

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับบริการที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรทีมพยาบาล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในหน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสมัครใจ ยินดี และให้ความร่วมมือในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด จำนวน 5 ราย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ใช้บริการ การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามกำหนดใน DSM-IV-TR หรือตามระบบ The International Classification of Diseases [ICD 10] และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ในระหว่าง เดือน เมษายน-มิถุนายน พ.ศ.2554 โดยประมาณการจากกลุ่มประชากรในปี 2553 ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 63 ราย

2.2 กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประชากรเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทของโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ และเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับบริการ หรือมารับยาแทนที่งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ในระหว่าง เดือน เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2554 โดยประมาณการจากกลุ่มประชากรปี 2553 ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 63 ราย

โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับต่ำกว่า 24 คะแนน จำนวน 23 ราย และต้องเป็นผู้ที่มีผู้ดูแลมาด้วย โดยมาใช้บริการที่โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถสื่อสารความหมาย และเข้าใจภาษาไทย มีความยินดีและให้ความร่วมมือที่จะเป็นอาสาสมัครในช่วงเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2554 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ต้องประเมินโดยจับคู่กับคุณสมบัติของผู้ดูแล และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบอย่างต่อเนื่องทั้งหมด

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มาใช้บริการหรือมารับยาแทน ที่โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ และผ่านคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น จากจำนวน 23 ราย หลังจากนั้นประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย โดยต้องมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับต่ำ สามารถสื่อสารความหมาย และเข้าใจภาษาไทย มีความยินดี และให้ความร่วมมือที่จะเป็นอาสาสมัคร ในช่วงเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2554 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบอย่างต่อเนื่องทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา มีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1.1 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ (2548) มีขั้นตอนดำเนินการศึกษาที่ผู้ศึกษาได้นำมาจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไป กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหาแต่ละครั้งฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลโดยใช้ใบงาน และมีการฝึกปฏิบัติกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในความดูแลของตนเองโดยให้กลับบ้านกลับไปทำ ในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องนำการบ้านมาส่งนำเสนอในกลุ่มและให้กลุ่มช่วยกันตอบ หากมีประเด็นที่ไม่สามารถทำการบ้านได้ ทั้งนี้พยาบาลผู้ใช้



โปรแกรมฯ จะเป็นผู้สรุปสาระสำคัญของการบ้านให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับฟังอีกครั้ง ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ
- ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่นที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคจิตเวช
- ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่าง

ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค
- ครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา

ฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยให้ความรู้และทักษะในการดูแล ประยุกต์วิธีการนำความรู้มาใช้ทุกอย่างร่วมกัน

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแล อายุ และเพศของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในความดูแล

ส่วนที่ 1.3 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่พัฒนาโดย ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และ คณะ (2548) เพื่อนำมาใช้ในการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ทักษะของผู้ดูแลทั้งก่อนและภายหลังได้รับ โปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมิน โดยใช้แบบวัดทักษะเพื่อประเมินทักษะของผู้ดูแล โดยไม่ได้คาดหวังเพื่อผลลัพธ์ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากใช้เฉพาะเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อระดับคะแนนทักษะของผู้ดูแลสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภทได้ดีขึ้น โดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยาส่งผลให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก 47 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของญาติในฐานะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ขณะอาศัยอยู่ที่บ้านตามสถานการณ์ต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติจำนวน 29 ข้อ ได้แก่ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 2) ด้านการจัดการด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 19, 3) ด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 16, 17, 18, 35, 36, 37, 3 ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วพบว่า ได้ความตรงของเนื้อหา 0.92

การคิดคะแนนของแบบวัดทักษะฯ สำหรับข้อคำถามทางบวก

ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ = 1 คะแนน

ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ = 2 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน

ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น = 0 คะแนน

แต่สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ คะแนนที่ให้จะกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก นำคะแนนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม

การแปรผลคะแนน ของ แบบวัดทักษะฯ (ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548)

1.00-1.66 = ไม่มีทักษะการดูแล หรือมีทักษะการดูแลในระดับต่ำ

1.67-2.33 = มีทักษะการดูแลในระดับปานกลาง

2.34-3.00 = มีทักษะการดูแลในระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน

2.2 แบบสอบถามด้านความคิดเห็นของบุคลากรต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาใช้ตามแนวคิด ของ โรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมนั้นซึ่งเป็นประเด็นในการแสดงความคิดเห็น จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบตามความคิดเห็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ประกอบด้วย ข้อคำถาม ดังนี้ 1) การได้รับผลประโยชน์จากการนำโปรแกรมไปใช้ในการเพิ่มคุณค่าของงานบริการ (Relation advantage) 2) สามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ (comparability) 3) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไม่มีความซับซ้อน (complexity) 4) สามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ (triability) 5) สามารถสังเกต (observability) ผลจากการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กันระหว่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกับผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ศึกษาจะประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งนำมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆ ครั้งปฏิบัติ	2-3 ครั้ง/เดือน	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

การแปลผลคะแนนโดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 24	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
คะแนน 24-48	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า 48	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาจะทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนก่อนนำไปรวบรวมข้อมูลจริง โดยการ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้น โดย ภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2548) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้ศึกษาไม่ได้คัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ

แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งสร้างขึ้นโดย ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (2548) ที่มีค่าความเที่ยงตรง (validity) ของเนื้อหา 0.92 ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่ได้ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช จำนวน 7 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity) 0.87 ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลชนแดน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้อาค่าความเชื่อมั่นของ การตอบแบบวัด และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ได้ค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลชนแดน และวัดความเชื่อมั่น โดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของ แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ได้ค่าเท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hunger, 1999)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาส่งโครงการขออนุญาตแบบอิสระเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกศึกษา หลังจากได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย ผู้ศึกษาได้ดำเนินการภายในขอบข่ายโครงการศึกษาที่นำเสนอโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการเก็บข้อมูลผู้ศึกษาได้เข้าพบประชากรที่มสุขภาพและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูลพร้อมกับได้สอบถามความสมัครใจ โดยมี

การลงลายนิ้วมือเป็นลายลักษณะอักษร และขณะดำเนินการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถจะยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับ และข้อมูลที่ได้ทุกคำตอบจะเก็บเป็นความลับ โดยจะสรุปผลการศึกษาออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรม ของ โรเจอร์ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรม ของ โรเจอร์ (Roger, as cited in Burns & Grove, 2005) มีดังนี้

1. ผู้ศึกษาได้เข้ารับการอบรม การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่โรงพยาบาลสวนปรุง จากวิทยากร คือ นางสาววิมลวรรณ คำลือ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่เคยใช้โปรแกรมนี้ ในวันที่ 2 เมษายน 2554 ก่อนที่จะนำเสนอถึงปัญหาการดูแลและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และความจำเป็นที่ต้องใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในการแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งเสนอการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการนำนวัตกรรมไปใช้ โดยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาขึ้น โดย ภัทธาภรณ์ พุ่มปันคำ และคณะ (2548) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพมาประเมินคุณค่าและประโยชน์ของการใช้โปรแกรมฯ นี้มาใช้ฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อทีมสุขภาพ ในด้านเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้รับการทดสอบแล้ว จากการศึกษาของ พงษ์นันท กาศสกุล (2550) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ในการศึกษาครั้งนี้

2. หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ทำการชี้แจง และพูดโน้มน้าวให้บุคลากรในทีมสุขภาพเกิดทัศนคติที่ดี เห็นคุณค่าประโยชน์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เกี่ยวกับการเพิ่มคุณภาพการบริการว่าสามารถนำมาผสมผสานเข้าได้กับกิจกรรมการพยาบาลเดิมซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ สังเกตได้และไม่มีความซับซ้อน ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับได้อย่างรวดเร็ว ในวันที่ 8 เมษายน 2554 เวลา 13.30-14.30 น. จึงได้แจ้งทีมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล มีผู้เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าศูนย์คุณภาพ ทันตแพทย์ เกษัชกร นักวิชาการ สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ให้ทุกคนรับทราบ และชี้แจง วัตถุประสงค์ของการให้ทีมสุขภาพจิต โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำโปรแกรมมาใช้ใน หน่วยงาน พร้อมกับนำข้อเสนอแนะ ของ พงษ์นันท กาศสกุล (2550) มาพิจารณาหาข้อสรุป และได้ ปรับปรุงในเรื่องของ 1) นำโปรแกรมมาใช้กับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะ 2) ระยะเวลาใน การเข้าร่วมแผนกิจกรรมในบางครั้งอาจปรับให้กระชับขึ้น เนื่องจากไม่ต้องมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมอยู่ในกลุ่มด้วยในการให้ความรู้ และสรุปประเด็นในแต่ละครั้งใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 1-2 ชั่วโมง 3) มีพยาบาล 2 คน ต่อผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมในบางครั้ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะ โดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยาทำ ให้ต้องใช้บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 คนเพื่อช่วยเหลือกัน 4) ปรับระยะเวลาในการ ฝึกสอนทักษะตามการบ้านที่ให้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อสร้างทัศนคติที่ดี ต่อ โปรแกรมในการฝึกทักษะของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

3. ทีมสุขภาพยอมรับและตัดสินใจใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

ขั้นตอนการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว (ระยะที่ 4 ตามขั้นตอน การเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) มีดังนี้

1. ได้ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ได้นำหนังสือเข้าพบ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ศึกษาเข้าพบทีมสุขภาพและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
4. ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่ปรับปรุงให้เหมาะสม กับบริบทของหน่วยงานแล้วไปใช้โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้ศึกษาได้จัดอบรมการใช้โปรแกรมให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ครั้งแรกในวันที่ 12 เมษายน 2554 เวลา 13.30 น.-15.30 น. เพื่อสร้างทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ ก่อนนำโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ไปใช้โดยทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ในเดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2554

4.2 ในวันที่ 12 เมษายน 2554 เวลา 15.30 น.-16.15 น. ได้จัดประชุมทีมพัฒนาคุณภาพทุกคนให้รับทราบถึงแนวทางการนำโปรแกรมมาใช้โดยพยาบาลวิชาชีพร่วมกันพิจารณาเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชนแดน ซึ่งในทีมได้ลงความเห็นว่าเป็นส่วนของโปรแกรมนั้น พยาบาลผู้ใช้โปรแกรมฯ เป็นผู้เกี่ยวข้องทั้งการนัดติดตามประเมินผลการรักษา การประเมินอาการข้างเคียงของยา ปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา การปรับขนาดยาให้เหมาะสมในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทแต่ละรายก่อนส่งปรึกษาแพทย์ที่ให้การรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานสุขภาพจิตสามารถนำปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ออกไปร่วมกับพยาบาลจิตเวช หรือมีผู้แทนพยาบาลจิตเวชได้เนื่องจากเคยผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม และได้ใช้โปรแกรมร่วมกับผู้ศึกษาที่เป็นพยาบาลจิตเวชแล้ว พร้อมทั้งมีแนวทางในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของกรมสุขภาพจิตที่ชัดเจนอยู่แล้ว และในส่วนที่เป็นการให้การบำบัดหรือการให้การดูแลทางด้านจิตใจ การมองเห็นความสำคัญของผู้ดูแลและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแล การลงบันทึกการประเมินอาการของโรคจิตเภท ทางทีมลงความเห็นให้พยาบาลจิตเวช เป็นผู้ให้การดูแลหลักร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ทางทีมพัฒนาคุณภาพได้สรุปและลงความเห็นให้พยาบาลจิตเวชและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก สามารถนำโปรแกรมมาใช้โดยทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จะร่วมเป็นที่เล็ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ให้กับทีมผู้ปฏิบัติ และในการจัดประชุมครั้งที่ 2 เป็นการประชุมชี้แจงการนำโปรแกรมมาใช้ ในวันที่ 19 เมษายน 2554 เวลา 15.00-15.45 น โดยนำข้อมูลของทีมบุคลากรที่ได้ นำโปรแกรมไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติโดยให้พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยแจ้งให้รับทราบพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้โปรแกรม และมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รายละเอียด วิธีการใช้โปรแกรม และสำรวจข้อคิดเห็นของทีมในการนำโปรแกรมมาใช้ ทีมผู้ปฏิบัติได้เสนอเพิ่มเติมในรูปแบบการลงบันทึกในสมุดประจำตัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดการสะดวกและง่ายต่อการติดตามประเมินผลการรักษาในแต่ละครั้งที่มา รับการรักษาเพื่อติดตามประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละราย โดยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอกทุกคนต้องเข้าร่วมประชุม ในกรณีพยาบาลในทีมคนใดไม่ได้เข้าร่วมการประชุม ผู้ศึกษาติดตามชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเป็นรายบุคคลและให้สามารถซักถามในประเด็นที่สงสัยได้ในภายหลัง โดยสามารถสอบถามจากผู้ศึกษาโดยตรง

4.3 ผู้ศึกษาจัดทำแฟ้มสำหรับบันทึกแสดงความคิดเห็นปัญหาอุปสรรค ในระหว่างการดำเนินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ให้พยาบาลในทีมงานได้มีการบันทึกเพื่อให้ผู้ศึกษาได้ทราบปัญหา อุปสรรคของการใช้โปรแกรม

4.4 ผู้ศึกษาเป็นผู้ประสานและส่งเสริมให้ทีมสุขภาพปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมในแต่ละกิจกรรม และประเมินผลโดยการสอน กำกับ ติดตาม การใช้โปรแกรม จากการสอบถาม สังเกตจากการปฏิบัติงานและจากการประชุมปรึกษาระหว่าง ดำเนินการให้โปรแกรมแต่ละครั้งจนครบ 6 ครั้งภายใน 6 สัปดาห์

4.5 ประชุมปรึกษาปัญหาอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้งในกรณีที่พบว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพไม่ปฏิบัติหรือมีปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตาม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ผู้ศึกษาจะดำเนินการชี้แจงให้บุคลากร ทราบและเกิดความเข้าใจในการใช้โปรแกรมดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติระหว่างการ ใช้โปรแกรม ดังนี้

4.5.1 สัปดาห์ที่ 1-สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างใช้โปรแกรมผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมพยาบาล ผู้ใช้โปรแกรมเป็นรายบุคคล มีการติดตามทบทวนความเข้าใจในรายละเอียดของการใช้โปรแกรม พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ การเป็นที่ปรึกษาและนำเสนอเทคนิคหรือวิธีที่ง่ายต่อการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมในผู้ดูแลแต่ละรายให้แก่พยาบาลในหน่วยงานจนครบทุกคนอย่างน้อย คนละ 1 ครั้ง

4.5.2 สัปดาห์ที่ 1-สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างใช้โปรแกรมมีการประชุมและหารือใน ทีมผู้ปฏิบัติ ร่วมกันเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในด้านปัญหาและ การแก้ไข เทคนิคการนำโปรแกรม และลดช่องว่างระหว่างความรู้จากโปรแกรม และทักษะการนำ โปรแกรมไปใช้ ซึ่งก็พบว่าในขั้นตอนของการให้ความรู้และทักษะด้านการบริหารยาหรือการสอน วิธีการบันทึกการให้ยา การสอนกำกับเรื่องการจดจำชื่อยาและการเขียนเหตุผลของการให้ยาให้กับ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนนั้นต้องใช้ความอดทนและใช้เวลาในการพูดคุย บางครั้งการสอน ทักษะนี้ต้องสอนทีละคน ทำให้ใช้เวลาการดำเนินกิจกรรมที่นานขึ้น แต่หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมนี้ แล้วเสร็จหลังการแก้ไขปัญหาโดยผู้ศึกษาช่วยสอนแล้วก็ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมได้รวดเร็วขึ้น ผู้ใช้บริการพึงพอใจไม่ต้องใช้เวลานานเกินไป สอดคล้องตามขั้นตอนการ ทดลองใช้นวัตกรรมตามขั้นตอนการเผยแพร่และยอมรับนวัตกรรม ของ โรเจอร์

4.5.3 สัปดาห์ที่ 3-สัปดาห์ที่ 6 หลังจากเริ่มใช้โปรแกรมฯและประเมินผล การปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมของพยาบาลในทีม โดยใช้แนวคิดขั้นตอนการเผยแพร่ นวัตกรรมของ โรเจอร์ ทุกคนจะได้รับการประเมินผลในระยะปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ซึ่งถ้าพบว่ามี

พยาบาลปฏิบัติตาม โปรแกรมฯ ไม่ถูกต้องหรือมีข้อสงสัยผู้ประเมินจะต้องให้คำแนะนำทันที หลังจากดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมฯ ครบ 6 สัปดาห์แล้ว จึงวัดผลลัพธ์โดยการประเมินด้าน ความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมฯ ของ โรเจอร์ ทั้ง 5 ด้าน ปัญหาที่พบในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท บางรายไม่ได้มาตรงตามเวลานัด พยาบาลผู้ปฏิบัติจึงต้องสอนทักษะตามรายละเอียดของกิจกรรม ในแต่ละครั้งเป็นรายบุคคลคนอีกครั้งทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 3-สัปดาห์ที่ 6 หลังจากเริ่มใช้โปรแกรมฯ ผู้ศึกษาจึงจัดประชุมทีมบุคลากรพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรมฯ สรุปผลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค การดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมฯ และหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันทุกสัปดาห์

4.5.4 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 หลังการใช้โปรแกรมฯ แจ้งผลของการ ปฏิบัติงานในแต่ละครั้งของการดำเนินกิจกรรมไว้ที่หน่วยงานเพื่อบุคลากรได้รับทราบผล สังเกต การเปลี่ยนแปลงหลังทราบผลการปฏิบัติงานย้อนกลับแก่บุคลากรในทีมงาน

ขั้นประเมินผลลัพธ์ ระยะที่ 5 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005)

การประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนี้

1. นำข้อมูลส่วนบุคคล มาวิเคราะห์ด้วยการ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้
 - 2.1 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามแบบประเมิน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการแจกแจง ความถี่ หาค่าร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

2.1 คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2.3 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ