

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารผู้ป่วยต่อลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหิวแหว่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาหารหิวแหว่สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 สรุปข้อมูลความคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	10	50
	หญิง	10	50
อายุ	15 - 24 ปี	2	10
	25 - 34 ปี	7	35
	35 - 44 ปี	4	20
	45 - 54 ปี	7	35
ศาสนา	พุทธ	20	100
	คริสต์	0	0
	อิสลาม	0	0
สถานภาพสมรส	โสด	8	40
	คู่	3	15
	หม้าย	4	20
	หย่า/ร้าง	2	10
	แยกกันอยู่	3	15
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	11	55
	มัธยมศึกษา	5	25
	อนุปริญญา/ปวส	3	15
	ปริญญาตรี	1	5
อาชีพปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40
	เกษตรกร	1	5
	ค้าขาย	5	25
	รับจ้าง	6	30
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 -34 ปี และอายุระหว่าง 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 40 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท/ต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 50

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
พ่อ/แม่	4	20
บุตร	3	15
สามี/ภรรยา	1	5
พี่น้อง	8	40
ดูแลตนเอง	4	20
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต		
1 -5 ปี	12	60
6 -10 ปี	8	40
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	2	10
2 ครั้ง	5	25
3 ครั้ง	7	35
4 ครั้ง	1	5
5 ครั้งขึ้นไป	5	25

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือ พี่น้อง ร้อยละ 40 ช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 35

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (N=20)

คะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว	\bar{X}	S.D	t
ก่อนได้รับโปรแกรม	33.15	4.80	
หลังได้รับโปรแกรม	7.05	3.31	18.91*

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วเท่ากับ $\bar{x} = 7.05$ (S.D=3.31) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท $\bar{x} = 33.15$ (S.D = 4.80)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนสัมพัทธ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท
จำแนกรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่ว

ลักษณะและความรุนแรงของอาการหู แว่ว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	(N=20)		(N=20)		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. ความบ่อยครั้งการมีอาการหูแว่ว	3.10	0.91	3.20	1.00	0.34*
2. ความดังของอาการหูแว่ว	3.05	0.89	0.70	0.47	10.64*
3. ความสามารถการควบคุมอาการหูแว่ว	3.20	0.44	0.75	0.80	10.97*
4. ความชัดเจนของเสียงจากอาการหูแว่ว	3.70	0.80	0.75	0.44	13.21*
5. ลักษณะของเสียงจากอาการหูแว่ว	3.32	0.95	0.84	0.50	11.97*
6. การทำให้วอกแวกหรือเสียสมาธิจาก การมี อาการหูแว่ว	3.65	0.81	0.75	0.44	12.70*
7. ความทุกข์ทรมานจากอาการหูแว่ว	3.65	0.93	0.80	0.52	13.66*
8. การตอบโต้ต่ออาการหูแว่ว	2.95	0.99	0.75	0.55	8.90*
9. ความสามารถในการจัดการกับอาการหู แว่ว	3.35	0.86	0.50	0.51	11.70*
10. ความสามารถในการมีสัมพันธภาพ กับผู้อื่นเมื่อมีอาการหูแว่ว	3.20	1.01	0.40	0.50	10.10*
รวม	3.32	0.86	0.94	0.57	10.42*

*p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายข้อ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสัมภาษณ์ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภททุกข้อมีความแตกต่างกัน ยกเว้นในข้อที่ 1 ใน

เรื่องความบ่อยครั้งของการมีหูแว่วที่ผู้ป่วยยังมีอยู่ไม่หายไปเนื่องจากการเป็นโปรแกรมระยะสั้น วัตถุประสงค์ที่หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม และความบ่อยครั้งของอาการหูแว่วที่ไม่หายไปเลย แต่ผู้ป่วยได้ใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับเสียงแว่วที่ทำให้ความดังของหูแว่ว ความสามารถในการควบคุมหูแว่วความชัดเจนของเสียงแว่ว การเสียสมาธิจากเสียงแว่ว ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการจัดการกับเสียงแว่วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 สรุปข้อมูล ความคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษา

การใช้โปรแกรมการจัดการอาการหูแว่วสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วลดลงหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้ศึกษาได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดแสดงความคิดเห็นแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมโปรแกรมและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปได้ดังนี้

1. เป็นกลุ่มบำบัดที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง จากการบอกเล่าของผู้ป่วยที่บอกถึงการได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ทำให้รู้จักเพื่อนๆผู้ป่วยคนอื่นที่มีอาการเหมือนตนเองและมีเพื่อนที่เข้าใจคอยพูดคุยด้วยเวลามีอาการหูแว่ว และบางรายบอกว่า “มีเพื่อนที่อยู่ดีคนเดียวกัน พูดคุยคนเดียวตลอดบางทีเขาก็ทำท่าทางอึดอัดๆ และค่าตลอดเวลา สงสัยจะมีอาการหูแว่วเหมือนกันเขายังไม่ได้มาเข้ากลุ่มเลย” การเข้ากลุ่มครั้งนี้ได้ประโยชน์มาก ได้ความรู้ในการดูแลตนเองและสามารถเอาไปแนะนำเพื่อนผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเหมือนตนได้

2. ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนผู้ป่วยคนอื่นทำให้เข้าใจอาการตนเองมากขึ้น จากการบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งที่บอกว่า “รู้สึกดีใจที่เวลาตนเองพูด แล้วมีคนเข้าใจ เพราะช่วงที่อยู่ที่บ้านเวลาเราพูดกับใคร ก็จะไม่ค่อยมีคนรับฟัง พูดไปเขาก็หัวเราะคิดไปคนเดียว” ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและเห็นถึงความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น การมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้รู้ว่า นอกจากรักษาด้วยยาแล้ว การเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเป็นการรักษาที่มีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้นคนเดียวยังมีคนอื่นที่เป็น รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและมีคุณค่าในการที่จะดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ และการที่พยาบาลได้พูดคุยให้ความรู้ให้กำลังใจ ทำให้ตนเองมีกำลังใจมากขึ้นที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็น