บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยบ้านอู่ยา จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีภูมิลำเนาในเขตสถานีอนามัยบ้านอู่ยา ตำบลดอนกำยาน อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตสถานีอนามัยบ้านอู่ยา จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านอู่ยา ตำบลดอนกำยาน อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

2.2 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาก่อน

2.3 เป็นผู้สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือ ในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

2.4 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการสงบ สามารถให้ความร่วมมือ ตามกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 20 คน โดย

1. ผู้ศึกษาคัดเลือกจากผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช ซักประวัติ และตรวจสอบคุณสมบัติ

2. เมื่อคัดเลือกได้ผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมตามที่กำหนดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสังเขป เพื่อตรวจสอบความสนใจและการยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา

3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทตอบรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ศึกษาให้เซ็นต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ วิธีเข้าร่วมในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษา ไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ของOrem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสถานีอนามัยบ้านอู่ยา จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สุมัตถะ (2541) ร่วมกับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) แนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (1991) แนวคิดระบบการพยาบาลของ โอเร็ม (1991) และ ศึกษาคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1.2 นำเนื้อหาที่ได้มากำหนดโครงสร้างเป็น โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน โดยการพัฒนาเป็นกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของโปรแกรม ผู้ศึกษานำโปรแกรมการการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของโปรแกรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นทุกขั้นตอน รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม และให้ผู้ทรงวุฒิเขียนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความคิดเห็นตรงกันว่า เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องของรูปแบบกิจกรรมใดแต่ละขั้นตอน และมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมดีอยู่แล้ว แต่มีปัญหาที่พบเพียงเล็กน้อยที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือ

1) ควรปรับเนื้อหาในโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

2) ภาษาที่ใช้ในใบความรู้ควรเป็นภาษาที่ผู้ป่วยและญาติอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย ไม่ควรใช้ภาษาวิชาการ

หลังจากนั้นผู้ศึกษา ได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา การแก้ไขมีดังนี้ คือ

1) เพิ่มรายละเอียด เนื้อหา ความรู้ ในโปรแกรมฯ ทุกกิจกรรมให้ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2) ปรับปรุงภาษาที่ใช้ภาษาที่ใช้ในใบความรู้ให้เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่ายๆ

หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมฯที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 5 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อดูความเป็นไปได้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้ศึกษาต้องปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะภาพ รายได้ ผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาล

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ของ รัชนี ศรีหิรัญ (2544) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของตนมากที่สุด แบ่งข้อคำถามทั้งหมด ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด จำนวน 9 ข้อ(ข้อ 1-9)
2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ(ข้อ 10-17)
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ(ข้อ 18-21)
4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ จำนวน 3 ข้อ(ข้อ 22-24)

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังต่อไปนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำสม่ำเสมอทุกครั้งหรือทำเป็นประจำ 5- 7 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนใหญ่ 3 - 4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ทำนาน ๆครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ทำเป็นส่วนน้อย 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์

ไม่เคยทำเลย หมายถึง กิจกรรมในข้อนั้นท่านไม่เคยทำเลย

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความความหมายทางบวก (ข้อ 1,2,5,6,7, 10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,24)

ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน	4 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ทำนาน ๆครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ให้คะแนน	1 คะแนน

ข้อความความหมายทางลบ (ข้อ3,4,8,9,11)

ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน	1 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ทำนาน ๆครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน

ไม่เคยทำเลย ให้คะแนน 4 คะแนน

การคิดคะแนนและการแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ (มัลลิกา บุญนาค,2548) ดังนี้

1. ด้านการใช้ยาทางจิต จำนวน 9 ข้อ(ข้อ 1-9) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

9-18	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
19-27	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
28-36	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ(ข้อ 10-17) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

8-16	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
17-24	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
25-32	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 4 ข้อ(ข้อ 18-21) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4-8	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
9-12	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
13-16	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ จำนวน 3 ข้อ(ข้อ 22-24) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

4-6	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
7-9	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
10-12	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนโดยรวม จำนวน 24 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-96 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

24-48	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
49-72	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
73-96	คะแนน	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ศึกษาได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.83

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการดำเนินการตามโปรแกรม

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,,15,16,17,19,20

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,10,18

เกณฑ์การประเมินผล คือ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม (สัปดาห์ที่3) ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75 (จันทรา ธีระสมบูรณ์ , 2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดง

รายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรีจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของจันทรา ธีระสมบูรณ์ (2542)ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,14,16,18,20,26,27

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,9,13,15,17,19,21,22,23,25,28

เกณฑ์การประเมินผล คือ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 21คะแนนหรือร้อยละ 75 (จันทรา ธีระสมบูรณ์ , 2542)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามที่คณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พัฒนาขึ้น และผู้ศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 3 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.92

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ในชุมชนเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรีจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรโดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

วิธีการดำเนินการศึกษา

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี

2. นำเสนอโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติในหลักการ ต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี

3. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาตามที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

4. จัดทำแผนดำเนินการศึกษา โดยประสานกับทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างการศึกษาอิสระฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ถึง สาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูล

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มศึกษา จำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง ขั้นตอนและระยะเวลาในการทำกิจกรรม ทำความเข้าใจและขอความร่วมมือในการศึกษา หากผู้ดูแลตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นัดวัน เวลาในการทำกิจกรรมโดยนัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ในวันที่ 13 – 16 มีนาคม 2549 ครั้งที่2 นัดเยี่ยมบ้าน ในวันที่ 20 – 23 มีนาคม 2549 และครั้งที่ 3 นัดเยี่ยมบ้าน วันที่ 27 – 30 มีนาคม 2549

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สภาพปัญหา จากข้อมูลที่ได้จากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดวินิจฉัยและวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 1 ในวันที่ 13 –16 มีนาคม 2549 ผู้ศึกษาไปที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวและโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนจากนั้นได้ปฏิบัติ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยและครอบครัว และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตาม กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

และครอบครัว และกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยใช้เวลา ในการเยี่ยมครั้งนี้ ประมาณ 40- 60 นาที

3. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 2 ในวันที่ 20 - 23 มีนาคม 2549 โดยห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว

4. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทครั้งที่ 3 ในวันที่ 27 - 30 มีนาคม 2549 โดยห่างจากครั้งที่สอง 1 สัปดาห์และ ปฏิบัติกรรมการพยาบาลตามกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทาง จิตเวช

สรุปการดำเนินกิจกรรมในโครงการ ตามตารางที่ 1 ตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 1

ลำดับครอบครัว	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 1 – 5	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	13 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
ครอบครัวที่ 6- 10	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	14 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัวที่ 11 – 15	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	15 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
ครอบครัวที่ 16 - 20	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	16 มีนาคม 2549	

ตารางที่ 2 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 2

ลำดับครอบครัว	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 1 – 5	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	20 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
ครอบครัวที่ 6- 10	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	21 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัวที่ 11 – 15	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	22 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว
ครอบครัวที่ 16 - 20	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	23 มีนาคม 2549	

ตารางที่ 3 การดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม ครั้งที่ 3

ลำดับครอบครัว	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	วัน เดือน ปี	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 1 – 5	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	27 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
ครอบครัวที่ 6- 10	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	28มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ครอบครัวที่ 11 – 15	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	29 มีนาคม 2549	กิจกรรมที่ 5การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช
ครอบครัวที่ 16 - 20	ครอบครัวละ 40 – 60 นาที	30 มีนาคม 2549	และกำกับการศึกษา โดยการวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตและ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผลดังนี้ (รายละเอียดเนื้อหาแต่ละตอนแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่สร้างสรรค์กับพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการสนทนากับพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมทางสังคม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวร่วมกัน และมีการเคารพนับถือกันตามบทบาททางสังคม

กิจกรรม

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1. แนะนำตัว ทักทายผู้ป่วยและญาติด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทางเป็นมิตร
2. แสดงการยอมรับและเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยอมรับความเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น ด้วยการแสดงท่าทางสนใจระหว่างสนทนาอย่างจริงจัง ยิ้มแย้มแจ่มใส
3. พยาบาลปฏิบัติเป็นตัวอย่างในเรื่องการส่งเสริมให้ครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ยอมรับผู้ป่วย เช่น การยิ้ม การทักทาย การรับฟังผู้ป่วย การไม่ตำหนิผู้ป่วย
4. เสนอความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและครอบครัวในขอบเขตของการพยาบาล
5. ให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เข้าใจถึงพฤติกรรม อาการทางจิต และวิธีจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
6. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกถึงความอบอุ่นปลอดภัย เช่น การจัดที่อยู่อาศัย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว และกระตุ้นให้ครอบครัวจัดกิจกรรมที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ
8. ส่งเสริมให้ครอบครัวเคารพนับถือผู้ป่วย เรียกผู้ป่วยตามบทบาททางสังคม เช่น ลุง ป้า น้า อา ฯลฯ ก่อนเรียกชื่อ

9. กระตุ้น แนะนำ ปฏิบัติเป็นตัวอย่างให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความคิด และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยการใช้คำถามนำปลายเปิดให้อธิบายเช่น "ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยเกิดเหตุการณ์อะไรกับตัวคุณ"

10. จัดเวลาประมาณ 10-15 นาที ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน จัดบรรยากาศที่ผ่อนคลายโดยพยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงการสนทนา

11. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการวิเคราะห์ความคิดของผู้ป่วย และครอบครัวหลังจากนั้นให้ความรู้ใหม่แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในส่วนที่ไม่เข้าใจ หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง

การประเมินผล

จากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้ง 20 ครอบครัว พบว่าผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นกันเอง ยิ้มทักทาย ร่วมการสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัวและศึกษาได้ เนื่องจากผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีความคุ้นเคยกับผู้ศึกษา เป็นอย่างดี และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อถือได้ง่าย แต่ก็มีผู้ป่วยและครอบครัวอีก 3 ครอบครัวที่ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากกว่าครอบครัวอื่น อาจเนื่องจาก ทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยเป็นไปในแง่ลบ และมีความรู้สึกอับอายที่มีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลสัปดาห์ที่ 5 ทัศนคติของครอบครัวของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยก็เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยสังเกตได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เช่น การพูดคุย การยอมรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ป่วย และการรับปากว่าจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

1. สำรวจปัญหาและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่บ้านได้ ตามสภาพความเป็นจริง
2. วางแผนปรับแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่บ้านร่วมกัน
3. บอกผลของปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่บ้านได้

กิจกรรม

พยายามปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้คือ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ร่วมกัน

2. ร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และจัดลำดับวิธีการแก้ไขปัญหาตามความสำคัญ

3. ส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติตามแผนที่ตนเองกำหนดไว้ เช่นพูดให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา

4. ประเมินผลการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับผลของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าช่วงแรกส่วนใหญ่ตัวผู้ป่วยเองมักจะปฏิเสธว่าไม่มีปัญหาอะไร แต่ญาติจะเป็นผู้ที่บอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามเวลา ต้องคอยเตือนบ่อย ๆ บางครั้งก็แอบทิ้งยา และเมื่อผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคการถามและเทคนิคในการสนทนากับผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากเบื่อที่ต้องรับประทานยามาเป็นเวลานานและ หลังจากรับประทานยามักจะคิดอะไรไม่ค่อยออก การใช้สารเสพติด มีผู้ป่วยบางคนดื่มสุราแล้วเมาเอะอะอาละวาด มีเรื่องทะเลาะกับคนในหมู่บ้าน และคนในครอบครัว การดูแลตนเองเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมอาบน้ำเป็นเวลาหลายๆวัน เมื่อได้ให้คำปรึกษาก็พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับโรคที่ตนเองเป็น คิดว่ายังไงก็คงรักษาไม่หาย ดังนั้นก็ไม่รักษาเลยจะดีกว่า แต่หลังจากที่ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม และได้กลับไปประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการที่ญาติบอกว่า " ตั้งแต่หมอมาเยี่ยม และให้คำแนะนำ เขาก็ดีขึ้นมาหน่อย กินยาง่ายขึ้น อาบน้ำบ่อยกว่าเดิม" และเมื่อได้สนทนาให้คำปรึกษาในส่วนของญาตินั้น พบว่า เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง ญาติไม่ทราบว่าจะจัดการกับผู้ป่วยได้อย่างไร ปัญหาการขาดยาญาติจะเล่าให้ฟังว่า" เห็นอาการเขาดีแล้วไม่อาละวาด ก็คิดว่าหายแล้ว คงไม่ต้องกินยา และอีกอย่างคือช่วงไม่ค่อยว่างกำลังเกี่ยวข้าวอยู่ " ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบ และไม่ได้รับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาญาติเล่าให้ฟังว่า "ไม่รู้จะถามใคร จะไปโรงพยาบาลก็เดินทางลำบาก ถ้าจ้างรถไปก็เสียเงินเยอะ แต่ถ้ามีหมอมาดูแล เป็นครั้งคราวถึงที่บ้านก็ดี จะได้ไม่ลำบาก" จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้ พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง ขณะที่อยู่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนากร (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี พบว่าการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และการให้คำแนะนำโดยเฉพาะการเตรียมตัวของญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบอกว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเลย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ(2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิต และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรบ้างขณะที่อยู่บ้าน เช่นเดียวกัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ (เป้าหมายที่ 1)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาได้

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเองได้

3. เพื่อให้ครอบครัวบอกปัญหา และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. พูดคุยและถามผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติในเรื่องโรคจิต
2. พูดคุยและสอบถามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้าน
3. วินิจฉัยที่ได้จากการสอบถามและวางแผนการให้ความรู้
4. สอน และแนะนำการปฏิบัติโดยใช้คู่มือเรื่องการดูแลจิตเภทที่บ้าน
5. เกิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญพร้อมที่จะปฏิบัติ
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นปัญหาและร่วมกันวางแผนการดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์ (เป้าหมายที่ 2)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถอธิบายสาระสำคัญ ของเนื้อหาในใบความรู้เรื่องโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว นำความรู้จากใบความรู้เรื่องโรคจิตเภทไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. แนะนำการอ่านใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทดลองอ่านใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ภายหลังการอ่านใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ร่วมอภิปรายแนวทางการนำไปปฏิบัติ แต่ละเรื่องให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นให้นำไปสู่การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ (เป้าหมายที่ 3)

1. เพื่อให้ครอบครัวให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2.เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องกระตุ้น

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเรื่อง การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ร่วมกับครอบครัวและผู้ป่วยในการประเมิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. ร่วมวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ร่วมจัดทำตารางบันทึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตามตารางที่จัดทำร่วมกัน โดยครอบครัวคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือเมื่อจำเป็นเท่านั้น รวมถึงให้การเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ เช่น การให้คำชมเชย รางวัล เป็นต้น

การประเมินผล

สืบเนื่องมาจากกิจกรรมที่ 2 เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงให้เวลากับกิจกรรมนี้มากกว่ากิจกรรมอื่น คือได้ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

เช่นกัน นอกจากนี้แนะนำการใช้ใบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติอย่างละเอียด เพื่อให้ญาติใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ผลจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วย สามารถบอกว่ากิจวัตรประจำวันที่ตนต้องทำ มีอะไรบ้าง และพร้อมทั้งบอกเหตุในการทำกิจวัตร ประจำวัน ส่วนครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นร่วมกันในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ รวมทั้งได้รับความรู้จากการอ่านใบความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องมาจากกิจกรรมการพยาบาลนี้ มุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ดังนั้น ลักษณะกิจกรรมจึงเป็นการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอน แนะนำ และสาธิตการใช้ใบความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สำหรับญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจมากขึ้นในการวางแผนปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนเอง และปฏิบัติตามแผนนั้น และจากการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสัปดาห์ ที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ ก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งสรุปได้ว่า การใช้ใบ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิม และครอบครัวได้รับ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มากกว่าก่อนการให้ความรู้รวมทั้ง มีแนวทางในการปฏิบัติ และ สามารถนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการ ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า ภายหลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสาธิตการใช้ คู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติ ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าเดิม และครอบครัวมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าก่อนการให้ความรู้เช่นเดียวกัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
2. จัดบริเวณและสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
3. ปรับข้อตกลงภายในบ้านให้เหมาะสม
4. สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด และมีความรัก

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเรื่อง การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตในครอบครัว โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้คือ

1. ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย ทั้งสิ่งแวดล้อมที่เป็นวัตถุ และเป็นบุคคล

2. ให้ความรู้และความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

3. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินสภาพทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ทั้งที่เป็นวัตถุและเป็นบุคคล

4. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวประเมินความต้องการ ในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

5. ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม รับทราบวัตถุประสงค์และให้ความร่วมมือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

6. หาแนวทางร่วมกัน ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แนะนำวิธีการสร้างบรรยากาศภายในบ้านเช่น การสนทนาร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างอารมณ์ขันในขณะสนทนา เป็นต้น

การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว นั้น พบว่าสภาพที่บ้านของผู้ป่วย ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็นบ้านชั้นเดียว ไม่ได้ยกพื้น สภาพบ้านค่อนข้างรกรุงรัง และดูไม่ค่อยสะอาด อากาศไม่ค่อยถ่ายเท สภาพแวดล้อมรอบๆบ้านค่อนข้างรก มีขยะกระจัดกระจาย และอีกประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง สภาพบ้านดูดีกว่ากลุ่มแรก เนื่องจากอยู่กลางทุ่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แต่ลักษณะการจัดบ้าน ไม่เป็นระเบียบ บางบ้านมีสัตว์เลี้ยงไว้ใต้ถุนบ้าน เช่น หมู ไก่ ทำให้มีกลิ่นเหม็น ภายหลังที่ผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องความการดูแลสะอาด ความมีระเบียบของบ้าน จากผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบทุกกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาล ได้พูดคุย และแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ในการส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วย ให้เอื้อต่อการปรับตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ด้วย และเป็นกิจกรรมที่เมื่อปฏิบัติแล้วเห็นผลชัดเจนคือ ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมภายในบ้านของ ผู้ป่วย สะอาด เรียบร้อย และปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าภายหลังจากที่ได้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามกิจกรรมการพยาบาลเรื่องการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้านของ

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่ดีขึ้น เช่น บ้านสะอาดขึ้น และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น อากาศถ่ายเทสะอาดดีขึ้น มากกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ ดังนี้

1. บอกถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้
2. สามารถประเมินภาวะเริ่มต้นของภาวะวิกฤตและฉุกเฉินได้ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
3. เกิดความพร้อมในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้
4. ลดภาวะความเครียดและหาทางป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เรื่อง การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้ คือ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน การเตรียมการป้องกันและการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้และเข้าใจถึงภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้

2. ให้ความรู้แก่ครอบครัว ในการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉิน โดยการฝึกการใช้กระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะจัดการ เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตและฉุกเฉิน ขึ้นได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสม

3. ให้คำแนะนำการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน

การประเมินผล

จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ 5 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจกิจกรรมนี้ โดยส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิฏฤติและฉุกเฉิกทางจิตเวช เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้เรื่องนี้เลย แต่มีอยู่ 3 ครอบครัว ที่เคยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งแอบไปดื่มเหล้า แล้วมีอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะโวยวาย อาละวาด จะทำร้ายคนในครอบครัว ญาติไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จึงขอร้องให้เพื่อนบ้านช่วยกับจับมัดมือ แล้วขังผู้ป่วยไว้ในห้องรอจนหายเมา แล้วจึงปล่อยออกมา ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่ยอมกินยาติดต่อกันหลายวัน จึงทำให้อาการกำเริบและกลับ

เป็นซ้ำ และผู้ป่วยรายที่ 3 ทะเลาะกับบุตรสาว เนื่องจากบุตรสาวจะพาคนรักมาเที่ยวที่บ้าน รู้สึกอับอายที่มีแม่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทกลัวคนรักจะรังเกียจ จึงบอกให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น หรือไปอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยโกรธ เกิดการทะเลาะกันอย่างรุนแรงข้างปาข้าวของ ซึ่งทั้ง 3 ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤติดังกล่าว ไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไรดี ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สุมัตถะ (2541) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เนื่องจากยังไม่เคยได้รับความรู้ในเรื่องนี้ รวมถึงเมื่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจะไม่สามรถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจเกิดเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน ดังนั้น เมื่อผู้ศึกษาได้ให้คำแนะนำ เรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช จึงได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก

การกำกับการศึกษา

หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษามีการประเมินเพื่อกำกับการศึกษาทันที ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าได้ดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านอย่างสมบูรณ์และครอบคลุม โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 20 ข้อ เป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 หรือคิดเป็น 15 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เพื่อวัดความรู้ของญาติจำนวน 28 ข้อ ซึ่งญาติต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนนขึ้นไปหากผู้ป่วยและญาติไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตาม โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน ครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผลการประเมินดัง ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายงานผลการกำกับการศึกษา จำแนกตาม คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ

ลำดับที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ
1	16	22
2	14	25
3	17	25
4	16	20
5	15	22
6	18	25
7	15	23
8	16	19
9	18	21
10	15	23
11	16	23
12	17	24
13	18	24
14	17	22
15	18	25
16	17	22
17	17	23
18	16	19
19	16	21
20	17	21

จากตารางที่ 4 การรายงานผลการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 15 คะแนน และญาติของผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ต่ำกว่าร้อยละ 75 หรือต่ำกว่า 21 คะแนน ซึ่งผู้ศึกษาได้เข้าไปทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วย และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ในข้อที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตอบได้เป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามถึงข้อสงสัย และได้มีการติดตามประเมินผลหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ แล้วทำการประเมินอีกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยและญาติทำแบบทดสอบความรู้ชุดเดิม พบว่า ผู้ป่วยและญาติทั้ง 4 รายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษา ได้ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน ครอบครัวที่ 1 –5 ในวันที่ 13 มีนาคม 2549 ครอบครัวที่ 6-10 ในวันที่ 14 มีนาคม 2549 ครอบครัวที่ 11-15 ในวันที่ 5 มีนาคม 2549 และ ครอบครัวที่ 16-20 ในวันที่ 6 มีนาคม 2549 และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-test) 2 สัปดาห์ภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม ครอบครัวที่ 1- 5 ในวันที่ 31 มีนาคม 2549 ครอบครัวที่ 6-10 ในวันที่ 1 เมษายน 2549 ครอบครัวที่ 11-15 ใน วันที่ 2 เมษายน 2549 และ ครอบครัวที่ 16 – 20 ในวันที่ 3 เมษายน 2549

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษา นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW FW (Statistical Package for the Social science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการศึกษา มาคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05