

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ระหว่างเดือน มกราคม 2549 ถึง เดือน มีนาคม 2549 จำนวน 20 คนนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 3 ตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

ตอนที่ 3 ข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการทำกลุ่ม

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	40.00
หญิง	12	60.00
อายุ		
30 - 39 ปี	3	15.00
40 - 49 ปี	9	45.00
50 - 59 ปี	8	40.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	65.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.ปวส., อนุปริญญา	4	20.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	5.00
คู่	16	80.00
หม้าย	1	5.00
แยกกันอยู่	2	10.00

จากตารางที่ 4 พบว่าลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และสถานภาพสมรสคู่

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	5	25.00
มารดา	6	30.00
สามี	2	10.00
ภรรยา	1	5.00
บุตร/ธิดา	4	20.00
ญาติอื่น ๆ	2	10.00
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
1 – 5 ปี	7	35.00
6 – 10 ปี	10	50.00
มากกว่า 10 ปี	3	15.00

จากตารางที่ 5 พบว่าลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดาและบิดา และมีระยะเวลาที่การดูแลระหว่าง 6 – 10 ปี

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ราย ได้ของครอบครัวและความ
เพียงพอของรายได้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	15.00
พนักงานบริษัท/ห้างร้าน/รับจ้าง	4	20.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ/ พนักงานของรัฐ	1	5.00
แม่บ้าน	5	25.00
เกษตรกรรวม	5	25.00
ว่างงาน	2	10.00
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า-3,000 บาท	4	20.00
3,001 – 5,000 บาท	8	40.00
5,001 – 7,000 บาท	4	20.00
มากกว่า 7,000 บาท	4	20.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอใช้จ่าย	6	30.00
ไม่เพียงพอใช้จ่าย	14	70.00

จากตารางที่ 6 พบว่าลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มี ปีมี อาชีพเกษตรกรรวม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 3,001- 5,000 บาท และรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอใช้
จ่าย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าระดับ ของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

คุณภาพชีวิต	ก่อนการใช้โปรแกรม			หลังการใช้โปรแกรม			t
	การพยาบาลองค์รวม			การพยาบาลองค์รวม			
	\bar{X}	SD	ค่าระดับ	\bar{X}	SD	ค่าระดับ	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	58.45	6.18	ไม่ดี	94.25	5.12	ปานกลาง	-20.69**
ด้านสุขภาพกาย	15.60	2.01	ปานกลาง	26.45	1.76	ดี	-18.23**
ด้านจิตใจ	13.50	1.82	ไม่ดี	23.00	1.72	ดี	-19.20**
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7.05	1.05	ไม่ดี	10.45	1.15	ปานกลาง	-8.50**
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.50	2.19	ไม่ดี	28.05	1.76	ปานกลาง	-18.54**

** p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 3 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่ม

การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวสูงขึ้นแล้ว ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปได้ดังนี้

1. ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและเกิดทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจกัน ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ดังมีผู้ดูแลคนหนึ่งบอกกับกลุ่มว่า “ผมพาแฟนไปรักษาหลายที่ มาตรวจที่นี่มีคนแนะนำมาไม่เคยเข้ามาในหึ่งด้วยเลยให้เขามาคนเดียว ที่แรกผมไม่เข้าใจว่าอาการอย่างนี้ก็มีด้วยคิดว่าเขาแกล้งทำ ผมจะเลิกกับแฟนหลายครั้งแล้วเพราะโกรธเคือง แต่ก็สงสาร ผมเครียดมากมาตลอด วันนี้ผมรู้สึกขอบคุณพยาบาลที่ทำให้ผมเข้าใจแฟนมากขึ้น” หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมสามมีผู้ป่วยพาผู้ป่วยเข้ามาพบพยาบาล และมาทั้งครอบครัวพาลูก ๆ มาด้วย ซึ่งพบว่าครอบครัวนี้มีความสุขมากขึ้น

2. พัฒนาเครือข่ายทางสังคมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังมีสมาชิกในกลุ่มบอกกับกลุ่มว่า “ไม่รู้จะทำอย่างไรลูกไม่ค่อยทำงาน บอกว่าไปทำงานโรงงานแล้วกลัวทำไม่ไหว” และมีสมาชิกในกลุ่มเสนอคำว่า “ให้ไปทำกับผมไหมละ ผมมีบ่อเลี้ยงปลาหลายบ่อ มีที่ว่าง ๆ อยู่ ผมจะจ้างให้เขาเฝ้าบ่อ ส่วนเรื่องที่ดินที่ว่างผมให้ปลูกของขายเองได้” ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสมาชิกมีการให้ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์กัน เพื่อติดต่อแหล่งฝึกงานให้กับผู้ป่วย