



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และเปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มที่ให้คำปรึกษารอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₃
กลุ่มควบคุม	O ₂		O ₄

- 1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
- 2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง
- 3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว
- 4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง
- X หมายถึง โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15-24 ปี และสมาชิกครอบครัวฯ ละ 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 15-24 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดลพบุรี และสมาชิกครอบครัวฯ ละ 2 คน และ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลจังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 ถึง เดือนมิถุนายน 2554 โดยได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุ 15-24 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation) โดยมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงจากแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต โดยมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
3. มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
2. มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วม โครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก

Exclusion criteria

1. ผู้เข้าร่วมโครงการถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Bum and Grove, 2001) โดยนำมาประกอบการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเป็น โคนึงปกติ (normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 40 คน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการทำร้ายตนเองและครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	25.00	5	25.00	10	25.00
หญิง	15	75.00	15	75.00	30	75.00
อายุ (ปี)						
15-18 ปี	8	40.00	8	40.00	16	40.00
19-21 ปี	9	45.00	9	45.00	18	45.00
22-24 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
สถานภาพสมรส						
โสด	13	65.00	15	75.00	28	70.00
คู่	6	20.00	5	25.00	11	27.50
หย่าร้าง	1	10.00	-	-	1	2.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50.00	7	35.00	17	42.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.00	5	25.00	10	25.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
ปวช./ปวส.	1	5.00	-	-	1	2.50
ปริญญาตรี	-	-	4	20.00	4	10.00
อาชีพ						
ว่างงาน/แม่บ้าน	8	40.00	5	25.00	13	32.50
รับจ้าง	7	35.00	11	55.00	18	45.00

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	4	20.00	2	10.00	6	15.00
เกษตรกร	1	5.00	-	-	1	2.50
ค้าขาย	-	-	1	5.00	1	2.50
พนักงานบริษัท	-	-	1	5.00	1	2.50
ประวัติการทำร้ายตนเอง						
1 ครั้ง	18	90.00	1	10.00	20	100
มากกว่า 1 ครั้ง	2	10.00	-	-	-	-
ประเภทของการทำร้ายตนเอง						
กินยาเกินขนาด	16	80.00	14	70.00	30	75.00
กินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช	3	15.00	6	30.00	9	22.50
ผูกคอตาย	1	5.00	-	-	1	2.50
ประวัติในครอบครัว						
ไม่มี	20	100.00	20	100.00	40	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นส่วนใหญ่ กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 15-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 19-21 ปี และ 22-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 15 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ความไม่เพียงพอของรายได้ และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด และกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 80 และ 15 ตามลำดับ ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์และสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกครอบครัว						
ชาย	16	40.00	14	35.00	30	37.50
หญิง	24	60.00	26	65.00	50	62.50
อายุ (ปี)						
15--30 ปี	9	22.50	9	22.50	18	22.50
31-45 ปี	9	22.50	16	40.00	25	31.25
46-60 ปี	18	45.00	13	32.50	31	38.75
61-75 ปี	4	10.00	2	5.00	6	7.50
ความสัมพันธ์						
บิดา/มารดา	22	55.00	17	42.50	39	48.75
สามี/ภรรยา	6	15.00	8	20.00	14	17.50
ลุง/ป้า/น้า/อา	4	10.00	7	17.50	11	13.75
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	3	7.50	3	7.50	6	7.50
พี่น้อง	5	12.50	5	12.50	10	12.50
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ไม่ดี	-	-	-	-	-	-
ปานกลาง	-	-	-	-	-	-
ดี	40	100.00	40	100.00	80	100.00
ดีมาก	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 อายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 อายุ 15-30 ปี และอายุ 31-45 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 22.5 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 55 สามี/ภรรยาและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 15 และ 12.5 ตามลำดับ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและโรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ระหว่าง เดือนตุลาคม 2553 ถึง เดือนมิถุนายน 2554 โดยคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จำนวน 84 ราย

2. เมื่อได้รายชื่อของผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยดูจากเวชระเบียนและลงประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องมีระดับ 7 คะแนนขึ้นไป หรือคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย (BSS) ซึ่งต้องมีระดับ 9 คะแนนขึ้นไป (Pre-test)

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างสังเขป เพื่อตรวจสอบความสนใจ และการยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ

4. เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความยินดีและเต็มใจตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัย

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ และมีการเท่าเทียมกันมากที่สุดก่อนให้ Intervention โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ 1) เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้แตกต่างกัน โดยอัตราการทำตัวตายของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 (กรมสุขภาพจิต, 2552) 2) อายุ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้แตกต่างกัน โดยอายุที่พบบ่อยอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ร้อยละ 49 (กรมสุขภาพจิต, 2552; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545; มะลิ ชูโต, 2548) และ 3) คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน

2. หลังจากได้กลุ่มทดลองครบแล้ว เพื่อป้องกันปัญหาและอุปสรรคในการร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (drop out) ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกผู้ป่วยมากกว่าที่กำหนดเป็น 45 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น จะต้องมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยครบทุกขั้นตอนจำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนตามที่กำหนดไว้ เมื่อทำการทดลองจริงกลุ่มทดลองเหลือ 20 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์แห่งโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2554 แล้ว โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยเริ่มจากการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดผู้วิจัยจะประสานงานไปยัง หัวหน้าแผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยเป็นรายครอบครัว พร้อมกับขอความร่วมมือเมื่อได้ผู้ป่วยที่สมัครใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิตอบรับ หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลอง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกเลิกได้โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) ให้กลุ่มตัวอย่าง และญาติเซ็นเอกสารยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย และมีให้ชั่งต่อจริยธรรมในมนุษย์ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่กลุ่มควบคุมเช่นกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบ

ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ McMaster Model (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF อ้างในอุมาพร ตรังคสมบัติ; 2544) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี การให้คำปรึกษาครอบครัว รวมทั้งศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1.2 สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหา และความต้องการของวัยรุ่นในชุมชนของประเทศไทย โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างเป็นระบบจากการศึกษาของ McMaster Model มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และสมาชิกครอบครัว โดยจะเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เกิดทักษะการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2) การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว 3) การพัฒนาทักษะบทบาทและ หน้าที่ของครอบครัว 4) การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5) การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6) การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา

โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ที่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1 คน ผู้ดูแลหลัก 1 คน และสมาชิก 1 คน เป็นรายครอบครัว ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที โดยระยะห่างแต่ละกิจกรรมๆ ละ 1 สัปดาห์ ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมหลักดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และหาแนวทางร่วมกันในการแก้ปัญหา

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการแก้ปัญหาในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวแนะนำตนเอง

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจ หรือสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว วิธีการแก้ปัญหา ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับปัญหา หรือสิ่งที่กังวลใจ ผู้วิจัยสรุปแนวทางการจัดการจัดการกับปัญหา หรือสิ่งที่กังวลใจของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการสื่อสาร หรือการสื่อสารที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรกับคำพูด หรือท่าทางที่ทำให้คุณคิดว่ารู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกแย่ๆ หรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับคำพูด หรือท่าทางนี้คะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการสื่อสารในชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะบทบาท และหน้าที่ของครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับบทบาท และหน้าที่ของตนเองในครอบครัว

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมาชิกคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัวที่เหมาะสม และการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการทำบทบาท หน้าที่สื่อสารในชั่วโมงโดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์ในครอบครัว

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรกับการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองภายในครอบครัว

หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรคะ”
 “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองภายในครอบครัวที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกในช่วง 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้พัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากความผูกพันทางอารมณ์หรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวหรือความรู้สึกของตนเองต่อครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันห่วงใยภายในครอบครัวที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการแสดงออกถึงความผูกพันห่วงใยภายในครอบครัวในช่วง 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

4. เปิดโอกาสให้ซักถาม สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกล่าวชมเชย แสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม แจกแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว หากพบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมิน ค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไข จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาทักษะวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากความผูกพันทางอารมณ์หรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวหรือความรู้สึกของตนเองต่อครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัว ที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
3. แนะนำและฝึกทักษะการวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวในชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพูดถึงความรู้สึกหลังได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ และยุติการทำกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัว ของ McMaster Model ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมทุกขั้นตอนที่สร้างขึ้นทั้ง 6 กิจกรรม พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ นำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83

2. ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปปรับแก้ดังนี้

1) ก่อนการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง ผู้วิจัยควรทบทวนอุปสรรค หรือปัญหาเกี่ยวกับการนำทักษะที่ได้รับ ไปใช้ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยได้นำไปปรับแก้ในแต่ละกิจกรรม

2) ใบความรู้ในแต่ละกิจกรรม เนื้อหาเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและอ่านง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

3) คู่มือของผู้ป่วยควรเพิ่มรายละเอียดของแหล่งสนับสนุนด้านสาธารณสุขและช่องทางสอบถามเมื่อพบปัญหา

4) ควรปรับกิจกรรมที่ 1 เรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ หากสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ดีในครั้งแรกจะทำให้กิจกรรมครั้งต่อไปไม่ยาก

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน จำนวน 20 ครอบครัว โดยดำเนินการจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลารวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งนัดหมายวัน เวลาที่ทำกิจกรรม นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ของปรีศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้คิดเชื้อเอชไอวี ที่สร้างโดย อูมาพร รักษาทิพย์ โดย

ผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยให้ครอบคลุมสัมพันธภาพในครอบครัว 6 บทบาท ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด คำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น
จริงเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
จริงปานกลาง	หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น
จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกินครึ่งหนึ่ง
จริงมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นทั้งหมด

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย	1.50 - 2.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพอใช้
คะแนนเฉลี่ย	2.50 - 3.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50 - 4.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี
คะแนนเฉลี่ย	4.50 - 5.00	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จะต้องได้คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับปานกลาง คือ คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 จึงถือว่าเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง
2. กรณีหากคะแนนต่ำกว่า ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมินค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไข จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์

ซึ่งในการวิจัยครั้ง หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ของตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทุกคน มีคะแนนที่ได้จากการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีคะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 - 3.49) (ดังแสดงในตารางในภาคผนวก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; 2001) เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบว่าแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91 เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับแก้ คือข้อความบางประโยคปรับแก้ให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงของ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการทำร้ายตนเอง ภาวะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพในครอบครัว

3.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck (Beck Scale for Suicidal Ideation)

(Beck, Steer and Ranieri, 1988) ซึ่งแปลโดย ปรียศ กิตติธิระศักดิ์ (2547) มีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 2 โดยแต่ละข้อคำถามให้ในข้อนั้นๆ

การแปลผล คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายเลย

 คะแนน 1 หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายเล็กน้อย

คะแนน 2 หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายปานกลางถึงมาก
 โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน
 การแปลผล คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ
 คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง
 คะแนน 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; 2001) เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบว่าแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับแก้ คือข้อความบางประโยคปรับแก้ให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยแล้วอ่านเข้าใจง่าย

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .81

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ซึ่งมีข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ความตั้งใจในการฆ่าตัวตายและเหตุปัจจัยที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลักษณะแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1- 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 1999; 2001) เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

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

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน โรงพยาบาลพัฒนานิคม ลพบุรี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .81

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมผู้วิจัย โดยฝึกประสบการณ์การทำงานให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และผู้ป่วยนอกกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษา เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินโครงการ จำนวน 1 คน ที่เป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์การให้คำปรึกษาอย่างน้อย 5 ปี เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง โดยผู้จัดทำโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแนวคิดเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และรายละเอียดของเครื่องมือ แนวทางการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆเพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างชัดเจน และจะมีการประเมินผลหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

1.4 ผู้วิจัยส่งโครงการ แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แห่งโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

1.5 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงการ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน ผู้วิจัยลงประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตาย (Pre-test) ที่บ้านผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงจุดประสงค์ และกิจกรรมในโปรแกรมแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว หากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ป่วย มีสิทธิในการออกจากวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล จากนั้นนัดหมายวัน เวลา การดำเนินตามโปรแกรมฯ

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นรายครอบครัว

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวตามวัน เวลาที่ นัดหมาย โดยให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย เป็นรายครอบครัว วันละ 4 ครั้ง ระยะเวลาทดลอง 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60 นาที โดยระยะห่างแต่ละกิจกรรมๆ ละ 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาครอบครัว

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวแนะนำตนเอง

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจ หรือสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว วิธีการแก้ปัญหา ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับปัญหา หรือสิ่งที่กังวลใจ ผู้วิจัยสรุปแนวทางการจัดการจัดการกับปัญหา หรือสิ่งที่กังวลใจของครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความไว้วางใจต่อผู้ให้คำปรึกษา แต่บางครอบครัวต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยประเมินจากสีหน้าท่าทางการสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เข้าใจวัตถุประสงค์ จำนวนครั้ง และระยะเวลา มีความไว้วางใจ ที่จะพูดคุยซักถาม รวมทั้งเปิดเผยเรื่องราว ความรู้สึกที่คิดว่าเป็นปัญหาและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในครอบครัว ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถหาวิธีที่แก้ไขปัญหาค่าของทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีที่สมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าของตนเอง สังกัดจากสีหน้า ท่าทาง และคำพูดของผู้ป่วย เช่น “หนูไม่คิดว่า แม่จะห่วงหนู” “ไม่ว่าลูกจะเป็นอย่างไร ลูกก็เป็นลูกของแม่เสมอ” รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ร่วมกันวางแผนส่งผลทำให้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยลดลง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการสื่อสารในครอบครัว

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการสื่อสาร หรือการสื่อสารที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรกับคำพูด หรือท่าทางที่ทำให้คุณคิดว่ารู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกแค้นหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับคำพูด หรือท่าทางนี้คะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการสื่อสารในชั่วโมงโดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้มีการพูดคุยทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน เปิดเผยเรื่องที่เป็นสาเหตุของคำพูด ทำทางที่ทำให้แต่ละคนรู้สึกไม่ดี รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พูดถึงความรู้สึกของแต่ละคน ส่วนใหญ่ พบว่าขาดการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น แม่พูดกับลูกว่า “เกิดมาเป็นเวร เป็นกรรม รุ้ยนี้เอาใจเข้ายึดปากตั้งแต่เกิดแล้ว” โดยผู้ให้คำปรึกษาจะกระตุ้นและเสริมแรงให้แม่ลองพูดกับลูกว่าควรพูดอย่างไรดี ให้การสื่อสารตรงประเด็น ถูกต้องกับบุคคล ไม่ผ่านตัวกลาง เช่น “แม่เป็นห่วงลูก กลัวลูกจะเป็นอะไร ก็เลยบ่นลูก” แต่เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้มีเวลาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวยังเห็นความสำคัญของตนเอง ว่าตนเองยังมีคุณค่าในครอบครัว หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้รับเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะบทบาท และหน้าที่ของครอบครัว

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไรกับการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของสมาชิกคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัวที่เหมาะสม และการทำหน้าที่ของตนเองภายในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการทำบทบาท หน้าที่สื่อสารในชั่วโมงโดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ของ

ตนเองและสมาชิกคนอื่น ส่วนใหญ่พบว่ามีการก้าวถอยห่างกันหรือต่างคนต่างทำ ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ไม่เข้าในบทบาทของตนเอง เช่น แม่ต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินให้ลูกเรียน แต่ลูกกลับจากโรงเรียนไม่ช่วยทำงานบ้าน หลังจากได้ร่วมวิเคราะห์ วางแผนร่วมกัน ทำให้สมาชิกแต่ละคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม จากคำพูดของลูก เช่น “หนูขอโทษที่ไม่ได้ช่วยแม่” “บางครั้งผมก็ไม่เข้าใจ พ่อไม่เคยทำอะไรให้ผมเลย แต่ตอนนี้ผมรู้แล้ว” พูดแล้วน้ำตาคลอ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรกับการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองภายในครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกของตนเองภายในครอบครัวที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกในชั่วโมงโดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ การที่สมาชิกของครอบครัวไม่สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันได้อย่างเหมาะสม ทั้งอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติ ช่วงวัยรุ่น โดยปกติการแสดงความรู้สึกของตนเองต่อผู้อื่นได้ไม่มากนัก ไม่สามารถระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้ ทำให้ขาดความผูกพันมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย และวัยรุ่นที่พ่อแม่ปฏิบัติตรงกับความต้องการของลูก คือการแสดงความรัก ความอบอุ่นต่อลูกเสมอ และให้ความสำคัญกับลูก ร่วมกิจกรรมกับลูกบ่อยๆ จะทำให้วัยรุ่นมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ ส่วนใหญ่พบว่าพ่อแม่ไม่เคยแสดงความรัก เช่นกอดลูก สัมผัสลูก จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความอบอุ่น เช่นจากการซักถาม “พ่อไม่เคยสนใจผมหรอก ถ้าไม่ทำงานก็นั่งกินเหล้า เขาเอาใจแต่ลูกใหม่ ผมก็เลยน้อยใจ” หลังจากดำเนินกิจกรรม

ผู้ป่วยพูดว่า “ผมหลงคิดมากไปเอง ไม่เคยรู้มาก่อนนะครับ ว่าพ่อจะหวังกับตัวผมขนาดนี้” และขณะดำเนินกิจกรรมลูกและพ่อร้องไห้และโผล่เข้ากอดกัน “ตอนนี้หนูรู้สึกดีนะ แต่ก่อนไม่เคยรู้ว่าแม่รัก และห่วงหนูขนาดนี้”

ซึ่งการพัฒนาทักษะเป็นการทำให้ครอบครัวได้เกิดการปฏิบัติจริงในชั่วโมงการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถกลับไปปฏิบัติได้ ซึ่งถือได้ว่าสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากความผูกพันทางอารมณ์หรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม เช่น “คุณคิด หรือรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวหรือความรู้สึกของตนเองต่อครอบครัว หรือที่ทำให้คุณรู้สึกต้องการเปลี่ยนแปลงหรือทำให้ต้องทำร้ายตนเอง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรคะ” “คุณคาดหวังหรือต้องการให้เป็นอย่างไรคะ”

2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความผูกพันห่วงใยภายในครอบครัวที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

3. แนะนำและฝึกทักษะการแสดงออกถึงความผูกพันห่วงใยภายในครอบครัวในชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้

4. เปิดโอกาสให้ซักถาม สรุปผลการเข้าร่วม โปรแกรมฯ และกล่าวชมเชย แสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม แจกแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว หากพบว่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมิน ค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไข จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ เป็นการแสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นการเสริมคุณค่าให้ตนเองได้รับการใส่ใจน้อย หรือเข้มงวดเกินไป จนอีกฝ่ายรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว ความผูกพันและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แตกแยก ขัดแย้ง และขาดความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า พ่อแม่เลี้ยงลูกอย่างเข้มงวด และคอยตำหนิเวลาลูกทำผิด จากคำพูดของลูก เช่น “พ่อและแม่ชอบบังคับผม ทำโน่นทำนี่ ผมอึดอัด พ่อไม่เคยรู้หรอก” “ในความคิดของพ่อกับแม่ ผมเป็นคนไม่ดี ทำอะไรก็ไม่ได้เรื่องได้ราว ผมทำอย่างที่พ่อหวังไม่ได้”

ครับ” ขณะพุดน้ำตากลอ ผู้ให้คำปรึกษาเปิดโอกาสให้พ่อได้พุด จากคำพุดของพ่อ “ทำไมลูกถึงคิดอย่างนั้น พ่อทำไปก็หวังให้ลูกเป็นคนดีไม่ว่าจะยังไงพ่อยังรักลูก” แล้วทั้งพ่อและลูกก็ร้องไห้ ซึ่งกิจกรรมเป็นการทำให้ให้สมาชิกแต่ละได้แสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว เกิดการปฏิบัติจริงในชั่วโมงการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถกลับไปปฏิบัติได้ ซึ่งถือได้ว่าสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม และยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้เปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาจากการควบคุมพฤติกรรมหรือความรู้สึก หรือที่คิดว่าเป็นปัญหาของครอบครัว โดยการตั้งคำถาม
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวที่เหมาะสม และที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
3. แนะนำและฝึกทักษะการวิธีการที่ควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวในชั่วโมง โดยผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้
4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวพุดถึงความรู้สึกหลังได้ทำกิจกรรมร่วมกัน
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและบอกประโยชน์ที่ได้รับ ยุติการให้คำปรึกษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาทักษะการควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก โดยวิเคราะห์ร่วมกันที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อพฤติกรรมของกันและกันทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในสมาชิกครอบครัวจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ เมื่อผิดไม่ได้รับการลงโทษ คำพุดของแม่ เช่น “เขาเป็นยังงี้แหละ วันๆ ไม่ได้ทำอะไรเล่นแต่เกมส์” ซึ่งการทำให้สมาชิกประพฤตินอนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น ครอบครัวมีพฤติกรรมสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์เป็นแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด สมาชิกในครอบครัวแบบนี้รู้สึกมั่นคง การควบคุมตนเองดี ในกิจกรรมเป็นการฝึกทักษะให้สมาชิกรู้จักวิธีการควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวได้เกิดการปฏิบัติจริงในชั่วโมงการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถกลับไปปฏิบัติได้ ซึ่ง

ถือได้ว่าสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และกำกับการทดลองทันทีเพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

3. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์หลังการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุม (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ความร่วมมือในการลงโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีความรู้สึกดีที่มีพยาบาลคอยเป็นห่วงเป็นใย ลงติดตามเยี่ยมเยียนถึงบ้าน จากคำพูดเช่น “ขอบคุณที่หมอบเป็นห่วง หมอมาหา ฉันก็สบายใจ” “บางครั้งกลุ่มใจไม่รู้จะไปบอกใคร” “อยากให้หมอมายเยี่ยมบ่อยๆ”

3.2 กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามปกติ ได้รับการประเมินคะแนนพฤติกรรมฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตาย (Post-test) เพื่อมิให้ขัดต่อจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้นัดหมายการลงโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อไป

ตารางดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษารอบครัว

รายที่	ระยะเวลา	สถานที่	กิจกรรม
รายที่ 1-4	10 มิ.ย. 2554 17 มิ.ย. 2554 24 มิ.ย. 2554 1 ก.ค. 2554 8 ก.ค. 2554 15 ก.ค. 2554	ที่บ้านผู้ป่วย	1.การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2.การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัว 3.การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ครอบครัว 4.การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5.การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6.การพัฒนาทักษะควบคุมพฤติกรรมมูติให้คำปรึกษา
รายที่ 5-8	13 มิ.ย. 2554 20 มิ.ย. 2554 27 มิ.ย. 2554 4 ก.ค. 2554 11 ก.ค. 2554 18 ก.ค. 2554	ที่บ้านผู้ป่วย	1.การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2.การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัว 3.การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ครอบครัว 4.การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5.การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6.การพัฒนาทักษะควบคุมพฤติกรรมมูติให้คำปรึกษา
รายที่ 9-12	14 มิ.ย. 2554 21 มิ.ย. 2554 28 มิ.ย. 2554 6 ก.ค. 2554 13 ก.ค. 2554 20 ก.ค. 2554	ที่บ้านผู้ป่วย	1.การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2.การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัว 3.การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ครอบครัว 4.การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5.การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6.การพัฒนาทักษะควบคุมพฤติกรรมมูติให้คำปรึกษา
รายที่ 17-20	16 มิ.ย. 2554 23 มิ.ย. 2554 30 มิ.ย. 2554 7 ก.ค. 2554 14 ก.ค. 2554 21 ก.ค. 2554	ที่บ้านผู้ป่วย	1.การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 2.การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในครอบครัว 3.การพัฒนาทักษะบทบาทและหน้าที่ครอบครัว 4.การพัฒนาทักษะการตอบสนองทางอารมณ์ 5.การพัฒนาทักษะความผูกพันทางอารมณ์ 6.การพัฒนาทักษะควบคุมพฤติกรรมมูติให้คำปรึกษา

ตอนที่ 3 คะแนนเปรียบเทียบความถี่ค่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ความถี่ค่าตัวตาย ก่อนการทดลองตาม
คะแนน (Pre-test)

คู่ที่	คะแนนความถี่ค่าตัวตาย	
	กลุ่มทดลอง (คะแนน)	กลุ่มควบคุม (คะแนน)
1	15	14
2	10	9
3	12	11
4	9	10
5	13	15
6	15	14
7	11	9
8	9	8
9	13	15
10	10	10
11	11	12
12	10	11
13	12	12
14	8	9
15	13	8
16	8	9
17	11	10
18	7	7
19	12	12
20	14	13

ตอนที่ 4 คะแนนเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนการทดลองตามคะแนน (Pre-test)

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	
	กลุ่มทดลอง (คะแนน)	กลุ่มควบคุม (คะแนน)
1	22	16
2	19	19
3	11	13
4	10	10
5	17	17
6	17	17
7	16	16
8	19	19
9	17	19
10	11	11
11	11	12
12	19	19
13	14	14
14	15	15
15	17	13
16	17	19
17	13	17
18	12	17
19	19	19
20	10	11

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. กำหนดหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตายผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดย กำหนดหาค่าเฉลี่ย เลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้ว เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05