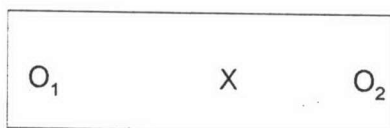


บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) การที่ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาแบบกรณีศึกษาเพราะทำการศึกษาในประชากรที่มีจำนวนน้อย เนื่องจากสภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นสถานที่ศึกษา มีอัตราการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน้อยลง คือประมาณ 8 - 10 รายต่อวัน ทั้งนี้เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในความดูแลของครอบครัวให้มากที่สุด และจะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่ามีอาการจำเป็นเท่านั้น ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้ามารับการรักษาน้อยลง เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉพาะค่ายาแน่นค่อนข้างสูง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่

1.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตหรือป่วยเป็นโรคทางจิต

1.2 อยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

1.3 เพศชายและเพศหญิง

1.4 อายุระหว่าง 20-59 ปี

1.5 ไม่จำกัดระดับการศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ

- 1.6 ไม่มีอาการของโรคทางกาย
2. พักอยู่ในบ้านหรือแหล่งอาศัยเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวช
3. เป็นผู้รับภาระด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดข้างต้น

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งพาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา แล้วทำการซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจสอบคุณสมบัติ
2. เมื่อ พบครอบครัวผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบอย่างสังเขป เพื่อตรวจสอบความสนใจและความยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม
3. เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมแล้ว จึงให้ครอบครัวผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ครอบครัวผู้ป่วยอ่าน - เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์แล้วกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึก
4. ได้ตัวอย่างในการทดลอง 13 ตัวอย่าง ใช้เวลาในการเลือกตัวอย่างทั้งหมด 8 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 1.3 แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว
เครื่องมือชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ เพศของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ป่วย และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะแนวคิดของ Pai and Kapur (1981) ที่กล่าวว่า ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ภาวะการดูแลด้านการเงิน กิจวัตรประจำวัน ของครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว สุขภาพกาย และสุขภาพจิต และแนวคิดของ Lefley (1987) ที่กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรค (ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา) และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ

3. สัมภาษณ์ความรู้พื้นฐานของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสภาพปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดการประชุมกลุ่มสนทนา (Focus group) ขึ้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในวันที่ 22 ธันวาคม 2540 และวันที่ 6 มกราคม 2541 การประชุมกลุ่มสนทนาแต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมงโดยผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มสนทนาคือครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวนทั้งหมด 6 คน ซึ่งในขณะที่ประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และได้รับการยินยอมจากครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ถอดเทปการประชุมกลุ่มแล้วสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย ดังนี้

3.1 ความรู้ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับโรคจิต

ความรู้เกี่ยวกับ	ประเด็นสำคัญที่ได้
1. ความหมายของโรคจิต	1. ผู้ดูแลบางคนทราบว่าผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคจิตเพราะแพทย์บอก แต่ไม่ทราบความหมายและไม่เข้าใจว่าโรคจิตคืออะไร 2. ผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่าความผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วย หมายความว่าผู้ป่วย ป่วยเป็นโรคจิต
2. สาเหตุของโรคจิต	3. ผู้ดูแลบางคนเชื่อว่าไสยศาสตร์เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางจิต โดยบอกว่าเป็นเพราะผู้ป่วยโดนของ บางคนบอกว่าเป็นเพราะผู้ป่วยโดนผีเข้า
3. อาการของโรคจิต	4. ผู้ดูแลหลายคนไม่สามารถระบุอาการของโรคจิตได้ 5. ผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่าอาการต่างๆ หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติไป ของผู้ป่วยเป็นอาการของโรคทางจิต
4. การดำเนินโรคของโรคจิต	6. ผู้ดูแลบางคนเข้าใจว่าถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการ หมายความว่าผู้ป่วย หายขาดจากอาการทางจิต
5. การรักษาโรคจิต	7. ผู้ดูแลหลายคนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า 8. ผู้ดูแลหลายคนทราบเพียงแต่ว่าผู้ป่วย จะได้รับการรักษา ด้วยยารับประทาน
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต	9. ผู้ดูแลหลายคนไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา 10. ผู้ดูแลบางคนไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายคนอื่น แต่ไม่ทราบวิธีจัดการที่เหมาะสม 11. ผู้ดูแลบางคนยอมรับว่าเคยดุตำผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่รุนแรง เมื่อรู้สึกโมโหผู้ป่วยมากๆ

3.2 ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

ภาวะการดูแลด้าน	ประเด็นสำคัญที่ได้
1. การดำรงชีวิตประจำวัน	1. ผู้ดูแลบางคนต้องหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย 2. ผู้ดูแลบางคนต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน 3. ผู้ดูแลบางคนต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
2. การเงิน	4. ผู้ดูแลบางคนต้องขอยืมเงินเพื่อนบ้าน เพื่อเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา 5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทำให้ครอบครัวขาดรายได้
3. สังคม	6. เพื่อนบ้านไม่เข้าใจ หัวเราะเยาะ 7. ผู้ดูแลรู้สึกอับอายเพื่อนบ้าน ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านน้อยลง
4. อาการทางกาย	8. ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน 9. ผู้ดูแลทุกคนรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้า
5. อารมณ์และความคิด	10. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกเบื่อหน่าย เชื้อมระอาที่ต้องดูแลผู้ป่วย 11. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกโกรธผู้ป่วย 12. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา 13. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกเป็นห่วง กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย 14. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกกลัวผู้ป่วย 15. ผู้ดูแลทุกคนรู้สึกสงสารผู้ป่วย 16. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกกังวลใจในโชคชะตาเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นๆ 17. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกผิด และโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง

ภาวะการดูแลด้าน	ประเด็นสำคัญที่ได้
	18. ผู้ดูแลบางคนรู้สึกสิ้นหวัง 19. ผู้ดูแลบางคนเคยคิดฆ่าตัวตาย

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและการประชุมกลุ่มสนทนามาสร้างเป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบบวัดที่สร้างมีโครงสร้าง ดังนี้

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบเลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่จากข้อความที่เป็นความรู้เชิงนิมิตและเชิงนิเสธ จำนวน 25 ข้อ ดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ	คำถามเชิงนิมิต	คำถามเชิงนิเสธ
1. ความหมายของโรคจิต	3	ข้อ 1,3	ข้อ 2
2. สาเหตุของโรคจิต	4	ข้อ 4,6,7	ข้อ 5
3. อาการของโรคจิต	5	ข้อ 8,10	ข้อ 9,11,12
4. การดำเนินโรคของโรคจิต	2	ข้อ 14	ข้อ 13
5. การรักษาโรคจิต	4	ข้อ 16,18	ข้อ 15,17
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต	7	ข้อ 22,24	ข้อ 19,20,21,23,25
รวม	25	12	13

เกณฑ์การคิดคะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)

ข้อความ	เชิงนิมิต	เชิงนิเสธ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

3.2 แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบคลุมภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลในด้าน ผลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผลที่เกิดขึ้นทางกาย และผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด โดยตัดภาวะการดูแลด้านการเงิน และด้านสังคมออก เนื่องจากผู้วิจัยได้พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วว่า เป็นภาวะการดูแล ที่ต้องให้ความช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบเขตการวิจัย แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นแบบเลือกตอบจากข้อความโดยใช้มาตราวัดวัดตามวิธีของลิเคิร์ท จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ
1. ผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน	5
2. ผลที่เกิดขึ้นทางกาย	3
3. ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด	12
รวม	20

เกณฑ์การคิดคะแนน

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบวัดที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำกรอบแนวคิด คำจำกัดความ โครงสร้างของเรื่องมือ และข้อคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของเนื้อหา ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา เกณฑ์การคิดคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 12 ท่าน แบ่งออกเป็น

1. พยาบาลจิตเวช 8 ท่าน ซึ่งเป็น
 - 1.1 พยาบาลผู้ตรวจการ 1 ท่าน
 - 1.2 พยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วย 4 ท่าน
 - 1.3 พยาบาลหัวหน้าฝ่ายวิชาการ 1 ท่าน
 - 1.4 พยาบาลฝ่ายวิชาการ 2 ท่าน
2. อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ซึ่งมีความชำนาญในการสอน และมีประสบการณ์ในการสอน 20 ปีขึ้นไป
3. จิตแพทย์ 1 ท่าน ซึ่งเป็นนายแพทย์ใหญ่กรมสุขภาพจิต

ซึ่งมีผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือและการปรับปรุงแก้ไขดังนี้

 - 1.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คำถามข้อ 1,18 ใช้ภาษาที่เข้าใจยากเกินไป ควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ตอบแบบวัดทุกระดับการศึกษา ข้อ 2,3 ควรตัดออก เพราะคำถามในข้อ 1 ครอบคลุมเนื้อหาเพียงพอแล้ว ข้อ 6,10,12,14,17,25 ควรเพิ่มข้อความที่จะช่วยให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในคำถามได้กว้างขวางขึ้น ข้อ 16 ควรใช้คำว่า อาการข้างเคียง แทนคำว่า อาการแพ้ยา นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกว่า ควรเพิ่มข้อคำถามในเรื่องของสาเหตุของโรคจิตให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมสาเหตุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ควรเพิ่มข้อคำถามในเรื่องอาการของโรคจิตให้มากขึ้น เพื่อวัดทั้งความรู้และความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขแบบวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อคำถามออก 2 ข้อแล้วเพิ่มข้อคำถามอีก 5 ข้อ เป็น 28 ข้อ ดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ	คำถามเชิงนิมิต	คำถามเชิงนิเสธ
1. ความหมายของโรคจิต	1	ข้อ 1	-
2. สาเหตุของโรคจิต	6	ข้อ 2,4,5,6,7	ข้อ 3
3. อาการของโรคจิต	7	ข้อ 8,10,11,12	ข้อ 9,13,14
4. การดำเนินโรคของโรคจิต	2	ข้อ 16	ข้อ 15
5. การรักษาโรคจิต	4	ข้อ 16,18	ข้อ 17,19
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต	8	ข้อ 24,26,27	ข้อ 21,22, 23,25
รวม	28	16	12

เกณฑ์การคิดคะแนน (คะแนนเต็ม 28 คะแนน)

ข้อความ	เชิงนิมาน	เชิงนิเสธ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

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

1.2 แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คำถามข้อ 5 ควรตัดออก เพราะเนื้อหาซ้ำซ้อนกับข้อ 11 ข้อ 9,10,11,13,17 ควรเรียบเรียงใหม่ให้กระชับขึ้น นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มข้อคำถามด้านผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิดให้มากขึ้น เพราะเป็นด้านที่สามารถวัดความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนที่สุดภายในระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขแบบวัดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตัดข้อคำถามออก 3 ข้อแล้วเพิ่มข้อคำถามอีก 1 ข้อ เป็น 18 ข้อดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ
1. ผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน	4
2. ผลที่เกิดขึ้นทางกาย	2
3. ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด	12
รวม	18

เกณฑ์การคิดคะแนน

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

เกณฑ์การวัดระดับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4.50 ขึ้นไป	อยู่ในระดับ	มากที่สุด
3.50-4.49	อยู่ในระดับ	มาก
2.50-3.49	อยู่ในระดับ	ปานกลาง
1.50-2.49	อยู่ในระดับ	น้อย
ต่ำกว่า 1.50	อยู่ในระดับ	น้อยที่สุด

2. นำแบบวัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 25 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.60 และค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.16 - 1.00

2.2 แบบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (The alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

เครื่องมือชุดที่ 2 โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วย

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วยโดยเฉพาะแนวคิดของ Fowler (1992) เกี่ยวกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดของ Bartol (1994) เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 3 ประการ คือความต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ความต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล และความต้องการการสนับสนุนระดับบุคคล และแนวคิดของ Ravelli, Donker and Geelen (1997) เกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้งได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย หรือกิจกรรมสำหรับครอบครัว หรือกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหาและเป็นผลดีต่อการควบคุมกลุ่ม

2. สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 6 ท่านเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน แบ่งเป็น

1. พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้ตรวจการ 1 ท่าน และเป็นพยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วย 2 ท่าน แต่ละท่านมีผลงานทางวิชาการในการวิจัยและการเขียนบทความทางวิชาการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

2. อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการสอนและมีผลงานทางวิชาการในการเขียนตำราและบทความทางวิชาการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

3. จิตแพทย์ 1 ท่าน ซึ่งดำรงตำแหน่งนายแพทย์ใหญ่กรมสุขภาพจิตและมีผลงานทางวิชาการเป็นที่ยอมรับ

การสัมภาษณ์เป็นแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ คือ

1. เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ท่านคิดว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง

2. ท่านคิดว่าพยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างไรบ้าง

ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ท่านละประมาณ 45 นาที - 2 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2540 ถึง วันที่ 26 มกราคม 2541 ซึ่งในขณะที่สัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง และได้รับการอนุญาตจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน หลังจากสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยได้ถอดเทปการให้สัมภาษณ์แล้วสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1 แนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

2.1.1 ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ให้ครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.1.2 พยาบาลต้องให้การสนับสนุนระดับประคองผู้ดูแลผู้ป่วย โดยในระยะแรกอาจจัดในลักษณะ Individual เพื่อให้เขายอมรับสภาพปัญหาให้ได้ ในระยะต่อมาอาจจัดในลักษณะ Group เพื่อให้ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

2.1.3 พยาบาลต้องหาโอกาสพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมาปรึกษาหรือขอคำปรึกษาจากพยาบาล

2.1.4 การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ควรเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล พยาบาลต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วย การอยู่ร่วมกัน หากพบปัญหาใดก็แก้ไขปัญหานั้น ซึ่งปัญหาที่พบมักเป็นปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร บทบาทและการแสดงอารมณ์

2.1.5 สร้างทัศนคติที่ดีแก่ครอบครัวผู้ป่วย ให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย

2.1.6 มีการทำ Counselling กับทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย หรือทำ Family Counselling เน้นให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย และร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาที่เกื้อหนุนกับครอบครัว มีการให้ Healtheducation หรือ Psychoeducation

2.1.7 ให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะในการดูแล

1) พิจารณาว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตมากน้อยเพียงใด แล้วจึงให้ความรู้ในส่วนที่เขายังขาดอยู่

2) พิจารณาว่าครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยในแง่ใด ถ้าเป็นแง่ลบให้ค้นหาสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร แล้วพยายามปรับทัศนคติของเขาให้เป็นไปในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

3) ประเมินทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและทักษะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ ขึ้น แล้วฝึกทักษะนั้นให้ครอบครัวผู้ป่วย

2.2 การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ควรมีการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการสอนกันเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ขนาดของกลุ่มควรมีสมาชิก 8-12 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยครอบครัวละ 1-2 คน ความรู้ที่ให้ควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับ อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิต สาเหตุของโรคจิตโดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้อง

ขนาดของกลุ่มควรมีสมาชิก 8-12 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยครอบครัวละ 1-2 คน ความรู้ที่สมควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับ อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิต สาเหตุของโรคจิตโดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้อง สารเคมีในสมอง การดำเนินของโรค การรักษาโดยการให้ยา (การให้ยา ฤทธิ์ยา ผลข้างเคียง) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการต่างๆ การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ เช่น การทำบัตรสุขภาพ บัตรประกันสังคม และแหล่งที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้

2.3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การนำผู้ป่วยและครอบครัวมาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันมีความเป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการให้ความรู้ แต่ปัญหาและอุปสรรคที่อาจพบคือ ถ้าผู้ป่วยมีความคิดหวาดระแวง ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือหรืออาจมีความขัดแย้งกับครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ส่วนการทำกิจกรรมกลุ่มกับครอบครัวผู้ป่วยนั้นอาจพบปัญหาและอุปสรรคคือ เรื่องการนัดหมาย เช่น ไม่สามารถนัดได้ตรงกัน นัดไม่ได้เนื่องจากต้องทำงานประจำ หรือนัดแล้วไม่มาตามที่นัด เป็นต้น

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและการสัมภาษณ์มาสร้างเป็นโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาหลักคือ การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาโรคทางจิต และการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมีพฤติกรรมต่างๆ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลการประกอบอาชีพของผู้ป่วย การดูแลทั่วไป และการให้ครอบครัวได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวชภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มก่อนการจำหน่ายสำหรับครอบครัวผู้ป่วย 2 ครั้ง กิจกรรมกลุ่มก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย 2 ครั้ง และกิจกรรมกลุ่มก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว 2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

ขั้นเตรียมการ

แรกรับผู้ป่วย

สนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย
 2. เพื่อทำการประเมินและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย

สนทนากับผู้ดูแลแต่ละคน

(ผู้ดูแลแต่ละคน)

ใช้เวลา 30 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ดูแล
 2. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล
 3. เพื่อวินิจฉัยความต้องการการพยาบาลของผู้ดูแล
 4. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้ดูแลทราบ

สัปดาห์ที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา

สนทนากับผู้ป่วยแต่ละคน

(ผู้ป่วยแต่ละคน)

ใช้เวลา 30 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย
 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้ดูแลทราบ

ขั้นตอนการ

สัปดาห์ที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

(ผู้ดูแลจำนวน 5 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาโรคทางจิต
 2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้สร้างสัมพันธภาพต่อกัน
4. เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 สำหรับผู้ป่วยจิตเวช

(ผู้ป่วยจำนวน 5 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อทำการประเมินและวินิจฉัยความต้องการการพยาบาลและการดูแลของผู้ป่วย
 2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้สร้างสัมพันธภาพต่อกัน

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

(ผู้ดูแลจำนวน 5 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน
 2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย
 4. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 สำหรับผู้ป่วยจิตเวช

(ผู้ป่วยจำนวน 5 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
 3. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 5 สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

(ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 10 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ร่วมกันถึงความต้องการของแต่ละฝ่าย
 2. เพื่อส่งเสริมให้มีการสื่อสารทางตรงระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อกัน

สัปดาห์ที่ 4 ของการเข้ารับการรักษา

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 6 ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับครอบครัว

(ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 10 คน)

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้วางแผนร่วมกันเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับจากการทำกลุ่มตั้งแต่นั้นมาใช้เพื่อช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในกลุ่ม
 3. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จิตเวชจำนวน 12 ท่าน (เป็นผู้ทรงคุณวุฒิท่านเดียวกันกับที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือ ชุดที่ 1) ตรวจสอบความครอบคลุมของวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยให้ปรับปรุงแก้ไขข้อซักถามต่างๆ ของพยาบาลให้มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นได้มากขึ้น รวมทั้งได้เสนอแนะให้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยและจัดทำเป็นคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 10 คน ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมที่ได้รับโดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม มีการซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจากพยาบาล และสนใจที่จะให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้วยในโอกาสต่อไป นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยยังได้มีการแสดงความคิดเห็นในช่วงท้ายของการทำกิจกรรมเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ได้ความรู้ ได้รู้ในเรื่องที่กำลังอยากรู้”

“ได้ประโยชน์ ได้รู้ว่าจะดูแลคนไข้ยังไงดี”

“ได้ประโยชน์มาก น่าจะมีการจัดบ่อยๆ “

“สบายใจที่ได้รู้ว่า ที่คนไข้ต้องซื้อไฟฟ้านั้นเป็นการช่วยให้เขามีอาการดีขึ้น”

“ได้ความรู้มากขึ้น และได้เข้าใจว่าที่คนไข้ทำ นั้น เขาไม่ได้แกล้งแต่เป็นอาการของเขา”

แต่อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า การทำกิจกรรมกลุ่มนั้นต้องรอความพร้อมของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ที่ต้องมารอคิวเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย และต้องมีการควบคุมเวลาในการทำกิจกรรมไม่ให้เกินกว่า 1 ชั่วโมงเพราะจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีความสนใจน้อยลง

ต่อมาผู้วิจัยได้นำโปรแกรมนี้ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำนวน 3 คน พบปัญหาเกี่ยวกับระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยามีนโยบายในการจำกัดระยะเวลาที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ให้อยู่ระหว่าง 1-3 สัปดาห์ หรือโดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลา แพทย์อาจพิจารณาให้จำหน่ายผู้ป่วยหรืออาจพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปทดลองใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชน เมื่อครบกำหนด แพทย์จะพิจารณาอีกครั้งหนึ่งว่าสมควรจำหน่ายผู้ป่วยหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาจึงมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลคนละไม่เกิน 2 สัปดาห์ ประกอบกับในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการทดลอง เป็นช่วงเดียวกับเทศกาลสำคัญของชาวจีน และเทศกาลสงกรานต์ ครอบครัวจึงนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนน้อยลงกว่าปกติ อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนหน้านี้ก็มีแนวโน้มที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการรับผู้ป่วยกลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ตามประเพณีทั้งสิ้น

ผู้วิจัยขอคำปรึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในโปรแกรมก่อนการจำหน่ายดังต่อไปนี้

1. ปรับระยะเวลาในโปรแกรมจาก 4 สัปดาห์ เป็น 2 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

2. ปรับจำนวนครั้งของกิจกรรมในโปรแกรม จาก 6 ครั้ง เป็น 5 ครั้ง โดยเป็นกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย 3 ครั้ง และกิจกรรมสำหรับ ผู้ป่วย 2 ครั้ง

ทั้งนี้ เป็นเพราะการทำกิจกรรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสามารถทำได้เฉพาะที่ตึกที่ผู้ป่วยอยู่เท่านั้น และผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมเป็นผู้ป่วยที่มาจากตึกต่างๆ กัน การนำผู้ป่วยมาทำกิจกรรมกลุ่ม ณ ที่ใดที่หนึ่งจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำตึกมาอยู่กับผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง ซึ่งตามลักษณะงานและความรับผิดชอบแล้ว เจ้าหน้าที่ประจำตึกไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเพียงแค่ 1-2 คนได้ เช่นเดียวกันกับการนำผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพร้อมกับครอบครัว ซึ่งจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำตึกมาอยู่กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายรายมีความคิดหวาดระแวง จึงยังไม่พร้อมที่จะนำมาเข้ากลุ่มพร้อมกับครอบครัวได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 จัดทำแผนการวิจัย

1.2 ประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดย

1.2.1 ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเพื่อขออนุญาตใช้โปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2.2 ทำหนังสือขอความร่วมมือถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการใช้โปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2.3 ติดต่อด้วยตนเองกับพยาบาลผู้ตรวจการและหัวหน้าตึกผู้ป่วยทั้ง 8 ตึก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการใช้โปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจากประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในเวรเช้าซึ่งมีประมาณ 10-12 รายต่อวัน และได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ประมาณ 5-6 รายต่อวัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด 2-4 รายต่อวัน แต่ในจำนวนทั้งหมดนี้ มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมเพียง 1-2 รายต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบางราย มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด จึงไม่สะดวกที่จะเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องทำงานประจำ ไม่สามารถลาหรือหยุดงานได้ และผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัวจึงไม่สะดวกที่จะมาเข้าร่วมโปรแกรมด้วยเช่นกัน รวมเวลา 8 วันในขั้นเตรียมการ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 13 คู่

2. ขั้นตอนการวิจัย

กิจกรรมแรกกับผู้ป่วย

ลักษณะกิจกรรม : การสนทนาเพื่อการบำบัด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย

เวลา : 20 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัว
 2. เพื่อประเมินและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว

เนื้อหาสำคัญ : ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

- กิจกรรม
1. ทักทายและแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและครอบครัว
 2. ชักถามผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อค้นหาผู้ดูแลหลัก
 3. สังเกตลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล

ลักษณะกิจกรรม : การสนทนาเพื่อการบำบัด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ดูแลแต่ละคน

เวลา : 30 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล
 2. เพื่อวินิจฉัยความต้องการการพยาบาลของผู้ดูแล

3. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมให้ผู้ดูแลทราบ
- เนื้อหาสำคัญ : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล
- กิจกรรม
1. ชักถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
 2. ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรม
 3. ขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 4. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 1

กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย ครั้งที่ 1

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต

ลักษณะกิจกรรม : การให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ดูแลจำนวน 1-5 คน

เวลา : 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาโรคจิต
 2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
 3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้สร้างสัมพันธภาพต่อกัน
 4. เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

เนื้อหาสำคัญ : ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาโรคจิต

- กิจกรรม
1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม
 2. ให้ผู้ดูแลแต่ละคนแนะนำตนเองแก่สมาชิกในกลุ่มเพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกันในเบื้องต้น
 3. ชักถามผู้ดูแลถึงความรู้เกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาโรคจิต โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นในแต่ละหัวข้อตามความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ของตนเอง
 4. ควบคุมการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามลำดับขั้นและตรงตามวัตถุประสงค์
 5. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและมีความเข้าใจที่ตรงกัน
 6. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละหัวข้อก่อนจะมีการกล่าวถึงหัวข้อต่อไป
 7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 2

กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย ครั้งที่ 2

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ดูแลจำนวน 1-5 คน

ลักษณะกิจกรรม : การให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษารายบุคคล

เวลา : 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

4. เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแล

เนื้อหาสำคัญ : ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลการประกอบอาชีพของผู้ป่วย และการดูแลทั่วไป

- กิจกรรม
1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม
 2. ชักถามผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย
 3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
 4. ควบคุมการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามลำดับขั้นและวัตถุประสงค์
 5. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรมการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมาประกอบ
 6. ให้ผู้ดูแลสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละหัวข้อ
 7. นัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 3

กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย ครั้งที่ 3

กิจกรรมการวางแผนในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ดูแลจำนวน 1-5 คน

ลักษณะกิจกรรม : การให้คำปรึกษารายกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษารายบุคคล

เวลา : 1 ชั่วโมง

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้วางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมตั้งแต่ต้น มาใช้ในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น

เนื้อหาสำคัญ : แนวทางหรือวิธีปฏิบัติของแต่ละครอบครัวในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- กิจกรรม
1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม
 2. ให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีปฏิบัติในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ ได้แสดงความคิดเห็นจากความรู้ที่ได้รับและจากประสบการณ์ของตนเอง
 4. ควบคุมการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามลำดับขั้นและตรงตามวัตถุประสงค์
 5. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและมีความเข้าใจที่ตรงกัน
 6. สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมตลอดทั้งโปรแกรม
 7. ประเมินผลการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย ครั้งที่ 1

กิจกรรมการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ลักษณะกิจกรรม : การสนทนาเพื่อการบำบัด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยแต่ละคน

เวลา : 30-45 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินและวินิจฉัยความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

เนื้อหาสำคัญ : ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

- กิจกรรม
1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนากับผู้ป่วย
 2. เริ่มต้นซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุ และอาการเจ็บป่วยที่เข้ามารับการรักษา

3. จากนั้นซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน
4. กล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา
5. นัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยครั้งที่ 2

กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย ครั้งที่ 2

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว

ลักษณะกิจกรรม : การสนทนาเพื่อการบำบัด

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม : ผู้ป่วยแต่ละคน

เวลา : 30-45 นาที

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เนื้อหา : ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

เนื้อหาสำคัญ : การวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- กิจกรรม
1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนทนากับผู้ป่วย
 2. ซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความสามารถและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง
 3. ให้ผู้ป่วยได้วางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 4. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมีความเข้าใจที่ตรงกัน
 5. ให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้

ในการทำกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 นั้น ผู้วิจัยพบปัญหาว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมบางคนไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มพร้อมกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ได้เนื่องจากต้องทำงานหรือมีภารกิจส่วนตัว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดย

การให้คำปรึกษารายบุคคลแทน นอกจากนี้ในระหว่างดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องอีก 3 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 10 ราย

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบก่อนการวิจัย (Pre-test) ตั้งแต่เมื่อแรกกับผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และในวันที่สิ้นสุดการทำกิจกรรมก่อนการจำหน่ายครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหลังการวิจัย (Post-test) โดยใช้แบบบันทึกชุดเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลใน 2 ลักษณะคือ การวิเคราะห์เนื้อหาด้วยการสรุปข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวและรายงานที่ละกรณี และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยใช้ค่าสถิติต่างๆ ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนาสำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้การสถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนการใช้โปรแกรมและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)