



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การสอนญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัย

นายแพทย์ศักดิ์ดา	กาญจนาวิโรจน์กุล
นางสุพิน	พิมพ์เสน
นางวรางรัตน์	ทะมั่งกลาง
นางสาวบังอร	ศรีเนตรพัฒน์
นายคมชาย	สุขยิ่ง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2541

ISBN 974 – 293 – 022 - 8

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2541

รายงานการวิจัยเรื่อง การสอนญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม

เจ้าของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย

นายแพทย์ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นางสุพิน พิมพ์แสน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นางวรางรัตน์ ทะมั่งกลาง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นางสาวบังอร ศรีเนตรพัฒน์

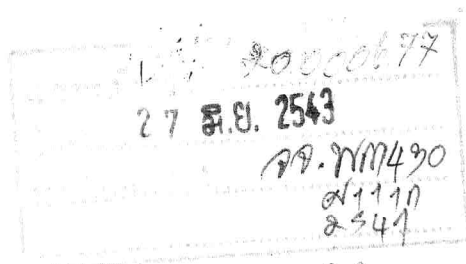
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

นายคมชาย สุขยิ่ง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ISBN 974 - 293 - 022 - 8

สงวนลิขสิทธิ์



พิมพ์ที่

โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 87-93 ถ.เร็นรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
โทร. 043-321795, 224836 โทรสาร. 043-224836

ครั้งที่ 1

จำนวน 100 เล่ม

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องผลการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วมนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาวิธีการสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนญาติผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 10 ราย ระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2541 ได้เลือกรูปแบบการวิจัยแบบ Pre test – Post test Design เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและกลุ่มตัวอย่าง นักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท เทปวีดิทัศน์ ภาพพลิก และแบบบันทึกการสังเกตการสอน ซึ่งได้ทดสอบใช้และปรับปรุงแก้ไขจนเป็นที่พอใจ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลด้านการหาค่าร้อยละและค่า t ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตที่คะแนนก่อนและหลังการสอน แตกต่างกันในด้านการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) แต่คะแนนก่อนและหลังการสอน ในด้านความรู้ และทัศนคติไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$)

Abstract

This research aims to study effects of group participation in teaching process which based on participatory Learning concepts Group participants (n=10), Were the relatives of the followed up client with schizophrenia at OPD clinic, khokaen neuro psychiatric Hospital, during April – may ,1999. The researchers selected pretest-post test design due to the limitation of timing and study sample. The researchers developed the study tool composed of Teaching Manual for the relatives of client with schizophrenia, VDO tape, and filp chart, as well as structured interview and the test on knowledge attitude, and caring practices. Data was analized by computing percentage, and t-test

It was found that there was statistical difference scores on caring practice, but did not find the difference score on knowledge and attitude at 0.05 level.

กิติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากผู้มีอุปการะคุณดังต่อไปนี้

นายอภิชัย มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาสับสนุนและเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย

นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

นายทวี ตั้งเสรี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรุณาช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาและให้แนวคิดข้อเสนอแนะในการทำการวิจัย จนทำให้รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มสมบูรณ์

ผศ.จินตนา ลีละไกรวรรณ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ และ ผศ.สุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้แนวคิดข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุงรายงานการวิจัยด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนทำให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์

เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่ช่วยสังเกตการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม ณ แผนกผู้ป่วยนอก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้อย่างดียิ่ง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสับสนุนเงินทุนในการดำเนินงานวิจัย คณะผู้วิจัยจึงใคร่กราบขอบพระคุณผู้ที่มีอุปการะคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

นพ.ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล

นางสุพิน พิมพ์เสน และคณะ

กันยายน 2541

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1
ขอบเขตการวิจัย	1
นิยามศัพท์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	3
ปัจจัยด้านความรู้ของญาติต่อการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท	3
ปัจจัยด้านทัศนคติของญาติต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	4
ปัจจัยด้านการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการกำเริบซ้ำ	5
องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	8
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	20
กลุ่มตัวอย่าง	20
เครื่องมือในการวิจัย	20
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	21
การประเมินประสิทธิภาพผลการวิจัย	21
เกณฑ์การประเมินผล	21
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23
บทที่ 4 ผลการวิจัย	24
- ข้อมูลทั่วไป	25

	หน้า
- จำนวนร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความสัมพันธ์ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และรายได้	26
- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย	27
- ผลการสังเกตการดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม	28
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	30
สรุปผลการวิจัย	30
อภิปรายผล	31
ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน	31
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	32
บรรณานุกรม	33
ภาคผนวก ก. 1. รายชื่อผู้มีอุปการะคุณในงานวิจัย	38
2. คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม	39
แผนกผู้ป่วยนอก	
ภาคผนวก ข. 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
2. สคริปต์สื่อวีดิทัศน์	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพจิต เป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสอนสุขศึกษาได้เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม และเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต นั่นคือการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถครอบคลุมการกระทำของตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมาย

ได้มีผู้สนใจและศึกษาถึงวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยป้องกันผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างซ้ำซาก โดยเฉพาะการให้ความรู้ซ้ำจะพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติจะมีผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ รวมทั้งทัศนคติ แต่ไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการสอนแนวใหม่คือ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำรงชีวิตประจำวันด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในที่สุด

จากนโยบายกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเทคโนโลยีการสอนที่เรียกว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยเน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมใน 4 ด้านได้แก่ การแบ่งปันประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิด และถกเถียง การสรุป ความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวทางดังกล่าวมาใช้สอนญาติผู้ป่วยด้านโรคจิตเภท เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางการพัฒนา การจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเรื่องผลของการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม ที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2540 ถึง มิถุนายน 2541 จำนวน 10 ราย

คำนิยามศัพท์

-ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งจิตแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท

-ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

-การสอนแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การออกแบบกิจกรรมที่อาศัยประสบการณ์เดิมของญาติ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มญาติผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่ม และมีการสื่อสารโดยการพูด การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ญาติผู้ป่วยได้แนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้นาน
3. ได้ทราบปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากนโยบายที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยมีแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าและมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นการใช้แหล่งทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด (ชะฤทธิ, 2530) นอกจากนั้นยังไม่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอีกด้วย (รุจา, 2538) แต่จากสถิติผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538-2540 มีดังนี้

ปี 2538 มีผู้ป่วยรับไว้รักษา 2,793 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ครั้งรอง 1,354 ราย

ปี 2539 มีผู้ป่วยรับไว้รักษา 2,856 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ครั้งรอง 1,445 ราย

ปี 2540 มีผู้ป่วยรับไว้รักษา 2,583 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ครั้งรอง 1,267 ราย

และจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้ครั้งรอง ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (รายงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2540) จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ พบว่าสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกำเริบซ้ำได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2524 ; Fallon and Rederson, 1985 ; วัชณี, 2529)

ปัจจัยด้านความรู้ของญาติต่อการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท

Good (1973) ให้นิยามของคำว่า “ความรู้” ว่าเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมไว้ ประกอบด้วย 6 ชั้น ได้แก่ การรู้ การจำ การเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์/การสังเคราะห์ และการประเมินผล Fallon and Pederson (1985) กล่าวว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา อัญชลี (2537) กล่าวว่าญาติมักเข้าใจว่าความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากไสยศาสตร์ ผีเข้าสิง จึงพยายามแสวงหาการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ ประกอบกับไม่เชื่อถือการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันจึงไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ควบคู่ไปด้วย ต่อเมื่อพบว่า อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นอย่างที่คาดหวังจึงพาผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งขณะนั้นผู้ป่วยก็อยู่ในระยะเรื้อรังจนยากที่จะรักษาให้หายขาดได้ ญาติบางส่วนกลับเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทควรรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้นานที่สุดเพื่อจะได้หายขาด ญาติกลุ่มนี้มีแนวโน้มทิ้งผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนาน ๆ โดยเฉพาะรายที่เคยรับผู้ป่วยไปดูแลที่บ้านแต่อยู่ได้ไม่นานผู้ป่วยก็กำเริบขึ้นอีก

การที่ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับยาทางจิต นับว่าเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาจนต้องกำเริบซ้ำ จากการศึกษาของจารุวรรณ (2524) พบว่าร้อยละ 82 ของผู้ป่วยจิตเภท ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ

ในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ ญาติส่วนใหญ่ยอมรับว่ายาทางจิตสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ แต่มีบางส่วนที่จะทราบบว่ายาทางจิตช่วยรักษาผู้ป่วยได้อย่างไร มีฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร และต้องดูแลช่วยเหลืออย่างไรหากผู้ป่วยมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาอีก ประการที่ญาติมักเข้าใจไม่ถูกต้องอยู่เสมอก็คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบญาติจะคิดว่าผู้ป่วยหายขาดจากการเป็นโรคจิตแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์ สาเหตุอีกประการคือ เข้าใจผิดว่ายานั้นไม่ถูกกับโรคของผู้ป่วย พบมากในรายที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา หรือรักษาด้วยยาทางจิตชุดนั้นมานานแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้น จะเห็นว่าการที่ญาติขาดความรู้หรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องในที่สุดก็กำเริบมาโรงพยาบาลอีก

ปัญหาด้านทัศนคติของญาติต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

Rekeach (1970) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่าเป็นการผสมผสานหรือจัดระเบียบของความคิด ความเชื่อ ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ ทัศนคติเป็นปฏิกิริยาของอารมณ์ และความรู้สึกที่มีต่อสิ่งของ สถานการณ์หรือค่านิยม

ดวงเดือน (2519) กล่าวว่าทัศนคติมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

1. ความคิด (Cognitive Component) เป็นการตอบสนองของบุคคลในลักษณะการรับรู้อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อ ที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทัศนคติจึงแสดงออกมาในลักษณะตัดสินว่าอะไรผิด อะไรถูก
2. ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ความเชื่อ ถ้าบุคคลคิดในแง่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติด้านนี้จะแสดงออกมาในรูปของความรัก โกรธ ชอบ พอใจเกลียด เป็นต้น
3. พฤติกรรม (Behavioral Component) คือความพร้อมที่จะกระทำอันเป็นความคิดและความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปของการประพฤติ ปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธ และเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตได้

ผลจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยและบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวจะเข้ามามีบทบาทในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบบ้าง ๆ ต่อครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ Lefley (1987) กล่าวว่าภาระการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท หมายความว่ารวมถึงภาระพึงพาที่เกิดจากความเสื่อมของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ของตนตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้ฐานะครอบครัวยากจนลง การรบกวนกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ การเสียเวลาและแรงงานในการนำผู้ป่วยไปรับการรักษา การถูกเพื่อนบ้านต่อต้านหรือรังเกียจ การไม่ได้

รับความเห็นใจจากโลกภายนอก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้ญาติรู้สึกอับอาย เบื่อหน่าย กังวล กลัว หรือรู้สึกโกรธ และโทษผู้ป่วยว่าเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเดือดร้อน Hatfield (1987) ได้สำรวจครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่รู้สึกว่าการรบกวนจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เขารู้สึกเครียด

ปัจจัยด้านการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการกำเริบซ้ำ

✓ ชะฤทธิ และคณะ (2530) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นงานหนักยิ่งสำหรับญาติ แต่เป็นภาระที่จำเป็นต้องทำ ถ้าญาติรู้วิธีการดูแล และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถช่วยให้ ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้น วิธีการดูแลผู้ป่วยได้แบ่งตามพฤติกรรม และปัญหาที่พบบ่อย ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาวิธีการดูแลขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น

-หากผู้ป่วยยังพอพูดให้เข้าใจได้ ญาติควรพูดกับผู้ป่วยถึงสาเหตุของการปฏิเสธยา พยายามเกลี้ยกล่อมให้รับประทานยา โดยอาจบอกเหตุผลว่า เพื่อรักษาอาการที่ทำให้เป็นทุกข์ เช่น ทำให้หลับสบายขึ้น เพื่อให้หายหวาดกลัว หายกังวล เป็นต้น

-หากผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง ยืนยันจะไม่รับประทานยา ญาติอาจพยายามในอาหารหรือเครื่องดื่ม

-หากใช้ 2 วิธีข้างต้นไม่ได้ผล ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อฉีดยาที่ออกฤทธิ์ได้นาน ซึ่งสามารถฉีดได้ทุก 2-4 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ แพทย์จะพิจารณาให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งในช่วงรอนำส่งโรงพยาบาลญาติสามารถให้ยารับประทานแก่ผู้ป่วยไปก่อน เพื่อช่วยให้อาการสงบลงบ้าง จะได้สะดวกในการนำส่งยิ่งขึ้น หากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวง และจะทำร้ายผู้อื่นต้องจับสิ่งที่จะกลายเป็นอาวุธไปให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่นได้ เช่น มีด ปืน เชือก เป็นต้น

3. ผู้ป่วยวุ่นวายมาก และไม่ยอมมาโรงพยาบาล ญาติอาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

-ผู้ป่วยรับประทานยาไปก่อน ถ้าไม่ร่วมมืออาจพยายามในอาหารหรือน้ำ

-โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ถ้าทำได้ ญาติควรโทรศัพท์ตามแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเพื่อทราบแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น

-ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาล

4. ผู้ป่วยซึม เฉื่อยชา แยกตัว ก่อนที่ญาติจะช่วยเหลือใด ๆ ญาติควรยอมรับสภาพหากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงนัก ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้าง เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัย และมีความสุข

มากกว่าต้องการเข้าสังคม แต่ถ้าแยกตัวเองมากเกินไปควรกระตุ้นช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งต้องยืดหยุ่นผ่อนปรนให้ผู้ป่วยบ้าง การกระตุ้นอาจทำได้โดยมอบหมายงานให้ทำ ควรเป็นงานที่ผู้ป่วยสามารถทำสำเร็จได้ ไม่หักโหม อาจพาผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติ หรือเยี่ยมเพื่อนที่ผู้ป่วยชอบพอ ฝึกให้ผู้ป่วยช่วยต้อนรับแขก เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ ควรให้คำชมเชย หรือให้รางวัลตามสมควร

5. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว ญาติอาจแนะนำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าวขณะที่เขาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากหากผู้อื่น (ที่ไม่เข้าใจ) พบเห็นอาจจะล้อเลียนผู้ป่วยได้ ที่สำคัญคือ ญาติต้องไม่ตำหนิพฤติกรรมผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ถ้าไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือต่อตัวผู้ป่วย ญาติควรแสดงท่าทีสงบ ไม่ได้แย้ง ตำหนิ หรือขบขันผู้ป่วย ควรถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดและทำเช่นนั้น พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเป็นจริงถ้าทำได้ นอกจากนี้ญาติไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ว่างมากเกินไป ควรให้ทำกิจกรรมที่เพลิดเพลินเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดหลงผิดของตนเองมากเกินไป

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่ว ๆ ไป ควรปฏิบัติ ดังนี้

-ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ และถูกสุขลักษณะ

-ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเหมาะสม หากสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มนอนไม่หลับ 2-3 วัน ควรพาไปพบแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ เพราะการอดนอนเป็นสาเหตุให้เกิดอาการประสาทหลอนหรือมีอาการทางจิตกำเริบได้

-ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานดี ซึ่งจะช่วยป้องกัน และลดอาการข้างเคียงของยาทางจิต เช่น อาการวิงเวียนศีรษะได้ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังทำให้สาร Endorphin เพิ่มขึ้น เป็นผลให้เกิดการผ่อนคลาย (Lego, 1984)

-ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ ร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกมีคุณค่า

-ฝึกให้ทำงาน ซึ่งเป้าหมายสำคัญมีได้อยู่ที่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ แต่อยู่ที่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยไม่ติดหมกมุ่นอยู่กับโลกของตนเอง สุกผล และคณะ (2528) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กำเริบซ้ำนั้น ขณะอยู่บ้านมักอยู่เฉย ๆ ไม่ช่วยงาน หรือทำได้เพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยประเภทนี้มีอยู่ถึงร้อยละ 71 ทั้งนี้ เพราะญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยไม่มีศักยภาพพอที่จะทำได้ ส่วนจารูวรรณ (2524) กล่าวว่า การที่ญาติไม่ให้ผู้ผู้ป่วยทำงานก็เพราะเกรงว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ร่วมงาน และตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนอาจเกิดความเสียหายต่อผลผลิตของงาน จึงไม่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำงานใด ๆ

-ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ยาทางจิตจะช่วยควบคุมอาการผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของแพทย์ ผู้ป่วยที่หยุดยาลงจากรักษาติด

ต่อกันมานาน 3-4 ปี มีอัตรากำเริบซ้ำสูง (Johnson, 1979) ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบก็ยังคงจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ (Kung .K.U, 1981) ดังนั้นญาติจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นต้องหมั่นสังเกตอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้วย

-การประคับประคองด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทมักสูญเสียความมั่นใจ โดยเฉพาะเรื่องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร การปรับตัว ทักษะการเข้าสังคม ครอบครัวต้องช่วยสนับสนุนให้เขามีความมั่นใจที่จะเข้าสังคมโดยการให้โอกาส ช่วยฝึกทักษะ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยนอกจากนั้น ญาติยังต้องรู้จักสังเกตว่าผู้ป่วยมีความคับข้องใจ ไต ๆ หรือไม่ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก เพราะผู้ป่วยมักจะเก็บกดความรู้สึกไม่กล้าระบายปรึกษาใคร ญาติควรวางตัวให้อ่อน เป็นมิตร พร้อมเสมอที่จะช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ป่วย

ดังกล่าวแล้วว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง และแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยก็คือ ญาติ ดังนั้นญาติจึงต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ซึ่งทักษะการดูแลจะเกิดขึ้นได้ย่อมมีพื้นฐานจากการมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย Creer & Wing (1974) กล่าวว่าญาติจำนวนไม่น้อยที่ไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งรู้สึกกังวลว่าจะไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ Kane (1984) ศึกษาพบว่าความลำบากที่ญาติต้องประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนหนึ่งมาจากการที่ญาติขาดทักษะในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ส่วนจารุวรรณ (2524) ได้ศึกษาการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้านพบว่า ญาติให้ความเอาใจใส่ปกป้องดูแลผู้ป่วยเหมือนเด็ก ๆ คือคอยติดตามผู้ป่วยอยู่เสมอ มีการกักบริเวณให้อยู่ ช่วยทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันให้ทุกอย่าง มาโนชและ ปราโมทย์ (2539) กล่าวว่า การแสดงอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยกำเริบซ้ำได้ และการที่ญาติแสดงอารมณ์มากเกินไปต่อผู้ป่วย (High Emotional Express : High EE) ส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียดในการแบกรับภาระเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

จากปัญหาที่กล่าวมา ทีมสุขภาพจิตได้พยายามแสวงหาแนวทางการป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทัศนคติที่ดี และมีวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การให้ความรู้ สามารถกระทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล การสอนแบบกลุ่ม การสัมมนา เป็นต้น แต่การสอนด้วยรูปแบบที่กล่าวมา ยังพบว่ามีจุดบกพร่องที่สำคัญคือ เนื้อหาการเรียนการสอนถูกกำหนดโดยผู้สอน ผู้เรียน(ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย) ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหา จึงทำให้ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นแนวทางใหม่ ที่จะให้ประสิทธิผลในการเรียนการสอน เนื่องจากการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการพัฒนาคน โดยมุ่งให้เกิดการเรียนรู้จากการจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียน ซึ่งมีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของคน เป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ผู้สอนจะช่วยจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้อให้เกิดการสร้าง

ความรู้ มากกว่าการถ่ายทอดความรู้ ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้จึงต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ในลักษณะนี้ จึงเข้าถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ก่อให้เกิดเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง โดยอาศัย การแสดงออกทางภาษา ได้แก่ การพูด การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ความรู้

สรุปหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดความรู้ใหม่ อย่างต่อเนื่อง
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. เกิดการขยายเครือข่ายความรู้
5. มีการสื่อสารสองทาง

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน แบบมีส่วนร่วม (PL) ร่วมกัน อาศัยกรอบแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ประการ เป็นหลักในการจัดกิจกรรมฯ องค์ประกอบ 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่

1. ประสบการณ์ (Experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตน มาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
 2. การสะท้อนความคิดและถกเถียง (Reflection and Discussion) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออก เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
 3. เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นตอนสร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
 4. การทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experiment/Application) เป็นขั้นตอนที่ต้องการให้ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง
- ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนั้นในการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่กิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

การเรียนรู้สูงสุด

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีหลักสำคัญคือต้องการให้เกิด “การเรียนรู้สูงสุด” (Maximum Learning) ขึ้นอยู่กับผู้เรียน การเรียนรู้สูงสุดจะเกิดขึ้นได้จาก “การมีส่วนร่วมสูงสุด” (Maximum Participation) ของผู้เรียน และในการมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเกิดงานหรือเกิดการสร้างความรู้หรือที่เรียกว่าเกิด “การบรรลุงานสูงสุด” (Maximum Performance) ทั้งการมีส่วนร่วมสูงสุดและการบรรลุงานสูงสุดจะต้องเกิดขึ้นในทุก ๆ องค์ประกอบของ PL ก็คือ มีการแบ่งปันประสบการณ์ได้สะท้อนความคิดและถกเถียงกันอย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ซึ่งอาจสรุปได้ว่า

การเรียนรู้สูงสุด (Maximum Learning) เกิดจากการมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) และการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ในทุกองค์ประกอบของ PL หรือ

$$ML = (Max. Par. + Max. Per.) \times 4$$

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดเกิดจากการออกแบบกลุ่ม (Group Design) ที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทจะมีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น บางประเภทเอื้ออำนวยให้มีส่วนร่วมได้มาก แต่อาจขาดความหลากหลายของแนวคิด จึงเหมาะสมสำหรับเวลาที่ ผู้สอนต้องการให้เกิดการแสดงออกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ โดยยังไม่ต้องการข้อสรุปรายละเอียดของกลุ่มแต่ละประเภท ข้อบ่งใช้และข้อจำกัด ปรากฏในตารางข้างล่างนี้

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair gr.)	ให้ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ต้องการให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการออกความเห็นหรือปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Gr.)	ให้ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทที่ชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันได้	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระฉับกระเฉงไปบ้าง
กลุ่มย่อย ระดมสมอง (Buzz Gr.)	เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คน ขึ้นชั่วคราวเพื่อแสดงความเห็น	ต้องการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเวลาสั้น ๆ โดยไม่ต้องการข้อสรุปหรือต้องการข้อสรุปที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก	ขาดความลึกซึ้ง ไม่มีการอภิปรายกันอย่างลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก (Small Gr.)	เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน ทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง	ต้องการให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถกเถียงอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก
กลุ่มใหญ่ (Large Gr.)	เป็นการอภิปรายในกลุ่ม 15-30 คน หรือทั้งชั้น	ต้องการให้เกิดการโต้แย้งหรือการรวบรวมความคิดจากกลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป	บางคนอาจให้ความสนใจหรือมีส่วนร่วมน้อยใช้เวลา
กลุ่มไขว้ (Cross-over Gr.)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ชั้นตอน โดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนมีความเชี่ยวชาญ จากนั้นจึงให้ผู้เรียนจากแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็นกลุ่มใหม่เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนเองในการสร้างความรู้ ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมและได้เนื้อหา	ใช้เวลามาก อาจมีความรู้ที่ตกหล่น

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อบ่งชี้	ข้อจำกัด
กลุ่มแบ่งย่อย (Subgroup)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน จากกลุ่ม 8-12 คน แต่ละ กลุ่มถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 กลุ่ม เพื่อให้ทำงาน กลุ่มละ 1 งาน (ที่ไม่ เหมือนกัน) จากนั้นจึงให้ กลุ่มย่อยมารวมกันเพื่อ บูรณาการ	←--เหมือนกลุ่มไขว้----→	←-เหมือนกลุ่มไขว้-→
กลุ่มพีรามิด (Pyramid Gr.)	รวบรวมความคิดเห็นเริ่ม จากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้น ไปเป็นชั้น ๆ จนครบทั้ง ชั้น	สร้างความตระหนักและ เข้าใจในความรู้สึกนึกคิด ของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย	จากข้อสรุป และความ ลึกซึ้ง

จากการจัดกลุ่มประเภทต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดกระบวนการกลุ่มที่หลากหลายเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสมในแต่ละชั่วโมงการสอนก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสูงสุด มีพลวัตรหรือการเคลื่อนไหวของการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance)

แม้การออกแบบกลุ่มที่หลากหลายจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ไม่ได้หมายความว่า การมีส่วนร่วมนั้นได้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เสียเวลา บางครั้งการมีส่วนร่วมสูงสุดก็ไม่ทำให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด หรือได้งานครบถ้วนตามจุดประสงค์การเรียนรู้ การที่จะให้เกิดการบรรลุงานสูงสุดได้นั้นขึ้นอยู่กับ การออกแบบงาน (Task Design) หรือการกำหนดงานให้กับกลุ่ม ซึ่งมีหลักสำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการ คือ

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้นักเรียนแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลานานน้อยแค่ไหน เมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อ (เช่น เตรียมเสนอหน้าชั้นในเวลาที่กำหนดให้)
2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยปกติการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายเครือข่ายการเรียนรู้ โดยไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทยังรวมถึงสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น บทบาทของผู้เล่น บทบาทสมมุติ และผู้สังเกตการณ์ หรือบทบาทของการนำกลุ่ม การรวบรวมความเห็น และการนำเสนอ เป็นต้น

3. ควรมีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ซึ่งบอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ครูแจ้งแก่นักเรียน หรือทำเป็นใบงานมอบให้กับกลุ่ม ซึ่งประการหลังจะเหมาะกับการทำกลุ่มย่อย ที่ต้องการทำงานให้ได้ผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่ม โดยจัดทำเป็น

-ใบงาน เป็นกำหนดงาน หรือใบมอบหมายงานให้กลุ่มเล็ก หรือกลุ่มย่อยระดมสมองที่มีรายละเอียดมาก และต้องการผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่มที่มีความลึกซึ้งมาก ผู้สอนอาจพิมพ์หรือเขียนใส่กระดาษแจกให้ผู้เรียน หรือแจกให้กลุ่มประกอบการทำงานกลุ่ม มักใช้ในกิจกรรมสะท้อนความคิด และอภิปราย และกิจกรรมประยุกต์แนวคิด

-ใบชี้แจง เป็นการอธิบายงานที่มีรายละเอียดไม่มากนักในกลุ่มใหญ่ ก่อนทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้สอนอาจเขียนบนกระดานหรือแผ่นใส ให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกันในชั้นเรียนหรือในกลุ่มใหญ่ มักใช้ในกิจกรรมด้านประสบการณ์ หรือประยุกต์แนวคิด

การออกแบบกลุ่ม การออกแบบงาน

การออกแบบกลุ่ม และการออกแบบงานเพื่อมุ่งให้เกิดการเรียนรู้สูงสุดนั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์ประกอบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของกิจกรรมในองค์ประกอบนั้น ๆ ตารางต่อไปนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการออกแบบกลุ่ม และการออกแบบงานของแต่ละองค์ประกอบ PL

องค์ประกอบ	กลุ่มที่ใช้ (การออกแบบกลุ่ม)	กิจกรรม (การออกแบบงาน)
E1	กลุ่ม 2 คน,(บางครั้งใช้กลุ่ม 3 คน) กลุ่มย่อยระดมสมอง (3-4 คน) กลุ่มปิรามิด	-จัดประสบการณ์ตรง เช่น ตัวอย่างจริง, สถานการณ์จริง -ประสบการณ์ทางอ้อม เช่น รายงานข่าว, สื่อต่าง ๆ -การตั้งคำถาม เพื่อดึงประสบการณ์เดิม -สื่อ/กิจกรรมสร้างความรู้สึกร่วมและการเปิดเผยตนเอง -กรณีศึกษา, สถานการณ์สมมติหรือการสาธิต

การสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

การสอนความรู้ (Knowledge) ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยสร้างทักษะชีวิตที่เป็นพื้นฐานและองค์ประกอบของทักษะชีวิตตัวอื่น ๆ ทั้งหมด นั่นก็คือ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังแสดงในตาราง

องค์ประกอบของ PL	ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้แบบ PL
ประสบการณ์	ตั้งคำถามเพื่อรวบรวมประสบการณ์ส่วนที่เป็นความรู้เดิมของผู้เรียน
การสะท้อนความคิดและอภิปราย	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ขึ้นในกลุ่ม ตามงานที่ได้รับมอบหมาย
ความคิดรวบยอด	การบรรยาย (โดยครูหรือสื่อ) การรายงานผลงานกลุ่ม หรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
ประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น จัดบอร์ด ทำรายงาน เขียนคำขวัญ เขียนเรียงความ ฯลฯ

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชานั้นไม่มีขั้นตอนการสอนที่เฉพาะเจาะจงเหมือนการสอนเจตคติ และการสอนทักษะ เพียงแต่ให้คำนึงถึง การจัดกิจกรรมที่ครบองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 ประการ โดยจะเริ่มที่องค์ประกอบใดหรือหมุนเวียนกันอย่างไรก็ได้ ผู้สอนจึงสามารถออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน (หรือออกแบบงาน) ได้อย่างอิสระ ส่วนการออกแบบกลุ่มนั้นควรจะสอดคล้องกับกิจกรรมฯ ในแต่ละองค์ประกอบ

การสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

เจตคติ (Attitude) เป็นลักษณะของความโน้มเอียงในการตอบสนอง หรือพร้อมที่จะกระทำในทางหนึ่งทางใด หรือเป็นความรู้สึกที่แสดงว่าชอบในสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เจตคติดีมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

1. องค์ประกอบในทางความคิด (Cognitive Component) คือ ความคิดที่จะยึดมั่นในสิ่งหนึ่งหรือกำหนดแนวความคิดไปในทางใดทางหนึ่ง
2. องค์ประกอบด้านจิตใจหรือความรู้สึก (Affective Component) คือ ความรู้สึกในจิตใจว่าชอบหรือไม่ชอบ รักหรือเกลียด ความรู้สึกในด้านดีหรือไม่ดี

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นลักษณะของการพร้อมที่จะปฏิบัติ หรือเลือกที่จะปฏิบัติ หรือต้องการมีพฤติกรรมไปในทางใด

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า “เจตคติ เป็นความคิดความเชื่อ ที่มีความรู้สึกเป็นองค์ประกอบ เจตคติจะมีผลในการกำหนดพฤติกรรมมนุษย์”

การสอนเจตคติที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามองค์ประกอบ 4 ประการของ PL มีลักษณะเฉพาะดังนี้

องค์ประกอบของ PL	ลักษณะเฉพาะของการสอนเจตคติแบบ PL
ประสบการณ์	ใช้สื่อหรือกิจกรรมเพื่อรวบรวมประสบการณ์ด้านความรู้สึกของผู้เรียน
การสะท้อนความคิดและถกเถียง	ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและโต้แย้งอย่างเต็มที่เพื่อให้เกิดการสร้างความคิดความเชื่อใหม่ หรือโยกคลอนความคิดความเชื่อเดิม
การสรุปความคิดรวบยอด	ผู้เรียนได้ข้อสรุปที่เป็นความคิดความเชื่อด้วยตนเอง โดยผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิด และช่วยเพิ่มเติม
การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมทั้งในหรือนอกเวลาเรียนเพื่อให้มีเจตคติที่ฝังแน่นมากขึ้น

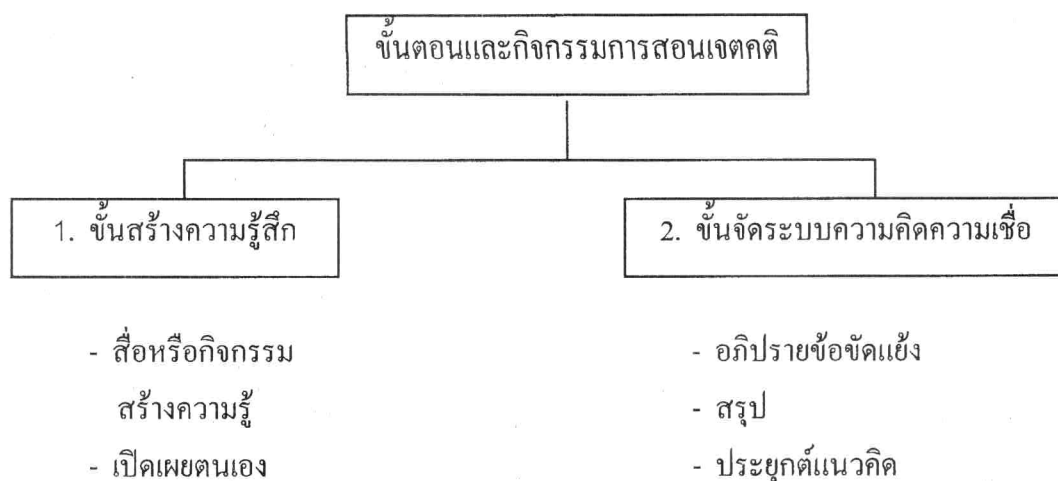
ขั้นตอน	องค์ประกอบ PL	กิจกรรม
ขั้นสร้างความรู้ สึก	ประสบการณ์	<u>สื่อ หรือ กิจกรรมสร้างความรู้สึก</u> เป็นการใช้สื่อหรือกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ร่วมกับเรื่องนั้น ๆ <u>สื่อสร้างความรู้สึก</u> : บทสำหรับอ่าน (กรณีศึกษา, จดหมายบันทึก, บทสัมภาษณ์ ฯลฯ) แถบเสียง, วัสดุทัศน์ เป็นต้น <u>กิจกรรมสร้างความรู้สึก</u> : ได้แก่ สร้างความรู้สึกโดยตรง เช่น ตะคร ทุบกระบอก จำแนกเจตคติของผู้เรียน เช่น การสำรวจความคิดเห็น แบบสอบถาม จัดลำดับความสำคัญ เป็นต้น กิจกรรมอื่น ๆ เช่น กิจกรรมที่อาศัยจินตนาการ, กิจ

ขั้นตอน	องค์ประกอบ PL	กิจกรรม
		กรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่มีเนื้อหาเชื่อมโยง , การต่อเรื่อง และกิจกรรมสร้างความสนใจอื่น ๆ เช่น การโต้ว่าที่ <u>การเปิดเผยตนเอง</u> เป็นการดึงประสบการณ์เก่าของ นักเรียน มักทำในกลุ่ม 2 คน หรือ กลุ่มย่อยระดมสมอง เช่น ให้เล่าความรู้สึกโดยตรง , ให้เขียนแล้วอ่านเองหรือสลับกันอ่าน , ให้ตอบคำถามเป็นต้น
2. ขั้นตอนระบบความคิด ความเชื่อ	สะท้อนความคิด และอภิปราย ความคิดรวบยอด ประยุกต์แนวคิด	<u>การอภิปรายข้อขัดแย้ง</u> เป็นการตั้งประเด็นเรื่องความคิด ความเชื่อต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเล็กอภิปรายจนได้ข้อสรุป <u>การสรุป</u> เป็นการให้กลุ่มเล็กรายงานข้อสรุปของกลุ่ม แล้วร่วมกันสรุปแนวคิดในกลุ่มใหญ่ <u>การประยุกต์แนวคิด</u> เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนได้ประยุกต์ใช้เจตคติที่เกิดขึ้น อาจให้ทำกิจกรรมในห้องเรียนหรือเป็นกิจกรรมเสริม

การสอนเจตคติ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ การสร้างเจตคติก่อนจะมีพฤติกรรม (เช่น รังเกียจการเที่ยวสถานบริการทางเพศ ก่อนที่จะมีพฤติกรรมเที่ยว) กับ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ (เช่น ลด ละ เลิก การเที่ยวสถานบริการทางเพศเมื่อมีพฤติกรรมแล้ว)

ขั้นตอนและกิจกรรมการสอนเจตคติ

เนื่องจากเจตคติเป็นความคิดหรือความเชื่อที่มีความรู้สึกเป็นองค์ประกอบ ดังนั้นการสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้สึก และด้านความคิดความเชื่อ ดังนี้



ขั้นสร้างความรู้สึกรู้ จะใช้สื่อหรือกิจกรรมสร้างความรู้สึกรู้ อาจใช้เวลาประมาณ 5-20 นาที ของคาบสอน ส่วนที่เหลือจะเป็นการจัดระบบความคิดความเชื่อ ดังนั้นผู้สอนจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการใช้สื่อหรือกิจกรรมให้เกิดความรู้สึกรู้ได้จริง รวมทั้งมีทักษะในการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยจัดระบบความคิดความเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้เรียนมีโอกาสนอภิปรายโต้แย้งจนนักเรียนสามารถสรุปได้ด้วยตนเอง และนำข้อสรุปที่ได้มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

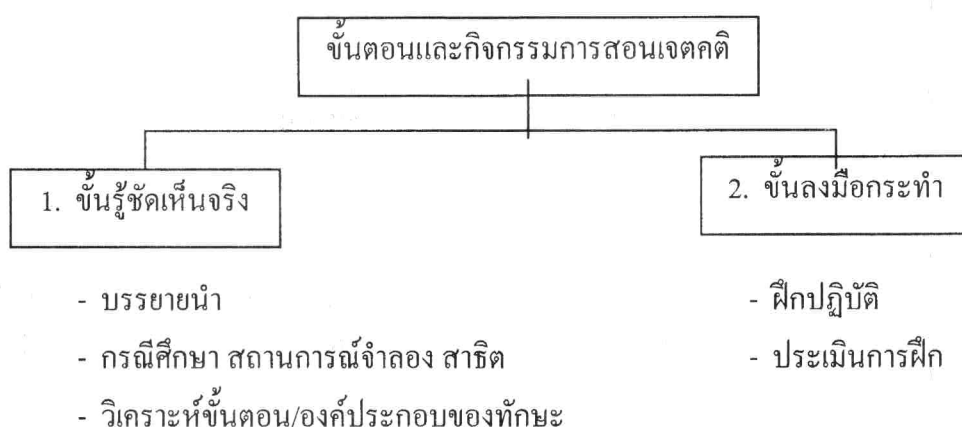
การสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

ทักษะ เป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้ฝึกฝนจนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ การสอนทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการสื่อสารเป็นการสอนที่มุ่งเน้นในด้านทักษะนิสัยซึ่งต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะ ให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง เมื่อดูจากองค์ประกอบทั่วไปทั้ง 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการสอนทักษะจึงควรมีลักษณะเฉพาะดังตารางข้างล่างนี้

องค์ประกอบของ PL	ลักษณะเฉพาะของการสอนเจตคติแบบ PL
ประสบการณ์	อาศัยเหตุการณ์ที่ตรงกับชีวิตจริงในการเรียนรู้
การสะท้อนความคิดและถกเถียง	ผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในการหากฎเกณฑ์ วิเคราะห์ขั้นตอนในการฝึกทักษะ และประเมินผลการฝึกทักษะนั้น ๆ
การสรุปความคิดรวบยอด	ได้ความคิดรวบยอดหลายขั้นตอน ทั้งจากการฟังบรรยายจากการสังเกต การสาธิต การประเมินผลในกลุ่ม และการประเมินผลรวม
การทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด	ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกซ้ำ ๆ โดยการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ต่าง ๆ

ขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะ

ด้วยเหตุที่ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญดังนั้น การสอนทักษะจึงต้องมี 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่มุ่งให้ ผู้เรียนรับรู้ ว่าทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญ และฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไร และ 2) ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก ดังแสดงในแผนภาพ



ในขั้นรู้ชัดเห็นจริง ครูใช้การบรรยายนำประกอบกับการยกตัวอย่าง และให้นักเรียนร่วมอภิปรายถึงความสำคัญและวิธีการฝึกทักษะนั้น ๆ จากนั้นจะใช้สถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าว

หรือใช้การสาธิต ซึ่งอาจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้ การสาธิตจะช่วยให้ผู้เรียนเห็นจริงเป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน จากนั้นให้ผู้เรียนจัดกลุ่มย่อย หรือกลุ่มระดมสมองเพื่อหากฎเกณฑ์

สำหรับขั้นลงมือกระทำ เป็นการให้ผู้เรียนฝึกใช้ทักษะโดยการใช้นิทานบทบาทสมมติ (Role play) หรือการซ้อมบท (Rehearsal play) เป็นกิจกรรมหลัก และมีการฝึกซ้ำโดยผลัดกันแสดง บทบาทจนชำนาญ ดังนั้น การฝึกอบรมนี้จะต้องฝึกให้ครูมีทักษะในการใช้สถานการณ์จำลอง และการสาธิต เพื่อให้ผู้เรียนเห็นจริง ขณะเดียวกันก็มีทักษะในการนำมาฝึกบทบาทสมมติ หรือการซ้อมบท และประเมินผลการฝึกได้ มีรายละเอียดของกิจกรรมสรุปได้ ดังนี้

ขั้นตอน	องค์ประกอบ PL	กิจกรรม
1. ขั้นรู้ชัดเห็นจริง	ความคิดรวบยอด ประสบการณ์	บรรยายนำ เพื่อให้ข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็น ในเวลาสั้น ๆ <u>กรณีศึกษา, สถานการณ์จำลอง, หรือสาธิต</u> กรณีศึกษา เป็นการตั้งโจทย์ให้ผู้เรียนคิดและแสดงความเห็น
	สะท้อนความคิด และอภิปราย	สถานการณ์จำลอง เป็นการตั้งโจทย์เป็นเหตุการณ์ที่มีผู้แสดง การสาธิต เป็นการแสดงให้เห็นขั้นตอนปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยอาจแสดงเปรียบเทียบกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกขั้นตอน <u>การวิเคราะห์</u> กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง หรือการสาธิต
2. ขั้นลงมือกระทำ	ประยุกต์แนวคิด ความคิดรวบยอด	<u>การฝึกปฏิบัติ</u> โดยการฝึกทักษะเป็นขั้นตอน หรือครบองค์ประกอบ โดยการแสดงบทบาทสมมติ หรือการฝึกซ้อมบทเพื่อให้เกิดความชำนาญ <u>การประเมินการฝึก</u> โดยให้สมาชิกในกลุ่มฝึกประเมินกันเองและผู้สอนประเมินอีกครั้งในกลุ่มใหญ่

ในการสอนทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะทักษะการปฏิเสธ หรือ การสอนทักษะอื่น ๆ ก็ตาม มักมีปัญหว่าสถานการณ์ที่นำมาสอนนั้น จริง ๆ แล้วผู้เรียนไม่คิดจะปฏิเสธ (เช่น เพื่อนชวนให้ลองดื่มเบียร์) ทำให้การฝึกเป็นไปอย่างแกน ๆ หรือไม่สมจริง ปัญหาเช่นนี้มีข้อคิด 2 ประการ คือ

1) การที่คนเราจะปฏิเสธสิ่งใด แสดงว่าเขามีเจตคติในเรื่องนั้น และได้ตัดสินใจอย่างชัดเจนไปแล้ว เพียงแต่ยังขาดทักษะที่จะปฏิเสธให้ได้ผลโดยไม่ทำลายสัมพันธภาพระหว่างกัน ดังนั้น ในโครงสร้างการสอนจึงจำเป็นต้องสอนเจตคติ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องนำมาก่อนการสอนทักษะการปฏิเสธ การปฏิเสธอย่างแท้จริงจึงจะเกิดขึ้น

2) ในขั้นตอนนำเข้าสู่บทเรียน หรือบรรยายสั้น ๆ ครูควรทบทวนการเรียนรู้ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้เรียนได้มีความเข้าใจที่ตรงกันว่า พฤติกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้เรียนคิดที่จะปฏิเสธ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน
ญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม Pre test – Post test design for One group study only

การออกแบบการวิจัย $O_1 X O_2$

O_1 = Pre test

X = Intervention

O_2 = Post test

กลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นญาติผู้ป่วยจิตเภท ที่เคยได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งใดแห่งหนึ่ง อย่างน้อย 1 ครั้ง
2. เป็นญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างน้อย 6 เดือน
3. เป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
จำนวน 10 คน
4. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 65 ปี
5. สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้เป็นอย่างดี
6. เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย

1. คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภท แบบมีส่วนร่วม 1 ชุด โดยมีเนื้อหา ดังนี้
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 อาการและสาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.4 วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. วิธีทัศน เรื่อง สุธิ.....?
3. ภาพพลิก เรื่อง โรคจิตเภท

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภท แบบมีส่วนร่วม คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วร่วมกันกำหนดกรอบเนื้อหา จัดทำเป็นคู่มือการสอนแบบมีส่วนร่วมโดยยึดรูปแบบของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นำคู่มือที่ได้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุง จัดทำเป็นคู่มือการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภท แบบมีส่วนร่วม ฉบับสมบูรณ์

2. วัตถุประสงค์เรื่องสุธี.....? คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันพิจารณาเนื้อหาจากคู่มือการสอนญาติผู้ป่วยจิตเภท แบบมีส่วนร่วม กำหนดเป็นบทโทรทัศน์ ถ่ายทำเป็นเรื่องสุธี.....? แล้วทดลองนำไปฉายให้ญาติผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกได้ชมเพื่อประเมินคุณภาพของวัตถุประสงค์ และปรับปรุงจนเป็นที่พอใจ

3. ภาพพลิก เรื่องโรคจิตเภท เป็นภาพพลิกที่ใช้สอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทจัดทำโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การประเมินประสิทธิผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้จัดทำแบบประเมินประสิทธิผล โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นแบบประเมินดังนี้

1. แบบวัดความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 8 ข้อ และเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังดำเนินการมีค่าความเชื่อมั่น.....
2. แบบวัดทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 ข้อ และเปรียบเทียบผลการประเมิน ก่อนและหลังดำเนินการมีค่าความเชื่อมั่น.....
3. แบบวัดการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ และเปรียบเทียบผลการประเมิน ก่อนและหลังดำเนินการมีค่าความเชื่อมั่น.....
4. แบบบันทึกกระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม ขณะดำเนินการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แบบประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบวัด 2 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน
2. แบบประเมินทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบวัดความคิดเห็น 2 ตัวเลือก (เห็นด้วย , ไม่เห็นด้วย) ตอบว่าเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่เห็นด้วยได้ 0 คะแนน

3. แบบประเมินการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัด 2 ตัวเลือก (ได้กระทำ, ไม่ได้กระทำ) ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 การจัดทำคู่มือการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม การถ่ายทำวีดีทัศน์ เรื่อง สุธิ.....? และจัดทำภาพพลิกเรื่องโรคจิตเภท
- 1.2 การออกแบบประเมินประสิทธิผล
- 1.3 การจัดเตรียมสถานที่ โดยใช้ห้องประชุมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 1.4 การประชาสัมพันธ์ให้ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าร่วมโครงการ

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 ดำเนินการทดสอบความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้แบบประเมินประสิทธิผลชุดเดียวกัน
- 2.2 ดำเนินการสอนญาติผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมตามขั้นตอนที่คู่มือการสอนกำหนดไว้โดย
 - 2.2.1 ผู้วิจัย 1 คน ทำหน้าที่ผู้สอน โดยแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้เรียน โดยแสดงบทบาทเป็นผู้ร่วมกลุ่ม
 - 2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือการสอน โดยแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่บันทึกกลุ่ม

3. ขั้นสรุปผลดำเนินการ

- 3.1 ผู้ดำเนินการสอนและผู้ช่วยเหลือผู้นำกลุ่ม รวมทั้งผู้สังเกตกลุ่มได้ทำการบันทึกกลุ่ม
- 3.2 ผู้วิจัยร่วมประชุมกับคณะผู้วิจัยภาคสนามทุกคน เพื่อปรับรายละเอียดของเนื้อหาแบบประเมินก่อน-หลังการสอนจนเป็นที่พอใจของญาติ
- 3.3 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย และสรุปผลรายงาน

4. ระยะเวลาในการวิจัย

ธันวาคม 2540 – กันยายน 2541

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ยเลขคณิต
2. ข้อมูลความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท วิเคราะห์จากแบบประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้ T-test
3. ข้อมูลทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์จากแบบประเมินทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้ T-test
4. ข้อมูลการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ของญาติผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์จากแบบประเมินการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้ T-test
5. ข้อมูลกระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์เนื้อหาแบบพรรณนา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ค่าคะแนนความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทจากแบบประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ
3. ค่าคะแนนทัศนคติของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท จากแบบประเมินทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ
4. ค่าคะแนนการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท จากแบบประเมินการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	50
	หญิง	5	50
อายุ	20 – 29 ปี	1	10
	30 – 39 ปี	3	30
	40 – 49 ปี	4	40
	50 – 60 ปี	2	20
สถานภาพสมรส	คู่	10	100
การศึกษา	ประถมศึกษา	10	100
รวม		10	100

จากตารางที่ 1 พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภท เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 100 และการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามอาชีพ ความสัมพันธ์
ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย และรายได้

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	10	100
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	3	30
สามี/ภรรยา	1	10
บุตร	2	20
อื่น ๆ (พี่, น้อง ฯลฯ)	4	40
ประสบการณ์ดูแล		
1 – 5 ปี	6	60
6 – 10 ปี	1	10
10 ปี ขึ้นไป	3	30
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	7	70
2,001 – 5,000 บาท	3	30
รวม	10	100

จากตารางที่ 2 พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภท มีอาชีพเป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1 – 5 ปี และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลัง การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

วิธีการทดสอบ	$\bar{x}$	S_d	t
ก่อนการเรียน	4.1	1.75	1.82
หลังการเรียน	5.1		

$$P < 0.5 (t_{0.5} = 1.83, df = 9)$$

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภท ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

วิธีการทดสอบ	$\bar{x}$	S_d	t
ก่อนการเรียน	4.8	0.90	1.07
หลังการเรียน	5.1		

$$P < 0.5 (t_{0.5} = 1.83, df = 9)$$

จากตาราง พบว่าคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

วิธีการทดสอบ	$\bar{x}$	S_d	t
ก่อนการเรียน	6.2	1.07	7.06
หลังการเรียน	8.6		

$$P < 0.5 (t_{0.5} = 1.83, df = 9)$$

จากตาราง พบว่าค่าคะแนนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการสังเกตการดำเนินกลุ่ม การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

1. ขั้นตอนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อผู้นำกลุ่มชี้แจงให้สมาชิกกลุ่มแสดงกิจกรรมตามใบชี้แจงที่กำหนด สมาชิกบางส่วนมักแสดงความคิดเห็นที่ตนเองเก็บกดไว้ไม่ยอมรับรู้ ถึงคำถามที่ผู้นำถาม จึงทำให้ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ ผู้นำกลุ่มจึงต้องอธิบายซ้ำอีก ทำให้ใช้เวลาก่อนข้างมาก เช่น ประเด็นที่ให้สมาชิกแสดงความรู้สึกภายหลังการชมวิดิทัศน์เรื่อง “สุริ” โดยใบชี้แจงถามว่า “ท่านจะมีความรู้สึกเช่นไร” สมาชิกบางคนจะแสดงความรู้สึกของตนเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตน ดูแลอยู่ และบางคนมักจะแสดงความคิดเห็นนอกกรอบประเด็นที่กำหนด แต่เมื่อผู้นำกลุ่มอธิบายซ้ำ สมาชิกก็สามารถแสดงความคิดเห็นถึงความรู้สึกที่แท้จริงออกมาได้ดี

2. ขั้นตอนแสดงความรู้สึกและอภิปราย สมาชิกส่วนใหญ่ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกของตนเองตามใบชี้แจงที่กำหนดไม่ค่อยตรงประเด็น บางคนมักจะตอบว่าไม่ทราบ เมื่อผู้นำกลุ่มกระตุ้นซ้ำอีก สมาชิกจะกล้าแสดงความคิดเห็นดีขึ้นเมื่อคุ้นเคยกัน

3. ขั้นตอนความเข้าใจและความคิดรวบยอด สมาชิกส่วนใหญ่สรุปเนื้อหาตามใบชี้แจงที่กำหนดให้ได้พอเข้าใจ แต่ยังขาดทักษะการนำเสนอ จากการสังเกตพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่อายุที่จะพูดเนื่องจากกลัวพูดผิด มักจะบอกให้ผู้นำกลุ่มเป็นผู้สรุปให้ แต่เมื่อผู้นำกลุ่มกล่าวให้กำลังใจและกระตุ้นให้พูดแล้วก็สามารถพูดได้และสรุปเนื้อหาได้ตามวัตถุประสงค์

4. ขั้นตอนการนำไปประยุกต์ใช้ สมาชิกส่วนใหญ่ได้พูดถึงความยุ่งยากใจที่จะนำไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากให้เหตุผลว่า แต่ละคนมีปัญหาก็แตกต่างกัน และถึงแม้จะมีปัญหาเหมือนกัน แต่สาเหตุของปัญหา พื้นฐานทางครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จได้ แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกร่วมกลุ่มแล้ว จึงมีทำที่ยอมรับและจะนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติต่อไป

นอกจากการสังเกตกระบวนการกลุ่มตามขั้นตอนการดำเนินการเรียนการสอนแล้วผลจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยพบดังนี้

1. ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในเนื้อหาการเรียนการสอน โดยบอกว่าเนื้อหามีความครอบคลุมดี และอยากให้สอนญาติคนอื่น ๆ ด้วย

2. ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าวิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมนี้มีข้อดีโดยเฉพาะการได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง บางคนบอกว่ารู้สึกอัดอัดและเครียดมากกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยและไม่ทราบว่า จะพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับใครเมื่อได้เข้ากลุ่มจึงมีโอกาสรบายความทุกข์ใจให้คนอื่น ๆ ได้รับฟัง ทำให้ความเครียดลดลงได้

3. ญาติผู้ป่วยบางส่วนบอกว่าเวลาที่ใช้นานมากทำให้รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเดินทางเพราะกลัวไม่มีรถโดยสารกลับบ้าน

4. ญาติผู้ป่วยบางส่วนเสนอแนะเกี่ยวกับสถานที่ดำเนินการเรียนการสอน ควรจะเป็นห้องเรียนที่อยู่ใกล้บริเวณตึกผู้ป่วยนอก และเป็นห้องที่ไม่มีเสียงรบกวน การเดินทางสะดวก คณะผู้วิจัยปรับปรุงโดยให้ห้องประชุมติดผู้ป่วยนอก ญาติผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจ

5. เกี่ยวกับสื่อและอุปกรณ์ช่วยสอน ญาติผู้ป่วยมีความเห็นว่าดีแล้วแต่ที่ต้องปรับปรุงบ้างคือสื่อวีดิทัศน์ เนื่องจากเนื้อหาของเรื่องเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่อาการยังไม่เรื้อรัง ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ นอกจากนั้นคุณภาพของภาพ เสียงยังไม่สมบูรณ์ คณะผู้ดำเนินการวิจัยจึงได้ปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ใหม่จนเป็นที่พอใจของญาติผู้ป่วย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการนำนวัตกรรมใหม่ที่พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมมาทดสอบ ประสิทธิภาพ โดยศึกษากับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน ติดต่อกันมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 65 ปี สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือในการวิจัยคือ คู่มือการ สอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 ชุด สื่อการสอนวีดิทัศน์ เรื่องสุริ และภาพพลิก ซึ่ง พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ประเมินประสิทธิภาพการสอนโดยการเปรียบเทียบคะแนน ก่อนและหลังดำเนินการ และการสังเกตขณะดำเนินการสอน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามก่อนและ หลังดำเนินการระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน พฤษภาคม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านทัศนคติ และการปฏิบัติของญาติ ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติ t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะด้านประชากรของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเพศชายเท่ากับเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในช่วง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 40) ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ เรียนจบชั้นประถมศึกษา และมีอาชีพเป็น เกษตรกร ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในกรณีอื่น ๆ โดยเกี่ยวข้องเป็น พี่ , น้อง (ร้อยละ 40) มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี และมีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท (ร้อยละ 70)
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนดำเนินการสอน มีค่า เฉลี่ย 4.1 คะแนน และหลังดำเนินการสอน มีค่าเฉลี่ย 5.1 คะแนน และเมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ด้วยสถิติ t-test แบบทางเดียว พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนดำเนินการสอน มี ค่าเฉลี่ย 4.8 คะแนน และหลังดำเนินการสอนมีค่าเฉลี่ย 5.1 คะแนน และเมื่อทดสอบค่าเฉลี่ย คะแนนทัศนคติด้วยสถิติ t-test แบบทางเดียว พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนดำเนินการ สอน มีค่าเฉลี่ย 6.2 คะแนน และหลังดำเนินการสอนมีค่าเฉลี่ย 8.6 คะแนน และเมื่อทดสอบค่าเฉลี่ย

คะแนนการปฏิบัติด้วยสถิติ t-test แบบทางเดียว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประสิทธิภาพการเรียนการสอน แบบมีส่วนร่วมด้านความรู้และทัศนคติของญาติผู้ป่วยโรคจิตระหว่างก่อนและหลังดำเนินการไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก มโนคติของกระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการแสดงประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ซึ่งประสบการณ์เดิมของผู้เรียนอาจถูกปลูกฝังหรือได้รับการเรียนรู้มาด้วยความเข้าใจผิด เช่น อาการผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเกิดจากภูติผีปีศาจ อำนาจผีสาแหรก เทวดา ประกอบกับธรรมชาติของโรคจิตเภทมีลักษณะยุ่งยากและซับซ้อน ยากแก่การเข้าใจ นอกจากนั้นพื้นฐานความรู้ของญาติผู้ป่วย จบระดับประถมศึกษา และการเรียนการสอนครั้งนี้มีเวลาจำกัด ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน อาจเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยวิธีที่ต่าง ๆ กันจนเป็นผลให้เข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ถึงแม้ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้งหมด แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าญาติผู้ป่วยที่ร่วมโครงการต่างมีความรู้ลึกซึ้งพอใจกับวิธีการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก ต้องการให้มีการเรียนการสอนกับญาติรายอื่น ๆ ด้วย เพื่อจะได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอปัญหาและแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย และประการสำคัญ ญาติผู้ป่วยได้ใช้โอกาสนี้ ระบายความทุกข์ใจของตนให้ผู้อื่นได้รับฟัง ซึ่งเป็นแนวทางการผ่อนคลายความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ๆ อีกทางหนึ่ง

ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน

1. การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มจึงกล้าที่จะเปิดเผย ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจจะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม ใช้เวลาอันจำกัด

2. ขนาดกลุ่มอาจจะไม่เหมาะสมกับญาติผู้ป่วยเดินทางมารับบริการและเข้าร่วมโครงการไม่พร้อมกันทำให้ต้องรอญาติผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มาช้า และส่วนหนึ่งรู้สึกกังวลต่อการเดินทางกลับ เพราะกลัวไม่มีรถโดยสารกลับบ้าน

3. ญาติผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยกับวิธีการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับวิธีการสอนที่ผู้สอนเป็นฝ่ายให้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียวทำให้ผู้สอนต้องใช้เวลาในการอธิบายจุดประสงค์และวิธีการเรียนการสอน มากยิ่งขึ้น

4. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนครั้งของการสอนค่อนข้างน้อยซึ่งทำให้ข้อจำกัดมีผลต่อการทดสอบทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมนี้กับญาติผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อประเมินประสิทธิผลการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
2. ควรปรับปรุงเนื้อหาที่สอนให้สั้นกระชับด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
3. ควรปรับปรุงแบบสอบถามในการประเมินประสิทธิผลของการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมให้ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้ต่อไป
4. ควรมีการติดตามประเมินผลการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมในระยะยาวด้วย

บรรณานุกรม

- จารุวรรณ ต.สกุล. ปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.
- ฉลอง ภิมย์รัตน์. กระบวนการกลุ่ม. คู่มือประกอบการเรียนวิชาศึกษา 325 ตามหลักสูตรสภา ฝึกหัด
ครู. กรุงเทพมหานคร, 2519.
- ชูชัย ศิลปกิจ. กิจกรรมกลุ่มสำหรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเบกกลุ่ม. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- ชัชวาล ศิลปกิจ. การส่งเสริมสุขภาพจิต. วารสาร โรงพยาบาลศรีธัญญา, 4:98-109, 2539.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ. คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์
พลชัย, 2530.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะ
กรรมการการ Advisory Board โครงการ “Prelape” และเจ้าหน้าที่แผนกเวชภัณฑ์
LUNDBECT บริษัท บี.อี.เอ็ม. จำกัด, 2539.
- เพ็ญพรรณ พรหมนาถ. การพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับบุคลากรพยาบาล. รายงาน
วิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- มาลี สนธิเกษตริม. กลุ่มสัมพันธ์ในเอกสารชุดวิชาพงศาวดารของการสื่อสารหน่วย 8 – 15 มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อท, 2529.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทักษะการจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย พิมพ์ครั้งที่ 1 ภาควิชาสุข
ศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ตุลาคม, 2526.
- รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.

ธีระ ถิลาณันทกิจ. การรักษาแบบกลุ่ม 1 จิตบำบัด. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2530.

วัชนี ฐะคำ. จิตวิทยาแนะแนวและการให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จงเจริญการพิมพ์, 2523.

วัชนี หัตถพนม. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานการวิจัยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2529.

วัชนี หัตถพนม. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานวิจัยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ออฟเซต, 2536.

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์, ภัสรา เขมฐ์โชติศักดิ์ และคณะ. ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536. รายงานวิจัยกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2536.

ชากุล สิ้นไชย. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับเป็นซ้ำ. รายงานวิจัย, 2530.

สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2533.

สุวัทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

สุจิต ชุนตระกูล, มาลี แจ่มพงษ์. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษากรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา” อาจารย์พยาบาลศาสตร์. 8 เมษายน – มีนาคม 2533. 46 – 56.

อุดม ลักษณะวิจารณ์. **ปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตและการเตรียมรับสถานการณ์.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 36 : 240-244,2534.

American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry. 154(4) : April 1994.

Baker,A.F. **living with a chronically III schizophrenic can place great stress on Individual Family Members and the family Unit : How Families Cope.** Journal of Psychosocial Nursing. 27 (Janurary 1989) : 31 –36.

Gartner, A.J., Riessman, F. **Self-help and Mental health. Hospital and Community Psychiatry** 1982; 33 : 631-635.

Katg, A. Self help groups. **The Encyclopedia of social Work. Washington, D.C. :** The National Association. of Sacial Workers, 1977,pp 1254-1261.

Labell M.B.,et al.**Patient's Perceptions of Family Emotional Climate and Outcome In shizophrenia.**British Journal of Psychiatry, 162 (June 1993) : 751-754.

Mc Glasham TH. **Schizophrenia : psychosocial therapies and the role of psychosocial Factor in etiology and pathogenenis in Psychiatry Update :** The American Psychiatric Press Annual Review, vol5 . Edited by Frances AJ, Hales RE. Washington D.C,American Psychiatric Press, 1986, pp 96.

Provencher H.L., Fournier **J.P.&** Dupuis. N.(1997) Journal of Psychiatrc and mental Health Nursing, Schizophrenia : revisited 4, 275-285.

Psychoeducational Program Evaluation : One Practical Method. Walsh, J. Journal of Psychosocial Nussing and Mental Health Services 1987; 25(3) : 25-31.

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

$$\frac{1}{\sqrt{2}}$$

ภาคผนวก ก.

1. รายชื่อผู้มีอุปการะคุณในงานวิจัย
2. คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม
แผนกผู้ป่วยนอก



รายชื่อผู้มีอุปการะคุณในงานวิจัย

1. ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content relidity) ของเครื่องมือในการวิจัย
 - 1.1 นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาล
 - 1.2 ผศ.จินตนา ลีละไกรวรรณ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 1.3 ผศ.ศุภวัฒน์กร วงษ์ชนวสุ ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 1.4 นางสาวสการรัตน์ ภูผา พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 1.5 นางภรดี ไชยสิน พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. ผู้เก็บข้อมูลพื้นที่
 - 2.1 นางวรรณประภา ชลอรกุล พยาบาลวิชาชีพ 8 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 2.2 นางละเอียด ปัญโญใหญ่ พยาบาลวิชาชีพ 8 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 2.3 นางวรรณรัตน์ ทะบึงกลาง พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 2.4 นางสาวบังอร ศรีเนตรพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 2.5 นางภรดี ไชยสิน พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 2.6 นางสาวประพัตรา พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. ผู้ถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์ และผู้แสดง
 - 3.1 นายศร เคหะคุณ เจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ 3 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 3.2 นายธิญะ สิงห์นาง พยาบาลเทคนิค 5 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 3.3 นายทองใบ ภูหนองโอง เจ้าหน้าที่สนับสนุนโรค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 3.4 นางมะลิ สุทวณาดิ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 3.5 นายบุญโกน กานาโย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 3.6 นางสาวปฐิภาพ ธนาภูมิชัย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

คู่มือการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบมีส่วนร่วม

แผนกผู้ป่วยนอก

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเรื้อรัง และมีลักษณะการกลับเป็นซ้ำได้เป็นช่วง ๆ แม้ว่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตจะมีประสิทธิภาพเพียงใด แต่ก็ยังพบว่ายาสามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้โดยลดอัตราการกำเริบจากร้อยละ 40 – 70 เป็นร้อยละ 15 – 30 (คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท, 2539)

จากรายงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายแล้วภายใน 1 – 2 ปี สูง ถึงร้อยละ 70 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำได้แก่ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติของญาติ และปัจจัยด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งปัจจัยดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด ปัญหาครอบครัว ผิดพลาดกับความเครียดสูง การวิพากวิจารณ์หรือตำหนิผู้ป่วยอย่างรุนแรงแต่อย่างไรก็ตาม สิ่งเหล่านี้สามารถลดความรุนแรงลงได้ ด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

การสอนจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจให้แก่ญาติผู้ป่วย เนื่องจากญาติหรือครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือทางสังคมที่สำคัญที่สุด อย่างไรก็ตามแนวทางการเรียนการสอนที่ถือปฏิบัติกันมายังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง โดยเฉพาะการสอนที่ผู้สอนกำหนดเนื้อหาและวิธีการสอน ซึ่งผู้เรียนขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดดังกล่าว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จึงพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท มาในการสอนแบบมีส่วนร่วม

ปรัชญาการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวผู้เรียนเอง โดยผู้สอนช่วยจัดกระบวนการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างความรู้ มากกว่าการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนสู่ผู้เรียน ดังนั้นกระบวนการสร้างความรู้จึงต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นฝ่ายกระทำ อันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ในลักษณะนี้จึงย่ำถึงลักษณะทางสังคมของการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกัน และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผลักคือเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวางโดยอาศัยการแสดงออกทางภาษาเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบของการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม

1. ประสบการณ์ เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
 2. การสะท้อนความคิดและการถกเถียง เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
 3. การเข้าใจและความคิดรวบยอด เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนให้ผู้เรียนสร้างความเข้าใจ นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด หรือข้อสรุป
 4. การทดลอง หรือประยุกต์ใช้ เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนให้ผู้เรียนนำเอาความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ ไปประยุกต์ใช้ลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จะเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง
- การเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมนี้อาศัยกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการดำเนินการ ดังนี้
1. ผู้สอนมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม
 2. ผู้เรียนมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ร่วมกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่ม
 3. ผู้สอนและผู้เรียน เน้นนำตัวเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม
 4. ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนการสอน และชี้แจงบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้เรียน
 5. ผู้สอนเปิดประเด็นการเรียนการสอน แล้วให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์ของตนเองในประเด็นที่กำหนด
 6. ผู้สอนให้ผู้เรียนวิพากษ์วิจารณ์ หรือแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางต่อประสบการณ์ที่ผู้เรียนเล่า
 7. ผู้สอนให้ผู้เรียนสรุปประเด็นปัญหาภายหลังวิพากษ์วิจารณ์แล้วเพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหของแต่ละคน
 8. ผู้เรียนสรุปหรือผู้สอนสรุปและ / หรือเพิ่มเติมบางส่วนที่ขาดความสมบูรณ์
 9. ปิดกลุ่ม

สาระสำคัญ

การเรียนการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ อาศัยผลการวิเคราะห์ปัญหาหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นซึ่งพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจึงได้สรุปสาระสำคัญในการเรียนการสอนดังนี้

1. การสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ความหมายของโรคจิตเภท
3. อาการของโรคจิตเภท
4. สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
5. การรักษาโรคจิตเภท
6. การดูแลหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่อกัน
2. เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท
4. เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างถูกต้องเหมาะสมลดอัตราการกำเริบซ้ำลงได้
3. ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างสม่ำเสมอต่อไป

แผนการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม

แผนกผู้ป่วยนอก

เรื่อง การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย
 2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบถึงผลกระทบของทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย
 3. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบแนวทางการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท

สาระสำคัญ ทัศนคติเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งถ้ามีทัศนคติที่ดีมักจะให้ความสนใจ ใส่ใจดูแลผู้ป่วยและยินดีในการรักษาของแพทย์ ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีญาติมักจะปล่อยปละละเลยผู้ป่วยไม่ดูแลเอาใจใส่ รังเกียจหรือทอดทิ้งผู้ป่วยได้ญาติจึงควรรับรู้ทัศนคติของตนเองและปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง

เวลา 30 นาที

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม / ขั้นตอน	สื่อ / ใบบางาน
(กลุ่มใหญ่) เวลา 5 นาที	- การสร้างสัมพันธภาพโดย 1. ผู้สอนและผู้เรียนนั่งล้อมเป็นวงกลม 2. ทุกคนแนะนำตัวเอง 3. ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้เรียน	- ใบชี้แจงที่ 1
ประสบการณ์ (กลุ่มใหญ่) เวลา 10 นาที	- ผู้สอนให้ผู้เรียนชมวีดิทัศน์เรื่อง “สุธิ”	- วีดิทัศน์เรื่อง “สุธิ.....?”

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม / ขั้นตอน	สื่อ / ใบบงาน
สะท้อนความคิดเห็น และอภิปราย (กลุ่ม 5 คน) เวลา 5 นาที	- ผู้สอนให้ผู้เรียนแสดง ความคิดเห็นตามใบกิจกรรมที่ 1	- ใบกิจกรรมที่ 1
ความเข้าใจและความคิด รวบยอด (กลุ่ม 5 คน) เวลา 5 นาที	- ผู้สอนให้ผู้เรียนสรุป ตามใบความรู้ที่ 1	- แผ่นใส - ใบความรู้ที่ 1
ประยุกต์ทดลองใช้ (กลุ่มใหญ่) เวลา 5 นาที	- ผู้สอนให้ผู้เรียนร่วมกัน หาแนวทางการปรับเปลี่ยนทัศนค ติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท	- แผ่นใส

ใบชี้แจงที่ 1

วัตถุประสงค์ของการให้สมาชิกเข้าร่วมโครงการ

1. เพื่อให้เห็นความสำคัญของทัศนคติ และ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ทราบผลกระทบของทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย
3. เพื่อให้ทราบแนวทางการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. เพื่อให้โอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ใบกิจกรรมที่ 1

คำแนะนำให้สมาชิกแบ่งกลุ่ม 5 คน แล้วอภิปรายประเด็นต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ให้อภิปราย “สมมติว่าท่านเป็น” “สุชี” ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

กลุ่มที่ 2 ให้อภิปราย “สมมติว่าท่านเป็นญาติของ” “สุชี” ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

ใบกิจกรรมที่ 2

คำแนะนำ ให้สมาชิกจับคู่ 2 คน แล้วผลัดกันอภิปรายประเด็นต่อไปนี้

- คู่ที่ 1 ให้อภิปราย “โรคจิตเภท” หมายถึงอะไร
- คู่ที่ 2 ให้อภิปราย “โรคจิตเภท” มีอาการเป็นอย่างไรบ้าง
- คู่ที่ 3 ให้อภิปราย “โรคจิตเภท” มีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง
- คู่ที่ 4 ให้อภิปราย “โรคจิตเภท” มีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง
- คู่ที่ 5 ให้อภิปราย “โรคจิตเภท” มีวิธีการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน อย่างไรบ้าง

ใบความรู้ที่ 1

ทัศนคติและความรู้สึก

ทัศนคติเป็นการผสมผสานความคิดความเชื่อและประสบการณ์ของบุคคลก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการแสดงออกในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ ทัศนคตินักเป็นปฏิกิริยาของอารมณ์ และความรู้สึกที่มีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องผลจากการเจ็บป่วยทางจิต ของผู้ป่วยเป็นเวลานาน ๆ ก่อให้เกิดความเสื่อมถอย และบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติหรือครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจนกลายเป็นภาระอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาระดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัวต้องเพิ่มขึ้น แรงงานในครอบครัวหดหายไป สังคมต่อต้านหรือรังเกียจ ไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสังคม ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลความกลัว ความอับอาย ความเบื่อหน่าย หรือ ความรู้สึกโกรธ และมักจะโทษผู้ป่วยว่าเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเดือดร้อน

อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าญาติ หรือครอบครัวที่ให้ความรู้สึกสงสารเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โดยหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตหายไป สามารถเป็นความหวังของครอบครัวได้ต่อไป ดังนั้น ญาติจึงจำเป็นที่จะต้องรู้จักเรียนรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้เหมาะสม โดยพยายามปรับทัศนคติของตนเองให้เป็นในทางบวก ด้วยการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

แผนการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบมีส่วนร่วม

แผนกผู้ป่วยนอก

เรื่อง	ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
กลุ่มเป้าหมาย	ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทได้แก่ -ความหมาย -อาการ -สาเหตุ -การรักษา -การดูแลผู้ป่วย 1. เพื่อให้ญาติได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. เพื่อให้ญาติได้มีแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
สาระสำคัญ	1. โรคจิตเภทหมายถึง โรคทางจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ 2. ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการผิดปกติหลายอย่างเช่น อาการหลงผิด อาการประสาท-หลอน ความคิดผิดปกติแปลกประหลาด และพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม 3. โรคจิตเภท เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มักมีความเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์และความเครียด 4. การรักษาหลักของโรคจิตเภทคือ การใช้ยาต้านโรคจิตเมื่ออาการดีขึ้นแล้วจะรักษาทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมบำบัด 5. การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลา ที่สำคัญคือ การให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านโรคจิตอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และญาติต้องแสดงให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวเหมือนเดิม
เวลา	60 นาที

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม / ขั้นตอน	สื่อ / อุปกรณ์
ประสบการณ์ (จับคู่ 2 คน) 10 นาที	- ผลัดกันอภิปรายในประเด็นตามใบ กิจกรรมที่ 2 แล้วบันทึกลงแผ่นใส	- ใบกิจกรรมที่ 2
ความคิดรวบยอด (กลุ่มใหญ่) 10 นาที	- ให้ผู้เรียนสรุปเนื้อหาที่อภิปราย	- แผ่นใส - ใบความรู้ที่ 2
สะท้อนความคิดเห็น และอภิปราย (กลุ่มใหญ่) 20 นาที	- ให้ผู้เรียนอภิปรายประเด็นตามข้อ สรุปของแต่ละกลุ่ม	
ประยุกต์และทดลองนำ ไปใช้ (กลุ่มใหญ่) 20 นาที	- ให้ผู้เรียนสรุปเป็นแนวทางการนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้	- แผ่นใส

ใบความรู้ที่ 2

โรคจิตเภท

ความหมาย

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป

อาการ

ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการแสดงได้หลายอย่างแตกต่างกันไป โดยผู้ป่วยจำนวนมากก่อนที่จะปรากฏอาการของโรคจิตที่ชัดเจน เรามักพบอาการนำมาก่อน ได้แก่ แยกตัว ไม่เข้าสังคม มีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พูดคนเดียว เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ การทำงานบกพร่อง ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย และการแต่งตัว อารมณ์ที่อ้อมแอ้ม ไม่มีอารมณ์หรืออารมณ์ไม่เหมาะสม พูดจา วกวน คลุมเครือ มีความคิดแปลก ๆ เช่น เชื่อในไสยศาสตร์ โทรมจิต หลังจากนั้นผู้ป่วยจะปรากฏอาการของโรคจิตอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่

-อาการหลงผิด หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิด ๆ เชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นความจริง โดยที่ใคร ๆ ก็ไม่สามารถพิสูจน์ด้วยเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดนั้นได้ ยกตัวอย่างเช่น หลงผิดหวาดระแวง ซึ่งเป็นความหลงผิดที่พบบ่อยมากที่สุด ผู้ป่วยจะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง ไม่หวังดีต่อตนหรือจะทำร้ายตัวผู้ป่วยอาการหลงผิดอื่น ๆ เช่น เชื่อว่าคนอื่นกำลังพูดคุ้ยในเรื่องของตน เชื่อว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ มีความสามารถพิเศษ เชื่อว่ามีวิญญาณอยู่ภายในร่างกายของตน คอยบอกให้ผู้ป่วยคิดหรือกระทำการต่าง ๆ

-อาการประสาทหลอน หมายถึง เกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจริง ที่พบบ่อยที่สุด คือ ประสาทหลอนทางเสียงหรือหูแว่ว โดยผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนพูดคุ้ย ซึ่งมีได้หลายอย่าง เช่น คำว่า หรือออกคำสั่งให้ผู้ป่วยกระทำตาม และหลาย ๆ ครั้งการกระทำนั้นเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและคนรอบข้าง อาการภาพหลอนก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่พบน้อยกว่าอาการหูแว่ว

-ความผิดปกติทางความคิด เช่น มีความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน เวลาผู้ป่วยพูด ผู้ฟังจะสังเกตได้ว่าคำพูดหรือเรื่องราวที่พูดไม่ต่อเนื่องกัน ฟังไม่รู้เรื่องว่ากำลังพูดเรื่องอะไรอยู่ เพราะเปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ หรือพูดตอบไม่ตรงคำถาม ถามอย่างตอบอย่าง ความผิดปกติของความคิดอื่น ๆ ที่พบได้แต่น้อย เช่น ความคิดขาด

หายไป ทำให้หยุดพูดไปเลย ๆ ในขณะที่กำลังเล่าเรื่องอยู่ บางครั้งอาจพูดภาษาคำศัพท์แปลก ๆ โดยผู้ฟังไม่เข้าใจความหมาย

-อาการอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น นอนไม่หลับ รุนวาย พูดคนเดียว ยกมือไหว้คนไปทั่วหรือทำท่าทางแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจความหมายได้ การแสดงอารมณ์ผิดปกติ เช่น ยิ้ม หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล หรือไม่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดคุยกัน หรืออาจเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์อะไรเลย อาการทั้งหมดนี้มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง เฉยชาในการทำงาน ซึ่งบางครั้งคนรอบข้างอาจคิดว่าผู้ป่วยจี้เกียจ ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและคนอื่น

สาเหตุ

อายุพบในช่วง 15 – 54 ปี แต่ส่วนใหญ่โรคนี้มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่ปัจจุบันเชื่อว่ามีสาเหตุหลายอย่าง โดยมีแนวคิดที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มนหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้นมา โดยแนวโน้มนหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยทางด้านสารเคมีในสมองบางชนิดมีการเปลี่ยนแปลงไป หรือเป็นความเครียดจากภายนอก หรืออาจเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน

กรรมพันธุ์ - เราพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่ว ๆ ไป โดยยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าไร โอกาสหรือความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเดียวกันยิ่งสูงขึ้น

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (%)
ประชากรทั่วไป	1
พี่น้องของผู้ป่วย	8
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47

ความเครียด - เราอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของโรคจิตเกิดขึ้นภายหลังจากที่ที่มีความเครียดเกิดขึ้นในชีวิต ทำให้คนจำนวนมากคิดว่าความเครียดทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต ในความเป็นจริงแล้ว ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการสำหรับผู้ที่มีแนวโน้มนหรือจุดอ่อนอยู่เดิม ดังนั้น ความเครียดมิใช่สาเหตุโดยตรงของโรคจิตเภท

การรักษา

การรักษาหลักของโรคจิตเภท คือการใช้ยาต้านโรคจิต เพื่อลดอาการหลงผิดและประสาทหลอน รวมทั้งพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วย ซึ่งแพทย์จะกำหนดขนาดของยาที่เหมาะสมตามอาการทางจิตของผู้ป่วยและเมื่ออาการดีขึ้นในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดขนาดยาจนหยุดยาได้ในที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลาในการรักษาเป็นปีหรือหลายปี ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะที่มีอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบจะช่วยลดความรุนแรงของอาการได้เป็นอย่างดี

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ในระยะฟื้นฟู การรักษาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้น ญาติสามารถให้การดูแลโดยเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ประสานความร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด

โดยปกติแพทย์สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยนัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ แพทย์จะพิจารณาว่าผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

มีพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน

มีปัญหาบางอย่างที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง

เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

มีปัญหาในการวินิจฉัย เช่น มีอาการบางอย่างคล้ายคลึงกับโรคทางสมอง จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยให้ถูกต้อง

การรักษาด้วยไฟฟ้า – มีบางกรณีที่แพทย์พิจารณาเห็นว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีข้อบ่งชี้ต่าง ๆ ได้แก่

มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น มีหูแว่ว เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง และผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้

ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด โดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาเกินและยาฉีด

มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น เหย็นิ่ง ไม่ขยับเขยื้อนร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่กินอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่กินยา ทำให้ร่างกายได้รับน้ำและสารอาหารไม่พอเพียง

ใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมแล้วไม่ได้ผล อาการทางจิตไม่เปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยมีฤทธิ์ข้างเคียงของยามากจนไม่สามารถใช้ยาได้ต่อไป

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ถึงแม้จะเป็นงานที่หนักอย่างยิ่งสำหรับญาติ แต่เป็นภาระหน้าที่ที่จำเป็นต้องทำ ถ้าญาติรู้จักวิธีการดูแลและ

ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้น ด้วยวิธีปฏิบัติดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่ว่าจะเป็นวิธีการฉีด หรือ การรับประทาน
2. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ควรให้ผู้ป่วยอดนอน
3. ดูแลให้รับประทานอาหารอย่างพอเพียง และถูกสุขลักษณะ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ กับสภาพร่างกาย
5. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยวนอกสถานที่ ร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัว และสังคม
6. ดูแลให้ผู้ป่วยงดเว้นจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ภัยชา ยาบ้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ
7. จัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกการทำงานที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้
8. ประคับประคองด้านจิตใจ ให้ความรักความอบอุ่น อย่างเข้าใจและพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเสมอต้นเสมอปลาย
9. สื่อสารกับผู้ป่วยในลักษณะที่สร้างสรรค์ การแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เช่น การตำหนิ การแสดงความโกรธ
10. การเฝ้าระวัง หรือสังเกตความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้ามีสิ่งผิดปกติรุนแรง ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

ภาคผนวก ข.

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
2. สคริปต์สื่อวิดีโอ

10

11

12

13

14

15

16

แบบสอบถามญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในโครงการวิจัยเรื่อง

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

แบบมีส่วนร่วม

- คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
- เฉพาะผู้ที่เข้ากลุ่มตามโครงการวิจัยและทำการสอบถามก่อนเข้ากลุ่มและหลังการเข้ากลุ่ม แบ่ง
- เป็น 3 ตอน คือ
- ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ตอนที่ 2 แบบวัดทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเภท
- ตอนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคจิต

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของท่านโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หน้าข้อที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

		สำหรับเจ้าหน้าที่ ลงรหัส
1. เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง	☐
2. อายุ	☐ 20 – 34 ปี ☐ 50-60 ปี ☐ 35 – 49 ปี ☐ 61 ปีขึ้นไป	☐ ☐
3. สถานภาพสมรส	☐ โสด ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย ☐ คู่ ☐ แยกกันอยู่	☐ ☐
4. ระดับการศึกษา	☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ☐ ประถมศึกษา ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ มัธยมศึกษา	☐ ☐
5. อาชีพ	☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกร ☐ อื่น ๆ ระบุ..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ ☐
6. ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย?	☐ บิดา/มารดา ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ☐
7. ท่านดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยมานานเท่าไรแล้ว	☐ น้อยกว่า 1 เดือน ☐ 1-6 เดือน ☐ มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี ระบุ.....ปี	☐ ☐
8. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด	☐ ต่ำกว่า 2,000 บาท ☐ 2,000 – 5,000 บาท ☐ มากกว่า 5,000 – 10,000 บาท ☐ มากกว่า 10,000 บาท	☐ ☐
9. ท่านคิดว่าเพื่อนบ้านรู้สึกอย่างไรต่อผู้ป่วยของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ รังเกียจ ☐ สงสาร ☐ เบื่อหน่าย ☐ เข้าใจ ☐ กลัว ☐ อื่น ๆ	☐ ☐

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

10. ท่านมีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่?

☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามีโปรดกา/ใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

- ☐ ท่านมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ
- ☐ ท่านมีบทบาทหน้าที่มากมาย ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย
- ☐ ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ
- ☐ ท่านมีคนเจ็บป่วย/คนสูงอายุ/เด็ก ที่ต้องดูแล
- ☐ ท่านมีความลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล
- ☐ ไม่มีแหล่งบริการสาธารณสุขใกล้บ้านท่าน
- ☐ ไม่มีคนช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วย

☐

☐

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉพาะผู้ที่เข้ากลุ่มตามโครงการ
วิจัยและทำแบบสอบถามก่อนเข้ากลุ่ม และหลังการเข้ากลุ่ม

- ตอนที่ 1**
- แบบวัดความรู้ของญาติเกี่ยวกับ โรคจิตเภทและยาทางจิต
 - โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทางเพศเป็นลักษณะเด่น		
2.	การอบรมเลี้ยงดูที่ผิด ๆ ทำให้คนป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
3.	โรคจิตเภท ที่อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีอารมณ์ และการแสดงออกผิดปกติ		
4.	การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีเดียว คือ กินยาจิตเวช ห้ามพาผู้ป่วยไปรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอธรรม หรือหมอสง		
5.	โรคจิตเภทไม่มีทางรักษาหายขาด ต้องกินยาตลอดชีวิต		
6.	ยาเสพติด ส่งเสริมให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ		
7.	ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวแข็ง ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายไหล มือสั่น มีผื่นคัน		
8.	ถึงแม้ญาติจะดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะกำเริบซ้ำมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ เช่นเดิม		

- ตอนที่ 2
- แบบวัดทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท
 - โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย
1.	ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม		
2.	การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวเป็นสิ่งที่น่าอับอาย		
3.	ผู้ป่วยจิตเภทยังมีค่าต่อครอบครัวและสังคม		
4.	ผู้ป่วยจิตเภทมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีเหมือนคนทั่วไป		
5.	ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่น่าเบื่อหน่าย		
6.	ผู้ป่วยจิตเภทควรรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชให้นานที่สุด เพื่อจะได้หายขาด		

ตอนที่ 3

- แบบวัดการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ข้อ	ข้อความ	ทำ	ไม่ทำ
1.	เมื่อผู้ป่วยมีอาการง่วงนอน เวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวแข็ง มือสั่น มีผื่นคัน ฯลฯ แม้มีอาการเพียงเล็กน้อย ท่านก็จะให้ผู้ป่วยหยุดกินยา เพราะแสดงว่ายาชุดนั้นไม่ถูกต้องกับโรคของผู้ป่วย		
2.	ท่านรอให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงก่อน จึงจะนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช เพราะเกรงว่าถ้าอาการไม่รุนแรงแพทย์จะไม่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
3.	แม้ผู้ป่วยมีอาการดีแล้ว ท่านก็จะพามาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 6 เดือน		
4.	ท่านไม่ให้ผู้ป่วยช่วยทำงานใด ๆ เพราะต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนมาก ๆ		
5.	เมื่อผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ท่านก็จะใส่ใจถามความรู้สึกของผู้ป่วยก่อน พร้อมกับหาวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับยา เช่น บดใส่อาหาร		
6.	ท่านพยายามไม่ตำหนิ คำพูด พุน่บ่นซ้ำ ๆ วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย หรือแสดงความห่วงใยผู้ป่วยจนเกินไป		
7.	ท่านให้ผู้ป่วยกินยาก่อนนอนเพิ่มขึ้นเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับ		
8.	ท่านให้ผู้ป่วยหยุดกินยา เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว		
9.	ท่านให้ผู้ป่วยเข้าร่วมงานบุญ งานประเพณีต่าง ๆ ในหมู่บ้าน		
10.	ท่านไม่ให้ผู้ป่วยตัดสินใจทำอะไรด้วยตนเองในทุกเรื่อง เพราะกลัวผู้ป่วยจะตัดสินใจผิดพลาด		

สคริปต์สื่อวีดิทัศน์

ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น โครงการพัฒนา
วัตถุประสงค์	เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยญาติเพื่อป้องกันการเกิด เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ชมวิดิทัศน์แล้วเกิดความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโรคจิต เภทและตระหนักว่ามีส่วนสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ โดยญาติ
เวลาที่ใช้	10 นาที
ชื่อเรื่อง	“สุธี.....”

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
1	ณ. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จับภาพบน ท้องฟ้า เลื่อนลงมาสู่ยอดตึกผู้ป่วยนอก ใหม่ ค่อย ๆ เลื่อนภาพลอยออกมาจนเห็น ป้ายชื่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีรถวิ่ง ผ่านหน้ากล้อง 2-3 คัน	10 วินาที	เสียงเพลงพื้นบ้าน
2	ณ. ตึกบุษบง - ภาพผู้ป่วยกำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ บริเวณสนามหน้าตึก - ค่อย Close ภาพสุธีกำลังเตะตระกร้อร่วม กับเพื่อนผู้ป่วยอย่างสนุกสนาน	15 วินาที	เพลงโปงลาง
3	โถ้ะพยาบาลหน้าตึกบุษบง - พ่อ – แม่ของสุธีกำลังเดินมาตามทางเดิน ตรงเข้ามาหาพยาบาลซึ่งกำลังนั่งอยู่ที่โถ้ะ พยาบาลหันมามองพ่อแม่ของสุธี - “สวัสดีค่ะ เป็นญาติใครค่ะ” พยาบาล ถามพร้อมกับยกมือไหว้ส่วนพ่อแม่สุธีก็ยก	1-3 นาที	เพลงโปงลาง

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
	มือไหว้ตอบ - แม่ “เป็นพ่อกับแม่นายสุรีย่า....ฉันมารับผู้ป่วยกลับบ้านตามนัดค่า...” - พยาบาล “งั้นเชิญนั่งก่อนนะคะเดี๋ยวดิฉันจะไปตามผู้ป่วยมาให้ .. โน่นเนาะคะ กำลังเตะตระกร้ออยู่ทางโน้น” - พ่อ “มัน...อาการดีพอที่จะกลับบ้านได้แล้วหรือหมอ” - พยาบาล “ค่ะ อาการสงบแล้ว ตอนนี้แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้..เดี๋ยวพอฟื้นป่วยมาเราจะคุยกันว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรดีมีัยค่ะ...” - พยาบาลลูกไปพ่อ แม่ มองตาม		
4	- พยาบาลกำลังให้คำแนะนำพ่อและแม่และสุริ - สุริมีสีหน้าดีใจแม้มัน ส่วนพ่อนั่งเฝ้าทางฝั่งพยาบาลสีหน้าเฉย ๆ	15 วินาที	ไม่มีบทสนทนา ใช้เสียงดนตรีพื้นบ้านแทน
5	ณ. หมู่บ้านโนนทัน – หนองหญ้าแพรก (หมู่บ้านของสุริ) - ภาพหมู่บ้านเล็ก ๆ แห่งหนึ่งถ่ายเอาป้ายชื่อหมู่บ้าน พ่อ แม่ สุริเดินผ่านป้ายเข้าไปในหมู่บ้าน - สุริ พ่อ แม่ กำลังเดินตามถนนเข้าหมู่บ้าน มีบ้าน 4 – 5 หลังอยู่ข้างทางมีเด็ก 2 – 3 กลุ่มเล่นอยู่ริมถนนระหว่างที่สุริ และพ่อแม่ เดินเข้าไปใกล้กลุ่มเด็ก เด็ก ๆ ต่างพากันแตกกระเจิงวิ่งหนีเพราะกลัว	2 นาที 1 นาที	เด็กบางคนหัวเราะ ขบขัน บางคนตะโกนล้อเลียนว่า “ผีบ้ามาแล้ว ๆ ๆ ๆ” ชาวบ้านพูดว่าหายแล้วหรือไปอยู่โรงพยาบาลผีบ้าพร้อมกับหัวเราะ

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
5	- ภาพสุธีหยุดเดิน พ่อ แม่ก็หยุดตาม Close หน้าสุธีใกล้ ๆ ยิ้มเจื่อน ๆ มองซ้ายทีขวาที - แม่ ตะขอสอกลูกให้เดินต่อไป		
6	1. สุธี พ่อแม่ กำลังเข้าประตูรั้วบ้านของตน ขณะนั้น ได้ยินเสียงเพื่อนบ้านคนหนึ่งร้องตะโกนมาถามเชิงล้อเลียนว่า “กลับจากโรง บาลแล้วหรือสุธี...เป็นยังงี้...เชื่อบ้า...หายขาดแน่แล้วหรือ” - เมียของเพื่อนบ้านคนนั้นซึ่งยืนอยู่ข้าง ๆ ตีแขนผัว 1 ครั้ง ทำท่าจูปากให้ผัวเงียบ แต่ตนเองก็ทำท่าปิดปากยิ้ม ๆ แล้วก็ดึงผัวเข้าบ้าน 2. สุธีได้ยินดังนั้นก็หยุดกึก หันขวับสีหน้าไม่พอใจแม่พูดว่า “อย่าไปถือสาเขาเลยลูก...ไปเข้าบ้านเราเถอะ” แม่ ดันหลังสุธีเข้าบ้าน ส่วนพ่อเดินไปล้างหน้าที่โถ่งข้างบ้าน ไม่สนใจว่าใครจะว่าให้ลูกตน	1 นาที 1 นาที	เสียงชาวบ้านพูด เงียบ Close หน้าสุธี
7	ฉ. บ้านของสุธี 1. แม่ของสุธีกำลังออกไปเก็บพริกที่สวน พ่อนั่งจกसानอยู่บนแคร่สุธีเดินเข้าไปนั่งบนแคร่ใกล้ ๆ พ่อ 2. - แม่หันมาบอกสุธีก่อนไปว่า “อ้อ อย่าลืมกินยานะลูกเที่ยงแล้ว แม่จะไปเก็บพริกซักหน่อย” หันไปกำลังจะเดินไปดูเลลูกกินยาหน่อยนะพ่อ” พ่อตอบ “เออน่า..มันโตแล้วจะไปดูมันทำไม	3 นาที	เสียงพูดกันของนักแสดง

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
	นักหนาเล่า..” - สุธีลุกไปเอายา ซึ่งวางอยู่ใกล้ ๆ หยิบยาจากซองมาใส่มือมองดูยาแล้วพูดกับพ่อว่า “พ่อ ผม่วงมากเฟี้ยวด้วย ของดยาได้มัย” “แล้วก็นอนอนซัก 2-3 ชั่วโมงนะ” พ่อตอบว่า “กินยาจิตเวชมันก็ง่วงอย่างนี้แหละ” ทนเอาเดี๋ยวก็หาย รู้จักอดทนหน่อยสิ” สุธี : “แต่ว่า....” พ่อ : “แหหาเรื่องหลบงานซะมากกว่ามั้ง... ยาจิตเวชนะดีจะตายอย่าอ้างโน่นอ้างนี่ หาเรื่องไม่อยากกินยาหน่อยเลย เดียวก็กำเริบเข้าโรงพยาบาลอีกหรอก” 3. Close หน้าพ่อใกล้ ๆ พ่อถ่ายหน้าแล้วพูดว่า “พรุ่งนี้แกก็ต้องไปทำงานรับจ้าง คายหญ้าสวนมะนาวเหมือนเดิมนะมั่ว เอาแต่นอนจะเอาอะไรกิน		
8	ณ. สวนมะนาวแห่งหนึ่ง - สุธีกำลังคายนหญ้า ขุดดิน มีคนงานอื่น ๆ อีก 5-6 คน กำลังทำงานอยู่ใกล้เคียงกัน - เพื่อนร่วมงาน 2-3 คน กำลังซุบซิบนินทาสุธี - สุธีหยุดขุดดิน แล้วหันมามองเพื่อน 2-3 คนนั้น - เพื่อน 2-3 คนนั้น หยุดการกระทำดังกล่าแล้วทำท่าทำงานต่อไป	2 วินาที	เสียงดนตรี

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
9	- ช่วงพักกลางวัน คนงาน 5-6 คนนั่งร่วมกลุ่มทานข้าวกันอยู่ใต้ต้นไม้ใหญ่ คุยกันสนุกสนาน - สุธีเดินสะพายกระติบข้าว เข้าไปหาจะนั่งทานร่วมด้วย แต่ไม่มีใครขยับให้และไม่มีใครสนใจเรียกสุธีเลย (ยังคุยกันต่อ) - Close หน้าสุธี สีหน้าซึม ๆ เดินไปนั่งทานข้าวคนเดียว ใต้ต้นไม้อีกต้นหนึ่ง	1 นาที	เสียงพูดคุยกัน
10	ณ. บ้านของสุธี ช่วงสาย ๆ ของวันหนึ่ง - สุธีนั่งฟังเสภา สีหน้าหม่นหมอง แม่เดินเข้ามาหาถามสุธีอย่างอาทรว่า “ไม่ไปทำงานหรือลูก... ไม่สบายรีเปล่า แม่เห็นซึม ๆ มาตั้งแต่เย็นวานแล้วนะ” - พ่อที่กำลังอาบน้ำไปอยู่ใกล้ ๆ พุดสอดขึ้นมาว่า “มันจะเป็นอะไร ก็ไปชกต่อยกับเพื่อนร่วมงานอีกละมั้งหัวหน้าคนงานเขาก็ไล่มันออก..อีกแล้วนะสิ” - แม่หันมาทางพ่อ “พ่อรู้ได้ยังไง” - พ่อตอบโดยไม่มองหน้าแม่ว่า “บั๊กแดงมันเล่าให้ฟัง...” เขาว่า..บั๊กมันไปแอบนอนตอนบ่าย ๆ ทุกวัน เขาแค่ตกเตียงดี ๆ ว่ามันกินแรงคนอื่นมันก็ชกเขาเลย... ใจร้อนเหมือนเดิมแหละ - แม่หันมาทางสุธี “อีกแล้วหรือลูกแม่บอกก็ครั้งแล้วทำให้อดทน ๆ ..อย่าใจร้อน กินเหล้าอีกหรือเปล่าละงวดนี้” - สุธีหันมามองหน้าแม่ ถอนหายใจเบื้อหน้ายที่แม่เชื่อพ่อพาด พ่อก็เชื่อแต่ลูกคน	2 นาที	เสียงพูดของตัวละคร

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
	อื่น ไม่คิดจะถามตนเลยว่าแท้จริงแล้วเรื่องราวเป็นอย่างไร เขาลุกเดินหนีเข้าไปในบ้าน		
11	1. สุธีกำลังกินยา แต่แล้วก็ต้องชะงักมือไว้ “จะกินยาไปทำไมวะ...ในเมื่อเราไม่ได้ป่วย เป็นอะไรสักหน่อยที่กินทุกวันนี้ก็เพราะเกรงใจพ่อแม่หรือ ในเมื่อยาทำให้เราทุกข์ ทรมานจะกินต่อไปทำไมล่ะ” ว่าแล้วก็ทิ้งยา ขณะนั้นพ่อเข้ามาเห็นพอดี จึงตำหนิสุธีว่า “ทิ้งยาอีกแล้ว...มีน้ำจะถึงได้หงุดหงิดคิดคนโน้นคนนี้ ที่ไว้ใจให้กินยาเองนี่ก็เพราะเห็นว่าเกรงใจชอบตนเองได้เอาเลย ถ้าแกไม่รักตัวเองก็ไม่ต้องกิน ...ไม่กิน 3 วันแกก็จะเข้าโรงพยาบาลอีกคอยดู..” พ่อเดินหนีไป 2. สุธีวิ่งเข้าห้องนอน หลบไปนั่งกุมขมับ อยู่มุมห้องท่าทางเครียดจัดทันใดนั้นก็ได้ยินเสียงผู้หญิงผู้ชายลอยมาเข้าหูว่า “สมน้ำหน้า ๆ ๆ ๆ..” - สุธีหันมองซ้ายขวามีท่าที่ตกใจ - เสียงนั้นแว่วเข้ามาอีก คราวนี้มาหลายเสียง “บั๊กซี่ผีบ้า ๆ ๆ” เสียงเด็ก “ไม่มีใครต้องการคนใจร้อนอย่างแก” เสียงเพื่อนร่วมงาน “กินยาเดี๋ยวนี้ ..กิน..กิน..กิน” เสียงพ่อ “ผมได้คุณออก..คุณยุ่งาน” เสียงหัวหน้าคนงาน	3 นาที	เสียงเพลง และเสียงพูดคุยกัน

ลำดับ ที่	ภาพ	เวลา	เสียง
	- สุรียกยกรุดพลางเอามือปิดหูพร้อมกับพูดว่า “ออกไป ๆ ย่ำมากวนกูออกไป ไม่งั้นกูจะฆ่ามึง” เสียงนั้นยังไม่หายไป “หายขาดแน่แล้วหรือเชื่อบ้านะ.. ฮิ ๆ ๆ ๆ” “ไปตายซะ คนรกโลก....”		
12	สุริยวงพรุดออกมาจากห้องนอนวิ่งผ่านชนพ่อดิ พ่อดิจะเล็กน้อย สุริยวงไปเอาพราในครัว กลับมาวิ่งมาทางพ่อจะเข้าไปฆ่าเสียงหูแว่วในห้องนอน พ่อเข้าใจผิดว่าลูกจะเอามีดมาทำร้ายตน จึงวิ่งหนีร้องตะโกนว่า “ช่วยด้วย ๆ ๆ บักรี้จะฆ่าพ่ออีกแล้ว”	1 วินาที	เสียงเพลง เสียงตัวละคร

