

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารผู้ป่วยต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 สรุปข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N=20)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	80
หญิง	4	20
อายุ		
18- 29 ปี	2	10
30 – 39 ปี	8	40
40 – 49 ปี	9	45
50 – 60 ปี	1	5
ศาสนา		
พุทธ	20	100
คริสต์	0	0
อิสลาม	0	0
อื่น ๆ	0	0
สถานภาพสมรส		
โสด	9	45
คู่	6	30
หม้าย	1	5
หย่า/ร้าง	3	15
แยกกันอยู่	1	5

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 45

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=20)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0
ประถมศึกษา	6	30
มัธยมศึกษา	7	35
อนุปริญญา/ปวส	4	20
ปริญญาตรี	3	15
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	10
เกษตรกรรวม	5	25
ค้าขาย	3	15
รับจ้าง	3	15
อื่น ๆ	0	0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7	35
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	5	25
5,000 - 10,000 บาท/เดือน	3	15
10,001 - 15,000 บาท/เดือน	2	10
15,000 - 20,000 บาท/เดือน	3	15

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 35 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้คิดเป็น ร้อยละ 35

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=20)	ร้อยละ
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
พ่อ/แม่	10	50
สามี/ภรรยา	6	30
พี่น้อง	4	20
ไม่มีผู้ดูแล	0	0
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต		
1- 5 ปี	4	20
6- 10 ปี	13	65
11 -15 ปี	2	10
16- ปีขึ้นไป	1	5
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	1	5
2 ครั้ง	4	20
3 ครั้ง	5	25
4 ครั้ง	2	10
5 ครั้งขึ้นไป	8	40

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ พ่อ/แม่ ร้อยละ 50 ช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (N=20)

คะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว	\bar{X}	S.D	t
ก่อนได้รับโปรแกรม	31.05	3.80	
หลังได้รับโปรแกรม	21.95	2.48	17.41*

*p < .05

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเท่ากับ $\bar{X} = 21.95$ (S.D = 2.48) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท $\bar{X} = 31.05$ (S.D = 3.80)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการ
หูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกรายชื่อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการ
อาการหูแว่ว

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	(N=20)		(N=20)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. ความบ่อยครั้งของการมีอาการหูแว่ว	2.60	1.18	1.80	0.52	3.55*
2. ความดังของอาการหูแว่ว	2.50	0.60	1.90	0.44	5.33*
3. เมื่อควบคุมอาการยังมีอาการหูแว่ว	3.00	0.72	2.10	0.44	7.28*
4. ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว	3.05	0.75	2.35	0.48	4.76*
5. ลักษณะของเสียงจากอาการหูแว่ว	3.30	0.65	2.15	0.36	8.75*
6. การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิจากการมี อาการหูแว่ว	3.15	0.48	2.40	0.50	4.68*
7. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว	3.35	0.67	2.30	0.57	6.18*
8. การตอบโต้ต่ออาการหูแว่ว	3.20	0.76	2.40	0.59	5.14*
9. เมื่อจัดการจัดการอาการยังมีอาการหูแว่ว	3.50	0.88	2.35	0.58	6.90*
10. ยังมีอาการหูแว่วเมื่อมีสัมพันธภาพกับ ผู้อื่นหรือพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อมีอาการหูแว่ว	3.40	0.75	2.20	0.41	10.25*
รวม	3.10	0.74	2.19	0.48	6.34*

* $P < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายชื่อ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภททุกชื่อมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 สรุปข้อมูล ความคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษา

การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วลดลง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็น แสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมโปรแกรมและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปได้ดังนี้

1. เป็นกลุ่มบำบัดที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง จากการบอกเล่าของผู้ป่วย “ การมาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ทำให้รู้จักเพื่อนๆที่มีอาการเหมือนตนเองและมีเพื่อนที่เข้าใจคอยพูดคุยด้วยเวลามีอาการหูแว่ว ” และบางรายบอกว่า “ พยาบาลน่าจะไปทำกลุ่มที่ตีกลุ่มด้วยเพราะเพื่อนที่อยู่เตียงข้างๆ ผม พูดคุยคนเดียวตลอด สงสัยจะมีอาการหูแว่วเหมือนกัน เขายังไม่ได้มาเข้ากลุ่มเลย ” การเข้ากลุ่มครั้งนี้ได้ประโยชน์มาก ได้ความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถเอาไปแนะนำเพื่อนผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเหมือนตนได้

2. ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นทำให้เข้าใจอาการของตนเองมากขึ้น จากการบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งที่บอกว่า “ รู้สึกดีใจที่เวลาตนเองพูด แล้วมีคนเข้าใจ เพราะช่วงที่อยู่บ้านเวลาเราพูดคุยกับใคร ก็จะไม่ค่อยมีคนรับฟังพูดไปเขาก็หาว่าเราคิดไปคนเดียว ” ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและเห็นถึงความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น การมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า นอกจากจะรักษาด้วยยาแล้ว การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้คนเดียว ยังมีคนอื่นที่เป็น รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและมีคุณค่าในการที่จะดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ และการที่พยาบาลได้พูดคุยให้ความรู้ ให้กำลังใจ ทำให้ตนเองมีกำลังใจมากขึ้นที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็น