

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest) เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถควบคุมตนเองได้ มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน สามารถสื่อสารได้ดี ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันในครอบครัวและชุมชน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psycho-education) ของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรค การรักษา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา

(problem solving skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ซึ่งในโครงการศึกษาอิสระนี้ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทรายกลุ่ม ตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประทับใจร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกันและพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ ได้แก่ การรู้สึกเกื้อกูล การผูกพันจิตใจต่อการมีความเป็นสากล การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การได้ระบายออก การเลียนแบบ พฤติกรรม ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 4 กลุ่ม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษาอิสระครั้งนี้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็น โปรแกรมที่มีความเหมาะสมในเรื่องรูปแบบกิจกรรม ในแต่ละขั้นตอน ความตรงตามเนื้อหาใน โปรแกรมครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ แต่ปัญหาที่พบและควรปรับปรุงแก้ไข คือ

ควรปรับเวลาให้มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของกิจกรรม

1. ควรปรับกิจกรรมทั้งหมดให้มีความเฉพาะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาและควรตัดกิจกรรมที่ 6 เรื่องการคลายเครียดด้วยตนเอง

2. เนื้อหาบางกิจกรรมไม่ได้ระบุว่าผู้ศึกษาต้องการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติหรือผู้ป่วย หรือทั้งญาติและผู้ป่วยพร้อมกัน

3. หลังผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบ

5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเหมาะสมที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาและกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลารวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน อายุของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการรักษาปัจจุบัน สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พัฒนาจากการศึกษาของยูพาฟิน ประสารอริคม (2535) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Sidney Katz (1979) ที่สร้าง The Index of Independence in Activities of Daily Living เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่แสดงออกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 23 ข้อ

แบบประเมินความสามารถทางสังคมจำนวน 25 ข้อ

ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหัวข้อคำถามจะตรงกับหัวข้อในแบบประเมินมีทั้งหมดจำนวน 48 ข้อ ในแต่ละข้อให้คะแนน ตามความสามารถในการปฏิบัติ ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติน้อย ให้ 2 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติมาก ให้ 4 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ การประเมินดังนี้

4.50 ขึ้นไป	อยู่ในระดับ	มากที่สุด
3.50 – 4.49	อยู่ในระดับ	มาก
2.50 – 3.49	อยู่ในระดับ	ปานกลาง

1.50 – 2.49	อยู่ในระดับ	น้อย
ต่ำกว่า 1.50	อยู่ในระดับ	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกท่าน จากนั้นผู้ศึกษาได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย ข้อคำถามในข้อ 4 คุณตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ให้เพิ่มเป็น คุณตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ท้องเสีย ได้เหมาะสม เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องการรับประทานอาหาร ปรับข้อ 7 จัดหาและ/ หรือประกอบอาหารรับประทานเอง มาเป็นข้อ 5 เพื่อความง่ายในการปฏิบัติ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน และนำไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับมาจากเครื่องมือวัดจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ จากแบบวัดของทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ซึ่งมีข้อคำถามให้ตอบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 28 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เนื้อหา	จำนวนข้อ	คำถามด้านบวก (Positive)	คำถามด้านลบ (Negative)
1. ความหมายของโรคจิตเภท	1	ข้อ 1	
2. สาเหตุของโรคจิตเภท	6	ข้อ 2,4,5,6,7	ข้อ 3
3. อาการของโรคจิตเภท	7	ข้อ 8,10,11,12	ข้อ 9,13,14

เนื้อหา	จำนวน ข้อ	คำถามด้านบวก (Positive)	คำถามด้านลบ (Negative)
4. การดำเนินโรคของโรคจิตเภท	2	ข้อ 16	ข้อ 15
5. การรักษาโรคจิตเภท	4	ข้อ 18,20	ข้อ 17,19
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	8	ข้อ 24,26,27	ข้อ 21,22,23,25,28
รวม	28	6	12

เกณฑ์การคิดคะแนน (คะแนนเต็ม)

ข้อความ	ด้านบวก	ด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

เกณฑ์การวัดระดับความรู้เรื่องจิตเภท

25 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ	ดีมาก
23 – 24 คะแนน	”	ดี
21 – 22 คะแนน	”	ปานกลาง
19 – 20 คะแนน	”	พอใช้
ต่ำกว่า 19 คะแนน	”	ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกท่าน โดยปรับรูปแบบการพิมพ์ข้อคำถามให้อ่านง่ายและมีเส้นที่ชัดเจนเพื่อความสะดวกในการอ่าน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา จำนวน 30 คน และนำไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

การดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาและค้นคว้าปัญหาในหน่วยงาน โดยประสานงานกับ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลประวัติของผู้ป่วยตามระเบียบของหน่วยราชการ วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาที่ได้ ปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการทดลอง

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษาโดยประสานงานกับ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาโดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อม โครงร่างการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ การดำเนินการศึกษา วันเวลาสถานที่

1.4 การเตรียมตัวของผู้ศึกษา ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช

1.5 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เป็นผู้ช่วยสังเกต และจัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยในการศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษา และเตรียมผู้ช่วยในการนำกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยมาเข้าโปรแกรมตามวันและเวลาที่กำหนด โดยในการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงอธิบายขั้นตอน วัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา วัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Pre-test) ก่อนการศึกษา และนัด

เข้าร่วมการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา ชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูล สามารถบอกยกเลิกได้ทันที โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะนำไปใช้วิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูลจากที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไว้ และจะรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูล ไปอภิปรายหรือพิมพ์เพื่อเผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมสำหรับเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

ดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม ตั้งแต่วันที่ 3-26 มีนาคม 2553 ครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในวันพุธและศุกร์ เช้าและบ่าย สัปดาห์ละ 4 กลุ่ม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ (รายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ง) โดยผู้ศึกษาจะนัดผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรม ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีกำหนด ดำเนินการทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และดำเนินการกิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท และกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ครั้งที่ 2 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินการกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ครั้งที่ 3 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินการกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 4 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินการกิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาจะเตรียมเอกสารความรู้เพื่อประกอบการดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ เพื่อนำไปปฏิบัติ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาและผลข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการเตือนและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท เป็นต้น ในแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่องการปฐมนิเทศและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมการให้ สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เรื่อง โรค อาการ สาเหตุ การรักษา การกำเริบและการพยากรณ์โรค

กิจกรรม

1. พுகุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ทักทาย ด้วยท่าที่เป็นมิตร
2. ชี้แจงให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
3. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)

4. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เรื่อง - โรคจิตเภท คืออะไร

- โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง

- สาเหตุของโรคจิตเภท คืออะไร

- โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

5. เปิด โอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้ศึกษาตอบคำถามข้อสงสัย

6. ให้ความรู้หัวในข้อเรื่อง โรคจิตเภทรักษาอย่างไร

7. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละข้อ ผู้ศึกษาสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้งพร้อมแจกเอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้

การประเมินผล

จากกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ศึกษา ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาล เนื่องจากรู้สึว่าการมาร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภทมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความ

กระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนได้

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่มีอาการของโรคกำเริบ
3. เพื่อให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของการใช้ยาที่ถูกต้อง

กิจกรรม

1. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 - เกี่ยวกับ - การกำเริบและการพยากรณ์โรค
 - จะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร
 - จะหยุดการรักษาได้อย่างไร
 - ยาช่วยรักษาโรคจิตเภทได้อย่างไร
 - ยารักษาโรคจิตมีผลหรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร
 2. พูดคุยเรื่องการรับประทานยาและประสบการณ์เดิมเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย
 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้นและความคับข้องใจเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ได้รับประทานในปัจจุบัน
 4. ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต คุณสมบัติของยา ผลข้างเคียงของยา ความร่วมมือในการรับประทานยา
 5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
 6. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออีกครั้ง พร้อม ทั้งให้เอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
 7. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป
- การประเมินผล** จากกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ความสนใจเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรค จิตเภทและยังมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งปกติแล้ว ไม่ค่อยได้ใส่ใจ คิดว่าถ้าอาการดี ก็หยุดยาได้ ไม่ต้องกินยาต่อเนื่องก็ได้

และความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากอาการทางจิตสงบแล้ว
4. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจและสามารถฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมของผู้ป่วยได้

กิจกรรม

1. สอบถามเรื่องอาการเตือนเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล
2. ให้ความรู้เรื่องอาการเตือนเบื้องต้น
 - เกี่ยวกับ - การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 - อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
 - อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท
 - ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะอย่างไร เมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามเกี่ยวกับอาการเตือนเบื้องต้น
4. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิต การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อประเมินว่าครอบครัวมีความเข้าใจหรือไม่
5. ให้ความรู้เรื่องการรักษาระยะเฉียบพลัน: อาการทางจิตชัดเจน และระยะเรื้อรัง: อาการทางจิตสงบและการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
7. นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล จากกิจกรรม ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และสามารถบอกอาการเตือนเบื้องต้นได้ สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับสภาพครอบครัวของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะเฉียบพลันและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งความรู้เหล่านี้ จะเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เนื่องจากอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงเริ่มแรก ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องรับรู้เพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้ง มีความเข้าใจในการช่วยฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้ป่วยได้เกิดขึ้น เห็นได้จากที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “เมื่อก่อนตอนเริ่มนอนไม่หลับ ก็คิดว่าเป็นอะไรมาก เพิ่งรู้ว่ามันเป็นอาการเตือนที่จะต้องรีบให้แม่พาไปพบหมอ” และผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ดิฉัน ที่รู้ก่อนว่าอาการเตือนเป็นยังไง จะได้พามาหาหมอก่อนมัน อาละวาด ทำร้ายคนอื่น”

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่บ้านและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นค่าของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
2. อธิบายเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ
3. พูดคุยสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านความคาดหวังกับโรคจิตเภท การสังเกตอาการกำเริบ การช่วยลดความตึงเครียดในผู้ป่วย
5. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทช่วยกันสรุปความรู้ที่ได้รับและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและถามข้อสงสัยต่างๆ ผู้ศึกษาตอบคำถามและสรุปประเด็นสำคัญพร้อมทั้งให้เอกสารประกอบ

การประเมินผล จากกิจกรรม ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพและมีความมั่นใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเองในการอยู่ร่วมกัน ทำให้เชื่อมั่น

ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อก่อนนอนทั้งวัน ไม่พูดคุยกับใคร ครั้งนี้เริ่มพูดคุยกับคนในบ้านมากขึ้น ใช้ออกไปซื้อของนอกบ้านได้”

กิจกรรมที่ 5 เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้อย่างเหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมองเห็นรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยและสอบถามปัญหาต่างๆ

2. ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทแสดงความคิดเห็น ถามข้อสงสัยและสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ได้รับครั้งนี้

. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ได้ พร้อมเอกสารประกอบ

การประเมินผล จากกิจกรรม ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทบอกปัญหา และสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้เหมาะสมมากขึ้น โดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งการสื่อสารที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกความต้องการของตนเองได้ เห็นได้จาก ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “เมื่อก่อน คิดว่าแม่แก่ลี้ แม่ชอบมาวุ่นวาย ปลูกผักกินข้าว กินยา ก็คนมันง่วงนี่นา ตอนนี่เข้าใจแล้วว่าแม่เป็นห่วง แค่เปลี่ยนคำพูดนิดเดียว ผมกับแม่ก็คงไม่ทะเลาะกัน” อีกทั้ง การพูดคุยเรื่องโครงสร้างการเกิดปัญหาในครอบครัว เป็นการฝึกให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เข้าใจปัญหาและสามารถจัดการได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 กิจกรรม ขณะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คือผู้ป่วยสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น และมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และเริ่มมีสัมพันธภาพกับพยาบาล โดยการกล่าวทักทาย และพูดคุยกับผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจที่จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้

ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น เห็นได้จากผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า “ไม่เคยมีใครบอกฉันอย่างนี้เลย เมื่อก่อนไม่ได้สนใจคิดว่าพามารักษาแล้วก็หาย ” ผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า “เมื่อก่อนมันไม่ยอมสนใจอะไร ตอนนี้ดีขึ้นหน่อย สนใจอาบน้ำ หาข้าวกินเอง” และผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “เข้าใจเรื่องโรคของตัวเองมากขึ้น อย่างน้อยก็ดีกว่าโรคความดันและโรคเบาหวาน แต่เรากินยาตามหมอสั่งเอง” จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ดูแลและชุมชนได้

การกำกับการทดลอง

หลังดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษากำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบวัดความเรื่องโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท มากกว่า ร้อยละ 80 หรือคิดเป็นคะแนน 23 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในระดับดี และพบว่า มีผู้ป่วย 4 ราย และผู้ดูแล 1 ราย คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ให้ความรู้เพิ่มเติมและประเมินด้วยแบบประเมินชุดเดิม จนมีคะแนนถึงเกณฑ์

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท

คนที่	หลังการทดลอง (Post – test)	ร้อยละ
1	23	82.14
2	23	82.14
3	24	85.71
4	23	82.14
5	20	71.43
6	25	89.29
7	23	82.14
8	20	71.43
9	25	89.29
10	25	89.29
11	24	85.71
12	21	75.00
13	25	89.29
14	19	67.86
15	23	82.14
16	24	85.71
17	24	85.71
18	23	82.14
19	23	82.14
20	24	85.71

จากตารางที่ 1 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท ต่ำกว่า ร้อยละ 80 หรือต่ำกว่า 23 คะแนน ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้เพิ่มเติมและประเมินซ้ำโดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม จนผู้ป่วยมีคะแนนผ่านเกณฑ์

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ดูแล

คนที่	หลังการทดลอง (Post – test)	ร้อยละ
1	23	82.14
2	24	85.71
3	24	85.71
4	25	89.29
5	15	53.57
6	26	92.86
7	24	85.71
8	25	89.29
9	23	82.14
10	23	82.14
11	24	85.71
12	24	85.71
13	24	85.71
14	25	89.29
15	23	82.14
16	24	85.17
17	23	82.14
18	24	85.17
19	23	82.14
20	23	82.14

จากตารางที่ 2 พบว่า มีผู้ดูแลจำนวน 1 ราย ที่มีคะแนนตามแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภท ต่ำกว่า ร้อยละ 80 หรือต่ำกว่า 23 คะแนน ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้เพิ่มเติมและประเมินซ้ำ โดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม จนผู้ดูแลมีคะแนนผ่านเกณฑ์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผล ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Pre-test) โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภททุกวันพุธและศุกร์ เข้าและบ่าย ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 กิจกรรม และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Post-test) หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทโดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05