

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

แบบประชุมสัมมนา

ห้องสมุด

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

56 26 39

RS-C1511

คณะผู้วิจัย

นางสาวดี

ศรีวิเศษ

นางวชนิ

หัตถพนม

นางสิริภัก

สุขเสริม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ 2538

ได้รับรางวัลที่หนึ่งในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต 2538

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2537 - 15 มีนาคม 2537 จำนวน 49 คน และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น จำนวน 63 คน ซึ่งทางโรงพยาบาลได้นัดให้มาเข้าร่วมประชุมสัมมนา ในวันที่ 22 มีนาคม 2537 เวลา 08.30-12.00 น. ณ ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบสัมมนาความรู้ เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และแบบติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมสัมมนา 6 เดือน)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย จำนวนครั้งของการมารับยา และการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ใช้วิธีการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ความรู้ของญาติผู้ป่วย ใช้วิธีแจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐานเลขคณิต ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้สถิติ T - test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้
4. ความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติกับการเข้าร่วมประชุมสัมมนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยไคสแควร์ (Chi - square test)

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยเข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการมีความรู้เรื่องโรคจิต และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าประชุมสัมมนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติ พบว่า กลุ่มญาติที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการมารับยาอย่างต่อเนื่อง มากกว่าก่อนเข้าประชุมสัมมนา และการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในน้อยกว่ากลุ่มญาติซึ่งมาประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ

Abstract

1

This is a cross - sectional research to determine the results of the seminary education given to the schizophrenic patients' relatives who attended the full seminar and compare the results of the home care given to the patients by the relatives who both attended the full seminar and partially attended it.

The study population was forty-nine schizophrenic patients who were hospitalized between 1 February 1994 and 15 March 1994, and their sixty-three relatives. The seminar was arranged on the 22nd March 1994 between 08.30 A.M. and 12.00 A.M., at the Khon-Kaen Psychiatric Hospital

Two questionnaires were constructed for collecting data. The first one was the knowledge about the schizophrenic disorders and their home health care methods. The second one was the after-care followed up. The latter was used before the seminar and six months after the seminar.

The collected data were analysed by the SPSS/PC programme. The statistics used in this study were:

1. the percentage was used to analyse the demographic data of the patients and their relatives, number of hospital visits, and number of rehospitalization.
2. the arithmetic mean and standard deviation were used to analyse the relatives' knowledge scores.
3. T-test was used to analyse the statistical significant for the difference of the knowledge score, before and after the seminar.
4. Chi-square test was used to analyse the relation between the relatives' domicile and seminar attention.

After the analysis, the authors found that: 1) the relatives, who had been in the full process of the seminar, had gained the knowledge score about schizophrenic disorders and their home health care methods with the statistical significant, at $p < 0.5$ 2) the relatives, who had been in the full process of the seminar, had more regular hospital visits. and 3) the relatives, who had been in the full process of the seminar, had less rate of rehospitalization

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีโดยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากบุคคล
หลายฝ่ายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ดังนี้

นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อ
เสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และอนุญาตให้ทำการวิจัยครั้งนี้

นายแพทย์ชวนนท์ ชาณศิริ ห้วหน้าฝ่ายวิชาการ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ
ในการดำเนินการวิจัย

นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะ
ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

นายแพทย์อภิชาติ มงคล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี
หัวหน้าฝ่ายจิตเวชทั่วไป ที่กรุณาให้การสนับสนุนมาโดยตลอด

การศึกษานี้ยังได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่านที่ช่วยเหลือและ
ร่วมงานกันเป็นอย่างดี ในการดำเนินงานตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนการ
ประเมินการอบรมตามโครงการจนเสร็จสมบูรณ์

นายแพทย์วีระชัย โค้วสุวรรณ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะด้านวิชาการและสถิติในการวิเคราะห์
ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ

27 ธันวาคม 2538

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐาน	4
ขอบเขตการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของโรคจิตเภท	7
ความหมายของความรู้	10
ทฤษฎีการเรียนรู้	11
วิธีการสอนที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้	12
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล	20
การวิเคราะห์ข้อมูล	21

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัย	22
ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย	23
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	28
ผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าประชุมสัมมนา	30
เปรียบเทียบการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ	31
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	32
สรุปผลการวิจัย	32
อภิปรายผล	35
ข้อเสนอแนะ	38
บรรณานุกรม	39
ภาคผนวก	42
โครงการ การประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท	43
แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนา	47
เนื้อหาที่ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย	48
แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย	53
แบบติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย	56
ประวัติผู้วิจัย	57

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้า ประชุมสัมมนา จำแนกตามเพศ อายุ	23
2	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้า ประชุมสัมมนาจำแนกตามสถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา	24
3	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้า ประชุมสัมมนา จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	25
4	จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้า ประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบ กระบวนการ จำแนกตามจังหวัดที่อยู่อาศัย	26
5	ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติ กับการมาเข้าร่วมประชุมสัมมนาครบกระบวนการและ ไม่ครบกระบวนการ	27
6	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	28
7	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ	29
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ป่วย โรคจิตเภทก่อนและหลังการประชุมสัมมนาด้วย t - test	30
9	จำนวน ร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือญาติผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับยาจากโรงพยาบาลก่อน และหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน	31
10	จำนวน ร้อยละของจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ เป็นผู้ป่วยในก่อนและหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน จำแนกตามญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการ	32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ (Mental disorders) หมายถึงการเจ็บป่วยของบุคคลที่แสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรม ร่วมกับการทำหน้าที่ของจิตใจผิดปกติไป ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีววิทยา สังคม จิตใจ กรรมพันธุ์ ทางร่างกายหรือสารเคมี การเจ็บป่วยทางใจแต่ละอย่างจะมีอาการแสดงเฉพาะทางของแต่ละโรค (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536)

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง คือ 1-2 % ของประชากรโลก (The American Psychiatric Association, 1980) สำหรับทั่วโลกในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) ในประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างสูงในโรงพยาบาลทุกแห่ง (กองสุขภาพจิต, 2531) ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นปีงบประมาณ 2537 มีจำนวนทั้งหมด 3,087 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท 1,573 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.95 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนมากที่สุด และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือหากมีความจำเป็นต้องอยู่รักษาที่พยายามจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด (สุพัฒนา เดชาตวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2520) ผู้ป่วยบางรายนั้นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ผลดีกว่า และการอยู่โรงพยาบาลนานเกินไปอาจทำให้เกิดสภาพติดโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว ไม่เป็นตัวของตัวเอง และ บุคลิกภาพเสื่อมถอย ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาลได้อีก นอกจากนั้นการอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ยังทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติห่างเหินกันไปนาน เมื่อกลับบ้านต้องไปปรับตัวใหม่ (ชะอุทธิ์ พงศ์อนันตรี และคณะ, 2530)

ความสำเร็จทางด้านการแพทย์ สามารถทำให้การรักษาผู้ป่วยดีขึ้น จนสามารถส่งผู้ป่วยให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ขึ้นอยู่กับว่าคนในครอบครัวและชุมชนนั้นสามารถที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข (ฝน แสงสิงแก้ว, 2517) จึงเป็นที่มาของการรักษาตัวที่เน้นในรูปแบบจิตเวชชุมชน

แม้ว่าการรักษาในรูปแบบจิตเวชชุมชน ได้ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจิตเวช แต่ถึงพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วนั้น มีส่วนหนึ่งที่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก และทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในที่สุด โรคทางจิตเวชไม่ได้เป็นอาการป่วยจากโรคอย่างเดียว ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาความยุ่งยากในครอบครัวคือ ถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนอายุ 40 ปี แล้วกลับไปอยู่บ้านที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น ผู้ป่วยจะมีชีวิตอย่างมีความสุข และเป็นประโยชน์แก่สังคม แต่ถ้ากลับไปแล้วขาดความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ก็จะกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก และอาการของโรคก็จะทวีความรุนแรงขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยหมดหวังในการที่จะออกจากโรงพยาบาล (อรุณ ภาควรรณ, 2523)

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรืออยู่ในสังคมได้ แนวทางการรักษาจึงมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็มีผลกระทบต่อญาติซึ่งเป็นบุคคลแวดล้อมด้วย ผลกระทบที่สำคัญคือ ความวิตกกังวลของญาติต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นผลตามมาจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางจิตที่ยังไม่มีใครหรือทฤษฎีใด สามารถอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ครอบคลุมทั้งหมด และไม่สามารถประเมินได้แน่นอนว่าจะหายหรือไม่ อาการที่ปรากฏเป็นความแปรปรวนของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ การดูแลรักษาต้องใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง ผู้ดูแลช่วยเหลือต้องมีความอดทนสูง เข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยได้ สังคมมักเพ่งมองการเจ็บป่วยทางจิตใจในครอบครัวเป็นความบกพร่องทางพันธุกรรม หรือปัญหาทางครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้จะผลักดันให้ญาติเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร, 2532)

จากการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน อาการเกิดขึ้นไม่แน่นอน อนาคตการเรียนและการทำงานของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างมาก (ปรารธนา บริจันทร์ และคณะ , 2536)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์จึงทำให้ขาดยาจนกระทั่งมีอาการกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำอีก (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2529) ญาติส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในลักษณะขัดแย้ง คือ มีความรู้สึกด้านบวกและลบในเวลาเดียวกัน และคาดว่าจะมีอุปสรรค ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (สมพร รุ่งเรืองกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2535)

ในด้านการศึกษาวิจัยในต่างประเทศโดยการศึกษาไปข้างหน้า (Perspective Study) ของโรงพยาบาล Vermont ในสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษามุ่ยโรคจิตที่มีอาการรุนแรงที่สุดของโรงพยาบาลแห่งนี้เกือบทั้งหมด และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว 10 ปี จึงติดตามผล พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่โรงพยาบาลใหม่อีก ร้อยละ 70 แม้จะอยู่นอกโรงพยาบาลได้ ก็ต้องอาศัยการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนอย่างมาก (วิภาส พงศ์เที่ยงธรรม, 2531) จะเห็นได้ว่าญาติเป็นผู้ที่ใกล้ชิดในการดูแลและรับภาระต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมาก ญาติหรือครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง (Ann F.Baker, 1989)

นโยบายในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539 เรื่องการพัฒนาสาธารณสุข ยึดหลักความครอบคลุม และความเป็นธรรม การผสมผสานที่กลมกลืนและครบถ้วนความยืดหยุ่นและความสอดคล้อง การพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน โดยมีกลวิธี คือ ส่งเสริมให้ประชาชนฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสนับสนุนอย่างจริงจังของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย, 2538)

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ (Educator role) ทางสุขภาพจิต และจิตเวช แก่ญาติและผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (ฉวีวรรณ สุตะบุตร, 2527) โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิต และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน อาจจัดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามความเหมาะสม เพื่อผลประโยชน์ต่อผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียมากมาย เช่น ทำให้บุคลิกภาพเสื่อมถอย สูญเสียค่าใช้จ่าย และกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการที่จะทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติจะต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยจิตเภทขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา โดยจะให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และจัดให้มีการเข้ากลุ่มร่วมกันระหว่างญาติผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้อาตมามีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง และเกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม (จินตนา ยืนพันธ์, 2532) จากการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วย

โรคจิตเภทที่ผ่านมา ผู้วิจัยสังเกตว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาหลายคนมาเข้าร่วมประชุม ไม่ครบกระบวนการตามแผนการประชุมสัมมนา จึงทำให้ไม่ได้รับความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ฉะนั้นถึงยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดิม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ เพื่อดูผลกระทบในด้านความรู้และการปฏิบัติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการ และกลุ่มที่ไม่ครบกระบวนการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

สมมติฐาน

ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าประชุมสัมมนา

ขอบเขตการวิจัย

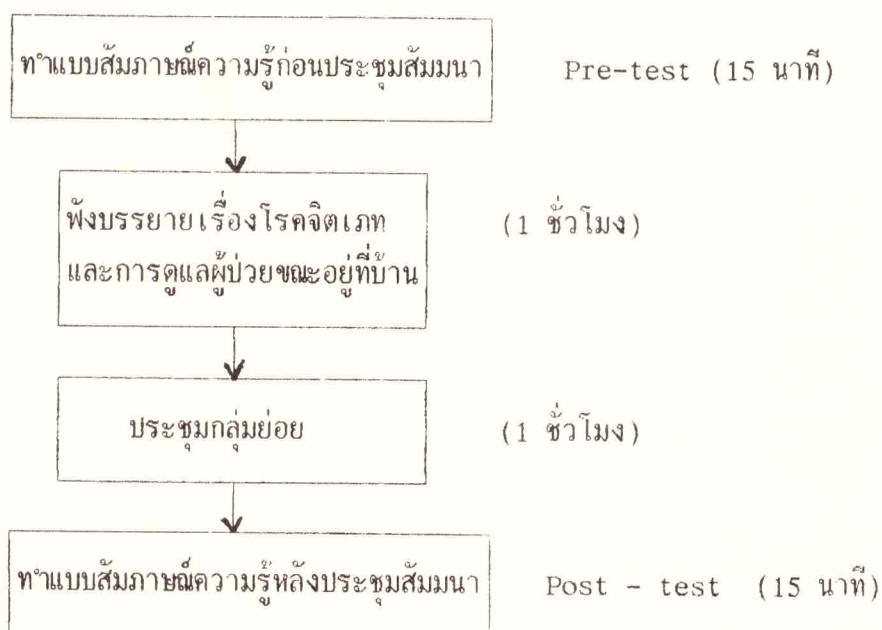
1. กลุ่มประชากร คือ ญาติผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. ทำการศึกษาจากผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2537-15 มีนาคม 2537 และนัดญาติมาประชุมสัมมนา วันที่ 22 มีนาคม 2537 เวลา 8.30-12.00 น. ณ ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 63 คน
3. เครื่องมือในการวิจัยมี 3 ชนิด คือ
 - 3.1 แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 3.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ เรื่อง โรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ
 - 3.3 แบบติดตามผลการดูแลรักษา (เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมสัมมนา 6 เดือน) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยนอก (O.P.D Card)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ความรู้ถือว่าเป็นความจริง และเชื่อถือได้
2. ผู้สัมภาษณ์แต่ละคนมีความสามารถที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากก่อนทำการสัมภาษณ์ได้มีการประชุมตกลง และทำความเข้าใจในเนื้อหาที่จะสัมภาษณ์ให้เข้าใจตรงกัน

นิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยในที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) เท่านั้น
2. ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง ฯลฯ
3. การให้ความรู้แบบประชุมสัมมนา หมายถึง การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยในรูปแบบการประชุมสัมมนา ความรู้ที่ประกอบด้วยความหมายของโรคจิต สาเหตุ อาการ การรักษา การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนในการประชุมสัมมนาประกอบด้วย การบรรยาย 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คนเพื่ออภิปรายปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและแนวทางแก้ไขโดยมีวิทยากรกลุ่ม ๆ ละ 1-2 คนใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที
4. การประชุมสัมมนาครบกระบวนการ หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยเข้าประชุมครบทุกขั้นตอน โดยเริ่มจากทำแบบสัมภาษณ์ความรู้ก่อนฟังบรรยาย ฟังการบรรยาย เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อย และทำแบบสัมภาษณ์ความรู้หลังจากเสร็จสิ้นการประชุมกลุ่มย่อย ดังภาพ



5. ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ หมายถึง ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการตามข้อ 4 โดยนับตั้งแต่ไม่ได้รับฟังการบรรยายตั้งแต่เริ่มต้น

6. การประเมินผลการรักษาก่อนและหลังประชุมสัมมนา หมายถึง การนับจำนวนครั้งครั้งของการมารับยาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โดยติดตามผลการรักษาก่อนเข้าประชุมสัมมนา 6 เดือน และหลังเข้าประชุมสัมมนาอีก 6 เดือน

7. ความรู้ หมายถึง ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแลช่วยเหลือของญาติที่มีต่อผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบผลการให้ความรู้แบบประชุมสัมมนาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการ เปรียบเทียบกับญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ ทั้งผลในด้านการมารับยาอย่างต่อเนื่อง และการมารักษาซ้ำ
2. เพื่อปรับปรุงรูปแบบในการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุม
สัมมนา ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อตามลำดับ คือ

1. ความหมายของโรคจิตเภทและการรักษา
2. ความหมายของความรู้
3. ทฤษฎีการเรียนรู้
4. วิธีการสอนที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด
อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็น
สาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2533)

ICD-10 ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ ความ
ผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และ อารมณ์
เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือท้อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักดีอยู่
แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (Cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน (เกษม ดันดีผลาชีวะ, 2536)

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ (2536) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท คือ
อาการของโรคจิต ซึ่งทำให้หน้าที่ด้านต่างๆของจิตใจบกพร่องไป และเกิดความผิดปกติด้านต่าง ๆ
ดังต่อไปนี้ คือ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม โรคนี้การดำเนินโรคเรื้อรัง

ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล (2537) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความ
ผิดปกติในความคิด การรับรู้ และอารมณ์ ในขณะที่สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญายังดีอยู่

โดยสรุป โรคจิตเภท หมายถึง โรคจิตชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของ
บุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญายังดีอยู่

สาเหตุ

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2533) กล่าวถึง สาเหตุของโรคจิตเภทนั้น
สันนิษฐานว่า เกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน สาเหตุที่สำคัญได้แก่ กรรมพันธุ์ ความผิดปกติ
ของชีวเคมีของสมอง จิตใจ ความกดดันในชีวิตและจากสิ่งแวดล้อม

สาเหตุการเกิดโรคนี้ แท้จริงยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุจากหลายอย่างร่วมกัน โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ ชีวเคมีของสมอง จิตใจ และสังคม (ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล, 2537)

อาการและอาการแสดง

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ (2536) ได้รวบรวมอาการและอาการแสดง ดังนี้

1. หน้าที่ด้านต่างๆ ทั้งหมดบกพร่อง มีคุณภาพต่ำกว่าตอนประสบความสำเร็จสูงสุดก่อนป่วยอย่างมาก หรือไม่สามารถบรรลุความสำเร็จในระดับที่คาดหวังไว้
2. เนื้อหาของความคิดผิดปกติ เช่น อาการหลงผิด ความคิดว่าถูกคนอื่นนินทาหรือกำลังพูดถึงตน ความคิดแทบจะไม่มีเนื้อหา
3. รูปแบบของความคิดผิดปกติ เช่น ความคิดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปยังอีกเรื่องหนึ่งโดยไม่เกี่ยวข้องกัน (loosening of association) พูด-ฟัง-ไม่รู้เรื่อง (incoherence) พูดภาษาใหม่ (neologism) พูดวกวน (circumstantiality) หรืออาจไม่พูดเลย (mutism)
4. การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาการประสาทหลอนด้านต่างๆ ที่พบมาก คือ หูแว่ว นอกจากนี้อาจจะพบประสาทหลอนทางการมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัส การรับรส
5. อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ ดูทื่อ ๆ ใจ ๆ การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์
6. ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองบกพร่อง เช่น งุนงง สับสน หลงผิดว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอกบางอย่าง ขาดความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองว่าตนเป็นคนซึ่งไม่เหมือนใคร มีเอกลักษณ์ของตนเอง
7. ความตั้งใจเสียไป เช่น ไม่มีแรงจูงใจ โทเล ดัดสันใจไม่ได้
8. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลบกพร่อง เช่น แยกตัวจากสังคม ถ้าวร้าวกับผู้อื่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม
9. พฤติกรรมด้านจิตใจ และการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย พฤติกรรมถดถอย แสยะยิ้ม อยู่ในท่าแปลกๆ ทำอะไรเป็นพิธีการไปหมด
10. สติสัมปชัญญะดี การรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลเป็นปกติ ความจำดี

การรักษา

การรักษา ส่วนใหญ่มักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป โดยแต่ละวิธีมีส่วนช่วยรักษาอาการ และ เปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางกาย กับ การรักษาทางใจ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

การรักษาทางกาย (Somatic treatment)

1. การใช้ยารักษาโรคจิต เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดใน active phase ของโรคจิตเภท และ เมื่อมีอาการสงบแล้วจะให้ยาในขนาดต่ำ จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย

ไม่ควรหยุดยาเร็วไป เพราะอาการอาจกำเริบขึ้นมาอีก ยังไม่มีผู้ใดตอบได้แน่นอนว่าควรให้ยาเป็นเวลานานเท่าใดจึงจะเพียงพอสำหรับการรักษา การให้ยานอกจะทำให้มีอาการทางจิตทุเลาลงยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและทนต่อความเครียดได้ดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้เครื่องมือ ทำให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองในปริมาณที่เหมาะสม ทำให้เกิดอาการชัก ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่ถึงปี จะตอบสนองต่อการรักษาดีที่สุดใน (ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล, 2537)

การรักษาทางใจ (Psychosocial treatments)

การรักษาในกลุ่มนี้ใช้วิธีการทางจิตใจเป็นสำคัญ โดยเน้นที่การพูดคุยทั้งกับตัวผู้ป่วย โดยลำพัง เป็นกลุ่ม และการพูดคุยกับญาติมีหลายวิธี คือ

1. จิตบำบัดรายบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดและไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การงาน ครอบครัว และสังคม

2. จิตบำบัดกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม การยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประทับประคอง

3. ครอบครัวบำบัด การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องยึดหลักในการที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้น การทำครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข ญาติควรได้พบผู้รักษา อย่างน้อยเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วยและสาเหตุ ตลอดจนวิธีการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด ญาติจะได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว

สรุปแล้ว การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ใช้เวลานาน อาจทำให้ญาติเบื่อหน่ายหรือรำคาญผู้ป่วยได้ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยให้ญาติตระหนักถึงการดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ของผู้ป่วย การจัดให้ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทหลาย ๆ ครอบครัวมาร่วมกลุ่มสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากวิธีหนึ่ง เพราะจะทำให้ญาติมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีกำลังใจที่จะดูแลและร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ความหมายของความรู้ (Knowledge)

บลูม (Bloom, 1971) นักวิชาการศึกษากล่าวถึงความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึง สิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของความรู้นั้น ย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

กู๊ด (Good, 1973) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้หมายถึงข้อเท็จจริงและรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บสะสมไว้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) กล่าวว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งบุคคลเพียงแต่จำได้นึกได้หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน ที่ทำให้จำได้และมักจะเป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง และวิธีการแก้ปัญหา

โดยสรุป ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นได้รับและเก็บสะสมไว้ สามารถจะนำมาเชื่อมโยงจัดระบบทางความคิดของตนเองใหม่ได้ (พินทอง บันใจ, 2535)

เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน การเขียน หรือการมองเห็น จะทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ซึ่งความเข้าใจนี้อาจแสดงออกมาหลาย ๆ ลักษณะ เช่น การพูด การแสดงความคิดเห็น การแสดงข้อสรุป หรือการคาดหวังอะไร จะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ และตามสภาพการณ์จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์ปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของสภาพการณ์นั้น แล้วนำเอาส่วนประกอบนั้นมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด โดยนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมารวมกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ แล้วสร้างแบบแผนการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่มีองค์ประกอบสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทัศนคติของผู้ป่วย การให้ความรู้ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีในเรื่องนั้น แล้วยอมรับในการปฏิบัติตามในเรื่องนั้น ๆ ได้ง่าย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรกและจะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถ หรือทักษะในขั้นต่อไป ไป ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ตนเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520)

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2536) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า " การเรียนรู้ " ว่า เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้ อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนอง อาจเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการมีเหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ปัญหา

กฤษฎา ศักดิ์ศรี (2530) ได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 จำพวกใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์และการประเมินค่า ซึ่งเป็นผลของการเรียนรู้ที่เป็นความสามารถทางด้านความคิดทั้งสิ้น เมื่อบุคคลเรียนรู้ สร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ ๆ ขึ้น ย่อมจะพัฒนาด้านความคิดในสมรรถนะที่สูงขึ้น โดยเกิดความเข้าใจ นำเอาความรู้ไปใช้ ไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ อารมณ์ หรือด้านความรู้สึกหรือด้านจิตใจ (Affective Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ หรือความรู้สึก ได้แก่ การทำให้ผู้เรียนเกิดความรัก (Like) เกิดรสนิยม (Taste) เกิดเจตคติ (Attitude) และ ค่านิยม (Value) หรืออื่นๆในทางเดียวกัน เช่น ความภูมิใจ ความศรัทธา ความซาบซึ้งหรือคุณค่า ฯลฯ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น มิใช่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่อาศัยกล้ามเนื้อและประสาทหรือด้านทักษะและการใช้อวัยวะต่าง ๆ (Psychomotor Domain) เป็นการเรียนรู้ให้เกิดความชำนาญ หรือทักษะในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ เช่น ทักษะในการอ่าน การพูด การเขียน การทำการฝีมือ กีฬา การเล่นดนตรี การฟ้อนรำ การคำนวณ เป็นต้น

วาสนา ขาวหา (2533) สรปกระบวนการ การเรียนการสอนว่าจำเป็นต้องอาศัยสิ่งที่สามารถมองเห็น ได้ยินและสัมผัสได้เป็นสื่อเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น สื่อการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนจดจำสิ่งที่ควรจำได้นานและยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อีกด้วย

กฤษฎา ศักดิ์ศรี (2530) กล่าวว่า การเรียนรู้ มิใช่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกที่เรามองเห็นได้ด้วยตาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ยังรวมไปถึงพฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการทางจิตใจอีกด้วย

วิธีการสอนที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้

1. การสอน

เยาวเรศ ประภานนท์ และคณะ (2536) กล่าวว่า การสอนเป็นวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

บิลลี (Bille, 1983) เชื่อว่าการสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจธรรมชาติลักษณะของคน การสอนโดยถือหลักว่าพยาบาล หรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจ ประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วย จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองเพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า

และศักดิ์ศรีของตนเอง ในผู้ใหญ่อาจสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการสอนผู้ป่วย จึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำในสิ่งที่เพิ่มความรู้สึกผาสุกในชีวิตให้กับตนเองมากกว่าคำนึงถึงสุขภาพ การที่ผู้ป่วยหรือญาติตัดสินใจผิดหรือถูก ขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อซึ่งสะสมมาช้านาน

ศิริพร สิงหนธร (2531) กล่าวว่า การสอนเป็นการจัดสถานการณ์ สภาพการณ์ หรือกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น นอกจากการสอนยังส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเจริญงอกงาม ทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้งความสามารถด้านอื่นๆ ที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้

สุนทรี ภาณุทัต (2524) ได้กล่าวถึงวิธีการสอนผู้ป่วยที่นิยมใช้มี 2 วิธี คือ การสอนเป็นรายบุคคล และการสอนรายกลุ่ม

การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการที่ดีแต่เป็นวิธีที่ต้องเสียเวลามาก และพยาบาลมีงานอื่นที่จำเป็นต้องทำอีกมาก อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมีไม่มากพอ ฉะนั้น จึงมีวิธีการสอนอีกรูปแบบหนึ่งคือ การสอนเป็นกลุ่ม

การสอนเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่ดีให้ผู้เรียนมีความสัมพันธ์กันเป็นกลุ่มเล็ก ๆ เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสนพบปะสนทนากันได้ทั่วถึง เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การเรียนรู้ในสภาพการณ์นี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกรักใคร่และอารมณ์ในทางที่ดีขึ้น

2. การบรรยาย (Lecture)

การบรรยาย หมายถึง การเล่า หรือการบรรยายเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่ผู้ฟัง เป็นการให้เนื้อหาหรือประสบการณ์ทางอ้อมแก่ผู้เรียน ให้ได้แนวคิดในด้านต่าง ๆ ตามความเป็นจริง เป็นลักษณะของการเรียนรู้ที่ได้จากการฟังเป็นส่วนใหญ่ ผู้สอนมีจุดประสงค์จะให้ผู้เรียนได้รับฟังรับรู้ เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ (ผกา สัตยธรรม, 2524)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2536) กล่าวถึงการบรรยายว่ามีประโยชน์เพื่อให้ข้อมูล จูงใจ และเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การบรรยายที่ดีจะต้องมีการเตรียมและจัดการเป็นอย่างดี เสนอข้อมูลอย่างชัดเจน และกระตุ้นความสนใจของผู้ฟัง วิธีการบรรยายนี้จะมีประสิทธิภาพ เมื่อ

1. ผู้บรรยายมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะบรรยาย
2. ผู้ฟังทุกคนต้องการที่จะรับฟังเนื้อหาเรื่องเดียวกันในขณะเดียวกัน
3. กลุ่มผู้ฟังเป็นกลุ่มใหญ่เกินกว่าจะจัดกิจกรรมกลุ่มเล็ก
4. มีเวลาจำกัด
5. มีการแจกเอกสารเพื่อให้ศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการอภิปราย

เพื่อเป็นการติดตามการบรรยาย

ข้อควรระวังในการบรรยาย (วินิจ เกตุชา, ชาญชัย ศรีไสยเพชร, 2522)

1. อย่างใช้เวลานานเกินไปจนผู้เรียนเบื่อก่อนที่จะฟัง ควรกำหนดให้พอเหมาะกับวัยและความสนใจของผู้เรียน
2. ใช้ภาษาและคำพูดง่าย ๆ ให้ผู้เรียนฟังแล้วเข้าใจ
3. เสียงดังฟังชัด มีการเน้นเสียงสูงต่ำเป็นจังหวะ
4. ผู้สอนแสดงท่าทางประกอบการเคลื่อนไหวบ้างพอสมควร อย่าให้มากเกินไป
5. ผู้สอนใช้รูปภาพหรือวัสดุอื่นประกอบคำอธิบาย
6. ต้องเชื่อมั่นว่าเรื่องที่บรรยายเป็นเรื่องที่ถูกต้อง
7. ควรมีการซักถามผู้เรียนบ้างระหว่างบรรยาย เช่น ให้ออกความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นต้น

8. ผู้สอนควรบรรยายหาข้อมูลไปหาข้อสรุปหรือกฎเกณฑ์ จะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาความคิดเป็นอย่างมาก

3. การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม (วินิจ เกตุชา และคมเพชร จัตรสุกุล, 2522)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2532) ได้ให้ความหมายของการอภิปรายกลุ่มว่า คือการที่ บุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ซึ่งมีข้อดีดังนี้

1. ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรงมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้เรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน
2. การที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็น จะทำให้เขาเต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น
3. การอภิปรายกลุ่ม สามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม

4. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้มีปัญหาใดๆ แต่ผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้

การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน (Klin, 1972)

4. การประชุมสัมมนา

สุวดี ปภากจน์ (2525) ให้ความหมายการประชุมคือ การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปมาร่วมนำปัญหาหรือข้อสงสัยมาหารือกัน ร่วมทั้งมีการชี้แจง อภิปราย เสนอแนะ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเป็นไปโดยลำพัง หรือมีผู้อื่นร่วมฟังอยู่ด้วยก็ได้ ทั้งนี้ เพื่อแสวงหาข้อตกลง หรือเพื่อการสื่อสารข้อความ

ฮอลล์ (Hall, 1985) ได้ให้ความหมายของการประชุม คือการชุมนุมกันของบุคคลต่าง ๆ อย่างมีกฎเกณฑ์ มีวัตถุประสงค์ หรือการมาร่วมกันของบุคคลอย่างน้อยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

ระวีวรรณ เสวตมาร (2530) กล่าวว่าการประชุมสัมมนา (Seminar) หมายถึง การที่คณะบุคคลกลุ่มหนึ่งมาร่วมนำปัญหาหรือข้อสงสัยมาหารือกัน เพื่อศึกษา หาความรู้ หรือเพื่อหาแนวทางปฏิบัติ และแนวทางแก้ปัญหาโดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับมอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง ภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะสัมมนา

ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ

การรับรู้เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ กาเย่ (Gagne, 1970) กล่าวว่า ผู้เรียนที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีมีโนทัศน์เรื่องต่างๆอย่างกว้างขวางย่อมมีวิธีการแก้ไขปัญหามากกว่า ได้ดีกว่า นอกจากนั้นผู้เรียนที่มีความพอใจในสิ่งที่รับรู้ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสย่อมเรียนรู้มีโนทัศน์ และหลักการต่างๆ ในเรื่องนั้นได้ง่ายกว่า ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ในสภาพการณ์ใดก็ตาม จากคำกล่าวนี้ทำให้ทราบว่า การรับรู้กับการคิด และการรับรู้กับ (การก่อตัว) เจตคติ มีความสัมพันธ์กัน หรือกล่าวอย่างง่าย ๆ ได้ว่า การรับรู้มีอิทธิพลต่อการคิด และเจตคติในการเรียนรู้

ซิมบาโด และคณะ (Zimbardo, et.al., 1977) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติขึ้นอยู่กับความรู้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ เจตคติก็จะมีเปลี่ยนแปลง และเมื่อเจตคติเกิดการเปลี่ยนแปลง จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ดังนั้นในการที่จะให้บุคคลมีการยอมรับการปฏิบัติสิ่งใดก็ตาม จะต้องพยายามเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ

จากการทบทวนเอกสารและตำราทางวิชาการ พอจะสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำอีก และเป็นโรคเรื้อรังในที่สุด การให้ความรู้กับญาติผู้ป่วยโดยการสอน หรือ การบรรยายเป็นกลุ่ม จะทำให้ญาติเกิดการพัฒนาคำความรู้ หลังจากนั้นจึงให้ความรู้โดยวิธี อภิปรายกลุ่มซึ่ง เป็นการให้ความรู้โดยยึดหลักผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยตรง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จากนั้นญาติผู้ป่วยจึงนำความรู้ ไปใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยมสิริ นาวานรักษ์ (2535) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคคอ และทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน และกลุ่ม เปรียบเทียบ 53 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขภาพและการสาธิตการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ นอก จากนี้ยังได้แจกเอกสารแผ่นพับ แบบบันทึก ปฏิทินการดูแลสุขภาพเด็ก และการกระตุ้นเตือนทาง ไปรษณียบัตร ทำการเก็บรวบรวม 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลัง การจัดโครงการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และอุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้ง การปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และสัดส่วนของการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัยนี้แสดงว่า โครงการสุขภาพมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน โรคกลับซ้ำในเด็กได้ดีขึ้น

วัชนี หัตถพนม และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้ แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ แบบประชุมสัมมนา และ แบบไม่ให้ความรู้ ณ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น ผลการวิจัย ปรากฏว่า

1. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้แบบปกติ มีความรู้แตกต่างจากญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนทัศนคติและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน
2. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้แบบประชุมสัมมนา มีความรู้แตกต่างจากญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนทัศนคติและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน
3. ญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้แบบปกติ มีความรู้แตกต่างจากญาติผู้ป่วยที่ได้รับความรู้แบบประชุมสัมมนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนทัศนคติและการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกัน

พินทอง บันใจ (2535) ได้วิจัยเรื่อง ผลการสอนเรื่องโรคหาลัสซีสี่เมียต่อความรู้และการปฏิบัติของเด็กรวยเรียนโรคหาลัสซีสี่เมียที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ภาพพลิกและแผ่นพับเรื่องโรคหาลัสซีสี่เมีย และวิธีการปฏิบัติตัว เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแผนการสอน เรื่องโรคหาลัสซีสี่เมียและวิธีการปฏิบัติตัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลครอบครัว แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหาลัสซีสี่เมียและวิธีการปฏิบัติตัว แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเด็กรวยเรียนโรคหาลัสซีสี่เมีย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ เรื่องโรคหาลัสซีสี่เมีย และ วิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการสอนทันทีและภายหลังการสอนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนคะแนนการปฏิบัติตัวภายหลังการสอนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อน การสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พรรณี บุญเบ้ง (2535) ได้ทำการศึกษาผลการสอนเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้ และการปฏิบัติตัวของเด็กรวยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหัดเรื้อรังเม็ดเลือดขาวหรือโรคหัดเรื้อรังต่อมน้ำเหลือง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการสอนเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ ทั้งหลังการสอนทันที และหลังการสอน 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการปฏิบัติตัวดีขึ้นภายหลังการสอน 2 สัปดาห์ เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กาไลทิพย์ ระน้อย (2536) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดสับสนหรือนักศึกษาชาย วิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งผู้วิจัยได้นำกลวิธีทางสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง ประกอบการใช้กระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน กลุ่มทดลอง

จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับกิจกรรมใด ๆ จากโปรแกรม จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขภาพทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และมีความคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะได้รับการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ซึ่งเป็นผลให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

ดวงแข อมราพิทักษ์ (2537) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยาย และการอธิบายกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพบริการทางเพศ อาเภอหนึ่งของจังหวัดราชบุรี จำนวน 70 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 คน ได้ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการทางเพศที่ได้รับการสอน โดยการอธิบายกลุ่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
2. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงบริการทางเพศหลังการสอน โดยการอธิบายกลุ่มดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพบริการทางเพศ หลังการสอน โดยการบรรยายดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาสรุได้ว่า ผลการสอนทั้งสองแบบ คือ ทั้งบรรยายและอธิบายกลุ่ม ต่างเป็นวิธีการสอนที่ทำให้หญิงอาชีพบริการทางเพศ มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ที่ถูกต้อง แต่การอธิบายกลุ่มเป็นวิธีการสอนดีกว่าการบรรยาย

สรุปจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้ความรู้โดยการสอน การบรรยาย และการอธิบายกลุ่มในเรื่องของสุขภาพ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ทางด้านความคิด ความรู้ เจตคติ และด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรักษาศูนย์โรคจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ ให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด การจัดประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วย โรคจิตเภทเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะทำให้อาตมามีโอกาสได้รับความรู้ ร่วมกลุ่มสนทนา แลก

เปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ต่าง ๆ และได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ
จะทำการศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา โดยเฉพาะกลุ่มญาติ
ผู้ป่วยที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการว่า มีผลต่อความรู้ และ
การปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยอย่างไร

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ควบกระบวนการ และเพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุม สัมมนา ควบกระบวนการและไม่ควบกระบวนการ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study) ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติที่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีผู้ป่วย อยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2537 - 15 มีนาคม 2537 ไม่จำกัดเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือจำนวน ครั้งที่เข้ารับการรักษา โดยนัดญาติผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนเพื่อเข้าร่วมประชุมสัมมนาให้มากที่สุด ในวันที่ 22 มีนาคม 2537 ได้นัดญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 109 คน มาร่วมประชุม 49 คน คิดเป็นร้อยละ 44.95

ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมประชุมสัมมนา วันที่ 22 มีนาคม 2537 จำนวน 63 คน (ผู้ป่วย 1 คน มีญาติใกล้ชิดดูแลได้มากกว่า 1 คน) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ
 - 1.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมประชุมสัมมนา ควบกระบวนการ จำนวน 30 คน
 - 1.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมประชุม สัมมนาแต่ไม่ควบกระบวนการ จำนวน 33 คน
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีญาติเข้าร่วมประชุมสัมมนา ในวันที่ 22 มีนาคม 2537 จำนวน 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชนิด คือ

1. แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (ภาคผนวก) ซึ่ง ประกอบด้วย การบรรยายความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านโดย จิตแพทย์ และแบ่งกลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และแนวทาง แก้ไขร่วมกัน การแบ่งกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มญาติผู้ป่วยเก่าและใหม่คละกันไป กลุ่มละ 8 - 10 คน

โดยแต่ละกลุ่มจะมีวิทยากรประจำกลุ่ม ๆ ละ 1-2 คน เพื่อดำเนินการประชุมกลุ่มย่อยจนเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม วิทยากรประจำกลุ่มได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เกษีกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้พหุทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 คน ซึ่งประกอบไปด้วยจิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ตึกชงโคบน จำนวน 10 คน คนเพื่อดูความเหมาะสมของภาษา ก่อนนำไปใช้จริง แบบสัมภาษณ์ความรู้ประกอบไปด้วย 2 หมวด คือ

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย ประกอบไปด้วย ชื่อ นามสกุลของญาติ และผู้ป่วย ที่อยู่อาศัย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

หมวดที่ 2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบที่ถูกต้องและผิด ถ้าตอบถูกต้อง 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมในหมวดนี้เท่ากับ 10 คะแนน

3. แบบติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมสัมมนา สัมนา 6 เดือน) แบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบไปด้วยชื่อ นามสกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา

หมวดที่ 2 การติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือน ประกอบไปด้วยจำนวนครั้งของการมาติดต่อขอรับยา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

หมวดที่ 3 การติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย หลังการประชุมสัมมนา 6 เดือน ประกอบไปด้วยจำนวนครั้งของการมาติดต่อขอรับยา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาในวันที่ 22 มีนาคม 2537 ณ ห้องประชุม 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่เข้าประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าประชุมสัมมนา 1 ครั้ง (Pre-test) และหลังการประชุมสัมมนาอีก 1 ครั้ง (Post-test)

1.2 กลุ่มที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ญาติมาเข้าร่วมประชุมใกล้สิ้นสุดการประชุมหรือการประชุมค่าเงินไปมากแล้ว ผู้วิจัยต้องการให้ญาติได้รับความรู้ให้มากที่สุด จึงไม่ได้ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ของญาติผู้ป่วยก่อนเข้าประชุมสัมมนา เนื่องจากต้องใช้เวลามาก สำหรับข้อมูลในเรื่องความรู้ภายหลังประชุมสัมมนาก็ไม่ได้เก็บข้อมูลเช่นกัน ทั้งนี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลความรู้ก่อนเข้าประชุมสัมมนาเป็นตัวเปรียบเทียบหาความรู้ที่เพิ่มขึ้น

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก (O.P.D Card) ใช้แบบติดตามการดูแลรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมาติดต่อขอรับยา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ก่อนเข้าร่วมประชุมสัมมนา 6 เดือน และหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ครบถ้วนและสมบูรณ์ ผู้วิจัยแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC ใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. ความรู้ของญาติผู้ป่วย ใช้วิธีแจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐานเลขคณิต ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้สถิติ T-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้
4. จำนวนครั้งของการมารับยาและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ใช้วิธีการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
5. ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติกับการมาเข้าร่วมประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi - square test)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 3 หมวดดังนี้ คือ

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนา โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จังหวัดที่อยู่อาศัย

หมวดที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ญาติเข้าประชุมสัมมนาโดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

หมวดที่ 3 ผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าประชุมสัมมนา

หมวดที่ 4 เปรียบเทียบการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือญาติผู้ป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนา

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนา จำแนกตาม เพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป	ครบกระบวนการ	ไม่ครบกระบวนการ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	22 (73.33)	20 (60.61)
หญิง	8 (26.67)	13 (39.39)
อายุ		
น้อยกว่า 21 ปี	-	2 (6.06)
21 - 30 ปี	2 (6.67)	2 (6.06)
31 - 40 ปี	7 (23.33)	8 (24.24)
41 - 50 ปี	12 (40)	7 (21.22)
51 - 60 ปี	7 (23.33)	8 (24.24)
มากกว่า 60 ปี	2 (6.67)	6 (18.18)
รวม	30 (100)	33 (100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการส่วนใหญ่ เป็นชายร้อยละ 73.33 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 40 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และ 51-60 ปี มีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 23.33

ส่วนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 60.61 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และ 51-60 ปี จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 24.24 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 21.22

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนา จำแนกตามสถานภาพสมรสและระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ครอบครัวครบการ		ไม่ครอบครัวครบการ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
สถานภาพสมรส				
โสด	2	(6.67)	2	(6.06)
คู่	25	(83.33)	27	(81.82)
หม้าย หย่าร้าง	3	(10)	4	(12.12)
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	-		-	
ประถมศึกษา	22	(73.33)	27	(81.82)
มัธยมศึกษา	3	(10)	6	(18.18)
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	2	(6.67)	-	
ปริญญาตรี	3	(10)	-	
รวม	30	(100)	33	(100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครอบครัวครบการส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.33 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเท่ากับปริญญาตรี คือ ร้อยละ 10

ส่วนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครอบครัวครบการส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.82 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 18.18

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนา จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับ	ครอบครัววนการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ครอบครัววนการ จำนวน (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	18 (60)	15 (45.46)
พี่/น้อง	5 (16.67)	8 (24.24)
สามี/ภรรยา	3 (10)	3 (9.09)
อื่น ๆ	4 (13.33)	7 (21.21)
รวม	30 (100)	33 (100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครอบครัววนการ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดาร้อยละ 60 รองลงมาเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 16.67

ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครอบครัววนการ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา ร้อยละ 45.46 รองลงมาเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 24.24

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ จำแนกตามจังหวัดที่อยู่อาศัย

จังหวัด	ครบกระบวนการ		ไม่ครบกระบวนการ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	14	(46.67)	9	(27.28)
กาฬสินธุ์	7	(23.33)	5	(15.15)
หนองบัวลำภู	–		2	(6.06)
หนองคาย	2	(6.67)	4	(12.12)
สกลนคร	–		2	(6.06)
เลย	1	(3.33)	1	(3.03)
อุดรธานี	5	(16.67)	4	(12.12)
อื่น ๆ	1	(3.33)	6	(18.18)
รวม	30	(100)	33	(100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาจนครบกระบวนการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 46.67 รองลงมาเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 23.33 น้อยที่สุด อยู่ในจังหวัดเลย และอื่น ๆ (มหาสารคาม) มีจำนวนเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 3.33

ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาแต่ไม่ครบกระบวนการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 27.28 รองลงมาเป็นจังหวัดอื่นๆหมายถึงจังหวัดนอกเขต 6 ได้แก่ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด เพชรบูรณ์ ร้อยละ 18.18 น้อยที่สุดอาศัยอยู่ในจังหวัดเลย ร้อยละ 3.03

ตารางที่ 5 ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติกับการมาเข้าร่วมประชุม
สัมมนาครอบครัวและการและไม่ครอบครัว

จังหวัด	ครอบครัว (จำนวนคน)	ไม่ครอบครัว (จำนวนคน)	X ²	P-value
ขอนแก่น	14	9	1.78	>.05
จังหวัดรอบนอก ขอนแก่น	16	24		

$$X^2 \quad .05 \quad (df = 1) = 3.84$$

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาอาศัยอยู่ในจังหวัด
ขอนแก่น และจังหวัดรอบนอกมีโอกาสเข้าร่วมประชุมสัมมนาครอบครัวและการและไม่ครอบครัว
เท่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมวดที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ญาติเข้าประชุมสัมมนา

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	57.14
หญิง	21	42.86
อายุ		
น้อยกว่า 21 ปี	6	12.24
21 - 30 ปี	24	48.99
31 - 40 ปี	12	24.49
41 - 50 ปี	4	8.16
51 - 60 ปี	1	2.04
มากกว่า 60 ปี	2	4.08
สถานภาพสมรส		
โสด	30	61.23
คู่	14	28.57
หม้าย หย่าร้าง	5	10.20
รวม	49	100.00

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.14 เพศหญิง ร้อยละ 42.86 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 48.99 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 24.49 น้อยที่สุดมีอายุ อยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 2.04 สำหรับสถานภาพสมรสของผู้ป่วย ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 61.23 รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 28.57 น้อยที่สุดคือ หม้าย หย่าร้าง ร้อยละ 10.20

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามระดับการศึกษา และอาชีพ

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	35	71.43
มัธยมศึกษา	7	14.29
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	6	12.24
ปริญญาตรี	1	2.04
อาชีพ		
ทำนา/ทำไร่	34	69.39
รับจ้าง	9	18.37
งานบ้าน	2	4.08
ค้าขาย	2	4.08
นักเรียน/นักศึกษา	2	4.08
รวม	49	100.00

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีก ะเลิษาาระดับประถม - ศึกษา ร้อยละ 71.43 รองลงมาจบการ ศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 14.29 น้อยที่สุดจบการศึกษา ระดั มปริญญาตรีร้อยละ 2.04 สำหรับ อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่า มีอาชีพ ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 69.39 รองลงมา มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 18.37 น้อยที่สุดมีอาชีพงานบ้าน ค้าขาย และนักเรียน/ นักศึกษา มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 4.08

หมวดที่ 3 ผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังเข้าประชุมสัมมนา

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการประชุมสัมมนาด้วย t - test (เฉพาะญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ)

ความรู้	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนประชุมสัมมนา	30	7.2	2.14	2.756	< .05
หลังประชุมสัมมนา	30	8.33	1.81		

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ มีความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าก่อนเข้าประชุมสัมมนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หนึ่งสำหรับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการจำนวน 33 คน ไม่ได้ทำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

หมวดที่ 4 เปรียบเทียบการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติมาติดต่อขอรับยาจากโรงพยาบาลก่อน และหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน

จำนวนครั้งที่มารับยา	ครบกระบวนการ				ไม่ครบกระบวนการ			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
1-2 ครั้ง	10	(41.67)	-	-	7	(28)	10	(40)
3-4 ครั้ง	5	(20.83)	2	(8.33)	4	(16)	-	-
5-6 ครั้ง	7	(29.17)	22	(91.67)	4	(16)	5	(20)
เป็นผู้ป่วยใหม่	2	(8.33)	-	-	10	(40)	-	-
ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก	-	-	-	-	-	-	10	(40)
รวม	24	(100)	24	(100)	25	(100)	25	(100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ ส่วนใหญ่ก่อนประชุม 6 เดือน ผู้ป่วยหรือญาติมารับยา 1-2 ครั้ง ร้อยละ 41.67 รองลงมามารับยา 5-6 ครั้ง ร้อยละ 29.17 มารับยา 3-4 ครั้ง ร้อยละ 20.83 และร้อยละ 8.33 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรกจึงไม่มีประวัติการรักษาก่อน 6 เดือนก่อนการประชุมสัมมนา และเมื่อติดตามผลการมารับยา 6 เดือนหลังการประชุมสัมมนาของกลุ่มญาติที่เข้าประชุมครบกระบวนการพบว่าส่วนใหญ่ มารับยา 5-6 ครั้ง ร้อยละ 91.67 น้อยที่สุดมารับยา 3-4 ครั้ง ร้อยละ 8.33

จากการศึกษาญาติที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ เมื่อติดตามผลการมารับยาของผู้ป่วย 6 เดือนก่อนมีการประชุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรก ร้อยละ 40 จึงไม่มีประวัติ ย้อนหลังเกี่ยวกับการมารับยารองลงมามารับยาเพียง 1-2 ครั้ง ร้อยละ 28 มารับยา 3-4 ครั้ง และ 5-6 ครั้ง มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 16 และเมื่อติดตามผลการมารับยา 6 เดือนหลังจากการประชุมสัมมนาของญาติที่เข้าประชุมไม่ครบกระบวนการพบว่า ส่วนใหญ่มารับยา 1-2 ครั้ง ร้อยละ 40 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันกับผู้ที่ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีกมีจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 เช่นกัน จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลนั้นพบว่า เป็นผู้ป่วยใหม่มาอยู่รักษาเป็นครั้งแรกทั้งหมด น้อยที่สุดร้อยละ 20 มารับยา 5-6 ครั้ง

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละของจำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ก่อนและหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน จำแนกตามญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการ

จำนวนครั้งที่เข้ารับการ รักษาเป็นผู้ป่วยใน	ครบกระบวนการ				ไม่ครบกระบวนการ			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1 ครั้ง	2	(8.33)	2	(8.33)	10	(40)	10	(40)
2 ครั้ง	22	(91.67)	-		15	(60)	-	
เป็นผู้ป่วยนอก (O.P.D.)	-		22	(91.67)	-		5	(20)
ไม่มาติดต่อกับ โรงพยาบาลอีก	-		-		-		10	(40)
รวม	24	(100)	24	(100)	25	(100)	25	(100)

จากตาราง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการก่อนประชุมสัมมนา 6 เดือน เข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยใน 1 ครั้ง ร้อยละ 8.33 และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 2 ครั้ง ร้อยละ 91.67 เมื่อติดตามผลการรักษาหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน พบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ ส่วนใหญ่มาติดต่อขอรับยาแบบผู้ป่วยนอก (O.P.D) ร้อยละ 91.67 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 8.33

ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ ก่อนประชุมสัมมนา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 1 ครั้ง ร้อยละ 40 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ร้อยละ 60 เมื่อติดตามผลการรักษาหลังประชุมสัมมนา 6 เดือน พบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาย้ำในโรงพยาบาล 1 ครั้ง และไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีกมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 40 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มาขอรับยาแบบผู้ป่วยนอก (O.P.D) ร้อยละ 20

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาลักษณะการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และ เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน จำนวน 63 คน และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีญาติเข้าประชุมสัมมนา ในวันที่ 22 มีนาคม 2537 จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 หมวดคือ ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท และความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านจำนวน 10 ข้อ ซึ่งใช้ทดสอบความรู้ก่อนการประชุมสัมมนาและหลังเสร็จสิ้นการประชุมสัมมนาทันที
3. แบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมสัมมนา 6 เดือน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งของการมาติดต่อขอรับยา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย จำนวนครั้งของการรับยา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
2. ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่ามัธยฐานเลขคณิต ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในหมวดความรู้ของญาติผู้ป่วย
3. ใช้สถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้
4. ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติกับการมาเข้าร่วมประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตเภท
จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ เป็นเพศชาย

มากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่า มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี เป็นส่วนใหญ่ รองลงมามีอายุระหว่าง 31-40 ปีและ 51-60 ปี มีจำนวนเท่าๆกัน ส่วนญาติที่เข้าประชุมไม่ครบกระบวนการเป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า มีอายุมากที่สุดอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และ 51-60 ปี มีจำนวนเท่า ๆ กัน รองลงมามีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมาก ระดับการศึกษาจบประถมศึกษามากที่สุด เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างญาติและผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมครบกระบวนการมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนมากเป็นบิดาหรือมารดา รองลงมา เป็นพี่หรือน้อง เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการส่วนมากเป็นบิดาหรือมารดาและรองลงมา เป็นพี่หรือน้อง

เมื่อศึกษาถึงจังหวัดที่อยู่อาศัยพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการอยู่ในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ ส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดขอนแก่นและรองลงมาคือจังหวัดอื่นๆ นอกเขต 6 ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด และเพชรบูรณ์

เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติกับการเข้าร่วมประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า จังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมาเข้าร่วมประชุมครบกระบวนการหรือไม่ครบกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีอาชีพทำนา ทำไร่ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการประชุมสัมมนา

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าประชุมสัมมนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จากตารางที่ 8)

3. เปรียบเทียบการรักษาอย่างต่อเนื่อง ของกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการและไม่ครบกระบวนการ

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการก่อนประชุมสัมมนา 6 เดือน ญาติหรือผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 29.17 หลังการประชุมสัมมนา 6 เดือน มารับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.67 (จากตารางที่ 9)

ส่วนญาติที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ พบว่า ก่อนประชุมสัมมนา 6 เดือน ญาติหรือผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 16 หลังประชุมสัมมนา 6 เดือน มารับยาต่อ

เนื่องเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือ ร้อยละ 20 และไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก ร้อยละ 40 (จากตารางที่ 9)

4. เปรียบเทียบจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างกลุ่มญาติที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการ

จากการศึกษา พบว่า ก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือน ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.67 หลังประชุมสัมมนา 6 เดือน ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่รับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 91.67 (จากตารางที่ 10)

ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการก่อนประชุมสัมมนา 6 เดือน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 60 หลังประชุมสัมมนา 6 เดือน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง เท่ากับผู้ป่วยที่ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก คือ ร้อยละ 40 (จากตารางที่ 10)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นเพศชายจะมีอาการอะอะอาละวาด ก้าวร้าว หรือทำร้ายร่างกายตนเอง และผู้อื่น รุนแรงมากกว่าเพศหญิง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยหรือพาผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จึงต้องใช้เพศชายจึงจะสามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ ในเรื่องสถานภาพสมรสพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดาหรือมารดา ส่วนเรื่องอายุของญาติผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการมีอายุระหว่าง 41 - 50 มากที่สุด ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการมีอายุระหว่าง 31-40 และ 51 - 60 ปี มากที่สุด

เมื่อพิจารณาจังหวัดที่อยู่อาศัยพบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการอยู่ในจังหวัดขอนแก่น และกาฬสินธุ์ มากที่สุด ซึ่งเป็นระยะทางที่ใกล้กับสถานที่จัดประชุมสัมมนา ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการอยู่ในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด รองลงมาเป็นจังหวัดนอเขต 6 ได้แก่ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด เพชรบูรณ์ และได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของจังหวัดที่อยู่อาศัยของญาติผู้ป่วยกับการมาประชุมครบหรือไม่ครบกระบวนการ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($P > .05$)

เรื่องการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ มีความรู้เพิ่มขึ้นจริง โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ผลการสอนเรื่องโรคอัลไซเมอร์ต่อความรู้ และวิธีการปฏิบัติตัวของเด็กวัยเรียนโรคอัลไซเมอร์ พบว่าจะแนความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการสอนทันทีและภายหลังการสอน 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทำการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (พินทอง บันใจ, 2535) และคงที่ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ และแบบประชุมสัมมนาพบว่า กลุ่มญาติที่ได้รับความรู้แบบปกติและแบบประชุมสัมมนา มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการ ไม่สามารถเปรียบเทียบความรู้ที่เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนนี้

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นชาย อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ ทานา ทำไร่ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะพบในชนชั้นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (วิวัฒน์ ยถาภรณ์ และคณะ, 2536) ซึ่งเป็นข้อเสียเปรียบของคนจน ทำให้เกิดความไม่เอียงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่า (สุวทนา อารีพรค, 2524) และ อายุที่เริ่มเป็นในผู้ชายประมาณ 15-25 ปี ในขณะที่ผู้หญิงเริ่มเป็นเมื่ออายุ 25-30 ปี (ศักดา กาญจนวิโรจน์กุล, 2537) ดังนั้น ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติส่วนใหญ่จึงเป็นบิดา หรือมารดา ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวในสายตรง ซึ่งเป็นไปตามลักษณะขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่คนใดคนหนึ่งครอบครัวเจ็บป่วยญาติที่ใกล้ชิดที่สุดจะต้องเป็นผู้ดูแลอีกฝ่ายหนึ่งเมื่อไม่มีลูกก็จะทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่จะเป็นผู้ดูแล (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2535)

เมื่อศึกษาถึงการมารับยาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยได้จากการมารับยาอย่างต่อเนื่องของญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งตรงกับการวิจัยของพรณี บุญเบ้ง (2535) พบว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มีการปฏิบัติตัวดีขึ้น ภายหลังการสอนสองสัปดาห์ เรื่องการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจำเรียง กุระมสุวรรณ (2535) กล่าวว่า การเข้าร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความนึกคิด ทักษะคิด และการปฏิบัติในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยาย และการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรม การป้องกัน-การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการทางเพศ พบว่า พฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงอาชีพบริการทางเพศที่ได้รับการสอนโดยอภิปรายกลุ่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดวงแข อมราพิทักษ์, 2537) ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนา

ไม่ครบกระบวนการจำนวนครั้งของการมารับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับฟังการสอนตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้น ความรู้ที่ได้รับจึงไม่ครบถ้วนตามแผนการสอนที่กำหนด

เมื่อพิจารณาถึงการเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วย สำหรับกลุ่มญาติที่เข้าประชุมสัมมนาครบกระบวนการพบว่า ก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในจำนวน 2 ครั้ง มากที่สุด หลังประชุมสัมมนา 6 เดือน ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจำนวนน้อยมาก ซึ่งส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วยจะมารับยาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของโครงการสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคคอตีบ และ ทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กดัดขึ้น ภายหลังได้รับการสอนสุขภาพและการสาธารณสุขเพื่อลดไข้ (ยมศิริ นาวานรักษ์, 2535) และตรงกับการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ภายหลังการให้คำแนะนำ กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติตามคำแนะนำดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมสัมมนาไม่ครบกระบวนการก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2 ครั้ง มากที่สุด หลังจากประชุมสัมมนา 6 เดือน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง เป็นจำนวนเท่ากับไม่มาติดต่อโรงพยาบาลอีก ซึ่งสัมพันธ์กับการวิจัยของ วัชณี หัตถพนมและคณะ (2535) พบว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากญาติและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ฉะนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่บ้านจึงขาดยา และดื่มน้ำ บอัสเทลแมน และคณะ (Bostelman-S; et al, 1994) ได้ศึกษานำร่องเกี่ยวกับโครงการสุขภาพจิตชุมชน พบว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยทางจิต มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ

1. การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามกำหนด
2. การไม่ให้ความร่วมมือกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาภายหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล

ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญในช่วงที่บุคคลเจ็บป่วย บุคคลจะหันหน้าเข้าพึ่งครอบครัวเป็นอันดับแรก เพื่อให้ครอบครัวสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย และ อารมณ์ งานวิจัยหลายเรื่องพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวได้ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ครอบครัวจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความพร้อมที่จะทำ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2536)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดให้มีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือโรคอื่น ๆบ้าง เป็นครั้งคราว เช่น การประชุมสัมมนา เพราะจะได้ญาติจำนวนมาก ญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้มีกำลังใจ ลดความเครียด เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ มีแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ช่วยลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.2 การจัดประชุมสัมมนา อาจแบ่งเป็นจังหวัด หรือมีวิธีการใดที่จะทำให้ญาติมาประชุมจนครบกระบวนการ เพราะถ้ามาไม่ครบกระบวนการ จะทำให้การจัดประชุมสัมมนาไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือญาติ สังเกตได้จากกลุ่มญาติที่มาไม่ครบกระบวนการไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก ภายหลังจากเสร็จสิ้นการประชุมสัมมนา

1.3 ในกรณีที่ญาติมาไม่ทันฟังการบรรยาย ตั้งแต่เริ่มต้น ควรจัดญาติกลุ่มนี้ให้ได้รับความรู้ตามแผนการสอนที่เตรียมไว้ โดยวิธีการให้ความรู้เสริมในส่วนที่ขาดไป ภายหลังการจบการอภิปรายกลุ่มย่อย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาถึงสาเหตุที่ญาติไม่มาประชุมสัมมนาตามวันนัด (จากการนัดญาติที่ดูแลผู้ป่วย 109 คน มาประชุมเพียง 49 คน)

2.2 การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุมสัมมนาของกลุ่มญาติที่เข้าประชุมไม่ครบกระบวนการด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการให้ความรู้ระหว่างกลุ่มญาติที่เข้าประชุมครบกระบวนการ และไม่ครบกระบวนการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่เข้าประชุมไม่ครบกระบวนการ

2.4 ควรทำการวิจัยในเรื่องผู้ป่วยใหม่ร้อยละ 40 ที่ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ศักดิ์ศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิยมวิทยา, 2530.
- เกษม ต้นติผลาชีวะและคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- กาไลทิพย์ ระน้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพหรือนักศึกษาชาย วิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จิตเวชขอนแก่น โรงพยาบาล. รายงานประจำปี ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ขอนแก่น, 2537.
- จินตนา ยูนิพันธ์. การสอนสุขภาพอนามัยกลุ่มใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอน สุขภาพอนามัยหน่วยที่ 9-15. หน้า 379-418. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.
- จาเรียง กุระสุวรรณ. สังคมวิทยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช, 2527.
- ฉวีวรรณ สุตะบุตร. การพยาบาลจิตเวชพื้นฐาน. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา, 2527.
- ชะอุทธิ์ พงษ์อนันต์. การช่วยเหลือนผู้ป่วยโรคจิตเภท. ว.กรรมการแพทย์ 2531:3:99-105.
- ดวงแข อมราพิทักษ์. เปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อของหญิงอาชีพบริการพิเศษ. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- บุญวดี เพ็ชรรัตน์และพิไลรัตน์ ทองอุไร. การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย ทางจิต. วิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2532.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2536.
- ปรารธนา บริจันทร์ และคณะ. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติ ผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิจัย. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2536.
- พกา สัตยธรรม. เทคนิคการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2524.
- ฝน แสงสิงแก้ว. รายงานการประชุมวิชาการ กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา), 2517.
- พรณี บุญเป็ง. ผลการสอนเรื่องการป้องกันการติดเชื้อต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของเด็ก วัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมาเรียมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือโรคมาเรียมะเร็งต่อมน้ำเหลือง. วิทยานิพนธ์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.

- พินทอง ปิ่นใจ. ผลการสอนเรื่องโรคธาลัสซีเมียต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของเด็กวัยเรียน
โรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- ยมศิริ นาวานุรักษ์. ประสิทธิภาพของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมมารดาในการป้องกัน
การกลับซ้ำของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในวัยเด็ก. วิทยานิพนธ์.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- เยาวเรศ ประภาษานนท์และคณะ. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้สื่อประสมและการสอนปกติ. วิจัย.
กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก, 2537.
- ระวีวรรณ เสวตมาร. การประชุมที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายใจ, 2530.
- วัชนี หัตถพนมและคณะ. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น. วิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529.
- วัชนี หัตถพนมและคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ
และแบบประชุมสัมมนา. วิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2535.
- วาสนา ชาวหา. สื่อการเรียนการสอน. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2531.
- วินิจ เกตุชา และคมเพชร จัตรสุภกุล. กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ :
พระพิมพ์นา, 2522.
- วิภาส พงศ์เที่ยงธรรม. The Vermont longitudinal study of person with
severe mental illness. ว. กรมการแพทย์ 2531:2:75.
- วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ. จิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์
ออฟเซ็ท, 2536.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจและกฤตยา แสงวงเจริญ. ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ
และการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น. วิจัย. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
2535.
- ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล. การรักษาผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น, 2537.
- ศิริพร สิงหนธร. หลักการสอนผู้ป่วย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2531.
- สุนทร ภาณุทัตและคณะ. ผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล. วิจัย.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี,
2524.

- สุวัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ:อักษรไทย, 2520.
- สุดดี ประภาพจน์. **เทคนิคการประชุม**. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์, 2526.
(เอกสารอัดสำเนา)
- สุวัฒนา อารีพรต. **ความผิดปกติทางจิต**. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สำนักงานอนามัยแห่งประเทศไทย. **ปฏิทินสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์, 2537.
- อรรณพ ประสาทสุวรรณ. **ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ**. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- อรุณ ภาคสุวรรณ. **Schizophrenia Return Home**. รายงานการประชุมวิชาการ. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2523.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 3rd ed.** Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- Ann F. Baker. Living with a chronically ill Schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit: how families cope. **Journal of Psychosocial Nursing**. 27 (1) : 31 - 35. 1989.
- Bloom, B.S. **Toxonomy of educational objective: The classification of education goal by committee of college and university examiner**. New York : long Mass Green, 1973.
- Bostelman-s; at al. **Public-Health-Rep**. 1994: Mar-Apr; 109 (2): 153-7.

ภาคผนวก

1. โครงการ การประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. แผนการสอนตามโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เนื้อหาที่ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. แบบติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
6. ประวัติผู้ป่วย

โครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื่อง " การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน "

1. ชื่อโครงการ โครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน"

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ กลุ่มงานจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โทร. 225103-5

3. ผู้รับผิดชอบดำเนินงาน	นพ. วิวัฒน์	ยถาภูษานนท์	ผู้อำนวยการอบรม
	นพ. ชวณัท	ชาญศิลป์	รองผู้อำนวยการอบรม
	นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	รองผู้อำนวยการอบรม
	นางละอียด	ปัญญาใหญ่	ผู้ประสานงาน
	นางสาวจรรย์	อิงสำราญ	ผู้ประสานงาน
	นางสาวบงอร	ศรีเนตรพัฒน	ผู้ประสานงาน
	นางวรางรัตน์	ทะมั่งกลาง	ผู้ประสานงาน
	นางธีราพร	มณีนารถ	ผู้ประสานงาน
	นางสาวเพ็ญจิต	เลียวลิจิต	ผู้ประสานงาน
	นางวิชนี	หัตถพนม	ผู้ประสานงาน
	นางสิริภค	สุขเสริม	ผู้ประสานงาน
	นางสวดี	ศรีวิเศษ	ผู้ประสานงาน
	นางวารุณี	ตั้งเสรี	ผู้ประสานงาน

4. บทนำ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เคยจัดโครงการประชุมสัมมนาญาติผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่อง "การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคลมชักที่บ้าน" ในปีงบประมาณ 2533 ผลการดำเนินงานพบว่าการแบ่งกลุ่มย่อยจำนวนสมาชิกในกลุ่มมีมากเกินไป ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่กล้าเสนอความคิดเห็นหรือกล่าวถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหาและแนวทางแก้ไข จึงทำให้การวัดผลในเรื่องความรู้และการปฏิบัติตลอดจนการมารับยาอย่างต่อเนื่อง (จากการติดตามผล 6 เดือน) ไม่ได้ผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ในรูปแบบการประชุมสัมมนา ยังมีข้อดีในแง่ของการให้ความรู้แก่ญาติจำนวนมากในช่วงเวลาไม่มากนัก การจัดประชุมสัมมนาครั้งนี้จึงนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานครั้งที่ผ่านมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับลักษณะของญาติผู้ป่วยและการกระตุ้นญาติให้มีส่วนร่วมในการประชุมสัมมนาอย่างเหมาะสมต่อไป

5. หลักการและเหตุผล

โรคจิตหลายโรคเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทั้งการใช้ยาและการดูแลรักษาทางด้านสังคมและจิตใจควบคู่กันไป ปัจจุบันพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีอาการกำเริบซ้ำ จำต้องเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ่อย ๆ เนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างเหมาะสม ตลอดจนความรู้สึกที่ถ้อย หวาดกลัวและเบื่อหน่ายต่อการรักษาของผู้ป่วย หรือการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของญาติต่อผู้ป่วย ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นอีก ดังนั้นเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคจิตได้ผลดียิ่งขึ้นลดอัตราการกำเริบของโรค และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งลดภาวะเครียดของญาติ อันเนื่องมาจากการไม่เข้าใจถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแก่ญาติ ตลอดจนหาทางประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างญาติและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

6. วัตถุประสงค์

- 6.1 เพื่อให้ญาติผู้ป่วยทราบถึง การดำเนินโรค และแนวทางการรักษา
- 6.2 เพื่อให้ญาติผู้ป่วยทราบถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

7. เป้าหมาย

ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 30 คน จัดอบรมจำนวน 1 รุ่น

8. ระยะเวลา

ใช้เวลาในการอบรม 1 วัน คือ วันอังคารที่ 22 มีนาคม 2537

9. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

- 9.1 เป็นญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน
- 9.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำต้องเข้ารับการรักษากลับในโรงพยาบาลบ่อย ๆ

10. จำนวนผู้เข้ารับการอบรม

จำนวน 80 คน

11. วิธีการอบรม

- 11.1 การบรรยายจำนวน 1 ชั่วโมง
- 11.2 แบ่งกลุ่มญาติผู้ป่วยเป็น group discussion (การแบ่งกลุ่มสัมมนา) จำนวน 12 กลุ่ม ละคร 6-7 คน โดยแต่ละกลุ่มมีวิทยากรกลุ่มอย่างน้อย กลุ่มละ 1 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร

12. การวัดผลและการประเมินผล

- 12.1 ทดสอบความรู้ก่อนการอบรม (Pre-test)
- 12.2 สังเกตความสนใจขณะอบรมและการมีส่วนร่วมของญาติขณะแบ่งกลุ่มสัมมนา
- 12.3 ทดสอบความรู้หลังการอบรม (Post-test)
- 12.4 ติดตามผลการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยหรือญาติรวมทั้งการกลับมา รักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยใน ภายหลังการอบรมไปแล้ว 6 เดือน เปรียบเทียบกับก่อนมารับการอบรม
- 12.5 ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประเมินผลการดำเนินงานทั้งโครงการทุกขั้นตอน เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและร่วมมือหาแนวทางแก้ไข เพื่อนำสู่การปรับปรุงในการดำเนินโครงการครั้งต่อไป

13. งบประมาณ

ใช้เงินงบประมาณปี พ.ศ. 2537 ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	
- ค่าวัสดุอุปกรณ์ เช่น แผ่นใส ปากกา กระดาษ หมึกโรเนียว แฟ้ม	3,000 บาท
- ค่าดอกไม้ธูปเทียน	200 บาท
- อาหารว่างสำหรับผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากร	2,500 บาท
จำนวน 100 คน ละคร 25 บาท	
- फिल्मส์โกดักพร้อมถ่านแฟลช	100 บาท
- ค่าล้างและอัดรูป	150 บาท
รวม	5,950 บาท

14. รายชื่อวิทยากร

นพ. ชวนันท์	ชาญศิลป์	นายแพทย์ 6	ผู้บรรยาย
นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	วิทยากรกลุ่ม
นางสาวจรรย์	อิงสำราญ	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางสาวบังอร	ศรีเนตรพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม

นางธีราพร	มณีนารถ	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางวรารัตน์	ทะมั่งกลาง	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางสาวเพ็ญจิต	เลี้ยวลิขิต	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางวัชณี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางสิริภัก	สุขเสริม	พยาบาลวิชาชีพ 6	วิทยากรกลุ่ม
นางวารุณี	ตั้งเสรี	พยาบาลวิชาชีพ 5	วิทยากรกลุ่ม
นางสุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 5	วิทยากรกลุ่ม
นายพงษ์ศักดิ์	สมใจ	เภสัชกร 6	วิทยากรกลุ่ม
นายธนิศ	โคตรมะ	นักสังคมสงเคราะห์ 6	วิทยากรกลุ่ม
นายคมชาย	สุขยิ่ง	นักจิตวิทยา 5	วิทยากรกลุ่ม
นางดารณี	กำจาย	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 4	วิทยากรกลุ่ม

15. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การดำเนินโรค แนวทางการรักษา รวมทั้งเข้าใจในพฤติกรรม การสังเกตอาการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมขณะอยู่ที่บ้าน
2. ลดภาวะเครียดของญาติผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
3. ลดความถี่ของการเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย
4. ช่วยให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างญาติและโรงพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. ลดการสูญเสียในด้านเศรษฐกิจของญาติในการนำผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ

แผนการสอนเรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์
- โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน	- เพื่อให้ญาติทราบถึงเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน	-บรรยาย 45 นาที -ซักถาม 15 นาที	- แผ่นใส - วิทยากร (นพ.ชวรัตน์ ชาญศิลป์)
- แบ่งกลุ่มย่อย	- เพื่อให้ญาติแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ประสพการณ์ ปัญหา และอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วย และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน	1 ชั่วโมง	- วิทยากรประจำกลุ่ม กลุ่มละ 1-2 คน
- ประเมินผลการจัดประชุมสัมมนาฯ	- เพื่อเป็นแนวทางและปรับปรุงการจัดประชุมสัมมนาครั้งต่อไป	15 นาที	แบบประเมินผลโครงการประชุมสัมมนาฯ

เนื้อหาความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

โรคจิตเภท

เป็นโรคที่มีความผิดปกติในความคิด การรับรู้และอารมณ์ ในขณะที่สติสัมปชัญญะและเขว้านปัญญายังดีอยู่

สาเหตุ

ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่าโรคนี้อาจมาจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกันโดยมีสาเหตุที่สำคัญคือ กรรมพันธุ์ ชีวเคมีของสมอง จิตใจ และสังคม

การดำเนินการของโรค

โดยส่วนใหญ่ อาการจะเริ่มเป็นตั้งแต่วัยรุ่น การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป เกิดขึ้นช้า ๆ โดยบอกยากว่าเริ่มต้นเมื่อไร โดยส่วนใหญ่ญาติมักมาให้ประวัติในลักษณะว่าเป็นคนที่เห็นคนเดียว เมื่อเห็นอาการผู้ป่วยเป็นมาหลายแล้ว แต่เมื่อซักประวัติละเอียดจะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยมานานแล้ว แต่ญาติไม่ทันสังเกตเห็น เช่น อาจเริ่มสนใจตัวเองลดลง การเรียน การงาน หรือการคบเพื่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บางคนหันมาสนใจสิ่งสำคัญ ไสยศาสตร์ ศาสนา หรือสนใจในสิ่งแปลก ๆ อื่นๆ การดำเนินของโรคจะมีลักษณะอาการกำเริบและอาการสงบ โดยที่ขณะอาการสงบจะยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่จะไม่เป็นปกติเท่าเดิม และเมื่อมีอาการกำเริบบ่อยเท่าไรก็จะยิ่งเสื่อมถอยลงมากขึ้น การเสื่อมถอย (ในการดำรงชีวิต การงาน สังคม) จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 5 ปี หลังจากนั้นจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ มักอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องและบุคคลอื่น

การรักษา

1. ยาจิตบำบัด

โรคจิตเภทควรได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากอาการดีขึ้น ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สองเมื่ออาการดีขึ้นและสงบ (Stable) เป็นเวลา 6 เดือนแล้ว จึงควรค่อยๆ ลดยาลง 50 % ในเวลา 3-6 เดือน หลังจากนั้นอีก 6 เดือน อาการยังคงดีอยู่ จึงค่อย ๆ ลดยาอีก 50 % ผู้ป่วยบางรายต้องการยาเพียงเล็กน้อยก็สามารถควบคุมอาการได้ การหยุดรับประทานยาเลยอาจลงโทษและเมื่อมีอาการขึ้นมาอีกก็ให้รักษาใหม่ ยาที่ใช้มีทั้งชนิดรับประทาน และ ชนิดฉีด ซึ่งมีฤทธิ์อยู่นาน 2-6 สัปดาห์ ภายหลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียว เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมักไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ฉะนั้นการฉีดยาเพียงเดือนละ 1 ครั้ง จึงเป็นการง่ายกว่า

2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

เป็นการรักษาทางจิตเวชชนิดหนึ่ง โดยใช้เครื่องมือทำให้กระแสไฟฟ้าผ่านสมองในปริมาณที่เหมาะสม

ข้อบ่งชี้ในการใช้

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้

เมื่อต้องใช้ขนาดสูงขึ้น เพื่อควบคุมอาการทางจิต

3. จิตบำบัด

ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว สามารถพูดคุยได้ดี ควรทำจิตบำบัดโดยมีหลักการส่งเสริมให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม ปรับตัวได้เมื่อเผชิญความเครียด

4. ครอบครัวบำบัด

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งก่อความรำคาญ ความรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย การนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลายๆครอบครัว มาร่วมกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันและกัน เป็นวิธีที่มีประโยชน์มากวิธีหนึ่ง

ญาติจะช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านอย่างไร

1. การรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ยารักษาโรคจิตมีประโยชน์คือ ใช้รักษาอาการต่างๆ ของโรคจิต เช่น พวคนิ่งเฉย หวาดระแวง ก้าวร้าว ช่วยผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น และช่วยป้องกันการกลับเป็นใหม่

ยารักษาโรคจิตไม่ได้ออกฤทธิ์รวดเร็วเหมือนยาแก้ปวด แต่อาจใช้เวลาเป็นวันจนถึงสัปดาห์ จึงจะเห็นผล นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยา คือ คอบิด หน้าแดง น้ำลายยืด ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินตัวแข็ง แขนไม่แกว่ง มือเท้าสั่น ลูกสั่นๆ นิ่งไม่ดิ้นที่ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้โดยแพทย์จะให้ยาแก้อาการข้างเคียงที่เพิ่มขึ้น

ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ หลังจากใช้ยาไป 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการดังกล่าวมีอาการมากควรปรึกษาแพทย์

การเพิ่มหรือลดขนาดของยา ควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์มักค่อยๆ ลดขนาดยาลง ส่วนปัญหาที่ว่าจำเป็นต้องใช้ยาตลอดไปหรือไม่นั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นรายๆไป การรับประทานยารักษาโรคจิตนานๆ ไม่ทำให้เกิดการติดยา

โรคจิตโดยทั่ว ๆ ไปนั้น บางรายอาจหายขาด บางรายเพียงแค่ทุเลา และบางรายอาจเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต ฉะนั้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตมาก ไม่ควรลดหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. ควรดูแลให้ผู้ป่วยดื่มสิ่งเสพติด ในคนปกติแพทย์มักแนะนำให้งดสารเสพติดอยู่แล้ว ในผู้ป่วยโรคจิตก็เช่นเดียวกันควรงดเว้นโดยเด็ดขาดเพราะอาจจะทำให้อาการของโรคกำเริบได้ ส่วนบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ได้บ้างแต่ไม่ควรสูบบุหรี่ ทั้งนี้ออกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังทำให้ร่างกายทำลายยารักษาโรคจิตรวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาขนาดสูงขึ้นอีกด้วย

3. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ต่างๆ ในครอบครัว อารมณ์ที่วุ่นคือ อารมณ์เกลียด โกรธ ก้าวร้าว รวมถึงความรู้สึกที่หวั่นไหว หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ไม่คอยจ้องจับผิดหรือคอยตำหนิติเตียนผู้ป่วยอย่างไม่มีเหตุผล

นอกจากนี้ญาติอาจช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา โดยเป็นที่ปรึกษาแนะนำและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

4. การพักผ่อนนอนหลับ ควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ผลเสียของการอดนอนบ่อยๆหรือนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้อาการกำเริบได้

5. การทำงานของผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยโรคจิตสามารถทำงานได้ อาจรับผิดชอบงานที่เคยทำหรือทำตามความสามารถของผู้ป่วย หรือให้รับผิดชอบช่วยงานบ้าน ผลดีของการทำงานคือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าต่อครอบครัว และเกิดความภาคภูมิใจ และนอกจากนี้การปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร เป็นการเพิ่มภาระกับญาติอีกทางหนึ่งด้วย

6. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปบ้าน อาการทางจิตดีขึ้นมากแล้ว และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อย่างไรก็ตามขณะดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแต่เริ่มมีอาการทางจิตบางอย่างให้เห็น เช่น วุ่นวายมากขึ้น รับผิดชอบงานได้น้อยลงกว่าเดิม หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ แยกตัวเองมากกว่าเดิม ไม่พูดกับใคร และไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม หิวแหว่และหลงผิดมากขึ้น สิ่งแรกญาติควรต้องสังเกตเรื่องการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด ถ้าพบว่าผู้ป่วยแอบทิ้งยา ญาติต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยยังไม่ให้ความร่วมมือ ญาติอาจบดยาแล้วผสมยาลงในอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน แต่ถ้าทำสองวิธีแล้วไม่ได้ผล การมาติดต่อกับแพทย์เพื่อปรึกษาดังปัญหาที่เกิดขึ้น แพทย์อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยฉีดยา ซึ่งสามารถรักษาอาการทางจิตผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

ในกรณีสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยแล้วพบว่า รับประทานครบและถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการกำเริบดังกล่าวข้างต้น คงมีความจำเป็นต้องมาปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์เพื่อปรับยาหรือให้การช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะอาการกำเริบมากขึ้น จนถึงขั้นอาละวาดทำลายข้าวของ หรือจนต้องนำผู้ป่วยมารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล อันจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อญาติ และครอบครัวมากขึ้น

7. การรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคจิตสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่มีอาหารแสลงสำหรับผู้ป่วย แต่ควรปรุงให้สุกก่อนทุกครั้ง เพราะการรับประทานอาหารที่ไม่สุก อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

8. การมารับยาอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยโรคจิตจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย แพทย์จะให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้านอีก 1 เดือน และมีใบนัดญาติให้มารับยาต่ออีก 1 เดือนต่อไป หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้ใบนัดอีก แต่ขอให้ญาติเข้าใจเสมอว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาไปเรื่อยๆ เมื่อใกล้ยาหมดให้มารับยาต่อ โดยไม่ต้องรอใบนัดจนกว่าแพทย์ผู้รักษาจะเป็นคนบอกหยุดยาจึงไม่ต้องมารับยาอีก

วิธีการติดต่อขอรับยามีหลายวิธี ดังนี้

1. ญาติมารับยาให้ผู้ป่วย ทุกครั้งที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล ให้หน้าบัตรประจำตัวคนไข้มาด้วยในกรณีญาติมารับยาให้ผู้ป่วย อย่างน้อยทุก 6 เดือน จะต้องนำตัวผู้ป่วยมาให้แพทย์ตรวจดูอาการด้วย (ให้มาในวันราชการ)

2. ให้ผู้ป่วยมารับยาเอง แนะนำให้ผู้ป่วยเอาบัตรประจำตัวคนไข้มาด้วย (ให้มาในวันราชการ)

3. ติดต่อขอรับยาทางไปรษณีย์ ในกรณีนี้ควรติดต่อแต่เนิ่นๆ เพราะต้องใช้เวลาติดต่อนาน อย่างน้อยควรเหลือยาของผู้ป่วยประมาณ 10 วัน จึงเริ่มติดต่อ โดยส่งทางไปรษณีย์ หรือตัวแลกเงินเท่ากับราคายาที่เคยได้รับ ดังรายละเอียดตามแบบฟอร์มการส่งยาทางไปรษณีย์ต่อไปนี้

แบบฟอร์มส่งชื่อยาทางไปรษณีย์

ชื่อ-นามสกุล คนไข้
 เลขที่ทั่วไปตามบัตรประจำตัวคนไข้ (ไม่ต้องส่งบัตรประจำตัวคนไข้ไปด้วย)
 ต้องการส่งชื่อยา เก่าชุดสุดท้ายเป็นเงิน.....บาท
 และให้ทางโรงพยาบาลจ่ายจำนวนไปรษณีย์ส่งชื่อยา.....
 ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ต้องการใบงบหน้า (ใบเบิก) หรือไม่ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

ทั้งหมดนี้ให้ส่งไปที่โรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ของถึง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

อ. เมือง จ. ขอนแก่น

40003

หมายเหตุ

- แบบฟอร์มนี้เป็นตัวอย่าง ให้ลอกข้อความเหมือนกันใส่กระดาษแผ่นใหม่ ตัวอย่างนี้เก็บไว้ครั้งต่อไป
- อย่างไรก็ตามถึงแม้จะขอรับยาทางไปรษณีย์ไม่ได้ขาด แต่อย่างน้อยทุก 6 เดือน ควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ตรวจดูอาการอีกครั้ง
- อนาคต ส่งจ่ายไปรษณีย์ฟรี

แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

โปรดตอบคำถามลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือกาเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อความที่ท่านเลือกเพียงข้อเดียว

1. ชื่อ.....นามสกุล.....(ญาติผู้ป่วย)	สำหรับผู้วิจัย
	ID [] []
2. ชื่อ.....นามสกุล.....(ผู้ป่วย)	
H.N. (ผู้ป่วย)..... A.N. (ผู้ป่วย).....	
3. ที่อยู่	
4. อายุปี	Age []
5. เพศ [] 1. ชาย	Sex []
[] 2. หญิง	
6. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่	Sta []
[] 3. หม้าย [] 4. หย่า	
[] 5. ร้าง [] 6. อื่นๆ ระบุ	
7. ระดับการศึกษา [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา	Edu []
[] 3. มัธยมศึกษา [] 4. อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	
[] 5.ปริญญาตรี [] 6. สูงกว่าปริญญาตรี	
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	Rel []
[] 1. บิดา/มารดา [] 2. พี่/น้อง	
[] 3. สามี/ภรรยา [] 4. บุตร	Pro []
[] 5. อื่นๆ	

หมวดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

โปรดทำเครื่องหมาย X ทับข้อที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

สำหรับผู้วิจัย

1. โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีโอกาสหายหรือไม่ K1 []
 - ก. มีโอกาสหาย
 - ข. ไม่มีโอกาสหาย
2. ในการรักษาโรคจิตเภทผู้ป่วยควรจะทำอย่างไร K2 []
 - ก. กินยาเฉพาะ เมื่อมีอาการรุนแรง
 - ข. เมื่อปกติดีแล้วควรหยุดยา
 - ค. กินยาจนกว่าแพทย์จะหยุดให้ยา
3. ท่านคิดว่าสาเหตุของอาการเจ็บป่วยของบุตรหลานท่าน (โรคจิต) เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองใช่หรือไม่ K3 []
 - ก. ใช่
 - ข. ไม่ใช่
4. หากคนไข้ไม่กินยาท่านคิดว่าควรจะทำอย่างไร K4 []
 - ก. ถ้าอาการปกติก็ให้หยุดยาไว้ก่อน
 - ข. ให้กินยาเท่าที่จะยอมกิน
 - ค. บริกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลจิตเวช
5. ท่านคิดว่าเป็นความจริงหรือไม่ที่มีญาติที่ติดครั้งหนึ่งจะมีฤทธิ์ยาอยู่ในตัวผู้ถูกฉีดยานาน 3 สัปดาห์ - 1 เดือน K5 []
 - ก. จริง
 - ข. ไม่จริง
6. หากท่านมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่ารถมาโรงพยาบาลท่านสามารถแก้ปัญหาโดย (กาถูกได้มากกว่า 1 ข้อ) K6 []
 - ก. ขอลดค่ายาโดยใช้บริการสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล
 - ข. โอนไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
 - ค. รับยาทางไปรษณีย์
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทควรจะได้รับ การดูแลอย่างไร K7 []
 - ก. ให้พักผ่อนมากๆ ไม่ต้องทำงานอะไร
 - ข. บ่อยๆ ให้อยู่คนเดียวตามสบาย
 - ค. อบรมสั่งสอนความถูกต้องให้มากๆ
 - ง. สามารถมอบหมายงานบางอย่างให้ทำได้ และควรกระตุ้นให้มีการเข้าสังคมได้อย่างพอเหมาะ

สำหรับผู้วิจัย

8. หากผู้ป่วยกินยาแล้วนอนมากทั้งวัน ท่านควรจะ

K8 []

ก. ลดยาให้กินบางมื้อ

ข. ให้กินยาวันเว้นวัน

ค. ไปปรึกษาแพทย์เพื่อลดหรือเปลี่ยนชนิดของยา เพราะมียาบางชนิดกินแล้วไม่ค่อยง่วง

9. หากผู้ป่วยเอาแต่ใจตนเอง ท่านคิดว่าพฤติกรรมแบบนี้

K9 []

ก. ไม่มีทางหาย

ข. มีทางหายโดยให้อยู่โรงพยาบาลนานๆ

ค. มีทางหายหรือลดลง โดยใช้การรักษาซึ่งสามารถทำได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

10. การนำผู้ป่วยมาไว้โรงพยาบาลนานๆ หรือบ่อยๆ จะเป็นผลอย่างไร (กาได้มากกว่า 1 ข้อ)

K10 []

ก. ดีสำหรับผู้ป่วยจะได้หายจริงๆ

ข. เป็นข้อเสียที่ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ เนื่องจากรู้สึกท้อทั้ง ขาดความอบอุ่นจากญาติ

ค. เป็นข้อเสีย เพราะทำให้เกิดความเสื่อม ความสามารถในการเข้าสังคม

ง. ดี เพราะเป็นการตัดสินใจเหมือนการจำคุก

.....

แบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (O.P.D Card)

1. ชื่อนามสกุล.....	สำหรับผู้ป่วย
2. H.N.....A.N	ID [[]]
3. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	Sex []
4. อายุปี	Age []
5. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. หม้าย [] 4. หย่า [] 5. ร้าง [] 6. อื่นๆ ระบุ	Sta []
6. ระดับการศึกษา [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา [] 3. มัธยมศึกษา [] 4. อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร [] 5. ปริญญาตรี [] 6. สูงกว่าปริญญาตรี	Edu []
7. อาชีพ [] 1. ทำนา/ทำไร่ [] 2. รับจ้าง [] 3. งานบ้าน [] 4. กู้ขาย [] 5. นักเรียน/นักศึกษา [] 6. อื่นๆ ระบุ	Occ []
8.ญาติของผู้ป่วยมาประชุมครอบครัวหรือไม่ [] 1. ไม่ครบ [] 2. ครบ	Alr []
9. ก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือนมารับยา 1. [] 1-2 ครั้ง 2. [] 3-4 ครั้ง 3. [] 5-6 ครั้ง 4. [] เป็นผู้ป่วยใหม่มาครั้งแรก	Rec []
10. หลังการประชุมสัมมนา 6 เดือนมารับยา 1. [] 1-2 ครั้ง 2. [] 3-4 ครั้ง 3. [] 5-6 ครั้ง 4. [] ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก	Pos []
11. ก่อนการประชุมสัมมนา 6 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1. [] 1 ครั้ง 2. [] 2 ครั้ง 3. [] 3 ครั้ง 4. [] มากกว่า 3 ครั้ง 5. [] เป็นผู้ป่วยนอก	Adm []
12. หลังการประชุมสัมมนา 6 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1. [] 1 ครั้ง 2. [] 2 ครั้ง 3. [] 3 ครั้ง 4. [] มากกว่า 3 ครั้ง 5. [] เป็นผู้ป่วยนอก 6. [] ไม่มาติดต่อกับโรงพยาบาลอีก	Rea []

ประวัติผู้วิจัย

1. นางสาวดี ศรีวิเศษ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกอำนวยการ 2 (เร่งรัดบำบัดชาย)

สถานที่ทำงานและติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น
รหัส 40000 โทรศัพท์ (043) 225103-5 ต่อ 177

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2522 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

พ.ศ. 2529 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

จากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพฯ

2. นางวัชนี หัตถพนม

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน

คณะกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

สถานที่ทำงานและติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อ. เมือง จ. ขอนแก่น

รหัส 40000 โทรศัพท์ (043) 225103-5 ต่อ 106 - 107

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2518 ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยมอันดับ 2)

จากวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา

พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

จากวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา

พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

จากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพฯ

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง

1. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

2. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผู้วิจัยหลัก จำนวน 14 เรื่อง

1. การศึกษาสุขภาพจิตของมารดา ก่อนและหลังคลอด

2. การสำรวจระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

3. ปัญหาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจิตวิทยาต่อครอบครัวและชุมชนของแรงงานไทยภายหลังกลับจากทำงานในต่างประเทศ
5. การศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการพัฒนาแนวทางป้องกัน
6. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต
7. การศึกษาผู้ป่วยหลบหนีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
8. การสำรวจปัญหาทางทัศนสุขภาพและความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
9. การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพหุปัญญาในผู้สูงอายุ
10. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต
11. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และความซุกซนของโรคจิต ณ บ้านดง ต. โลกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น
12. การศึกษาการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
13. การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
14. การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และปัญหาในการปฏิบัติงานการให้การปรึกษาของผู้ให้การปรึกษาในเครือข่ายเขต 6

3. นางสิริภักดิ์ สุขเสริม

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกชงโค (แกร็บบำบัดชาย)

สถานที่ทำงานและติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อ.เมือง จ. ขอนแก่น รหัส 40000

โทรศัพท์ (043) 225103-5 ต่อ 172

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2518 ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา

พ.ศ. 2526 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

จากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพฯ