หอสมุดกลาง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตัวแปรตาม คือทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1 X O_2
กลุ่มควบคุม	O_3 O_4

โดย X = การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

O_1 = คะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

O_2 = คะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

O_3 = คะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O_4 = คะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทีผู้วิจัยได้กำหนดไว้และเป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คนได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ ICD-10

3.เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง

4. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง

5. มีระดับขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเมินเฉยและระยะลังเลใจ ของ The Contemplation Ladder, Biener and Adams (1991) ทำการแปลและตรวจสอบคุณภาพโดย ดรุณี ภู่ขาว และคณะ (2549)

6. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

2. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีปัญหาสุขภาพทางกาย จนเป็นอุปสรรค ขณะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองของ จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90.77 % มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 9.2 % ที่ระดับนัยสำคัญ ∞ = .05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 14 คน แต่เพื่อต้องการให้มีความเหมาะสมและป้องกันการ drop out ของสมาชิกกลุ่ม ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปลาม้า พร้อมดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ ตลอดจนได้รับการชี้แจงถึงขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่จำเป็น ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล กระทั้งหากมีข้อคำถามหรือเกิดความสงสัยใด ๆ ในระหว่างการดำเนินขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะไม่เปิดเผยและเป็นความลับ เว้นแต่จะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ การวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่2 แบบประเมินทักษะการดูแล

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบไปด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุดได้แก่ ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และชุดที่ 2 แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ของ Miller & Rollnick (1991) มาประยุกต์ในกิจกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งแนวคิดการการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่นขั้นตอนการจัดกลุ่ม เนื้อหาที่จะสนทนากันในกลุ่ม และศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นต้นเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการดูแลของผู้ดูแลที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย

1.2 สร้างแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำแนวคิดต่างๆที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างเนื้อหา โดยใช้แนวสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ของ Miller & Rollnick (1991) มาประยุกต์ในกิจกรรมซึ่งการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะอย่างถูกต้องเมื่อผู้ดูแลเริ่มผสมผสานความรู้และประสบการณ์ตรงของตนเอง ทักษะนี้จะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถเกิดความชำนาญและเกิดความเชี่ยวชาญในที่สุด ความรู้และทักษะจะสามารถช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ,2548; จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ3-5 คน ครั้งละ 1 กิจกรรม และใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สถานที่ ที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล สามารถ

1. ผู้ดูแลสามารถเล่าประสบการณ์หรืออธิบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้

2. บอกวัตถุประสงค์และการเข้าร่วมโปรแกรมได้

3. เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 45-60 นาที

สาระสำคัญ

วิธีการดำเนินกิจกรรม (โดยการใช้ทักษะ OARS)

1. การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยแนะนำตนเองแนะนำผู้เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงวัตถุประสงค์และกติกา ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยถามถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแล ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ผ่านมา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2. การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นแรงกระตุ้นที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้หากผู้ดูแลและผู้ป่วยมองเห็นแนวโน้มที่เกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ก็จะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดูแลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างไร

2. ใบกิจกรรมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างไร

3. ใบความรู้ที่ 1 (Power point) บรรยายเรื่องอาการของโรคจิตเภท: สาเหตุ อาการ และ การรักษา

4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

แผนการการดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

องค์ประกอบกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/ใบงาน
ขั้นนำ (10 นาที)	◆ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนองและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวคำแนะนำตนเอง ◆ผู้วิจัยสามารถถามผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ วัน เดือน ปี ◆ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา/แจกเอกสารอธิบายโปรแกรมอย่างละเอียด ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ	
ประสบการณ์ (15นาที)	◆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล และ ได้รับการรักษาอย่างไร ◆ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ	◆ใบงานที่ 1
สะท้อนความคิด/อภิปราย (20 นาที)	◆กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นในประเด็นการรักษาที่เคยได้รับ ◆ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	◆ใบกิจกรรม
ความคิดรวบยอด (15นาที)	◆บรรยายเรื่องอาการของโรคจิตเภท : สาเหตุ อาการและการรักษา	◆ใบความรู้ที่ 1 Power point

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

สถานที่ ที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้

2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

สาระสำคัญ

การสอน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุของโรค อาการและการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถคาดการณ์สถานการณ์ และการดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1.ใบงานที่ 2/1 ใบสำรวจอาการทางจิตที่ผู้ดูแลพบในผู้ป่วย

2.ใบงานที่ 2/2 ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การรักษาของผู้ป่วยที่ท่านดูแลที่ผ่านมา

3.ใบงานที่ 2/3 สมาชิกแสดงความคิดเห็นในข้อดี ของการรับประทานยาต่อเนื่อง

4.ใบงานที่ 2/4 ให้สมาชิกเล่าถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5.ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีการดำเนินกิจกรรม

แผนการการดำเนินกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

องค์ประกอบกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ /ใบงาน
ประสบการณ์ (10 นาที)	♦ สมาชิกสำรวจอาการทางจิตของตนเอง ♦ สมาชิกนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ตามประเด็น ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงานที่ 2/1 (คู่มือ)
ความคิดรวบยอด (10 นาที)	♦บรรยายเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท	♦ใบความรู้ที่ 2/1
สะท้อนความคิด/ อภิปราย (20นาที)	♦กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น ♦กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นข้อดี - ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงานที่ 2/2 ♦ใบงานที่ 2/3
ความคิดรวบยอด (10 นาที)	♦บรรยายเรื่อง ความรู้เรื่องยารักษาโรคทางจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้	♦ใบความรู้ที่ 2/2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

สถานที่ ที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ เข้าใจเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและสามารถสังเกตอาการของตนเองในขณะที่มีอาการของโรคกำเริบทางจิต

2. เพื่อให้สมาชิกสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการเตือน หรืออาการนำก่อนจะมีอาการกำเริบทางจิต

2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้

3, สามารถจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการ/พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 ให้สมาชิกสำรวจอาการของผู้ป่วยที่เป็นอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบทางจิต

2. ใบงานที่ 3/2 ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้อย่างไร

3. ใบงานที่ 3/3 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำมีอะไรบ้าง

4. ใบงานที่ 3/4 ให้สมาชิกเล่าถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการดูแลตนเอง
5. ใบความรู้ที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ
6. ใบความรู้ที่ 3/2 การป้องกันตนเองต่อการกำเริบของโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 3/3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

แผนการการดำเนินกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของตนเอง

องค์ประกอบกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ /ใบงาน
ประสบการณ์ (10 นาที)	♦ให้สมาชิกสำรวจอาการของตนเองที่เป็นอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ ♦ ผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของสมาชิกที่เป็นอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงานที่ 3/1
สะท้อนความคิด/ อภิปราย (10 นาที)	♦ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้อย่างไร ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงานที่ 3/2
ความคิดรวบยอด (5 นาที)	♦บรรยายเรื่อง การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตกำเริบ	♦ใบความรู้ที่ 3/1
สะท้อนความคิด/ อภิปราย (10 นาที)	♦ให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น ผลกระทบจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงานที่ 3/3
ความคิดรวบยอด (5 นาที)	♦บรรยายเรื่อง การป้องกันตนเองต่อการกำเริบของโรคจิตเภท	♦ใบความรู้ที่ 3/2
ประยุกต์แนวคิด (10 นาที)	♦ให้สมาชิกเล่าถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการดูแลตนเอง ♦ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น	♦ใบงาน 3 /4
ความคิดรวบยอด (10 นาที)	♦บรรยายเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท	♦ใบความรู้ที่ 3/3

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สถานที่ ที่บ้านผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. สามารถประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. มีแนวทาง/วิธีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. ระบุระดับความเครียดของตนเองได้
2. ระบุสาเหตุและวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม
3. สามารถผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระและความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ดูแลทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล การเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
3. ให้ความรู้เรื่อง ความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้และสาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง
4. ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติตาม เปิดโอกาสให้พูดความรู้และสิ่งที่ได้จากการฝึกผ่อนคลายความเครียด

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด

3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด : ความหมาย สาเหตุ อาการ

4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด

5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด

6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

สถานที่ ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง

3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือ ปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่มกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้

ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กิจกรรม

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่เหมาะสมและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม

2. ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง ยกตัวอย่างการสื่อสารทางบวก และทางลบเพื่อลดความขัดแย้ง และได้ฝึกปฏิบัติการสื่อสารทางบวก และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยอยู่และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนให้ผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

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

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แผนกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช

จำนวน 1ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพิจารณาความเป็นไปได้ของระยะเวลาดำเนินกิจกรรมเนื่องจากกำหนดวันละ 4ครอบครัว ระยะเวลาน้อยมาก และต้องใช้เวลาในการเดินทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยได้ปรับการนัดหมายโดยเลือกสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือในชุมชนและวางแผนในการเดินทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใกล้กันมากที่สุดในแต่ละครั้ง

กิจกรรมที่ 4 เปลี่ยนชื่อหัวข้อกิจกรรมจาก "การพัฒนาทักษะและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ"เป็น"การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ"

ภายหลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน ดำเนินการจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่ใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ดูแลสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มเติม โดยมีการใช้ภาพประกอบการอธิบายให้ผู้ดูแลได้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนครั้งที่การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที 2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986) ที่พัฒนาขึ้นโดยภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำและคณะ(2548) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุง ประกอบด้วยคำถาม 42 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามทางบวก 41 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโดยเนื้อหาคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1)ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 26ข้อได้แก่ ข้อ 8,9,10,11,12,13,14,16,17,19,20,22,23, 24,27, 28,30,33,34,35,36,37,38.39,40 และ41

2) ด้านการจัดการอาการจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,3,15,18,21,25,26,29 และ 42

3) ด้านการบริหารจัดการด้านยา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4,5,6,7,31 และ 32

การคิดคะแนนของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับข้อคำถามทางบวก

เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ	=	1	คะแนน
ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ	=	2	คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	=	3	คะแนน
ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น	=	0	คะแนน

แต่สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนที่ให้จะกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก โดยนำคะแนนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม

การแปลผลคะแนน (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำและคณะ, 2548)

98-126 คะแนน = มีทักษะในการดูแล ในระดับสูง

70-97 คะแนน = มีทักษะในการดูแล ในระดับปานกลาง

42-69 คะแนน = ไม่มีทักษะในการดูแล หรือมีทักษะในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 คนและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงเนื้อหาได้เท่ากับเท่ากับ 0.92

เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหามีดังนี้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ดังนี้

1. จำนวนข้อมีมากเกินไป หลายข้อมีความหมายใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาปรับแก้เนื้อหาจาก 50 ข้อเป็น 42ข้อ โดยการตรวจสอบเนื้อหาในแต่ละข้อ และปรับปรุงให้เหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. การใช้คำให้มีความสม่ำเสมอ เช่นผู้ดูแล ก็ต้องเป็นคำว่าผู้ดูแล ตลอดทุกข้อคำถาม

3. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficent) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อเป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก

2) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3

3) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 8, 10, 11 และ 12 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 9, 13 และ 14

4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 16 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 15

5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 18 และ 20 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 17 และ 19

6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 24, 26 และ 27 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 25 และ 28

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปใช้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง

ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะการปรับปรุงเครื่องมือในคำถามข้อ 2 และข้อ 5 ดังนี้

1) คำถามข้อ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้เปลี่ยนคำถามใหม่ โดยปรับคำถามให้สั้นกระชับและเข้าใจง่ายขึ้น ซึ่งคำถามเดิมคือ "*ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่องซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้*" จากนั้นผู้วิจัยได้เปลี่ยนคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น "*ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยงซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้*"

2) คำถามข้อ 5 โดยปรับคำถามให้ต่อเนื่องและเข้าใจง่ายขึ้น ซึ่งคำถามเดิมคือ "*ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริงหรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น*" จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น "*ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง ได้ยินเสียงแปลกๆหรือหูแว่ว เป็นต้น*"

นอกจากนี้ยังมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้ศึกษานำแบบประเมินความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้ความเที่ยงเท่ากับ 0.78

3.2 แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการปรับปรุงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของ Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network ที่พัฒนามาโดย วัชระ ผะอบเหล็ก, พิชัย แสงชาญชัย และ เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32ข้อ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในข้อ 2,3,4,6,7,8,9,10,12,14,15-27,30,32 เป็นคำถามทางบวก ส่วนข้อ1,5,11,13,28, 29,31 เป็นคำถามทางลบ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยในหนึ่งเดือน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเดือนละประมาณ 1-3 ครั้ง

ตัดสินใจไม่ได้ หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

เห็นด้วย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นประจำทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ตัดสินใจไม่ได้	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

แปลผลคะแนนโดยแบ่งแรงจูงใจเป็น 5 ระดับดังนี้

4.50 – 5.00 หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระดับสูงสุด

3.50 – 4.49 หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยสูง

2.50 – 3.49 หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง

1.50 – 2.49 หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระดับต่ำ

1.00 – 1. หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบโดยการการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการปรับปรุงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของ Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network ที่พัฒนามาโดย วัชระ ผะอบเหล็ก, พิชัย แสงชาญชัย และ เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32ข้อ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในข้อ2,3,4,6,7,8,9,10,12,14,15-27,30,32 เป็นคำถามทางบวก ส่วนข้อ1,5,11,13,28,29,31 เป็นคำถามทางลบ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปใช้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริงซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา และ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ดังข้อต่อไปนี้

1. จากข้อที่2 เดิมใช้คำถามว่า"ฉันคิดว่าฉันอาจจะพร้อมที่จะปรับปรุงดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วยการใส่ใจผู้ป่วยมากกว่านี้" เป็น"ฉันคิดว่าฉันอาจจะพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น"

2. จากข้อที่ 4 เดิมใช้คำถามว่า "มันอาจจะคุ้มค่าที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของตัวฉันเอง" เป็น "มันคุ้มค่าที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยตัวฉันเอง"

3. จากข้อที่ 8 เดิมใช้คำถามว่า"ฉันคิดว่าฉันต้องการการเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับตัวฉัน" ไปเป็น "ฉันต้องการจะเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกี่ยวกับตัวฉันเองเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้อง"

4. การหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน10คน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาม้า แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficent) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

การดำเนินการทดลอง

ขั้นดำเนินการทดลองแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยเตรียมการศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษา จำนวน

3 หน่วยกิตและได้รับการอบรมระยะสั้นและฝึกหลักการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจภายใต้ทีมบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถในการใช้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก)ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

1.4 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางปลาม้าและส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการ ดำเนินการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดเป็นเวลามากกว่า 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบกิจกรรม จากนั้นแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพิจารณาคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 กลุ่มควบคุม 20 โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ดำเนินการคัดเลือกโดยใช้แบบประเมินแรงจูงใจ และคัดเลือก 20คนแรก เป็นกลุ่มทดลอง จากนั้นให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วให้เซ็นชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดแรงจูงใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-5 ได้แก่ ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาม้าจัดให้มีขึ้นได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละ5 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้ง ตาม วัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้ ดังนี้

กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางปลาม้าจังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 1 กำหนดการดำเนินกิจกรรม

ครั้งที่ 1	กลุ่มที่ 1 (3-5คน)	8-12 สิงหาคม 54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (3-5 คน)	8-12สิงหาคม 54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 2	กลุ่มที่ 1 (3-5 คน)	15-19สิงหาคม54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (3-5 คน)	15-19สิงหาคม54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 3	กลุ่มที่ 1 (3-5 คน)	22-26สิงหาคม54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (3-5 คน)	22-26สิงหาคม54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 4	กลุ่มที่ 1 (3-5 คน)	29 สค.-2 กย.54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (3-5คน)	29 สค.-2 กย.54	เวลา 13.00-15.00 น.
ครั้งที่ 5	กลุ่มที่ 1 (3-5คน)	5-8กันยายน54	เวลา 09.00-11.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (3-5คน)	5-8กันยายน54	เวลา 13.00-15.00 น.

การประเมินผลเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุป ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้เทคนิค OARSประเมินผลกิจกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าการพบกันในการทำกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นไปด้วยความราบรื่นเป็นกันเอง ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง ในกิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของตนและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จากประสบการณ์ในตัวแทนกลุ่มหนึ่ง เล่าว่า

"ผู้ป่วยมักคิดว่าเขาหายแล้วจึงเลิกกินยา พอผ่านไป 2-3 อาทิตย์ก็เริ่มบ่นนอนไม่หลับ ท่าทางหงุดหงิดง่าย"

หลังจากเริ่มที่ผู้ดูแลเปิดประเด็น ก็มีผู้ดูแลอีกท่านเล่าว่า

"เดี๋ยวก็ดี เดี๋ยวก็ร้าย อยากให้กินยาคุมอาการไว้ เหมือนกับโรคอื่นๆที่เป็น "และเมื่อประเมินขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบว่าช่วงแรกผู้ดูแลอยู่ในขั้นเมินเฉย (Precontemplation stage) ไม่มีความตระหนักรู้ว่าต้องการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ป่วยซ้ำอย่างไร และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่1 พบว่าผู้ดูแลเริ่มมีการตระหนักรู้ในการดูแลผู้ป่วย พูดถึงข้อดีข้อเสียของการเจ็บป่วย และการต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค และมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา หลังการสิ้นสุดกิจกรรมประเมินผลกิจกรรมจากการสังเกต ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น สามารถบอกถึงการสำรวจอาการทางจิตที่ผู้ดูแลพบในผู้ป่วยดังคำกล่าวของผู้ดูแล *"เมื่อก่อนเคยมีอาการหูแว่ว พูดคุยคนเดียว กลางคืนก็ไม่ยอมหลับยอมนอน."*

ข้อดีของการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องดังตัวตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแลคนที่1 พูดว่า

"ผู้ป่วยจะมีอาการปกติ นอนหลับได้ ไม่เอะอะโวยวาย พูดคุยรู้เรื่อง " และเมื่อผู้วิจัยถามถึงผลข้างเคียงของการกินยาของผู้ป่วย ผู้ดูแลก็พูดว่า*"บางทีก็มีลิ้นแข็งเพราะพูดไม่ค่อยชัด มือสั่น หิวน้ำบ่อย และการกินน้ำมากขึ้น."* ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน2.1 ,2.2 และ 2.3โดยการการให้ผู้ดูแลพูดคุยในประเด็นที่กำหนดทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ซักถาม และร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และเมื่อแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะบอกว่าดี มีประโยชน์ อ่านเข้าใจง่าย จะนำไปใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือเมื่อมีปัญหาได้ในกิจกรรมนี้พบว่า ขั้นของการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และเกิดผลดีหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมาชิกสามารถบอกถึงข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบรัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984, & Montgomery et al., 1985) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยประเมินได้ว่า ผู้ดูแลสามารถสำรวจอาการของผู้ป่วยที่ตนดูแล โดยจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนของตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการทางจิตของตนได้ถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

"อาการเตือนเริ่มแรกที่ทำให้รู้ว่าจะมีอาการกำเริบ คือ แยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับใคร ไม่สนใจตนเองเริ่มไม่อาบน้ำ ไม่สนใจแต่งตัว."

ทั้งนี้ผลลัพธ์จาการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกการป้องกันอาการทางกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

"เราจะป้องกันอาการทางกำเริบของโรคได้โดยการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลายความเครียด แต่ถ้าเห็นไม่ค่อยดีก็พาไปหาหมอให้ฉีดยาให้." พบว่า ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในขั้นของการตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และมีขั้นขอบงการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นเปลี่ยนแปลง (Action) เนื่องจากสามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียผลกระทบจากการป่วยซ้ำได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดความเครียดให้น้อยลง ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหลังจากผู้ศึกษาได้ให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวตาม ใบความรู้ที่ 4/1, 4/2 และใบความรู้ที่ 4/3 แล้ว พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท สามารถบอกถึงอาการแสดงของความเครียดวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ หลังจากได้มีการดำเนินกิจกรรมแล้ว ผู้ดูแลบอกว่า *"การฝึกการหายใจก็ดี การนวดเพื่อผ่อนคลายก็ดี เมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกดีขึ้น มีเวลาก็น่าทำ"* พบว่า ในกิจกรรมนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในขั้นของ

การตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และมีขั้นของการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นเปลี่ยนแปลง (Action) เนื่องจากสามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียผลกระทบจากการป่วยซ้ำได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกทางสังคมรวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Brant &Weinert, 1985) จากการสังเกตความสนใจการร่วมแสดงความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก” และ“การสื่อสารทางลบ” พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบอกว่าเป็นสิ่งดี มีประโยชน์สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ดังตัวอย่างข้อคำถามทางลบเมื่อผู้ดูแลฟังก็จะสะท้อนให้เห็นภาพจริง"*ฉันเหนื่อยกับแกทุกๆวันไม่เห็นมีใครมาช่วยฉันบ้างเลย*"

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ และความสามารถในการสื่อสารทั้งใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่อง ยกตัวอย่าง เช่น รู้จักการกล่าวคำขอบคุณ หรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นตามสถานการณ์สมมติที่ช่วยกันคิดขึ้นมาได้

2.3 ผู้วิจัยประเมินแรงจูงใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจครั้งที่ 5 เสร็จสิ้นแล้ว ได้ตรวจสอบค่าระดับคะแนนแรงจูงใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งให้กำหนดระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ช่วงผ่านเกณฑ์ และจากการประเมินที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีระดับคะแนนของแบบวัดแรงจูงใจผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีคะแนนแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง(3.50-5.00) ดังนั้นจึงถือว่าผู้ดูแลได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5ผู้วิจัยทำการกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินแรงจูงใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 หลังจากจบการทดลองแล้ว 1สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมิน ทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมิน ทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

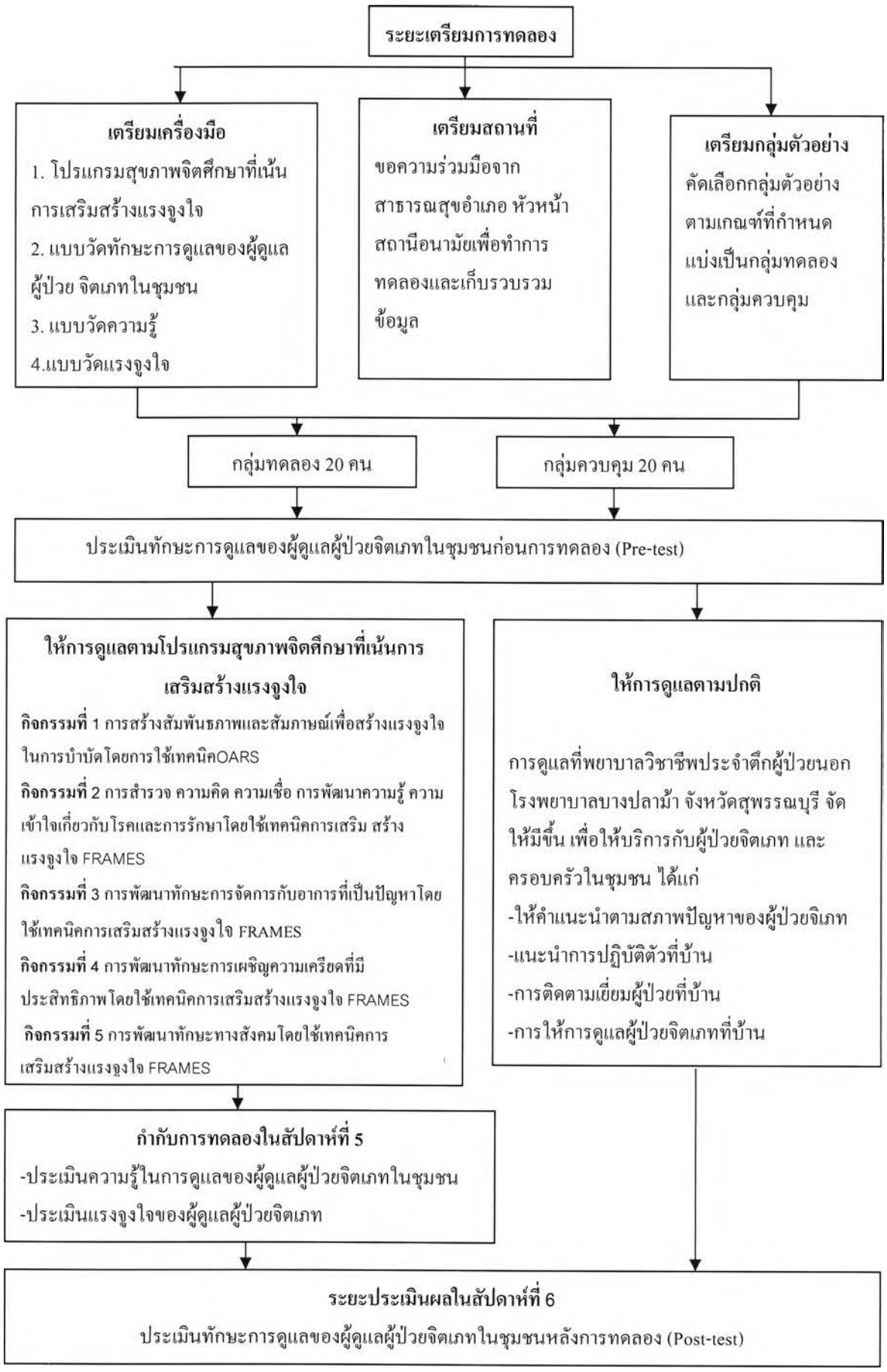
การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง