแกรมครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมดีอยู่แล้ว แต่มีปัญหาคือพบเพียงเล็กน้อย ที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือ

1. ควรปรับกิจกรรมทั้งหมดของโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2. ควรปรับเนื้อหาในคู่มือการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยการประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ให้ผู้ป่วยอ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ภาษาทางวิชาการที่อ่านแล้วเข้าใจยากจนเกินไป มีความครอบคลุมความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับตามวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ และควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับครอบครัวเพิ่มแยกเล่มกันโดยเนื้อหาให้อ่านเข้าใจง่าย สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีของ Orem ด้วย

3. ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลาในกิจกรรมที่ 1 มากเกินไปให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่องกันไป จากโปรแกรมเดิมที่ใช้ กิจกรรมละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ เหลือเพียง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ เท่านั้น โดยการปฏิบัติดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และ กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วย และครอบครัวควรปฏิบัติทุกครั้งที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อการมีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถที่จะขอคำปรึกษากับปัญหาที่เกิดขึ้นทุกครั้ง而去เยี่ยมบ้าน

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ปฏิบัติกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน ครอบครัว

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

4. หลังปรับแก้ ผู้ศึกษานำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านไปทดลองใช้ (Try -out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างใน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จังหวัดอ่างทองดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ

5. นำผลการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และดำเนินการศึกษาผลการใช้โปรแกรมแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และคู่มือการดูแลตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและญาติไปใช้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดย พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และคณะ(2542) ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 35 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ ดังนี้ ด้านอากาศ / อาหาร / น้ำ จำนวน 9 ข้อ ด้านการขับถ่าย จำนวน 1 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายจำนวน 7 ข้อ ด้านการพักผ่อนและนันทนาการจำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจำนวน 6 ข้อและด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จำนวน 15 ข้อ

ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ข้อ 2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20,21,

22,23,25,26,28,29,30,33,34,35,39,40,41,42,43,44

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 1,5,19,24,27,31,36,37,38

คำตอบกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	3	3
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน หรือไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลความหมายของคะแนน

การแปลผลคะแนนทำได้โดยการรวมคะแนน ของแบบสอบถาม โดยแบ่งระดับคะแนนตามค่าพิสัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (กานดา พูนลาภทวี , 2539) ดังนี้

1. ด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ มีคำถาม 9 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 9-45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ(9-21 คะแนน) ปานกลาง(22-34 คะแนน)ในระดับสูง (35-45 คะแนน)

2. ด้านการขับถ่าย มีคำถาม 1 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ(1-2 คะแนน) ปานกลาง (3-4 คะแนน) ในระดับสูง (5 คะแนน)

3. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย มีคำถาม 7 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 7-35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ(7-15 คะแนน) ปานกลาง(16-24 คะแนน) ในระดับสูง (25-35 คะแนน)

4. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ มีคำถาม 6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (6-14 คะแนน) ปานกลาง(15-23 คะแนน) ในระดับสูง (24-30 คะแนน)

5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีคำถาม 6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ(6-14 คะแนน) ปานกลาง(15-23 คะแนน)ในระดับสูง (24-30 คะแนน)

6. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ มีคำถาม 6 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (15-34 คะแนน) ปานกลาง(35-54 คะแนน) ในระดับสูง (55-75 คะแนน)

การแปลผลคะแนนโดยรวม ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 44-220 คะแนน โดย แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

44-103	คะแนน	หมายถึง	ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
104-163	คะแนน	หมายถึง	ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
164-220	คะแนน	หมายถึง	ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาดัชนี ความสอดคล้องตั้งแต่ .80 ขึ้นไป เพื่อนำมาเป็นข้อคำถามในแบบทดสอบ

2. ความเที่ยง(reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่า ความเที่ยงโดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) คำนวณหา ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.87

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่นำมา จากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก	ได้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้คะแนน	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

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ .80 ขึ้นไป เพื่อนำมาเป็นข้อคำถามในแบบทดสอบ

2. ความเที่ยง(reliability) ของเครื่องมือ ได้นำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และนำ

แบบสอบถามที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.81

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ จันทรา ธีระสมบุรณ์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนนคือ

ตอบถูก	ได้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,14,16,18,20,26,27

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,9,13,15,17,19,21,22,23,25,28

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ไปหาความตรงด้านเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .80 ขึ้นไป เพื่อนำมาเป็นข้อคำถามในแบบทดสอบ

2. ความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ ได้นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

#### การดำเนินงานโครงการ

ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินงานโครงการด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษากลุ่มเดียว วัด 2 ครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้



### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. เสนอโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอ่างทอง
2. ประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
  - 3.เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการ ผู้ศึกษาทำการประยุกต์เครื่องมือที่ใช้ดังนี้
    - 3.1ศึกษาแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดยพวงเพ็ญ เกียมปัญญาธิ และคณะ(2542)
    - 3.2 ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านและคู่มือการ ให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยพัฒนาจากแนวคิดของOrem (1995)มาประยุกต์กับการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมิตตะ (2541)ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547) เป็นวิธีการ ในการพยาบาลแบบให้ความรู้และระดับประคองซึ่งมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งติดตามให้การชี้แนะสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลายวิธีผสมผสานกันนั้นก็จะ ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม พยาบาลจึงควรเป็นผู้ เชื่อมโยงในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
    - 3.3ศึกษาแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท และ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ
    - 3.4 หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมที่ พัฒนาแล้วไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ความ ครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม
    - 3.5 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการ หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)และเครื่องมือกำกับการการศึกษาเรื่องความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค จิตเภทและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติผู้ดูแล โดยหาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ โดยหาสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson)
4. เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินการโครงการ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมาแล้ว โดยผู้ศึกษาชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่างๆในการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน และการดำเนินงานโครงการตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยศึกษาสามารถดำเนินโครงการโดยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของคนชัดเจน มีการประเมินผลก่อนและหลังการดูแลที่บ้าน ร่วมกันทุกครั้ง

5. สํารวจและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมืองอ่างทอง โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอ่างทอง คลินิกสุขภาพจิต และสํารวจผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับพยาบาลหน่วยงานจิตเวช พยาบาลเวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อสม.

6. วางแผนการดำเนินงาน และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

#### ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินงานโครงการ

1. คัดกรองผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ที่ระบุข้างต้น เข้าร่วมโครงการ โดยให้สมัครเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจได้ที่หน่วยงานจิตเวช

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมโครงการ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนัดวันเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน โดยนัดเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 - 6 มีนาคม 2549 ครั้งที่ 2 นัดเยี่ยมบ้าน ในวันที่ 10 - 13 มีนาคม 2549 และครั้งที่ 3 นัดเยี่ยมบ้าน วันที่ 17 - 20 มีนาคม 2549

3. ประเมินสภาพปัญหา จากข้อมูลที่ได้ในทะเบียนประวัติของผู้ป่วย และจากการสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลจิตเวชเพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการกำหนดวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลสุขภาพเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมกันติดตามเยี่ยม และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

#### ขั้นที่ 3 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 - 6 มีนาคม 2549 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาพร้อมทีมสาธารณสุขไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวและได้ปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 1 (สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว) รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการ พร้อมชี้แจงให้ทราบว่ามีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธก็ได้ และมีสิทธิยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลใดๆต่อผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษาไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายทั้งในงานและส่วนตัว หลังจากนั้นได้ประเมินพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก(Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาจะเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้ศึกษาจะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามกิจกรรมที่2(การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว) และกิจกรรมที่ 3 (การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท) โดยใช้เวลาในการเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

2. ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่2 ในวันที่ 10-12 มีนาคม 2549 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามกิจกรรมที่1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 (การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว)

3. ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลจิตเวชผู้ช่วยศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่3 ในวันที่ 17-20 มีนาคม 2549 ห่างจากครั้งที่สอง 1 สัปดาห์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 5 (การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทาง จิตเวช)

#### ตารางการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 1

ครั้งที่	ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 ครอบครัว ที่ 1-5	ครอบครัวละ 60-90 นาที	3 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 6-10	ครอบครัวละ 60-90 นาที	4 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและ คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 11-15	ครอบครัวละ 60-90 นาที	5 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรค จิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ครอบครัว ที่ 16-20	ครอบครัวละ 60-90 นาที	6 มีนาคม 2549	

ตารางการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 2

ครั้งที่	ระยะเวลา ดำเนินกิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครั้งที่ 2			
ครอบครัว ที่ 1 – 5	ครอบครัวละ 60-90 นาที	10 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 6 – 10	ครอบครัวละ 60-90 นาที	11 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและ คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 11-15	ครอบครัวละ 60-90 นาที	12 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัด สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน ครอบครัว
ครอบครัว ที่ 16-20	ครอบครัวละ 60-90 นาที	13 มีนาคม 2549	

ตารางการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมครั้งที่ 3

ครั้งที่	ระยะเวลาดำเนิน กิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครั้งที่ 3			
ครอบครัว ที่ 1 – 5	ครอบครัวละ 60-90 นาที	17 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 6 – 10	ครอบครัวละ 60-90 นาที	18 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและ คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัว ที่ 11-15	ครอบครัวละ 60-90 นาที	19 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติ และฉุกเฉินทางจิตเวช
ครอบครัว ที่ 16-20	ครอบครัวละ 60-90 นาที	20 มีนาคม 2549	และ กำกับการศึกษาโดยการวัดความรู้ ของผู้ป่วยเรื่องโรคจิตเภท และความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละตอน  
แสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการสนทนากับพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกรอบอุ้ม และปลอดภัย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมทางสังคม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวร่วมกัน และมี

การเคารพนับถือกันตามบทบาททางสังคม

6. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1. แนะนำตัว ทักทายผู้ป่วยและญาติด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทางเป็นมิตร
2. แสดงการยอมรับและเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยอมรับความเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น ด้วยการแสดงท่าทางสนใจระหว่างสนทนาอย่างจริงจัง ยิ้มแย้มแจ่มใส
3. พยาบาลปฏิบัติเป็นตัวอย่างในเรื่องการส่งเสริมให้ครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ยอมรับผู้ป่วย เช่น การยิ้ม การทักทาย การรับฟังผู้ป่วยพูด การไม่ตำหนิผู้ป่วย
4. เสนอความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและครอบครัวในขอบเขตของการพยาบาล
5. ให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจถึงพฤติกรรมอาการทางจิต และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
6. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกถึงความอบอุ่นปลอดภัย เช่น การจัดที่อยู่อาศัย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และกระตุ้นให้ครอบครัวจัดกิจกรรมที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ
8. ส่งเสริมให้ครอบครัวเคารพนับถือผู้ป่วย เรียกผู้ป่วยตามบทบาททางสังคม เช่น ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ ก่อนเรียกชื่อ
9. กระตุ้น แนะนำ ปฏิบัติเป็นตัวอย่างให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความคิด และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยการใช้คำถามนำและคำถามปลายเปิดให้อธิบายเช่น “ช่วยเล่าเหตุการณ์ตอนนั้นให้ฟังหน่อย”

10. จัดเวลาประมาณ 10-15 นาทีให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จัดบรรยากาศที่ผ่อนคลายโดยพยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงการสนทนา

11. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการวิเคราะห์ความคิดของผู้ป่วย และครอบครัว หลังจากนั้นให้ความรู้ใหม่แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในส่วนที่ไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้องการประเมินผล

จากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้ง 20 ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ แสดงท่าทีเป็นกันเอง อิมักทักทาย ร่วมการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว และผู้ศึกษาได้ จากการสอบถามพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ศึกษา แต่ก็มีผู้ป่วยและครอบครัวอีก 4 ครอบครัวที่ ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าครอบครัวอื่น อาจเนื่องมาจาก ทักษะคิดของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยเป็นไปในแง่ลบ และมีความรู้สึกอายที่มีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ในช่วงของการประเมินผลสัปดาห์ที่ 5 ทักษะคิดของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยก็เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เช่น การพูดคุย การยอมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย และบอกรว่าจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

1. สำรวจปัญหาและรับรู้ถึงปัญหาตามสภาพความเป็นจริงที่บ้าน ได้
2. วางแผนปรับแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่บ้านร่วมกัน
3. บอกผลของปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่บ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมกัน

2. ร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และจัดลำดับวิธีการแก้ปัญหาตามความสำคัญ

3. ส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผนที่ตนเองกำหนดไว้ เช่น พูดให้กำลังใจในการแก้ปัญหา

4. ประเมินผลการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับผลของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

#### การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า ช่วงแรกส่วนใหญ่ตัวผู้ป่วยเองมักจะปฏิเสธว่าไม่มีปัญหาอะไร ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ที่บอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง เช่น ไม่ยอมรับประทานยาตามเวลา ต้องคอยเตือนบ่อยๆ บางครั้งก็แอบทิ้งยา และเมื่อผู้ศึกษาได้สนทนากับผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาเนื่องจากเมื่อที่ต้องรับประทานมาเป็นเวลานาน และหลังจากรับประทานยามักจะคิดอะไรไม่ค่อยออก ยังไงก็คงรักษาไม่หาย ดังนั้นก็ไม่รักษาเลยจะดีกว่า การดูแลตนเองเรื่องการรักษาความสะอาดพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน เมื่อได้ให้คำแนะนำและคำปรึกษาก็พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับโรคที่ตนเองเป็น หรือบางคนยังมีอาการระแวง หลงผิดอยู่ แต่หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม และได้กลับไปประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการที่ญาติบอกว่า “ตั้งแต่หมอมาย่ยม เขาก็ดีขึ้นมาหน่อย กินยาง่ายขึ้น ไม่อาละวาด กลางคืนหลับได้ ยังพอช่วยทำงานได้บ้าง อาบน้ำเอง” และเมื่อได้สนทนาให้คำปรึกษาในส่วนของญาตินั้น พบว่า เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง หรือไม่ช่วยทำงานบ้านที่ควรจะทำ ญาติไม่ทราบว่าจะจัดการกับผู้ป่วยได้อย่างไร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่นขาดยา และไม่ได้รับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของตัวเอง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาญาติเล่าให้ฟังว่า “ไม่รู้จะถามใคร จะไปโรงพยาบาลก็ไม่มีเวลาต้องทำงานกัน ถ้าจ้างรถไปก็เสียเงินเยอะ แต่ถ้ามีหมอมาดูแล เป็นครั้งคราวถึงที่บ้านก็ดี จะได้ไม่ลำบาก” จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้ พบว่าปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง ขณะที่อยู่บ้านซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนกร(2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และการให้คำแนะนำโดยเฉพาะการเตรียมตัวของญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเลย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า ปัญหาที่เกิดจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคทางจิต และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้างขณะที่อยู่บ้าน เช่นเดียวกัน

### กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเองได้
3. เพื่อให้ครอบครัวบอกปัญหา และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. พูดคุยและถามผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องความรู้ และทัศนคติโรคจิตเภท
2. พูดคุยและสอบถามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้าน
3. วินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการสอบถามและวางแผนการให้ความรู้
4. สอนและแนะนำโดยใช้คู่มือการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเรื่องโรคจิตเภท
5. เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญพร้อมที่จะ

#### ปฏิบัติ

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นปัญหาและร่วมกันวางแผนการดูแล

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถอธิบายสาระสำคัญของเนื้อหาในคู่มือแต่ละเรื่องได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว นำความรู้จากคู่มือเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม

#### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. แนะนำการอ่านคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยของญาติ
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทดลองอ่านคู่มือการดูแลการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ภายหลังจากการอ่านคู่มือ



4. ร่วมอภิปรายแนวทางการนำไปปฏิบัติ แต่ละเรื่องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว กระตุ้นให้นำไปสู่การปฏิบัติ  
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น  
กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ร่วมกับครอบครัวและผู้ป่วยในการประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2. ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ร่วมจัดทำตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตามตารางที่จัดทำร่วมกัน โดยครอบครัวคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมถึงให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ เช่น การให้คำชมเชย รางวัล เป็นต้น

เวลาที่ใช้ทำกิจกรรม 60-90 นาที

การประเมินผล

สืบเนื่องมาจากกิจกรรมที่ 2 เรื่องการให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยนั้นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง ดังนั้น การให้ความรู้และกระตุ้นประคองกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และให้ความรู้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังแนะนำการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ญาติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ากิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ มีอะไรบ้าง และเพราะอะไรถึงต้องทำ ส่วนครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ รวมทั้งได้รับความรู้จากการอ่านคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องมาจากกิจกรรมการพยาบาลนี้ มุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เกิดความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต ดังนั้น ลักษณะกิจกรรมจึงเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอน แนะนำ และสาธิตการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นในการ วางแผนปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และปฏิบัติตามแผนนั้น และจากการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสรุปได้ว่า การใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิม และครอบครัวได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มากกว่าก่อนการให้ความรู้ รวมทั้ง มีแนวทางในการปฏิบัติ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า ภายหลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสาธิตการใช้ คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าเดิม และครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนการให้ความรู้เช่นเดียวกัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
2. จัดบริเวณและสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
3. ปรับข้อดกกลางภายในบ้านให้เหมาะสม
4. สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด และมีความรัก

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้คือ

1. ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยทั้งสิ่งแวดล้อมที่เป็นวัตถุและ

เป็นบุคคล

2. ให้ความรู้และความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
3. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินสภาพทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทั้งที่

เป็นวัตถุและเป็นบุคคล

4. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวประเมินความต้องการ ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่

จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

5. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม  
รับทราบวัตถุประสงค์และให้ความร่วมมือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

6.หาแนวทางร่วมกัน ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่  
บ้าน แนะนำวิธีการสร้างบรรยากาศภายในบ้านเช่น การสนทนาร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว  
การสร้างอารมณ์ขันในขณะสนทนา เป็นต้น

เวลาที่ใช้ทำกิจกรรม 60-90 นาที

การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัด  
สิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว นั้น พบว่าสภาพบ้านของผู้ป่วยส่วนใหญ่ สภาพ  
บ้านค่อนข้างรกรุงรัง และดูไม่ค่อยสะอาด อากาศไม่ค่อยถ่ายเท สภาพแวดล้อมรอบๆบ้านค่อนข้าง  
รก มีขยะกระจัดกระจาย ภายหลังที่ผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องความสะอาด ความมีระเบียบ  
ของบ้าน จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบทุก  
กิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาล ได้พูดคุย และแนะนำผู้ป่วย  
และครอบครัว ในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย ให้เอื้อต่อการปรับตัวแก่  
ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่เกิดจาก  
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ด้วย และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจนคือ ส่งผลให้  
สิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยสะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ  
สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อ  
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าภายหลังจากที่ได้ให้การ  
พยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามกิจกรรมการพยาบาลเรื่องการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม  
เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป  
ในทางที่ดีขึ้น เช่น บ้านสะอาดขึ้น อากาศถ่ายเทสะดวกและมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น  
กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

- 1.บอกถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้
- 2.สามารถประเมินภาวะเริ่มต้นของภาวะวิกฤตและฉุกเฉินได้ และสามารถจัดการ  
กับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
- 3.เตรียมพร้อมด้านทักษะ ในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้
- 4.ลดภาวะความเครียดและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช

## กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่อง การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน การเตรียมการป้องกัน และการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้และเข้าใจถึงภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้

2. ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการเตรียมพร้อมในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญกับภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉิน โดยการฝึกการใช้กระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตและฉุกเฉิน ขึ้นได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสม

3. ให้คำแนะนำการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน  
เวลาที่ใช้ทำกิจกรรม 60-90 นาที

## การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ 5 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจกิจกรรมนี้ โดยส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้เรื่องนี้เลย แต่มีอยู่ 3 ครอบครัว ที่เคยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งมีอาการหูแว่วคลุ้มคลั่ง อาละวาด ญาติไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จึงจับผู้ป่วยมัดขังไว้ ผู้ป่วยรายที่ 2 แอบทิ้งยาติดต่อกันหลายวัน จึงทำให้อาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ และ ผู้ป่วยรายที่ 3 สูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ ไม่สนใจตนเอง ร่างกายทรุดโทรม ซึ่งทั้ง 3 ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤตดังกล่าว ไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไรดี ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการ ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย จิตเภท และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้ในเรื่องนี้ รวมถึงเมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน ดังนั้น เมื่อผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชจึงได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก

### การกำกับการศึกษา

หลังดำเนินการศึกษาเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษามีการกำกับการศึกษาเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้านได้อย่างสมบูรณ์และครอบคลุม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เพื่อวัดความรู้ของญาติจำนวน 28 ข้อ ซึ่งญาติต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนนขึ้นไป หากผู้ป่วยและญาติไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตาม โปรแกรม รายงานผลการกำกับการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 1 การกำกับการศึกษา ค่าคะแนนคะแนนรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วย		คะแนนความรู้ของญาติ	
	คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1.	15	75	22	78
2.	12	60	23	82
3.	16	80	25	89
4.	15	75	24	85
5.	15	75	20	71
6.	16	80	21	75
7.	15	75	23	82
8.	16	80	19	68
9.	18	90	22	78
10.	14	70	21	75
11.	16	80	23	82
12.	17	85	24	85
13.	18	90	23	82
14.	17	85	22	78
15.	17	85	25	89
16.	17	85	23	82
17.	16	80	23	82
18.	16	80	19	67
19.	16	80	21	75
20.	17	85	21	75

จากการรายงานผลการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 15 คะแนน และญาติของผู้ป่วยจำนวน 3 รายที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 21 คะแนน ซึ่งผู้ศึกษาได้เข้าไปทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ในข้อที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตอบได้เป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงข้อสงสัย และได้มีการติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ แล้วทำการประเมินอีกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยและญาติทำแบบทดสอบความรู้ชุดเดิม พบว่า ผู้ป่วยและญาติทั้ง 5 รายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

#### ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผลโครงการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาร่วมกับผู้ช่วยศึกษา ติดตามประเมินผลโครงการและรวบรวมข้อมูล โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 4 ห่างจากครั้งที่ 3 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยศึกษาพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับผู้ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ (Post-test) ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาของการส่งเสริมพฤติกรรมจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี เมื่อประเมินผลช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (สมคิด ตีรวิภา, 2545 ; ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) อยู่ในระดับสูง โดยประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-Test) ครอบคลุมวันที่ 1-5 ในวันที่ 31 มีนาคม 2549 ครอบคลุมวันที่ 6-10 ในวันที่ 1 เมษายน 2549 ครอบคลุมวันที่ 11-15 ในวันที่ 2 เมษายน 2549 และ ครอบคลุมวันที่ 16-20 ในวันที่ 3 เมษายน 2549

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษา นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการศึกษา มาคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05